

ISSN 3088-117X (ONLINE)
thaisocialworkcouncil@gmail.com



วารสารสภาวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

JOURNAL OF SOCIAL WORK PROFESSIONS COUNCIL OF THAILAND

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2568
Vol.1 No.2 May-August 2025



2025

สังคมสูงวัย :
สวัสดิการผู้สูงอายุไทย



วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

Journal of Social Work Professions Council of Thailand

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรมด้านสังคมสงเคราะห์ สวัสดิการสังคม นโยบายสังคม
3. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ให้กับนักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ระพีพรรณ คำหอม สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

บรรณาธิการ :

รองศาสตราจารย์ ดร.อุษณีย์ เสนาบุญ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพัชร สโรบล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร.หทัย กมลศิริสกุล นักวิชาการอิสระ

ดร.ศิริพร เกื้อกุลนุรักษ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

นางวรรณภา ลำเจียกเทศ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

Mrs.Eva Ponce de Leon Philippines Association of Social Workers Inc.

Dr. Mary Angeline Santhosam Nazareth College of Arts & Science, India

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวจุฑามาศ ถวัลย์วานิชกุล สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์



วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

Journal of Social Work Professions Council of Thailand

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

สำนักงาน :

สำนักงานสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เลขที่ 255 ตึกกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 เบอร์โทรศัพท์ 098-380-1351
อีเมล thaisocialworkcouncil@gmail.com

กำหนดการตีพิมพ์ :

กำหนดการตีพิมพ์: ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยยินดีรับบทความและผลงานทางวิชาการเพื่อ
พิจารณาพิมพ์ลงในวารสารโดยไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์จึง
ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจส่งต้นฉบับบทความตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเว็บไซต์วารสารสภาวิชาชีพสังคม
สงเคราะห์แห่งประเทศไทย ท่านสามารถเข้าเว็บไซต์ไปดูรายละเอียดได้ในลิงค์ <https://so19.tci-thaijo.org/index.php/SWPCTH>

ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ

ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย



วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

Journal of Social Work Professions Council of Thailand

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	1
การจัดบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน : บทบาทและความท้าทายของนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2
การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ	22
บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบโปรแกรมการเล่นเพื่อการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park): กรณีศึกษาเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี	36
การประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดในการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะท้าย : กรณีศึกษาโครงการสวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย	53
สังคมสูงอายุ และสังคมอายุยืน: แนวทางการพัฒนาบริการเพื่ออนาคต	71
การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านเศรษฐกิจฐานรากของชุมชนคนจนชนเมือง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร	82
บทวิจารณ์หนังสือ: The Routledge International Handbook to Welfare State Systems	95

บทบรรณาธิการ

Editorial

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยฉบับนี้เน้นย้ำความสำคัญของประเด็นปัญหาผู้สูงอายุภายใต้หัวข้อ (Theme) **สังคมสูงวัย: สวัสดิการผู้สูงอายุไทย** เป็นการนำเสนอบทความที่เป็นองค์ความรู้จากข้อค้นพบในบทความวิจัย และบทความวิชาการด้านผู้สูงอายุ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ สังคมสูงอายุ และสังคมอายุยืน: แนวทางการพัฒนาบริการเพื่ออนาคต การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ บทบาทและความท้าทายของนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบโปรแกรมการเล่นเพื่อการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่(Pocket Park): กรณีศึกษาเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี การประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดในการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะท้าย: กรณีศึกษาโครงการสวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านเศรษฐกิจฐานรากของชุมชนคนจนชนเมือง กรุงเทพมหานคร และบทวิจารณ์หนังสือ The Routledge International Handbook to Welfare State Systems

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าทางวิชาการต่อผู้สนใจศึกษาค้นคว้า ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของบทความ หากผู้อ่านท่านใดมีข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงวารสาร ทางกองบรรณาธิการยินดีรับฟังความคิดเห็นและพร้อมนำไปพิจารณาเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษงค์ เสนานุช

บรรณาธิการ

p.senanuch@gmail.com

การจัดบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน : บทบาทและความท้าทายของนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Providing Support Group Services for Families and Older Persons with Dementia in the Community: Roles and Challenges of Social Workers in Local Administrative Organizations

ณัฐพัชร สโรบล¹ และภากร เทพสุขเอี่ยม²

Nattapat Sarobol¹ and Phakorn Thepsukaim²

Correspondence: familypooh@hotmail.com

(Received: June 12, 2025 Revised: August 2, 2025 Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Complete-Aged Society) หนึ่งในประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจคือภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้วิธีการศึกษาในรูปแบบ กรณีศึกษา (case study) ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิด Dementia Café จำนวน 5 แห่ง โดย การสัมภาษณ์ การศึกษาเอกสาร และการสังเกตการณ์ภาคสนาม ผลการศึกษาพบว่านักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการประเมินบริบทครอบครัว การให้การปรึกษา และการประสานงานข้ามหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ (1) ข้อจำกัดของหลักสูตรการศึกษาสาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ในระดับอุดมศึกษา (2) การยอมรับบทบาทของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในบริบทการดูแลภาวะสมองเสื่อมยังมีจำกัด (3) การขาดองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์เฉพาะทางของนักสังคมสงเคราะห์ (4) การขาดแคลนโปรแกรมและระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว (5) การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ที่ยังไม่ครอบคลุมความต้องการที่หลากหลาย และ (6) กลไกการคุ้มครองสุขภาพและสังคมที่ยังไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งนี้ ได้เสนอแนะให้ จัดทำแผนปฏิบัติการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมระดับชาติแบบบูรณาการ ส่งเสริมบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และภาคีรัฐควรสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากรและให้องค์ความรู้แก่นักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถวางแผนและจัดบริการตามบริบทพื้นที่ในการออกแบบและริเริ่มพัฒนาโปรแกรมการให้บริการสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: กลุ่มสนับสนุนครอบครัว ผู้สูงอายุสมองเสื่อม บทบาท ความท้าทาย นักสังคมสงเคราะห์ท้องถิ่น

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹ Assist. Prof. Dr., Faculty of Social Administration, Thammasat University

² Faculty of Social Administration, Thammasat University

Abstract

In a *Complete-Aged Society*, one of the key issues that demands attention is dementia in the older persons, which significantly affects not only the patients themselves but also their families and communities. This article aims to present the community-level situation of dementia, the models of care services for older persons with dementia in Thailand, the role of social workers, and proposed approaches to strengthen the role of social workers within local administrative organizations.

A case study method was employed, focusing on five local administrative organizations that have implemented the *Dementia Café* concept. Data was collected through interviews, document analysis, and field observations. The study found that social workers play a vital role in assessing family contexts, providing counseling, and coordinating inter-agency collaboration. However, there remain several key challenges: (1) limitations in the social work curriculum at the higher education level; (2) limited recognition of the social work profession's role in dementia care; (3) shortages in specialized knowledge, skills, and experience among social workers; (4) a lack of programs and care systems for older persons with dementia and their family caregivers; (5) the practice of social work not yet covering the diverse needs of affected older persons; and (6) inefficiencies in the mechanisms for health and social protection for dementia patients.

The article recommends the development of a national integrated action plan for the social protection of older persons with dementia, the promotion of multidisciplinary team roles, and greater governmental support in terms of resources, budget, personnel, and knowledge for social workers within local administrative organizations. These recommendations would enable these organizations to design and implement service programs for older persons/ with dementia in their communities in a continuous and systematic manner.

Keywords: support group for families, older persons with dementia , roles, challenges, community social workers

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็น “สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete-Aged Society) ตามเกณฑ์การนิยามประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดจะถือว่าเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566, หน้า ๑) ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าในอีกไม่กี่ทศวรรษข้างหน้า ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-Aged Society) (ไทยโพสต์, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหลายมิติ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพและระบบการดูแลผู้สูงอายุ หนึ่งในประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ คือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งเป็นภาวะเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง ส่งผลกระทบต่อความจำ การคิด การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ ทำให้ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (World Health Organization, 2021) นอกจากผลกระทบในระดับบุคคลแล้ว ภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลในระดับครอบครัวและสังคม เช่น การเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว การถูกตีตรา และการแยกตัวออกจากสังคม (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2568) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เน้นการดูแลในเชิงการแพทย์ (Medical Model) เช่น การพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยและการส่งเสริมสุขภาพสมอง (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) ขณะเดียวกัน งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลในระดับชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทที่ชัดเจนของแพทย์ พยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่านักสังคมสงเคราะห์ (กิริติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2561) ทั้งที่ในความเป็นจริง นอกจากผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังพบว่า ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย การดูแลฟื้นฟูและรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ครอบครัวจึงนับเป็นผู้รับบทหนักเช่นกัน และปฏิเสธไม่ได้ว่านักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการทำงานกับครอบครัว

นักสังคมสงเคราะห์ถือว่าเป็นหนึ่งในวิชาชีพที่มีความสำคัญเนื่องจากการรับมือกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องของการให้ความคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) ระบบการคุ้มครองทางสังคมนี้ครอบคลุมถึงเรื่องสุขภาพ (Health Protection) และสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบสมดุล โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (อรรถพร คุหา และคณะ, 2563) แต่การจัดบริการดังกล่าวในประเทศไทยยังไม่ทั่วถึงมากนักโดยเฉพาะในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เนื่องจากศักยภาพของแต่ละอปท. มีทรัพยากรและองค์ความรู้จำกัด บทบาทหน้าที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์คือการประเมินบริบทครอบครัว การให้การปรึกษา และการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนทรัพยากรให้แก่ครอบครัวในการดูแลในบ้าน (In-house care) และในชุมชน (Community care) อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนมองว่าบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ท้องถิ่นในการจัดบริการสำหรับกลุ่ม สมองเสื่อมยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก และในบางพื้นที่ยังไม่ได้รับการยอมรับในการบูรณาการการทำงานอย่างเป็นระบบ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยิ่งซ้ำร้ายไปกว่านั้น อรรถพร คุหา และคณะ (2563) นำเสนอความเข้าใจของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคมว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยคิดว่าเป็นเรื่องของโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนและคิดว่าทุกภาระและทุกภาวะที่เกิดขึ้นต้องการการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งในความเป็นจริง การดูแลผู้สูงอายุในบริบทดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยแนวทางแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยหน่วยงานภาครัฐและชุมชนควรเป็นหลักในการพัฒนาระบบบริการที่ยั่งยืนร่วมกับครอบครัว ซึ่งทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบดังกล่าว ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต (2562) ระบุว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 600,000 ราย และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.1 ล้านรายภายในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีมาตรการรองรับที่เพียงพอ ปัญหานี้อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสวัสดิการของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้บทความฉบับนี้จึงมี

วัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน รูปแบบการจัดบริการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศไทย บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์และความท้าทาย และข้อเสนอแนะทางการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ในอปท. โดยเฉพาะการออกแบบระบบบริการที่ส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยพื้นที่ในการศึกษา ประกอบด้วย เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี เทศบาลตำบลทับมา จังหวัดระยอง เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี เทศบาลเมืองนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเทศบาลนครหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้การสัมภาษณ์นักสังคมสงเคราะห์ และการศึกษาจากเอกสาร หนังสือ และการเข้าร่วมสังเกตการณ์การจัดบริการ

สถานการณ์ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศไทยและกรณีศึกษา

ในอดีตมีการเรียกชื่อโรคสมองเสื่อมว่า “โรคอัลไซเมอร์” ซึ่งทำให้ผู้คนเข้าใจความหมายของโรคสมองเสื่อมผิดไป ทำให้เกิดการรณรงค์เปลี่ยนชื่อเป็น “โรคสมองเสื่อม” อีกทั้งในคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้ยกเลิกคำว่า “สมองเสื่อม” (Dementia) มาใช้คำว่า “ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ” (Major neurocognitive disorder) แทน (Tsai, Chia-fen et al., 2023) โดยภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ความชุกของโรคพบมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 32 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี (พัชร คมจักรพันธ์, 2562, น. 7) และประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดด โดยมีประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุกว่าปีละล้านคน “ภาวะสมองเสื่อม” เป็นอาการที่จะเกิดขึ้นใน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ และประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมก็มากขึ้น (อภิญญา ตันทวีวงศ์, ม.ป.ป. อ้างถึงใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ ปี 2563 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,139 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากร จึงคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน (กรัญญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564, น. 392) สิ่งที่เป็นข้อท้าทายในสังคมไทยคือ ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็น อาการหลงลืมทั่วไป แท้จริงแล้ว ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจะแสดงระดับความรุนแรงตามระยะของโรค Tsai, Chia-Fen et al. (2023, p. 29) อธิบายไว้ว่า ภาวะถดถอยทางสมอง (Mild Cognitive Impairment) เป็นช่วงต่อระหว่างการเสื่อมของสมองปกติตามอายุจนถึงก่อนเกิดอาการโรคสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อมจะสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะประกอบด้วย ระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะท้ายซึ่งอาการของโรคจะรุนแรงแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมอาการของโรคไม่ได้มีเพียงอาการหลงลืม แต่ยังมีอีกหลายอาการที่ไม่ใช่ด้านการรู้คิดและความเข้าใจ อันประกอบด้วย อาการหลงผิด เข้าใจผิด หดหู่ วิตกกังวล นอนไม่หลับ หลงทาง ถ้ามั่ว ๆ ในเรื่องเดิม ๆ เดินไร้ทิศทาง เก็บสะสมสิ่งของต่างๆ เป็นต้น

จากการศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่กรณีศึกษา ชุมชนเทศบาลตำบลทับมา จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน ได้รับการประเมินด้วยแบบทดสอบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Montreal Cognitive Assessment- MoCA) มีผู้สูงอายุเข้าข่ายเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม จำนวน 7 ราย จาก 10 ราย (ณัฐพัชร สโรบล และคณะ, 2567)

ในขณะที่เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 2,023 คน ในจำนวนนี้พบว่า 160 คน มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และได้ทำการประเมินเพิ่มเติมโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Thai Mental State Examination- TMSE) ของกรมสุขภาพจิต เพื่อจำแนกความบกพร่องและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม พบว่า ผู้ที่มีภาวะเสื่อมรุนแรง (Severe) 13 คน (ร้อยละ 8.1) ผู้ที่มีภาวะเสื่อมปานกลาง (Moderate) 44 คน (ร้อยละ 27.5) ผู้ที่มี

ภาวะเสื่อมเล็กน้อย (Mild) 103 คน (ร้อยละ 64.4) ซึ่งนำไปสู่การออกแบบนวัตกรรมที่ชื่อว่า “วัยเก่าเราไม่หลง” โดยการพัฒนาบาร์โค้ดแบบตัวเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่เข้าใจเมื่อพบผู้สูงอายุพลัดหลงหรือเกิดอุบัติเหตุและใส่รหัสบาร์โค้ด สามารถสแกน QR CODE ซึ่งจะส่งสัญญาณไปยังงานป้องกันสาธารณสุขของเทศบาลตำบลเขาพระงาม แสดงแผนที่บ้านและจุดที่ผู้สูงอายุอยู่เพื่อให้เจ้าหน้าที่ออกไปรับและนำส่งกลับบ้านอย่างปลอดภัย ในรายที่มีอาการภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมีทีมเจ้าหน้าที่ติดตามดูแลเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความมั่นใจให้กับญาติและผู้ป่วย และจะได้รับอุปกรณ์ที่ชื่อว่า เสียงกันเสียง (Smart SOS) เป็นนวัตกรรมสัญญาณติดตามตัว หากเดินหลงออกจากบ้านเกินรัศมี 1 กิโลเมตร สัญญาณเสียงจะดังขึ้นที่อุปกรณ์และส่งสัญญาณเตือนมาที่ห้องรับสัญญาณของเทศบาล และเทศบาลจะส่งทีมอาสาป้องกันบรรเทาสาธารณภัยออกไปที่จุดแจ้งเตือนทันที เพื่อระงับเหตุเสี่ยงได้ทันเวลาที่ (ณัฐพัชร สโรบล และกฤษณา พลภักดี, 2567)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นกรณีศึกษาในงานนี้ต่างให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามระบบการคุ้มครองทางสังคมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเรื่องการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และเมื่อสามารถบ่งชี้จำนวนและระดับความรุนแรงแล้ว แต่ละอปท. มีการออกแบบนวัตกรรมหรือรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกัน โดยผู้เขียนขอเสนอไว้ในส่วนถัดไปเกี่ยวกับความเป็นมาและรูปแบบบริการที่จัดให้ในชุมชน

แนวคิดหลักในการศึกษา

บทความนี้นำเสนอภายใต้แนวคิดหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic Care) 2) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) 3) แนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (Aging in Place) 4) แนวคิดการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยสามารถอธิบายรายละเอียดของแต่ละแนวคิดได้ดังนี้ 1) แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ “การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี” (กฤษณา ทองทัບ, 2568) แนวคิดนี้เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยมองถึงทุกมิติของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องประเมินและตอบสนองความต้องการในมิติที่หลากหลาย ไม่เพียงแค่สุขภาพกาย แต่ยังรวมถึงการฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต 2) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นแนวคิดที่การสนับสนุนประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตใจ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมแก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (วัชรารักษ์ คำแสน และมาตี ลิมสกุล, 2564) 3) แนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (Aging in Place) เป็นแนวคิดให้ผู้สูงอายุ สามารถพักอาศัยในสถานที่เดิมได้ ทั้งในชุมชน หรือครอบครัว โดยจะต้องมีการจัดสรรสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยให้เป็นมิตร และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) แนวคิดนี้เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในบ้านหรือชุมชนของตนเองอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และมีอิสระให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แนวคิดดังกล่าวนี้ตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุไทยจำนวนมากที่ต้องการอยู่บ้านจนวันสุดท้าย และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการแบบสถาบัน 4) แนวคิดการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน แนวคิดนี้เน้นการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างบูรณาการ ซึ่งอาศัยการประยุกต์ใช้รูปแบบ Dementia Café ตามที่ (ยูกิโกะ มาบูกิ, 2565) ได้นำเสนอไว้มาเป็นแนวทางที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ในการสร้างพื้นที่ปลอดภัย เป็นมิตร และเปิดโอกาสให้เกิดการสื่อสาร เรียนรู้ และทำกิจกรรมร่วมกันอย่างมีคุณค่า นอกจากนี้ ยังประยุกต์แนวทางการฟื้นฟูระยะสั้นจากประเทศญี่ปุ่น โปรแกรม Cognicise ที่ ณัฐพัชร สโรบล, (2562) ได้

ยกตัวอย่างไว้ว่าเป็นการผสมผสานกิจกรรมด้านการรับรู้ (Cognitive) ร่วมกับการออกกำลังกาย (Exercise) เพื่อเสริมสร้างทั้งสมรรถภาพทางกายและการทำงานของสมองในเวลาเดียวกัน อีกทั้งแนวคิดการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนยังสอดคล้องกับรูปแบบแนวทางการดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เน้นการใช้กิจกรรมที่ไม่พึ่งพายา (Non-Pharmacological Interventions) อาทิ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด เกมฝึกสมอง การเคลื่อนไหวร่างกาย การฝึกความจำ และการเสริมพลังใจแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนไทย และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในพื้นที่ของตนได้อย่างมีคุณภาพ มีความหมาย และสมศักดิ์ศรี (ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564, น. 396)

ความเป็นมาของการจัดบริการสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

แนวทางการดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้ทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยาและรักษาโดยใช้ยา (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559 อ้างถึงใน รัชภัทร เครืออินทร์ และคณะ, 2566) ซึ่งรูปแบบการรักษาโดยไม่ใช้ยา (ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564, น. 396) เป็นรูปแบบที่สามารถออกแบบได้ในชุมชนซึ่งเป็นที่มาของบทความฉบับนี้ที่เน้นการนำเสนอกรณีศึกษารูปแบบบริการในชุมชน การจัดบริการดังกล่าวประกอบด้วย การรักษาที่เน้นการรับรู้ (Cognition-Oriented) เช่น การฝึกรับรู้วันเวลาสถานที่ จากรายการทีวี ปฏิทิน การฝึกฝนความจำจากการฝึกจำหน้าคน ร้องเพลง สวดมนต์ การฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การวาดภาพ การเต้นรำ การแต่งตัว การเต้นแอโรบิค การรำไทเก๊ก เป็นต้น การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation-Oriented) เป็นการรักษาที่เน้นกิจกรรมสันทนาการ (Recreation Therapy) เช่น การเล่นเกม หมากระดาน การทำงานฝีมือ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การเขียนบันทึกประจำวัน การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (Behavior-Oriented) เช่น การชื่นชมหรือให้รางวัลเพื่อผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่เหมาะสม หรือการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุเมื่อมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว และการรักษาที่เน้นการดูแล (Caregiver-Oriented) เช่น การทำจิตบำบัด การทำกลุ่มศึกษาการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล รวมถึงการส่งผู้ป่วยไปอยู่ยูนิตระยะสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว รูปแบบการรักษาโดยไม่ใช้ยาข้างต้นสอดคล้องกับ ญัตติพัชร สโรบล (2562) ที่ได้เสนอตัวอย่างการให้บริการฟื้นฟูระยะสั้นของโรงพยาบาลอุบลราชธานี ประเทศญี่ปุ่น ที่ได้นำโปรแกรมที่เรียกว่า Cognicise เป็นโปรแกรมที่เกิดจากการพัฒนาการใช้การรับรู้ (Cognitive) ร่วมกับการออกกำลังกาย (Exercise) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเน้นการออกกำลังกายและฝึกสมองไปพร้อมกัน ซึ่งโปรแกรมนี้นเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

นอกจากนี้ รูปแบบการจัดบริการในชุมชนยังสอดคล้องกับ ยูกิโกะ มาบุจิ (2565) ที่ได้นำเสนอคาเฟ่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในญี่ปุ่น (Dementia Café) คาเฟ่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในญี่ปุ่นดังกล่าวเกิดขึ้นแห่งแรกในเดือนมีนาคม 2555 เมืองคุนิตะชิ นครโตเกียว และต่อมาในปี 2564 จัดขึ้น 6,448 แห่ง โดยนางองค์ประกอบคาเฟ่สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ของเนเธอร์แลนด์เข้ามาปรับใช้ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเมื่อถึงจุดสูงสุดของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2568 จึงได้มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจภาวะสมองเสื่อม โดยโครงสร้างของคาเฟ่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เรียนรู้ภาวะสมองเสื่อม (เผยแพร่ให้ความรู้) และส่วนที่ 2 ผู้เข้าร่วมฟังดนตรีและพูดคุยกันเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เป็นกิจกรรมอาสาสมัครโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการแพทย์ สวัสดิการสังคม หน่วยงานรัฐ เป็นต้น ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การบริบาล สวัสดิการสังคม และหน่วยงานรัฐ) ผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และผู้ที่กำลังจะเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม สถานที่จัดกิจกรรมสามารถใช้ศูนย์ชุมชนที่อยู่อาศัยและศูนย์สวัสดิการสังคมได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงตามความประสงค์ของผู้จัดงานและผู้เข้าร่วมงานอย่างอิสระ ไม่มีกำหนดจำนวนครั้งที่จัดอย่างถาวร แต่ส่วนใหญ่จัดเดือนละครั้งและผู้สนใจสามารถเข้าร่วมได้อย่างอิสระ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเป็นค่าน้ำชาและค่าสถานที่ประมาณ 100-300 เยน หรือ 25-90 บาท ทั้งนี้

เงื่อนไขสำคัญของคาเฟ่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ เป็นสถานที่สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ ทุกคนสามารถเข้าร่วมได้อย่างอิสระ โดยมีเงื่อนไขสำคัญ 4 ประการ คือ 1) อยู่สบาย (พูดคุยได้อย่างอิสระ ทำให้เกิดรอยยิ้มได้ เป็นตัวของตัวเอง) 2) ปรึกษาได้ (เรื่องที่กำลังลำบาก ความเจ็บป่วยและอาการของโรค) 3) รับรู้เรียนรู้ได้ (เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทรัพยากรหลากหลายภายในชุมชน การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ฯลฯ) และ 4) สามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้ (ร้องเพลง เคลื่อนไหวร่างกาย แสดงออกในสิ่งที่ถนัด) (คุนิโอะ นิตตะ, ม.ป.ป.) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 เงื่อนไขสำคัญของคาเฟ่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ที่มา: คุนิโอะ นิตตะ, ม.ป.ป.

การจัดบริการคาเฟ่ของประเทศญี่ปุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับสหรัฐอเมริกา พบว่า มีความคล้ายคลึงกันในแง่ของกิจกรรม ซึ่งเป็นพื้นที่การพบปะสำหรับผู้ที่กำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านความทรงจำหรือความคิด โดยใช้ชื่อว่า “Memory Café” รวมถึงผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยด้วย ซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่ทางสังคมสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจสามารถนัดพบกันเดือนละครั้ง หรือ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง และทำได้ทั้งการนัดพบพูดคุยกันในรูปแบบตัวต่อตัวหรือรูปแบบออนไลน์ โดยสถานที่ดังกล่าวส่วนใหญ่มักตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความหลากหลาย เช่น ห้องสมุด สวนพฤกษศาสตร์ พิพิธภัณฑ์ ร้านกาแฟ ศูนย์ชุมชน และองค์กรทางศาสนา สิ่งที่ต่างออกไปคือ ในสหรัฐอเมริกาจะดำเนินการโดยผู้ประสานงานหรือวิทยากรที่ได้รับค่าจ้าง และได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัคร ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นการให้บริการโดยนักวิชาชีพ กิจกรรมใน Memory Café เน้นบรรยากาศที่เป็นมิตร เสริมโภชนาการว่าง และทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การเล่นเกม การเต้นรำ โยคะ การวาดภาพระบายสี เล่นดนตรี เน้นกิจกรรมที่ไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์หรือความสามารถพิเศษ แต่ให้ทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ Memory Café ส่วนใหญ่ให้บริการฟรี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้สร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ลดภาวะการแยกตัวออกจากสังคม และเรียนรู้เกี่ยวกับบริการ แหล่งสนับสนุน ตลอดจนวิธีการรับมือกับการใช้ชีวิตหรือการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมผ่านการแบ่งปันประสบการณ์กับผู้อื่น ซึ่งปัจจุบันมีมากกว่า 600 แห่งทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา (Dementia Friendly America, n.d.; McFarlane, 2025) ในขณะที่ประเทศในแถบแอฟริกาใต้ หลายประเทศนำแนวคิด Memory Café มาประยุกต์ใช้และจัดเป็นกิจกรรมสนับสนุนการดูแลในชุมชน ส่วนประเทศสวีเดนนั้นมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ทั้งทางด้านส่งเสริมการวิจัย ป้องกันรักษา วินิจฉัย และการบำบัด

ภาวะสมองเสื่อม โดยบริการให้ที่หลากหลายรูปแบบภายใต้องค์กร เช่น การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กิจกรรมเสริมสร้างการมีส่วนร่วม กลุ่มสนับสนุน และหนึ่งในนั้นคือ Memory Café หรือคาเฟ่แห่งความทรงจำ (Alzheimer's Disease International, n.d.) เช่นเดียวกันกับประเทศเดนมาร์ก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศเดนมาร์กเปิดให้บริการ Memory Café ซึ่งออกแบบเพื่อรองรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมและสนับสนุนผู้ดูแล สร้างพื้นที่สังคมที่รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และไม่ตัดสินผู้ที่มาเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ผู้ที่มีภาวะดังกล่าวสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือแปลกแยก มีการทำกิจกรรมงานศิลปะ งานฝีมือ และกิจกรรมสร้างสรรค์อื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีช่วงเวลาที่ดีร่วมกัน (FOX11NEWS, 2016) นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเริ่มนำแนวคิดนี้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ อย่างเป็นระบบมากขึ้น

ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินงานคาเฟ่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ชื่อว่า **“ร้านกาแฟสำหรับสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน”** เหตุผลที่ใช้ชื่อนี้เนื่องจากต้องการมุ่งเน้นการทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน โดยเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยร้านกาแฟดังกล่าวเปิดครั้งแรกในปี 2565 โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งนับว่าเปิดหลังประเทศญี่ปุ่นประมาณ 10 ปี ในการนี้ ผู้บริหารของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานีได้เดินทางไปศึกษาดูงานคาเฟ่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ชื่อว่า Dementia Cafe ณ ย่าน Motomachi เมืองโยโกฮามะ ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นทุกวันเสาร์ตั้งแต่เวลา 14.00-18.00 น. ต่อมามีการริเริ่มดำเนินการในประเทศไทยโดยใช้โมเดลที่ประยุกต์มาจากประเทศญี่ปุ่น ระยะแรกของโครงการยังอยู่ในสถานะที่เป็นโครงการนำร่องเท่านั้น โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมโดยสมบูรณ์ แต่มีระดับคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Montreal Cognitive Assessment -MoCA) อยู่ในระหว่าง 15 – 25 คะแนน อันสะท้อนให้เห็นได้ถึงภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ผ่านการประเมินด้วยเครื่องมือ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)³ อย่างไรก็ตามผู้ใช้บริการได้สะท้อนให้เห็นภาพความสำเร็จของโครงการ เช่น รู้สึกดีใจที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับครอบครัวอื่นที่ดูแลผู้สูงอายุเหมือนกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทของพื้นที่ปลอดภัย (safe space) ที่ส่งผลดีต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย ต่อมา ได้ยกระดับโปรแกรมและจัดบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้บูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยมีการคัดกรองสุขภาพ การประเมินภาวะพึ่งพิง กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อเป็นพื้นที่สร้างปฏิสัมพันธ์ บำบัดใจ และเชื่อมโยงความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวภายใต้โครงการชื่อ Strong Café โดยจุดเด่นของโครงการนี้คือ กิจกรรมที่ไม่เพียงแต่ส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ แต่ยังช่วยให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายความเครียด เรียนรู้การดูแล และมีเครือข่ายทางสังคมที่เกื้อกูลกันภายใต้แนวคิดหลักคือ การสนับสนุนทางสังคม⁴ และแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (Aging in Place)⁵ ต่อมาปี 2566 ได้ปรับใช้โมเดลและแนวคิดการสนับสนุนครอบครัวผู้ดูแลในหลายพื้นที่เช่น เทศบาลตำบลทับมา จังหวัดระยอง ภายใต้ชื่อ Dementia Friendly

³ เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินและค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือความเสี่ยงที่จะมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ เป็นแบบทดสอบที่ออกแบบมาเฉพาะเพื่อช่วยวินิจฉัยปัญหาสมองเสื่อมในระยะแรก (Early dementia) ซึ่งเป็นการประเมินหน้าที่ของการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ (รุ่งทิพย์ ชัยธีรกิจ, ม.ป.ป.)

⁴ เป็นการสนับสนุนประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตใจ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมแก่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (วัชรารักษ์ คำแสน และมาตี ลิ้มสกุล, 2564)

⁵ เป็นแนวคิดให้ผู้สูงอายุสามารถพักอาศัยในสถานที่เดิมได้ ทั้งในชุมชน หรือครอบครัว โดยสภาพแวดล้อม และที่พักอาศัยให้เป็นมิตรและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) แนวคิด Ageing in Place เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในบ้านหรือชุมชนของตนเอง อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และมีอิสระให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แนวคิดนี้ตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุไทยจำนวนมากที่ต้องการอยู่บ้านจนวันสุดท้ายและลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการแบบสถาบัน

Community Thapma อันเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้ศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน (Thapma Day Care Center)

นอกจากนี้ ในปีเดียวกัน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดบริการสำหรับการป้องกันและสนับสนุนผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เช่น เทศบาลเมืองนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้เปิดให้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน ที่มีชื่อว่า นาสารเดย์แคร์ ซึ่งมุ่งเน้นการฟื้นฟูผู้สูงอายุระยะกลาง หลังจากเปิดให้บริการแล้วพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยง และมีภาวะสมองเสื่อม จึงเริ่มหันมาเน้นการให้บริการด้านการฟื้นฟูดูแลและสนับสนุนกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ในการนี้ภารกิจหลักคือ การตรวจคัดกรองความเสี่ยง การจัดกิจกรรมเพื่อการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ และเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการดูแล ปัจจุบันนาสารเดย์แคร์มีกิจกรรมที่โดดเด่นด้านนวัตกรรมการฟื้นฟูสมองที่ได้รับการออกแบบโดยทีมสหวิชาชีพดังกล่าว นักสังคมสงเคราะห์ได้ให้บริการร่วมกับนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ ต่อมาในปี 2567 เทศบาลนครหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้ริเริ่มจัดกิจกรรมการสนับสนุนครอบครัวสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากได้มีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในชุมชน พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 คน อยู่ในระยะรุนแรง จำนวน 25 คน ระยะปานกลาง 91 คน ระยะเริ่มต้น 253 คน และระยะปกติ 431 คน ซึ่งผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นคิดเป็น 30% ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นแนวโน้มปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุค่อนข้างมากในพื้นที่เทศบาลนครหัวหิน จึงได้ริเริ่มการจัดบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และในปีเดียวกันได้สร้างความตระหนักในชุมชนให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น จึงมีการจัดกิจกรรมที่มีชื่อว่า Dementia Supporter⁶ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจและเป็นอาสาสมัครในการร่วมดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมการให้บริการที่ริเริ่มโดยเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานีเป็นที่แรก ปัจจุบันบริการในอปท. แต่ละแห่งยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องและนับเป็นต้นแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และเป็นอปท. กลุ่มแรก ๆ ที่มีการริเริ่มจัดกิจกรรมบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (Dementia Café) ในประเทศไทย นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดบทบาทการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์ในผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่โดดเด่น เป็นรูปธรรม และมีความสำคัญเกิดขึ้นเป็นที่มาของการนำเสนอบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในบทความนี้

โดยภาพรวมผลการดำเนินงานของอปท. พบว่า ผู้นำในชุมชนและคนในชุมชนได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และได้ทราบถึงวิธีการดูแล วิธีการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงคนในชุมชนทราบถึงหน่วยงานที่สามารถให้บริการและสนับสนุนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเรื่องโรคสมองเสื่อมเบื้องต้น และยังทำให้พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่ในกลุ่มที่ควรเฝ้าระวัง หรือกลุ่มที่ควรได้รับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้สภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นและไม่ถดถอยลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่เข้าร่วมในกิจกรรม Dementia Café มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เจ้าหน้าที่เองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาความเครียด ต้องการปรึกษาและขอคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการรัฐในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในรูปแบบองค์รวม ทำงานแบบบูรณาการ เชื่อมโยงทั้งการประเมินรายบุคคล การจัดบริการดูแล และการ

⁶ ผู้สนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ/ เพื่อน/ ผู้ที่เป็นมิตรกับผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม ที่เรียกว่า dementia friends หรือในที่นี้ใช้คำว่า dementia supporter คือ ผู้ทำหน้าที่สนับสนุนให้ผู้ดูแล/ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้ เป็นผู้สร้างความเข้าใจและความตระหนักเรื่องสมองเสื่อมในชุมชน ร่วมสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมด้วย (อรรพรรณ คูหา และคณะ, 2563) ในบริบทของพื้นที่กรณีศึกษาคือ เด็กและเยาวชนในพื้นที่

ขับเคลื่อนนโยบายในระดับท้องถิ่น โดยเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดทำแผนดูแลเฉพาะบุคคล (Care Plan) การส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิและบริการ ตลอดจนการสร้างระบบสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนผ่านกลไกอาสาสมัครและเครือข่ายภาคี ผ่านการประยุกต์ใช้บริการอย่าง Dementia café ในการสร้างการมีส่วนร่วมเชื่อมโยงผู้ป่วยกับครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเจ้าหน้าที่มีช่องทางในการติดต่อเพื่อขอรับการปรึกษาหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพราะเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวได้ดี และผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ซึ่งครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมได้สะท้อนว่า

“มาครั้งแรกก็มีความประทับใจเลย และมองว่าเป็นกิจกรรมที่ดีเหมาะกับสูงวัยอย่างเรา ๆ”

“กิจกรรมดีไม่เสียตាយภาษีที่จ่ายไป เหมาะกับสูงวัยอย่างพวกเราที่อยู่บ้านคนเดียวและการได้มาร่วมกิจกรรมทำให้เหมือนมีคนรับฟังและมีเพื่อน”

โดยสรุป การริเริ่มจัดโปรแกรมร้านกาแฟสำหรับสนับสนุนครอบครัวผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนของประเทศไทย ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นับเป็นจุดเริ่มต้นในการบูรณาการการทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพในชุมชนมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างอปท. ที่ให้บริการ ตลอดจนผู้สูงอายุและครอบครัวมีโอกาสและทางเลือกในการเข้ารับบริการแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจและเกิดประสิทธิภาพในการให้บริการมากขึ้น และมีส่วนอย่างมากในการส่งเสริมให้เห็นบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดบริการสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มีความเป็นรูปธรรม และตอบโจทย์ในมิติของสังคมและครอบครัวที่ชัดเจนมากขึ้น โดยขอแนะนำบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนในส่วนต่อไป

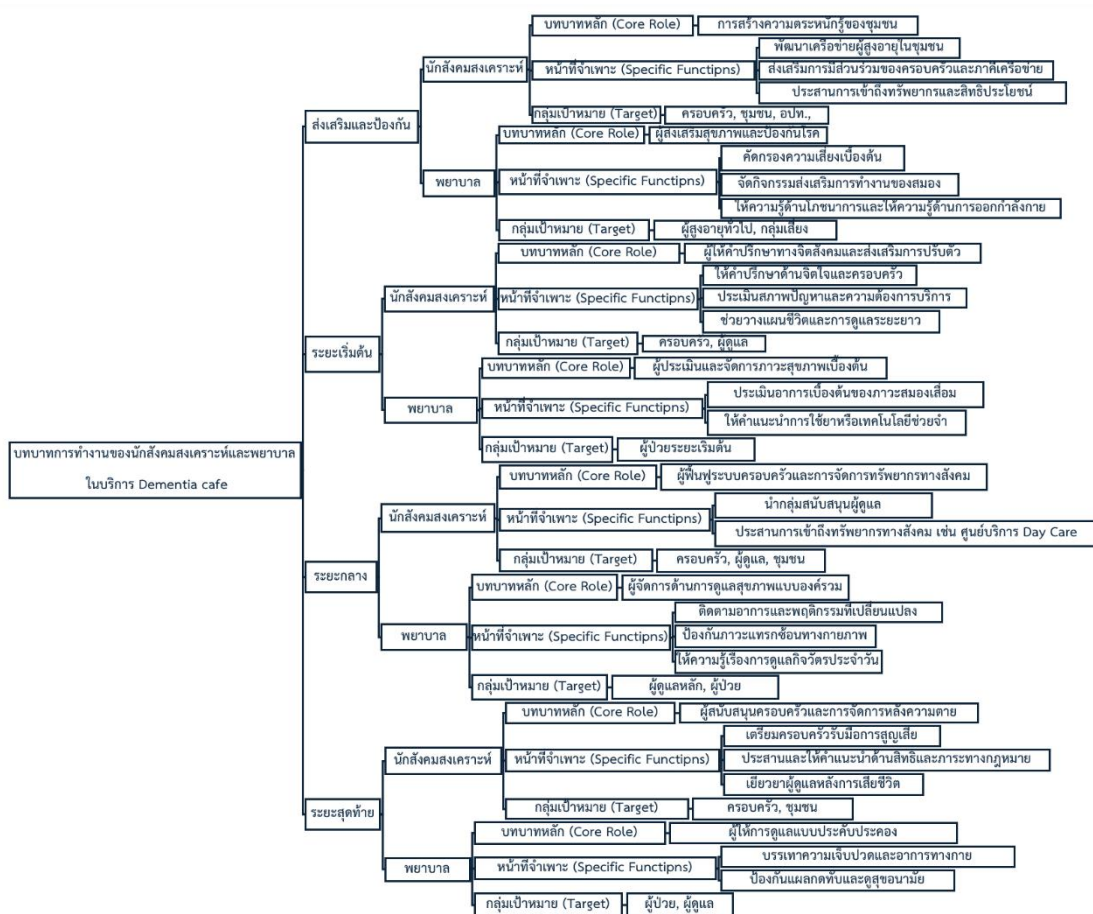
บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

งานสังคมสงเคราะห์ในชุมชนมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการดูแลในชุมชนที่พัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก การให้บริการจึงเน้นผสมผสานให้เข้ากับคุณลักษณะของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ งานสังคมสงเคราะห์ชุมชนเน้นการสนับสนุนบทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยมีเป้าหมายเชื่อมโยงไปที่แนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ เนื่องจากเป้าหมายหลักของการดูแลในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงอาศัยได้อยู่ภายในบ้านจนวาระสุดท้าย ภายใต้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษาบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถือเป็นหนึ่งบริการที่นักสังคมสงเคราะห์จัดให้เพื่อมุ่งตอบสนองต่อแนวคิดการดูแลในชุมชนและการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ บริการดังกล่าวไม่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)⁷ แนวคิดนี้เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยมองถึงทุกมิติของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม การให้บริการจึงจำเป็นต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีม จากกรณีศึกษา พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการจัดกิจกรรม Dementia Café ในพื้นที่กรณีศึกษา ยกเว้นเทศบาลเมืองบึงยี่โถประสบปัญหาการขาดแคลนตำแหน่งนักสังคม

⁷ “การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้าน ให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี” (กฤษฎา ทองทับ, ม.ป.ป)

สงเคราะห์ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โรคสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ลุกลามอย่างต่อเนื่อง ในการปฏิบัติงาน นักสังคมสงเคราะห์ต้องพบกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค สิ่งสำคัญคือการระลึกไว้เสมอว่าควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยความเมตตา ความเคารพ และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ ในฐานะนักสังคมสงเคราะห์ คือบุคลากรที่มีคุณค่าสำหรับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแล และครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทหลักในการจัดบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Café) มีบทบาทในการประเมินและจัดบริการในมิติที่หลากหลาย โดยเฉพาะการให้การปรึกษา สนับสนุน และฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต บทบาทที่ได้นำเสนอไว้ในคู่มือการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ โดย Los Angeles County Department of Public Health (2022) พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ถือเป็นกำลังสำคัญในทีมสหวิชาชีพ ที่มีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ตลอดจนให้การดูแลและสนับสนุนครอบครัวรวมถึงผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด หน้าที่สำคัญประการหนึ่งของนักสังคมสงเคราะห์คือการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม กลับมีนักสังคมสงเคราะห์เพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ซึ่งในประเทศไทยก็ประสบกับสถานการณ์ในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ มีนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุอยู่ในจำนวนที่น้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบบทบาทของพยาบาลจะเห็นได้ว่ามุ่งเน้นไปที่การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาความจำ แต่ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม งานพยาบาลเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activities) การแนะนำด้านโภชนาการ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ อีกทั้งยังสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานของสมอง (Cognitive Activities) เช่น การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การจัดกิจกรรมที่หลากหลายไม่ซ้ำซาก การฝึกใช้ประสาทสัมผัส และกิจกรรมกระตุ้นสมอง (Cognitive Stimulation) (พรนภา นาคโนนหัน, 2560) การระลึกถึงความหลัง การเล่าเรื่องราว ตลอดจนการรับประทานยา และการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ระยะกลาง และระยะสุดท้าย (ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) จากบทบาทดังกล่าวจะเห็นได้ว่าหน้าที่หลักของพยาบาลคือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การประเมินสุขภาพเบื้องต้น การประสานการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลแบบประคับประคองโดยดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลทำหน้าที่เป็นทั้ง ผู้ให้ความรู้ ผู้สนับสนุนทางสุขภาพ และผู้ประสานการดูแลที่สำคัญระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยบริการด้านสุขภาพในทุกระยะของโรค โดยครอบคลุมมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตและระยะของภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเผชิญ นอกจากนี้ ยังพบว่าบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพในระดับรายบุคคล โดยเฉพาะในระยะก่อนหรือเริ่มแสดงอาการของภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะที่แตกต่างอย่างชัดเจนจากบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเน้นการสนับสนุนด้านกิจกรรมทางสังคม โดยมุ่งเน้นในช่วงที่ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยแล้ว และเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากกว่าการมุ่งเน้นไปที่ตัวผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 บทบาทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลในบริการ Dementia Café

ผู้เขียนขอเสนอบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผ่านการศึกษาจากพื้นที่ต้นแบบโดยมุ่งเน้นการให้บริการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงและเริ่มมีอาการเท่านั้น

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน: การวิเคราะห์เชิงวิชาการ

จากการถอดบทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบที่มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการบริการโดยรวมเมื่อเทียบกับทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทเหล่านี้สามารถสรุปและวิเคราะห์ในเชิงวิชาการได้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

1. บทบาทในการสร้างความตระหนักรู้ของชุมชน

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความตื่นตัวและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและป้องกันปัญหา ตลอดจนลดการตีตราผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น โครงการ Dementia Supporter ของเทศบาลนครหัวหิน ซึ่งส่งเสริมบทบาทของเยาวชนในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้าง “พื้นที่แห่งการเรียนรู้ร่วมกัน” เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของครอบครัวและชุมชนจากการมองภาวะสมองเสื่อมในแง่ลบไปสู่การเข้าใจ เห็นคุณค่า และยอมรับในศักยภาพของผู้สูงอายุที่ยังคงหลงเหลืออยู่

2. บทบาทในการเป็นผู้ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการบริการ

นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการประเมินสภาพปัญหาในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยใช้เครื่องมือเฉพาะ เช่น แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment : F.R.A.) และแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการดูแล การตัดสินใจในการจัดการปัญหา ตลอดจนประเมินความเสี่ยงจากบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการคัดกรองและออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับนโยบายการคุ้มครองสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. บทบาทในการจัดทำแผนการให้ความช่วยเหลือหรือแผนการดูแลรายกรณี

เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว นักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่ออกแบบแผนการดูแลแบบรายกรณี (Care Plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยยึดหลัก Person-Centered และ Strengths-Based Approach ซึ่งให้ความสำคัญกับประวัติชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม และศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อสร้างแผนการดูแลที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและมีส่วนร่วมในชีวิตอย่างต่อเนื่อง แม้ภายใต้ข้อจำกัดของภาวะสมองเสื่อม

4. บทบาทในการให้การปรึกษาทางจิตสังคมและส่งเสริมการปรับตัว

นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เสริมสร้างพลังใจ และให้ความรู้แก่ครอบครัวในการปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแล โดยใช้แนวคิด Person-Centered และการฟื้นฟูศักยภาพจากภายใน (Empowerment) เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและยอมรับต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างมีคุณค่า ทั้งนี้ การให้การปรึกษารอบคลุมตั้งแต่การสนับสนุนทางอารมณ์ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ไปจนถึงบริการพักจากการดูแล (Respite Care) ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

5. บทบาทในการประสาน บริหาร และจัดการทรัพยากรทางสังคม

นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (System Navigator) เชื่อมโยงเครือข่ายทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคธุรกิจ เพื่อจัดระบบบริการดูแลที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น การจัดกลุ่มสนับสนุนในรูปแบบ “กลุ่มกาแฟ” ณ ร้านกาแฟในชุมชน ซึ่งสะท้อนแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based CareX) ที่เน้นการดูแลอย่างใกล้ชิดในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ยังมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนโดยทำงานร่วมกับวัด โรงเรียน อาสาสมัคร และหน่วยงานในท้องถิ่นเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลแบบองค์รวม โดยยึดตามทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ที่มองว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมที่ซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหลายมิติ

6. บทบาทในการจัดกิจกรรมสนับสนุน บำบัด และเสริมพลังครอบครัว

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มเสริมสร้างกำลังใจสำหรับผู้ดูแล กลุ่มฝึกทักษะชีวิต และการฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชน การดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ช่วยเสริมคุณภาพชีวิต ลดความเครียด และสร้างเครือข่ายสังคมที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ

บทบาททั้ง 6 ประการของนักสังคมสงเคราะห์สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการเป็นผู้ออกแบบ “พื้นที่ปลอดภัย” ทั้งในมิติทางกายภาพและจิตใจให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งเน้นการดูแลที่มีความหมาย ความสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วม ไม่ใช่เพียงการให้บริการที่มุ่งเน้นการพึ่งพา แต่เป็นการคืนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผ่านทักษะทางวิชาชีพ เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง การไม่ตัดสิน และการสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ใช้บริการและชุมชนรอบข้าง

กล่าวโดยสรุปได้ว่า นักสังคมสงเคราะห์มิได้เป็นเพียงผู้ช่วยเหลือ แต่ยังเป็นผู้ออกแบบระบบความสัมพันธ์เชิงมนุษยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกระดับ ตั้งแต่การประเมินรายบุคคล การจัดแผนดูแลแบบองค์รวม การประสานชุมชน การขับเคลื่อนเครือข่าย ไปจนถึงการเสนอเชิงนโยบาย ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เพียงอยู่รอด แต่ยังสามารถ อยู่ดี มีสุข มีศักดิ์ศรี และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างแท้จริง

บทวิเคราะห์ความท้าทายของนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ตลอดจนการดำเนินนโยบายและการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์กับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังคงได้รับผลกระทบในทางลบจากหลายปัจจัย ได้แก่ บทบาทของระบบบริการสุขภาพทั่วโลกที่ยึดถือแบบจำลองโรคในแนวทางชีวการแพทย์ (Biomedical Disease Model) ประกอบกับ การที่วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในท้องถิ่น และการขาดแคลนหลักสูตรการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โดยกรณีศึกษาของงานสังคมสงเคราะห์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในซาอุดีอาระเบีย (Shubair, 2023) ซึ่งคล้ายคลึงกับสถานการณ์ในประเทศไทย จากที่นำเสนอมาจะเห็นว่า บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ท้องถิ่นในการจัดบริการสำหรับกลุ่มสมองเสื่อมยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก และในบางพื้นที่ยังไม่ได้รับการยอมรับในการบูรณาการการทำงานอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความเข้าใจของบุคลากรด้านสังคมยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยคิดว่าเป็นการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อนและคิดว่าทุกภาระและทุกภาวะที่เกิดขึ้นต้องการการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก และระบบบริการเน้นการคุ้มครองทางสุขภาพมากกว่าสังคม และที่คล้ายคลึงกันคือ การขาดแคลนหลักสูตรการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ซึ่งแม้ว่าจะเปิดเป็นสาขาวิชาโทในบางมหาวิทยาลัย แต่จำนวนเนื้อหาที่เรียนก็ไม่เพียงพอในการนำไปปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญ ลุ่มลึกเพื่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ

แม้ว่าการบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเป็นบริการที่ริเริ่มและเน้นรูปแบบการบริการทางสังคม (Social Model) ซึ่งทำให้เห็นบทบาทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ในประเด็นนี้เด่นชัดขึ้น แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ประสิทธิภาพการให้บริการจะขึ้นอยู่กับรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเท่านั้น การผสมผสานระหว่างบริการชีวการแพทย์เข้ากับประเด็นด้านพฤติกรรมสังคมในแบบ ทฤษฎีชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial Model) เป็นแบบจำลองทางจิตสังคมใช้มุมมองแบบองค์รวม โดยยอมรับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมในการกำหนดสุขภาพและความเจ็บป่วย แบบจำลองนี้มองว่าโรคเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์แบบไดนามิกระหว่างมิติต่าง ๆ แบบจำลองนี้เน้นย้ำถึงความเชื่อมโยงกันของมิติเหล่านี้ โดยตระหนักถึงอิทธิพลซึ่งกันและกันที่มีต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล (Wikipedia, 2025) ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจว่าภาวะสมองเสื่อมไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางชีวภาพเท่านั้น แต่ยังแฝงด้วยผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคม นับเป็นเรื่องท้าทายในการให้บริการ และจะทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการจัดบริการในพื้นที่ต้นแบบ พบว่ามีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคำถามว่า จะทำอย่างไรให้บทบาท

ดังกล่าวได้รับการยอมรับและขยายผลสู่การจัดบริการในทุกพื้นที่ คำถามนี้ได้นำไปสู่การพิจารณาความท้าทายในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน โดยสามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ข้อจำกัดของหลักสูตรการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ในระดับอุดมศึกษา

หลักสูตรที่มุ่งเน้นการผลิตนักสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุซึ่งมีความรู้และทักษะเฉพาะด้านเพื่อรองรับตลาดแรงงานยังมีอยู่อย่างจำกัด เห็นได้จากจำนวนมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนหลักสูตรเฉพาะทางด้านสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีอยู่น้อย และแม้จะมีสาขาวิชาโท เช่น สาขาสวัสดิการผู้สูงอายุในคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แต่ก็พบว่านักศึกษามีความสนใจลงทะเบียนเรียนในสาขาดังกล่าวน้อยกว่าสาขาอื่น ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในด้านนี้

2. การยอมรับในบทบาทของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในบริบทการดูแลภาวะสมองเสื่อมยังมีจำกัด

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายส่งเสริมระบบคุ้มครองทางสังคมอย่างรอบด้าน แต่ในทางปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มักถูกจำกัดอยู่ในกรอบงานด้านการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน เช่น การเยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบางหรือการจัดกิจกรรมด้านสิทธิประโยชน์ มากกว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูหรือการวางแผนดูแลเฉพาะบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยมุมมองด้านจิตสังคมและการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น

3. ความขาดแคลนองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์เฉพาะทางของนักสังคมสงเคราะห์

ผลการศึกษาพบว่านักสังคมสงเคราะห์จำนวนมากยังขาดความรู้ในด้านพฤติกรรมและลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างลึกซึ้ง รวมถึงยังขาดทักษะด้านการประเมินรายกรณี การวางแผนดูแลเฉพาะบุคคล และการทำงานในระบบสหวิชาชีพ อีกทั้งยังไม่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการโครงการ เช่น การออกแบบกิจกรรม การวางระบบติดตามและประเมินผล ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการ

4. การขาดแคลนโปรแกรมและระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว

การออกแบบและขับเคลื่อนโปรแกรมบริการแบบบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในระดับท้องถิ่นยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังคงมีลักษณะเฉพาะราย ไม่สามารถขยายผลหรือพัฒนาเป็นระบบต้นแบบที่ใช้ได้อย่างครอบคลุมในระดับประเทศ

5. การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ที่ยังไม่ครอบคลุมความต้องการที่หลากหลาย

การทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังถูกจำกัดอยู่ในงานช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ขาดการบูรณาการกับบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาวแบบองค์รวม ส่งผลให้ไม่สามารถเติมเต็มระบบคุ้มครองทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสะท้อนทัศนคติที่จำกัดบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในมิติที่ลึกซึ้ง

6. กลไกการคุ้มครองสุขภาพและสังคมที่ยังไม่สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในบริบทผู้ป่วยสมองเสื่อม

แม้จะมีนโยบายในระดับประเทศ แต่ยังคงขาดการบูรณาการเชิงระบบระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และไม่มีกรอบนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วน นอกจากนี้ ยังขาดแผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ รวมถึงกลไกติดตามและประเมินผลที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อศักยภาพของนักสังคมสงเคราะห์ในการเป็นผู้นำการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติว่าด้วยการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการ

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ควรร่วมมือกันผลักดันการพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคมในระดับชาติ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งควรครอบคลุมการบูรณาการบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ พร้อมทั้งกำหนดกลไกในการดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการกระจายอำนาจสู่ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้สามารถวางแผนและจัดบริการที่ตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่และความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

2. การส่งเสริมและสนับสนุนพื้นที่ต้นแบบในการจัดบริการระดับท้องถิ่น

ภาครัฐควรมีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้แก่นักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยเน้นการดำเนินงานร่วมกันในลักษณะสหวิชาชีพระหว่างศาสตร์สุขภาพและศาสตร์สังคม พร้อมทั้งขยายองค์ความรู้ บทเรียน ทักษะ และเครื่องมือการปฏิบัติงานไปยังพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการจัดตั้งระบบบริการ

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. การพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย

ควรส่งเสริมให้สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการบริหารจัดการสังคมผู้สูงอายุ โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรมรวม 120 ชั่วโมง หรือ 20 วัน มุ่งเน้นการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะเชิงลึกที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมสูงวัยโดยเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะทาง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

2. การพัฒนาสมรรถนะและระบบการรับรองวิชาชีพสำหรับนักสังคมสงเคราะห์

เสนอให้สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์จัดทำกรอบสมรรถนะหลักและหลักสูตรอบรมต่อเนื่องสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานกับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหลัก ได้แก่ กรมกิจการผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานต้นแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันพัฒนาหลักสูตรที่ตอบสนองต่อมิติสุขภาพ จิตสังคม และชุมชน พร้อมผลักดันให้การอบรมดังกล่าวได้รับการบรรจุในระบบการรับรองสมรรถนะขั้นสูงในวิชาชีพ

3. การสร้างการรับรู้สาธารณะต่อบทบาทเชิงวิชาชีพของนักสังคมสงเคราะห์

เสนอให้สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับสื่อมวลชนและเครือข่ายพันธมิตร จัดทำสื่อรณรงค์และเวทีสาธารณะ เพื่อสร้างความเข้าใจต่อบทบาทเชิงวิชาชีพของนักสังคมสงเคราะห์ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นการสื่อสารเชิงรุกที่เปลี่ยนภาพลักษณ์จากบทบาทด้านการสงเคราะห์ไปสู่การเป็นผู้เชื่อมโยงระบบบริการแบบองค์รวม และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน

4. การออกแบบเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมและตอบโจทย์บริบทของผู้สูงอายุในชุมชน

เสนอให้นักสังคมสงเคราะห์ในระดับชุมชนปรับใช้เครื่องมือการประเมินวินิจฉัยและการจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment: S.D.M.A.) ควบคู่กับเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Assessment :F.A.) ที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมด้านสังคมของผู้สูงอายุอย่างมีระบบ ซึ่งจะพื้นฐานข้อมูลสำคัญในการออกแบบกิจกรรมหรือจัดบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาวะสมองเสื่อมกลายเป็นปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขที่ต้องการการตอบสนองอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในระดับชุมชน การจัดการบริการกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือ Dementia Café นับเป็นรูปแบบบริการอย่างหนึ่งที่น่าองค์ความรู้จากต่างประเทศและได้ปรับใช้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของประเทศไทย ซึ่งเป็นการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อรองรับผู้สูงอายุในอนาคตที่จะป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทสำคัญในการออกแบบและดำเนินการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างรอบด้าน ทั้งในเชิงการคัดกรอง กลไกป้องกัน การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนครอบครัว โดยการใช้กรอบคิดแบบองค์รวม (Biopsychosocial Model) แนวทางที่ยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Approach) และการส่งเสริมศักยภาพ (Strengths-Based Approach)

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้บริการเฉพาะรายเท่านั้น หากแต่ยังทำหน้าที่ในระดับระบบ ได้แก่ การจัดการเครือข่าย การออกแบบนวัตกรรมบริการ และการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกชุมชน ภายใต้แนวคิดเชิงระบบ (Systems Theory) และ การใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Care) กรณีศึกษาจากเทศบาลทั้ง 5 แห่ง โครงการ Dementia Café แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของนักสังคมสงเคราะห์ในการประยุกต์องค์ความรู้กับบริบทท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านโครงสร้าง อาทิ บุคลากรเฉพาะทางที่ไม่เพียงพอ ขาดองค์ความรู้เฉพาะทาง และการขาดกลไกนโยบายที่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของบริการ และทำให้ต้องพึ่งพาความสามารถรายบุคคลมากกว่าการพัฒนาระบบในระยะยาว การขับเคลื่อนระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จึงจำเป็นต้องยกระดับบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ให้เป็นกลไกเชิงนโยบายที่สามารถเชื่อมโยงภาคี ส่งเสริมนวัตกรรม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสุขภาพจิตระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ*. <https://www.dmh.go.th/report/data/report/11>
- กฤษดา ทองทับ. (ม.ป.ป.). *การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care)*. Manarom Hospital. https://www.manarom.com/blog/Holistic_Care.html
- กิริติ กิจธีระวุฒิมงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15-24. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/164854/119458>
- คุณิโอะ นิตตะ. (ม.ป.ป.). *ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในชุมชนและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*.
- ณัฐพัชร สโรบล และกฤษฎา พลภักดี. (2567). *Happy Oldie and Family Innovation นวัตกรรมบริการบริการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน*. เทศบาลตำบลเขาพระงาม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.
- ณัฐพัชร สโรบล, รณรงค์ จันใด, กัญญารัตน์ สุโกพันธ์, วิปศยา โพธิบุตร, และ กฤษฎา พลภักดี. (2567). รายงานการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการประยุกต์ใช้เครื่องมือและนวัตกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดระยองและสิงห์บุรี. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- ณัฐพัชร สโรบล. (2562). *บันทึกก้าวแรก การก่อตั้งศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน*. ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟู เทศบาลเมืองบึงยี่โถ.
- พรนภา นาคโนนหัน. (2560). บทบาทพยาบาลด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสมาคมฯ*, 10(2), 36-46. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/118897/95168>
- พัชรี คมจักรพันธ์. (2562). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน: แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4), 5-18. https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/15291journal2.pdf

- ภรณ์วิทย์ อนันต์ติลลฤทธิ. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392-398.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/251394/17076>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2563). “ภาวะสมองเสื่อม” ป่วยเพิ่มปีละ 1 แสนราย สถิติ
ชี้ร้อยละ 50 ของผู้สูงวัย 80 ขึ้นไปมีอาการ. <https://thaitgri.org/?p=38965>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยูกิโกะ มาบุจิ. (2565). ประเด็นในการดูแลภาวะสมองเสื่อมและคาเฟ่สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *อาภิมะ
กรุงโตเกียว*.
- รัชภัทร เครืออินทร์, วิภาวดี พากดวงใจ, อุบลวรรณ ภู่อ่าง, กัมปนาท ตื้อเป้ง, กัญญาวิญญ์ แก้วมาก, ชาลินี
สุวรรณยศ, และ หรรษา เศรษฐบุปผา. (2566). ภาวะสมองเสื่อม: ความรู้ความเข้าใจโรคและความทำ
หายสำหรับพยาบาลจิตเวชใน การดูแล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 3(2), 1-
15. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/259746/180278>
- วัชรภรณ์ คำแสน และ มาตี ลิมสกุล. (2564). บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการสนับสนุนทางสังคมต่อ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(1), 29-67.
- ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ทำหายของ
พยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 1-12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/36148/29999>
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2568). ทำความรู้จักกับ ‘สมองเสื่อม’ ความเสี่ยงที่ทำหายสังคมสูงวัย. *The space*.
<https://thespace.in.th/SP-Interview-7.html>
- สุทธิตรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Prevention of Dementia in
Older Persons). *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 6-14. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/164843/119454>
- อรรวรรณ คูหา, นัตตา คำนิยม, นิตกุล ทองน่วม, ปณิตา มุ่งกลาง, และ พิมพ์นารา ดวงดี. (2563). ระบบการ
คุ้มครองด้าน สุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาและความต้องการการดูแล
ระยะยาวในชุมชนชนบท. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 119-128.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/243488/166517>
- อรรวรรณ คูหา, สกานต์ บุณนาค, และ ปณิตา มุ่งกลาง (บ.ก.). (2563). *คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สมองเสื่อมครบวงจร*. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. [https://agingthai.dms
.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/02/book-2564-02_4.pdf](https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/02/book-2564-02_4.pdf)
- Alzheimer’s Disease International. (n.d). *Demensförbundet*. [https://www.alzint.org/member/
demensforbundet/](https://www.alzint.org/member/demensforbundet/)

Dementia Friendly America. (n.d.). *About DFA*. <https://dfamerica.org/about/>

Dementia Friendly America. (n.d.). *Dementia Friends USA*. <https://dfamerica.org/overview-and-5-key-messages/>

Dementia Friendly America. (n.d.). *What is the Memory Café Alliance?*. <https://dfamerica.org/what-is-memory-cafe-alliance/>

Dementia Friendly America. (n.d.). *What is a Memory Café?*. <https://dfamerica.org/what-is-memory-cafe/#>

FOX11NEWS. (2016, May 15). *Memory Café is Making a Difference in Denmark*. <https://fox11online.com/news/making-a-difference/memory-cafe-is-making-a-difference-in-denmark>

Los Angeles County Department of Public Health. (2022). *Supporting People with Dementia: A Resource Guide for Social Workers*. <http://publichealth.lacounty.gov/healthybrainla/docs/Supporting%20People%20with%20Dementia-%20Resource%20Guide%20for%20Social%20Workers-Dec2022.pdf>

McFarlane, L. (2025, July 6). *As federal health grants shrink, memory cafes help dementia patients and their caregivers*. Journal-Courier. <https://www.myjournalcourier.com/features/article/federal-health-grants-shrink-memory-cafes-help-20397798.php>

Shubair, S. A. (2023). Dementia care in gerontological social work: Emerging issues and challenges in Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1167856. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1167856>

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ The Living of Ageing LGBT

บงกช สัจจานิตย์¹, น้าทิพย์ พวงระย้า², คุณัญญา สมวงศ์ติกุล³, จินันชาพัฒน์ อนuwong⁴

Bongkoch Satjanit¹, Namthip Puangraya², Kunanya Somwongtikul³, Thinanchaphat Anuwong⁴

(Received: June 23, 2025 Revised: July 24, 2025 Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยนี้ศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์การใช้ชีวิตและเส้นทางหรือแบบแผนการใช้ชีวิต และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ กำหนดอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายด้วยการเจาะจง จากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) รวม 23 ราย กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่ใน 6 จังหวัด ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยนี้ใช้การจำแนก ติความเนื้อหาและวิเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่า

สถานการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 ประกอบด้วย มิติด้านครอบครัว มิติด้านการศึกษา มิติด้านการประกอบอาชีพ มิติด้านสังคม/ชุมชน มิติด้านการแสดงออก จากกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 23 ราย จำแนกรูปแบบการใช้ชีวิตได้ 3 รูปแบบ โดยรูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีมาสโลว์ (Maslow) ดังนี้

รูปแบบที่ 1 ความต้องการทางร่างกาย ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิต ในกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่มีการศึกษาระดับประถม มัธยมต้น และมัธยมปลาย ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกรรวมสถานการณ์การใช้ชีวิต คือ มิติด้านครอบครัว ครอบครัวยังไม่ยอมรับและปิดกั้นในเพศสภาพ บิดาหรือมารดาอยากให้ออกไปตามเพศโดยกำเนิด มิติด้านการศึกษา อาจจะไม่ได้รับโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองเท่าที่ควร แต่จะมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในสิ่งที่ตนเองถนัด เช่น การทำนา ทำไร่ ผู้ให้ข้อมูลจะรู้ว่าทำอย่างไรให้ได้ผลผลิตที่ดีคุ้มค่ากับการลงทุนมากที่สุด มิติด้านการประกอบอาชีพ บิดามารดาและผู้ให้ข้อมูลเป็นครอบครัวเกษตรกร เป็นการสืบทอดสานต่อการทำไร่ ทำนา มาตั้งแต่ดั้งเดิม เป็นการทำเกษตรแบบพอเพียง ยั่งยืน การใช้ชีวิตจึงไม่ถือว่ามีความยากลำบาก ถึงแม้มีรายได้ที่ไม่มั่นคง แต่ก็เพียงพอในการใช้ชีวิตประจำวันโดยไม่มีหนี้สินเดือดร้อนทางการเงิน และมีความสุขกับวิถีชีวิตแบบพอเพียง มิติด้านสังคมและชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมบ้างถ้าไม่ติดงานในช่วงฤดูทำไร่ ทำนา มิติด้านการแสดงออก ต้องการอิสระในการใช้ชีวิต และแสวงหาความรักแบบคู่ชีวิต

รูปแบบที่ 2 ความต้องการความรักและสังคม กลุ่มนี้เป็นบุคคลที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาถึงปริญญา ประกอบอาชีพรับราชการ ข้าราชการบำนาญ และธุรกิจส่วนตัว เปิดบริการค้าขาย สถานการณ์การใช้ชีวิต คือ ด้านครอบครัวความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่อบอุ่นเท่าที่ควร เกิดจากการยังไม่เปิดใจยอมรับ ไม่บีบบังคับแต่พยายามกำหนดทางเดินชีวิตให้ด้านการศึกษา ใฝ่เรียนรู้ และแสวงหาโอกาสให้ตนเอง พัฒนาตนเองและแสดงความสามารถศักยภาพของตนที่สูงกว่าบุคคล

^{1,2,3,4} สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ทั่วไปเพื่อให้ได้รับการยอมรับ ด้านการประกอบอาชีพ บิดามารดามีอาชีพทั้งมั่นคงและไม่มั่นคง ส่วนผู้ให้ข้อมูลมีอาชีพที่มั่นคงในสายอาชีพ และมั่นคงในด้านรายได้ ด้านสังคม²และชุมชน สมัยเรียนเพื่อนบางกลุ่ม ไม่ยอมรับในเพศสภาพ มีการ Bully ด้วยวาจาที่รุนแรง ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีแผลในใจ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคม ด้วยจิตอาสา ทุกครั้งเมื่อมีโอกาส ด้วยความเต็มใจ ด้านการแสดงออก จะชัดเจนในเรื่องของความรัก ต้องการความรักแบบไม่ยึดติด

รูปแบบที่ 3 ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ ในกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า ปริญญาตรีขึ้นไป ประกอบอาชีพรับราชการ ข้าราชการบำนาญ และธุรกิจส่วนตัว สถานการณ์การใช้ชีวิต คือ ด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น ให้ความยอมรับในเพศสภาพ ไม่กดหรือบังคับ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นคนมองโลกในแง่ดี ด้านการศึกษา ได้รับโอกาสในการศึกษาที่ดี เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถจนเป็นที่ประจักษ์มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านการประกอบอาชีพ บิดามารดาและผู้ให้ข้อมูล มีอาชีพการงานที่มั่นคง มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขาอาชีพของตนเอง มีฐานะทางการเงินและสังคมที่ดี ด้านสังคมและชุมชน เป็นแกนนำหลักในการทำกิจกรรมของสังคมและชุมชน ได้รับความเคารพนับถือ ด้านการแสดงออก มีทั้งแสดงออกและไม่แสดงออกในเพศสภาพ ต้องการให้สังคมในที่ทำงานยอมรับ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและเป็นอิสระ ในเรื่องความรักจะไม่แสวงหาความรักแบบคู่ชีวิต จุดศูนย์กลางความสุข คือ ครอบครัว

ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการใช้ชีวิตและพฤติกรรมของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) สภาพครอบครัว 2) ฐานะทางเศรษฐกิจ 3) โอกาสทางการศึกษา 4) ชุมชนสังคม และ 5) การแสดงออก โดยเริ่มจากครอบครัวที่ไม่มีกรอบเลี้ยงดูให้ความรักความอบอุ่น ไม่มีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นครอบครัวที่ไม่ยอมรับปิดกั้นในหลากหลายทางเพศ ด้านรายได้ หากครอบครัวมีสภาพเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ค่าขาย กลุ่มนี้จะมีที่ดินน้อยหรือไม่มีที่ทำกิน เงินทุนน้อย อีกทั้งยังมีการเช่าที่ดิน ที่อยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ระดับการศึกษาของบิดามารดา มีข้อมูลสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยในกลุ่มบิดามารดาที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่าระดับพื้นฐานจะส่งผลให้บุตรมีโอกาสในการเข้ารับการศึกษาในระดับพื้นฐานด้วยเช่นกัน ด้านชุมชนสังคม เป็นชุมชนที่ไม่มีการยอมรับความหลากหลายทางเพศ ส่งผลกระทบให้คนในชุมชนมีการล้อเลียนเรื่องเพศสภาพกับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศและคนในครอบครัวด้วย ด้านการแสดงออก เป็นพฤติกรรมมีลักษณะที่สำคัญ มีการแสดงออกที่ชัดเจนตามเพศสภาพของตนเอง ต้องการ การยอมรับจากกลุ่มคนในสังคม โดยจะคบเพื่อนที่มีเพศสภาพคล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกัน และต้องการความรักความเข้าใจในเรื่องเพศสภาพ และสุดท้าย คือ ต้องการอิสระในการใช้ชีวิต

โดยสรุป ปัจจัยทั้ง 5 ที่กล่าวถึงมีผลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับความหลากหลายทางเพศในสังคมไทย และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการเลือกตัดสินใจของบุคคล และสะท้อนถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต หรือพฤติกรรมอยู่ในระดับอ่อนไหว ขณะที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีสภาพพฤติกรรม อยู่ในระดับดีมาก ก็จะมีสถานการณ์ของปัจจัยทั้งห้าอยู่ในลักษณะตรงกันข้าม

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศและผลงานวิจัยเบื้องต้น ได้รูปแบบแนวทางการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมาย 3 แนวทาง ดังนี้ (1) การสร้างความสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจภายในครอบครัว (2) การสร้างความสัมพันธ์และการสร้างความเข้าใจในชุมชนและสังคม (3) การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะงานวิจัยจากผลงานวิจัย 1) กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรมอบหมายให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมทางสังคม 2) กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวควรมอบหมายให้ศูนย์พัฒนาครอบครัว (ศพค.) ร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขับเคลื่อนกิจกรรมเรียนรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว การปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างเท่าเทียม สร้างความสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจ ยอมรับในครอบครัวที่มีความหลากหลายทางเพศ และเพิ่มเติมหลักสูตรครอบครัวยอมรับ เข้าใจ ความหลากหลายทางเพศ ในหลักสูตรโรงเรียนครอบครัว โดยมีข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศให้ครอบคลุมมากขึ้น

Abstract

This qualitative research study examines the living conditions of elderly LGBT individuals, focusing on their life situations, life patterns, and factors influencing their quality of life. The study employed in-depth interviews and focus group discussions with LGBT elderly individuals aged 55 and above. Data were collected through purposive sampling followed by snowball sampling, resulting in 23 participants from 6 provinces under the responsibility of the Office of Academic Promotion and Support 7. Data analysis involved categorization, content interpretation, and analysis.

The research findings reveal that the living situations of elderly LGBT individuals encompass five dimensions: family, education, occupation, social/community, and self-expression. Through synthesis of interview data from all 23 participants, three distinct life patterns were identified, corresponding to Maslow's hierarchy of needs:

Pattern 1: Physiological Needs - Individuals with primary to high school education working in labor and agriculture. Their life situations include: Family dimension - families remain unaccepting and restrictive regarding gender identity, with parents desiring children to conform to their biological sex. Education dimension - limited learning and self-development opportunities, though possessing specialized agricultural expertise in rice farming and cultivation, knowing how to maximize yields and investment returns. Occupation dimension - families engaged in traditional agriculture passed down through generations, practicing sufficiency economy and sustainable farming; despite unstable income, maintaining adequate daily living without financial distress and finding happiness in the sufficiency lifestyle. Social/community dimension - participating in activities when not occupied during farming seasons. Self-expression dimension - desiring freedom in living and seeking life partnerships.

Pattern 2: Love and Social Needs - Individuals with diploma to bachelor's degree education working in civil service, retired government positions, and private business or commerce. Their life situations include: Family dimension - less warm family relationships due to non-acceptance; families don't force but attempt to direct life paths. Education dimension - self-motivated learning and seeking opportunities for self-development, demonstrating above-average capabilities to gain social acceptance. Occupation dimension - parents have both stable and unstable careers while participants maintain stable careers with financial security. Social/community dimension - during school years, some peer groups did not accept their gender identity, experiencing severe verbal bullying that caused psychological impact and emotional wounds; currently participate willingly in community activities as volunteers whenever opportunities arise. Self-expression dimension - clear expression regarding love, seeking love without attachment.

Pattern 3: Esteem Needs - Individuals with bachelor's degree or higher education in civil service, retired government positions, and private business. Their life situations include: Family dimension - warm relationships with gender identity acceptance, no pressure or coercion, resulting in participants having optimistic worldviews. Education dimension - received quality educational opportunities, demonstrated

knowledge and abilities, with continuous capability development. Occupation dimension - both parents and participants have stable careers with expertise in their fields and good financial and social standing. Social/community dimension - serve as core leaders in social and community activities, receiving respect and recognition. Self-expression dimension - varying degrees of gender expression; desire workplace acceptance and ability to live happily and freely; do not seek romantic partnerships, with family as the center of happiness.

Five key factors influencing life patterns and active aging (resilience) of participants were identified: 1) family conditions, 2) economic status, 3) educational opportunities, 4) community and society, and 5) self-expression. Starting with family - lacking nurturing with love and warmth, poor relationships between family members, families that don't accept and restrict gender diversity. Regarding income - unstable family economics, mostly in agriculture, general labor, or small trade; this group has little or no land ownership, minimal capital, and often rents land and housing for their livelihood. For education - parents' education level generally correlates with participants' education levels; parents with below-basic education tend to result in children receiving only basic education opportunities. Concerning community and society - communities not accepting gender diversity impact community members who mock both LGBT individuals and their families about gender identity. For self-expression - important behavioral characteristics include clear expression according to one's gender identity, desire for social acceptance, preference for friends with similar or same gender identities, need for love and understanding regarding gender identity, and ultimately, desire for freedom in living.

In summary, these five factors affect the acceptance or non-acceptance of gender diversity in Thai society and impact individual behavior and decision-making, reflecting quality of life characteristics or active aging at vulnerable levels. Meanwhile, participants with excellent active aging conditions demonstrate opposite characteristics in all five factors.

The study proposes three approaches for promoting and developing quality of life for elderly LGBT individuals based on in-depth interviews and preliminary research findings: (1) building relationships and understanding within families, (2) creating relationships and understanding in communities and society, and (3) promoting and developing quality of life for elderly target populations.

Recommendations include: 1) The Department of Older Persons Affairs should delegate to Elderly Quality of Life Development and Career Promotion Centers (EQLDCPCs) to implement quality of life promotion activities for elderly and LGBT elderly to ensure social equality, 2) The Department of Women's Affairs and Family Development should assign Family Development Centers (FDCs) to collaborate with the Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth) to implement family learning activities on equal treatment of family members, building relationships and understanding, accepting families with gender diversity, and adding curriculum on family acceptance and understanding of gender diversity to the Family School

program, and 3) Future research should expand the sample scope to study elderly LGBT living situations across broader social and cultural contexts affecting LGBT elderly lives more comprehensively.

บทนำ

ในอดีตที่ผ่านมาสังคมไทยยังไม่เปิดกว้างทางความคิด และให้การยอมรับกับกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ยังคงมีการเลือกปฏิบัติกับคนกลุ่มนี้อยู่ ในหมู่คนที่ยังไม่เข้าใจ และไม่มีความคิดเปิดรับ มากพอในความแตกต่างของผู้อื่น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ ที่จะต้องพยายามสร้างความน่าเชื่อถือด้วยความสามารถของตนเอง พากเพียร พยายามมากกว่าคนอื่น เพื่อพิสูจน์ให้เห็นว่าตนเองก็ไม่น้อยกว่าคนอื่น เพื่อสิทธิ เสรีภาพที่เท่าเทียมกับเพศชายและหญิง ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่มีคุณค่าและศักดิ์ศรี ปัจจุบันสังคมไทยมีลักษณะเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม กล่าวคือ มีความหลากหลาย มีความแตกต่างกันทางสังคมและวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นด้านศาสนา ภาษา การแต่งกาย การเป็นอยู่ มีการยอมรับความแตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์ และวัฒนธรรมอันแตกต่างของกลุ่มคน การมีอิสระในการเลือกรับวัฒนธรรมได้สร้างความหลากหลายให้กับบุคคลในสังคมไทยก่อเกิดเป็นบุคคลปัจเจกชนที่มีแนวคิด การดำเนินชีวิตที่เปิดพื้นที่ให้กับการแสดงตัวตน หรืออัตลักษณ์ทางเพศของมนุษย์ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามบรรทัดฐานและกฎเกณฑ์ของสังคม เพศในปัจจุบันจึงไม่จำกัดเพียงแค่ เพศชาย ที่ชอบเพียงเพศหญิง หรือเพศหญิงที่ชอบเพศชายเท่านั้น แต่ยังมีมีความหลากหลายทางเพศที่สร้างความแตกต่างทางเพศ แก่พฤติกรรมมนุษย์โดยอารมณ์และการแสดงออกทางเพศเป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้นหรือเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรม และถูกแสดงออกโดยประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยไม่ถือว่าบุคคลที่มีความแตกต่างทางรสนิยมและการแสดงออกทางเพศเป็นความผิดปกติ

ทั้งนี้ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 30 ระบุว่า "ห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องเพศอันหมายรวมถึงบุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศหรือเพศสภาพ หรือความหลากหลายทางเพศ แตกต่างจากเพศที่ผู้นั้นถือกำเนิด" รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 "บุคคลย่อมมีความเสมอภาคทางกฎหมายและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าจะด้วยเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใดจะกระทำได้" โดยรัฐจะต้องส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้ ต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคมจัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ **แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี** ได้กำหนดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ที่มีเป้าหมายในการพัฒนาที่สำคัญในด้านการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ เพิ่มโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นกำลังของการพัฒนาประเทศ โดยมีการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทของสังคมสูงวัย โดยเตรียมความพร้อมในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม พร้อมทั้งการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศและบทบาทของสตรีในการสร้างสรรค์สังคม ทั้งนี้ การดำเนินงานของหน่วยงานราชการยังได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการให้มีความเชื่อมโยงกับ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2565)** ที่มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ โดยมีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อผลักดันให้สถาบันทางสังคมมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศอย่างเข้มแข็ง โดยสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และกำหนด

มาตรการดูแลครอบครัวเปราะบางให้สามารถดูแลสมาชิกได้อย่างเข้มแข็ง รวมถึงผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่อยู่ในครอบครัว ในสังคม

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กล่าวว่า ประเทศไทยแม้จะไม่ปรากฏข้อมูลทางการแต่จากข้อมูลของ LGBT Capital และ Ipsos พบว่า ในปี 2566 ไทยคาดว่าจะมีจำนวนประชากร LGBTQ+ ประมาณ 5.9 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ที่มีจำนวนเพียง 4.2 ล้านคน ปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร LGBTQ+ ส่วนหนึ่งเกิดทั่วโลก รวมทั้งสังคมไทยที่มีการยอมรับและเปิดกว้างต่อความหลากหลายทางเพศมากขึ้น ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนโดยในส่วนของภาครัฐ มีการออกพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 ที่มีเป้าหมายให้ความคุ้มครองที่ครอบคลุมกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศให้สามารถดำรงสถานะของตนอยู่ในสังคมไทยได้อย่างเท่าเทียม และความเสมอภาค

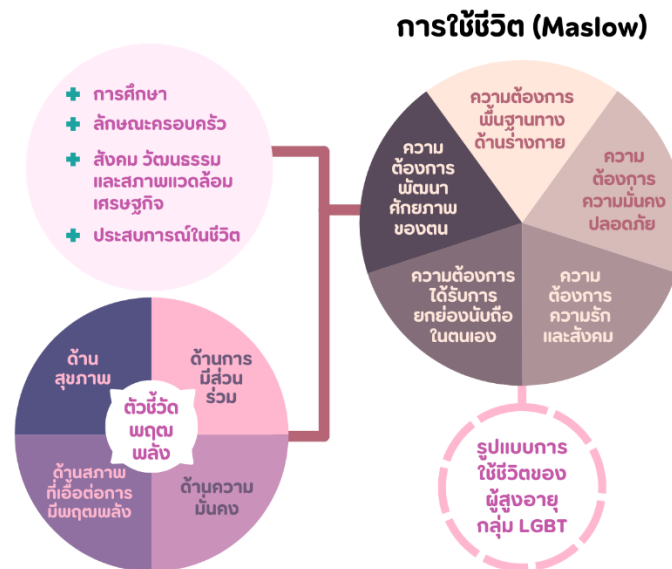
กรมกิจการผู้สูงอายุ สรุปลสถิติผู้สูงอายุในไทย ปี 2565 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 นั้นมีมากถึง 12,698,362 คน (19.21%) แบ่งเป็น ชาย จำนวน 5,622,074 คน (44.27%) หญิง จำนวน 7,076,288 คน (55.73%) โดยช่วงอายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 7,120,271 คน คิดเป็นร้อยละ 56.07% จากสถิตินี้กล่าว คณะผู้วิจัยคิดว่าอาจส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีการเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความเสมอภาคและความเท่าเทียมระหว่างเพศ ส่งเสริมและพัฒนาครอบครัว การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิสตรี ผู้แสดงออกที่แตกต่างจากเพศโดยกำเนิดและบุคคลในครอบครัว สร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัว ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุให้ผู้คุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันในการดำรงชีวิต ด้วยเหตุนี้ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 (จังหวัดลพบุรี) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งมีภารกิจในการพัฒนางานด้านวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้สอดคล้องกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงศึกษาโครงการวิจัย “การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ” เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อแนวทางการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศอย่างเหมาะสมในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 ให้ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเท่าเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่าและศักดิ์ศรี ตอบโจทย์สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อแนวทางการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศอย่างเหมาะสมในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย



คำถามวิจัย

- 1) ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 ปัจจุบันมีการดำเนินชีวิตอย่างไร
- 2) ปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข
- 3) หน่วยงานของรัฐมีแนวทางการสนับสนุนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศอย่างไร

ขอบเขตของงานวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาสถานการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยใช้แนวคิดทฤษฎี ดังนี้

- 1) ความต้องการของมาสโลว์ ประกอบด้วย (1) ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย (2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (3) ความต้องการความรักและสังคม (4) ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือในตนเอง (5) ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตน
- 2) ดัชนีพหุผล ประกอบด้วย (1) ด้านสุขภาพ (2) ด้านการมีส่วนร่วม (3) ด้านความมั่นคง (4) ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผล

2. ขอบเขตด้านประชากร

ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ อายุ 55 - 75 ปี เป็นการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นตัวแทนในแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 12 คน จำนวน 6 จังหวัด รวมทั้งสิ้น จำนวน 72 คน

3. ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาในจังหวัดที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 จำนวน 6 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี พิจิตร ลพบุรี สิงห์บุรี และชัยนาท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ทราบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7
- 2) สามารถนำข้อมูลผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศมีคุณภาพชีวิตที่ดีลดภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ อายุ 55 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 จำนวน 6 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี พิจิตร ลพบุรี สิงห์บุรี และชัยนาท ทั้งนี้ จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ 6 จังหวัดรวมกันประมาณ 718,382 คน จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 ของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2565) ด้วยสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ ยังไม่มีการจัดทำสำมะโน ในการกำหนดขนาดตัวอย่างและการสุ่ม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับ 30 โดยแบ่งเป็น จังหวัดละ 5 คน กระจายใน 6 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี พิจิตร ลพบุรี สิงห์บุรี และชัยนาท ในการสุ่มเลือกตัวอย่างใช้วิธีการเจาะจงจนครบจำนวนที่กำหนดไว้ อนึ่ง กรณีที่มีการตรวจสอบข้อมูลแล้ว ผลวิเคราะห์ไม่เพียงพอ จะได้จัดให้มีการเก็บรวบรวมเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ ในพื้นที่รับผิดชอบ 6 จังหวัด การพัฒนาตัวเครื่องมือมี 3 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นแบบสอบถามโดยอาศัยกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับการทบทวนแบบสอบถามจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา 2) พิจารณาร่างแบบสอบถามโดยคณะนักวิจัย 3) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC) 3 ราย จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 มีการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ผลค่าเฉลี่ยความเที่ยงตรงของแบบสอบถามรวมทุกข้อ 0.58 ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นให้ปรับปรุงแบบสอบถามให้เหมาะสม จากนั้นมีการปรับแก้แบบสอบถาม (แบบสัมภาษณ์เชิงลึก) ครั้งที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง ได้ผลค่าเฉลี่ยความเที่ยงตรงของแบบสอบถามทุกข้อ 0.90 ซึ่งค่าที่ได้เกินกว่าค่าความเที่ยงตรงที่ผู้วิจัยกำหนด คือ 0.6 โดยมีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ประวัติส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นในการใช้ชีวิต โดยทุกข้อมีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิขอให้จัดลำดับหมวดหมู่และข้อคำถามใหม่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง 4) การนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองภาคสนามจำนวน 2 ตัวอย่าง และ 5) การปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและจากผลการทดสอบภาคสนาม จากการดำเนินการพัฒนาแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามลำดับ จึงได้แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประวัติส่วนบุคคล สถานการณ์การใช้ชีวิต ตัวชี้วัดพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และการใช้ชีวิตตามแนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

สรุปผลการศึกษาวิจัย

1. สถานการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทสังคมและวัฒนธรรม

1.1 ครอบครัวที่ยอมรับในเพศสภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การยอมรับของครอบครัวมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยแบ่งได้เป็นสองกลุ่มหลัก 1) ครอบครัวที่ยอมรับเพศสภาพ กลุ่มนี้ได้รับความรัก ความเข้าใจ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทำให้พวกเขามีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขโดยไม่มีแรงกดดัน ครอบครัวเหล่านี้มักส่งเสริมให้ลูกได้รับการศึกษาที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความก้าวหน้าในชีวิต

2) **ครอบครัวที่ไม่ยอมรับเพศสภาพ:** แม้จะไม่ได้บังคับโดยตรง แต่ก็พยายามชี้นำชีวิตให้เป็นไปตามเพศกำเนิด ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องพยายามอย่างหนักเพื่อพิสูจน์ตนเองและศักยภาพที่มี เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากครอบครัว

1.2 **การศึกษาและอาชีพ** การวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูง (ปริญญาตรีขึ้นไป) มักมีอาชีพการงานที่มั่นคงและมีฐานะทางสังคมที่ดี ทำให้พวกเขามีอิสระในการใช้ชีวิตและมีความสุขมากกว่า กลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรีมักจะย้ายเข้าไปทำงานในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ ซึ่งมีสังคมที่เปิดกว้างและยอมรับความหลากหลายทางเพศในการทำงานมากกว่าในต่างจังหวัด แสดงให้เห็นว่าสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมมีผลต่อการยอมรับในเรื่องเพศสภาพ

1.3 **ประสบการณ์ทางสังคม** การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุหลายคนเคยถูก **บูลลี่** ในชุมชนหรือสังคมเนื่องจากเพศสภาพของตนเอง ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้าง **"นิเวศทางสังคมที่ดี"** ที่ส่งเสริมความเข้าใจและการยอมรับในความหลากหลายทางเพศ ตั้งแต่เด็กไปจนถึงผู้ใหญ่ เพื่อให้สังคมมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

โดยสรุปแล้ว ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ ได้แก่ การยอมรับจากครอบครัว โอกาสทางการศึกษาและอาชีพ และการสร้างสังคมที่เปิดกว้างและปลอดภัย ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม

2. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ

จากกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 23 ราย จำแนกรูปแบบการใช้ชีวิตได้ 3 รูปแบบ โดยรูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีมาสโลว์ (Maslow) ดังนี้

รูปแบบที่หนึ่ง การใช้ชีวิตเพื่อให้ได้รับความต้องการทางร่างกาย ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow) กลุ่มนี้มีทั้งสิ้น 4 ราย พบเพศผู้ 3 ราย และ 1 ราย ที่มีสภาพแวดล้อมในระดับอ่อนไหว



รูปแบบที่สอง การใช้ชีวิตเพื่อให้ได้รับความรัก กลุ่มนี้มีทั้งสิ้น 14 ราย โดยหนึ่งรายมีสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับดีมาก 4 ราย มีสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับดี และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่เหลือมีสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับอ่อนไหว



รูปแบบที่สาม การใช้ชีวิตเพื่อให้ได้รับการยกย่องนับถือ (ได้รับการยอมรับจากสังคม) กลุ่มนี้มีทั้งสิ้น 5 ราย และทั้ง 5 ราย มีสภาพพลัดพรากอยู่ในระดับดีมาก



และสามารถจำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตและพลัดพรากของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่ 1 ด้านสภาพครอบครัว ปัจจัยที่ 2 ด้านเศรษฐกิจ (รายได้) ปัจจัยที่ 3 ด้านโอกาสทางการศึกษา ปัจจัยที่ 4 ด้านชุมชนสังคม และปัจจัยที่ 5 ด้านการแสดงออก

โดยเริ่มจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีการอบรมเลี้ยงดูให้ความรักความอบอุ่น ไม่มีสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นครอบครัวที่ไม่ยอมรับปิดกั้นในความหลากหลายทางเพศ ด้านรายได้หาก ครอบครัว

มีสภาพเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ค่าขาย กลุ่มนี้จะมีที่ดินน้อยหรือไม่มีที่ทำกิน เงินทุนน้อย อีกทั้งยังมีการเช่าที่ดินที่อยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ **ด้านการศึกษา**ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาของบิดามารดา มีข้อมูลสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยในกลุ่มบิดามารดาที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่าระดับพื้นฐานจะส่งผลให้บุตรมีโอกาสในการเข้ารับการศึกษาระดับพื้นฐานด้วยเช่นกัน **ด้านชุมชนสังคม** เป็นชุมชนที่ไม่มีการยอมรับความหลากหลายทางเพศ ส่งผลกระทบให้คนในชุมชนมีการล้อเลียนเรื่องเพศสภาพกับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศและคนในครอบครัวด้วย ส่วน**ด้านการแสดงออก** เป็นพฤติกรรมมีลักษณะที่สำคัญ มีการแสดงออกที่ชัดเจนตามเพศสภาพของตนเอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มคนในสังคม โดยจะคบเพื่อนที่มีเพศสภาพคล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกัน และต้องการความรักความเข้าใจในเรื่องเพศสภาพ และสุดท้าย คือ ต้องการอิสระในการใช้ชีวิต

จากที่กล่าวมา ปัจจัยทั้ง 5 ที่กล่าวถึงมีผลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับความหลากหลายทางเพศในสังคมไทย และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและเลือกตัดสินใจของบุคคล และสะท้อนถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต หรือพหุพลังอยู่ในระดับอ่อนไหว ขณะที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีสภาพพหุพลัง อยู่ในระดับดีมาก ก็จะมีสถานการณ์ของปัจจัยทั้งห้าอยู่ในลักษณะตรงกันข้าม

3. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ

จากการนำเสนอสถานการณ์การใช้ชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ชีวิตจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศและผลงานวิจัยเบื้องต้น ได้รูปแบบแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมาย 3 แนวทาง ดังนี้

3.1 การสร้างความสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจภายในครอบครัว

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่มีรูปแบบการใช้ชีวิตแบบต้องการความรักและสังคม เป็นกลุ่มที่มีสภาพแวดล้อมในครอบครัวขาดความเข้าใจและสร้างความกดดันในการดำเนินชีวิตของกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูล จึงควรมีกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว สร้างสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุให้เข้าใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูก ความสัมพันธ์ระหว่างปู่ย่าตายายกับลูกหลาน รวมไปถึงความสัมพันธ์ในหมู่ญาติมิตร ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีลักษณะในหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการสนทนาพูดคุยกันอยู่เสมอ การแสดงออกถึงความรักใคร่ปรองดอง ความห่วงใยซึ่งกันและกัน รวมถึงการปรึกษาหารือร่วมกันเมื่อมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น ส่วนครอบครัวที่มีลักษณะตรงกันข้ามคือมีความห่างเหิน ความไม่เข้าใจกัน ต่างคน ต่างอยู่ มีปฏิสัมพันธ์กันน้อย ขาดการสื่อสารที่เข้าใจระหว่างกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาและนำไปสู่พฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นได้ ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิก ทุกคน (วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2560, หน้า 361)

3.2 การสร้างความสัมพันธ์และการสร้างความเข้าใจในชุมชนและสังคม

การสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมหรือชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีจุดประสงค์ร่วมกันให้เกิดความสำเร็จ โดยมีความสุขใจกับทุกฝ่ายจึงควรมีกิจกรรมเพื่อปรับทัศนคติในการยอมรับความหลากหลายทางเพศในชุมชน

3.3 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ

การมองสถานการณ์ของตนเองในปัจจุบันของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศและกลุ่มตามเพศสภาพมีความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตและความต้องการไม่แตกต่างกัน กลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่า ควรส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตดังนี้

1) โครงการดูแลผู้สูงอายุให้ยังยืนมีสุขภาพดี 100 ปี ที่มีคุณภาพ

การดูแลผู้สูงอายุให้ยังยืน เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการดูแลกันเองของคนในชุมชน เพื่อให้มีการดูแลกันอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ

2) โครงการส่งเสริมต้นแบบสุขภาพดี

ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตที่ดี ร่างกาย แข็งแรง อารมณ์ขบขัน มีความแข็งแรงทั้งสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตใจ มีความเป็นอยู่ที่ดี ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ไม่ถูกทอดทิ้ง มีลูกหลานคอยดูแล โดยมีพื้นที่สร้างสรรค์ ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุ ได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม โดยไม่ถูกเลือก “ปฏิบัติ”

การอภิปรายผลงานวิจัย

ครอบครัว ที่สร้างความรักและอบอุ่น รวมถึงสังคมที่เปิดโอกาสและยอมรับความหลากหลายทางเพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเป็นอิสระในการแสดงออกตามเพศที่เป็นจริงของผู้สูงอายุ ความรู้สึกถูกยอมรับและเข้าใจในสังคมจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและเสริมสร้างคุณค่าในชีวิตประจำวัน สภาพเศรษฐกิจที่เหมาะสม และการมีรายได้มั่นคงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศสามารถเข้าถึงบริการและทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อชีวิตประจำวัน การมีเงินทุนพอเพียงและโอกาสทางเศรษฐกิจจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเลือกที่จะเลือกตัดสินใจและดำเนินชีวิต ผลการวิจัยนี้ อธิบายปรากฏการณ์การใช้ชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิต ตามทฤษฎีขั้นความต้องการของชีวิตของมาสโลว์ ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในปัจจุบันมีเป้าหมายชีวิต 3 รูปแบบ คือ ความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย ความต้องการความรักและสังคม และความต้องการการยกย่องยอมรับนับถือ โดยรูปแบบทั้งสามนี้ เป็นผลจากสภาพแวดล้อมที่เป็นแรงผลักดันและทำให้เกิดรูปแบบการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของบอนเฟรน เบรนนอร์ (โนวาปีส, 2566)

ทวนชัย จันทวงศ์ และคณะ (2563) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขแบบองค์รวม ได้แก่ สุขทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยจะต้องอาศัยความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ดี รวมถึงการเข้าถึงการบริการและสวัสดิการต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงการศึกษาและการพัฒนาตนเองมีความสำคัญต่อการสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ โอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะจะเพิ่มคุณค่าในการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีให้กับสังคม การแสดงออกและอิสระในการใช้ชีวิตตามเพศสภาพของตนเอง การเลือกเพื่อนที่มีความคล้ายคลึงกันทางเพศ และความต้องการในการค้นหาความรักและความเข้าใจในเรื่องเพศสภาพ เป็นส่วนสำคัญของการมีความพึงพอใจและความสุขในชีวิตสูงอายุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจถึงประสบการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในสังคม การสร้างสภาวะที่เป็นกลาง ทัศนคติ ความเท่าเทียม และความเข้าใจเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสร้างชีวิตที่มีคุณภาพและความเป็นสุขสำหรับผู้สูงอายุในสังคม

อัญมณี สัจจาสัย (2564) การยอมรับและปฏิบัติต่อบุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศอย่างถูกต้องและเท่าเทียม ในปัจจุบัน บุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศได้รับการยอมรับและยอมรับโดยสังคมมากขึ้น ดังนั้นบุคคลในสังคม ไม่ว่าจะเป็นเพศสภาพหรือเพศวิถีใด จึงควรให้ความเคารพและปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศอย่างเช่นเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง บนพื้นฐานของความเท่าเทียมและอีกหนึ่งแรงผลักดันและกำลังใจสำคัญ คือการเป็นที่ยอมรับจากสังคมรอบตัวและสมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัย

1) กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรมอบหมายให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมทางสังคม

2) กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว ควรมอบหมายให้ศูนย์พัฒนาครอบครัว (ศพค.) ร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขับเคลื่อนกิจกรรมเรียนรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว การปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างเท่าเทียม สร้างความสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจ ยอมรับในครอบครัวที่มีความหลากหลายทางเพศ และเพิ่มเติมหลักสูตรครอบครัวยอมรับ เข้าใจ ความหลากหลายทางเพศ ในหลักสูตรโรงเรียนครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศให้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. (2566).

<https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>

ข่าวเศรษฐกิจและสังคม. (2566). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เรื่อง ภาวะสังคมไทย

ไตรมาสสอง ปี 2566. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5491

ทวนชัย จันทรวงศ์ และคณะ. (2563). โครงการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ ตำบลศีร์ษะจรเข้ขัน้อยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ตำบลศีร์ษะจรเข้ขัน้อย อ.บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ.

<https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/309239>

วนัญญา แก้วแก้วปาน. (2560). สัมพันธภาพครอบครัวกับปัญหาการกระทำความผิดในวัยรุ่น. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*. ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 10(1), 361-371.

อัญมณี สัจจาสัย. (2565). ความหลากหลายทางเพศ. [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2650)

[elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2650](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2650)

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบโปรแกรมการเล่นเพื่อการส่งเสริม
การออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park): กรณีศึกษาเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี
The Role of Community Social Workers in Designing Play Programs to Promote
Innovative Exercise (Pocket Park): A Case Study of Bueng Yitho Municipality, Pathum
Thani Province

ณัฐพัชร สโรบล¹และสมเกียรติ แก้วเกาะสบบ้า²

Nattapat Sarobol¹ and Somkiat Kaewkhsaba²

Correspondence: familypoooh@hotmail.com

(Received: June 24, 2025 Revised: August 15, 2025 Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี เป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาและรักษาความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันไว้ได้โดยอาศัยแนวทางแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสมาชิกในชุมชนร่วมมือกันในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนทุกช่วงวัย บทความนี้มุ่งเน้นการนำเสนอบทบาทที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบและส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า Pocket Park โดยใช้กรอบการออกแบบโปรแกรมการเล่น 6 ขั้นตอนเป็นกรอบแนวคิดหลัก วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบโปรแกรมการเล่นเพื่อการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park) วิธีการศึกษา ประกอบด้วย การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และการสังเกตการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park) บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ประกอบด้วย บทบาทในการออกแบบโปรแกรมการเล่น ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความตระหนักและการรับรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านการออกกำลังกาย 2) การจัดทำคู่มือและสาธิตวิธีการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ 3) การทดสอบสมรรถภาพทางกาย 4) การปฏิบัติจริงและการบันทึกกิจกรรมออกกำลังกาย 5) การจัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยและการทำกิจกรรมกลุ่ม และ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติ การชี้แนะอุปสรรค และการเสริมพลังใจอย่างต่อเนื่อง และ บทบาทในการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพร่วมกับนักกายภาพบำบัดและนักสนทนากการ บทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้เปิดปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การสร้างความตระหนักเรื่องความเสี่ยง การทำกลุ่มสนับสนุน การให้ความรู้ในการใช้อุปกรณ์ การสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้โปรแกรมการเล่นจึงมีความสำคัญมาก ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำคัญคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพในการออกแบบโปรแกรมการเล่นโดยให้ความสำคัญกับบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ ข้อเสนอแนะและการสื่อสารให้เห็นถึงประโยชน์ของอุปกรณ์การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมให้เกิดความ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สำนักทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹ Assistant Professor Dr., Faculty of Social Administration, Thammasat University

² Assistant Professor Dr., Office of Registration Records and Evaluation, Sukhothai Thammathirat Open University

ตระหนักและการรับรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม และควรส่งเสริมการจัดบริการที่ผนวกเข้ากับการจัดการของอปท. โดยจัดให้มีผู้แนะนำ (Coach) ซึ่งอาจเป็นผู้ปฏิบัติงานของเทศบาล ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครในการสวมบทบาทของผู้แนะนำและกระตุ้นให้เกิดการเล่นอุปกรณ์อย่างเหมาะสมและคอยให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ คอยดูแลกำกับเพื่อความปลอดภัยและลดความเสี่ยงขณะเล่นอุปกรณ์

คำสำคัญ: สังคมสงเคราะห์ชุมชน, ออกแบบ, โปรแกรมการเล่น, การออกกำลังกายแนวใหม่

Abstract

Healthy Aging is a process in which older adults are able to develop and maintain their ability to perform daily life activities through participatory approaches, where community members collaborate to create an environment suitable for all age groups. This article focuses on presenting the significant role of community social workers in designing and promoting innovative exercise programs, commonly known as *Pocket Parks*, using the six-step play program design framework as the main conceptual framework. The objective of the study is to examine the role of community social workers in designing play programs to promote innovative exercise (Pocket Park). The research methods include field practice, interviews with older adults, and observation of the use of innovative exercise equipment (Pocket Park). The roles of community social workers in promoting innovative exercise consist of two main aspects: **The role in play program design**, which includes: 1) Raising awareness and promoting self-care through exercise 2) Developing manuals and demonstrating the use of exercise equipment 3) Conducting physical fitness assessments 4) Practical implementation and recording of exercise activities 5) Organizing small group discussions and group activities and 6) Reflecting on practice, identifying obstacles, and providing continuous encouragement. **The role in interdisciplinary teamwork**, working alongside physiotherapists and recreation specialists. A key role in promoting enabling factors includes: raising awareness of risks, forming support groups, providing knowledge about equipment use, and creating an appropriate social environment. These are essential factors leading to behavioral change among older adults. Consequently, play programs are of great importance. **Key recommendations:** Local administrative organizations should encourage interdisciplinary teamwork in play program design, giving emphasis to the role of social workers. Knowledge-sharing activities, guidelines, and communication should be provided to highlight the benefits of exercise equipment, thereby promoting proper and accurate awareness. Furthermore, service provision should be integrated into the operations of local administrative organizations by assigning *coaches*—such as municipal staff, community leaders, or volunteers—to serve as facilitators who encourage appropriate use of equipment, provide consultation and guidance, and supervise for safety and risk reduction during exercise.

Keywords: Community Social Work, Program Design, Play, Innovative Exercise

บทนำ

การสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลในสังคมก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์ มีความมั่นคงในชีวิต และยังคงมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ตลอดจนการปฏิบัติหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ขณะที่ **การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy Aging)** หมายถึง กระบวนการสูงวัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาและการธำรงรักษาความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้บุคคลทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดี ความเป็นอยู่ที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ต้องอาศัยการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสที่เอื้อต่อการที่บุคคลสามารถเป็นและทำในสิ่งที่ตนเห็นว่ามีความสำคัญตลอดช่วงชีวิต

แนวคิด **“การสูงวัยในถิ่นที่อยู่” (Aging in Place)** มุ่งเน้นการอยู่อาศัยในบ้านและชุมชนเดิม โดยให้ความสำคัญกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาวะทั้งทางกายและจิตใจ ควบคู่กับการจัดสวัสดิการสังคมที่เข้าถึงได้ภายในครัวเรือนและชุมชน เพื่อเอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระของประชากรตลอดช่วงชีวิต (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) แนวคิดดังกล่าวมีรากฐานจากทฤษฎีช่วงชีวิต (Life-Course Theory) ซึ่งประกอบด้วยมิติทางจิตวิทยา สังคม ความปลอดภัย ความมั่นคง การได้รับความรัก ความเป็นเจ้าของ การเชื่อมั่นในตนเอง และการตระหนักรู้ โดย ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และณัฐพัชร สโรบล (2568) ได้สรุปว่า การสูงวัยในถิ่นที่อยู่หมายถึง การพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมและหลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ ตั้งแต่กลุ่มที่มีศักยภาพแข็งแรง ไปจนถึงกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างยาวนานและมีคุณภาพในชุมชนเดิม ในปัจจุบัน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนมีความพยายามในการจัดบริการสวัสดิการและพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองต่อแผนนโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีทั้งพลังและสุขภาวะ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดังกล่าว ตามมาตรฐานการบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กำหนดไว้ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล 2) ด้านรายได้ 3) ด้านที่พักอาศัย 4) ด้านนันทนาการ 5) ด้านความมั่นคงทางสังคม และ 6) ด้านการสร้างบริการทางสังคมและเครือข่ายการเกื้อหนุน (Department of Local Administration, 2009, อ้างถึงใน ชมภูษ หุ่นาค และปภาวดี มนตรีวัต, 2565)

การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุในบทความนี้ขอยกตัวอย่าง การจัดสภาพแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ ประเภท “สวนหย่อมขนาดเล็ก หรือ Pocket Park” โดยสวนหย่อมขนาดเล็ก (Pocket park) หมายถึง สวนสาธารณะขนาดเล็กหรือสวนในระหว่างกลุ่มอาคารหรือสวนหย่อมขนาดเล็กในชุมชน (Pocket park) เป็นพื้นที่สีเขียวที่มีการออกแบบพร้อมการจัดวางอุปกรณ์เพื่อกิจกรรม และปฏิสัมพันธ์ของชุมชน มีแนวทางการพัฒนาโดยอาศัยที่ว่างขนาดเล็กในชุมชนหรือระหว่างอาคารต่าง ๆ อยู่ในระยะเดินเท้า (มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย, 2560 อ้างถึงใน นิลุบล คล่องเวสสะ และคณะ, 2564) หรือหมายความว่าถึง บริเวณพื้นที่ขนาดเล็กริมถนน กลางถนน หรือบริเวณรอบอนุสาวรีย์ต่าง ๆ ที่จัดตกแต่งเพื่อความสวยงามแถบบริเวณใกล้เคียง บางแห่งให้ประชาชนเข้าไปใช้พื้นที่เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การนั่งเล่นและการเดินเล่น (ทศพร อนันตพิพัฒน์, 2552) โดยสวนหย่อมขนาดเล็ก หรือ Pocket Park นั้น Liu (2023) ได้กล่าวไว้ว่า Pocket Park มีบทบาทสำคัญเพิ่มมากขึ้นในการปรับปรุงสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมของมนุษย์ ในฐานะที่เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจสำหรับคนเมือง และในเวลาเดียวกัน Pocket Park ยังช่วยในการจัดการสภาพร่างกายและจิตใจ โดยในการศึกษานี้ได้นำเสนอการจัดสภาพแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดให้มีอุปกรณ์การออกกำลังกายแนวใหม่ผนวกเข้ากับพื้นที่สวนสาธารณะของชุมชน โดยมีความมุ่งหวังในการสร้างสภาพแวดล้อมให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่เรียกว่า การออกกำลังกายแนวใหม่

แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งได้พยายามพัฒนานวัตกรรมและบริการที่เอื้อต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ เช่น การจัดหาอุปกรณ์และพื้นที่ออกกำลังกายอย่างที่กำลังกล่าวมา แต่ยังคงพบว่าผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่ตระหนักถึงความสำคัญ และเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลให้การลงทุนด้านอุปกรณ์ดังกล่าวยังไม่สามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกได้อย่างเต็มศักยภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นบทบาทของ **นักสังคมสงเคราะห์ชุมชน** ในฐานะวิชาชีพที่สำคัญภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีหน้าที่หลักในการออกแบบและจัดบริการสาธารณะที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ โดยกรณีศึกษา **เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี** ถือเป็นต้นแบบการจัดบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุในระดับประเทศ มีการบูรณาการรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุม (Comprehensive Care) และองค์รวม (Holistic Care) โดยบริการครอบคลุม ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Day Center) มูลนิธิข้างเคียงเคียงกัน ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care) รวมถึงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ในขณะที่การดูแลแบบองค์รวมมุ่งเน้นการพิจารณาทุกมิติของชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานและการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

ล่าสุด เทศบาลเมืองบึงยี่โถได้ริเริ่มการจัดบริการรูปแบบใหม่ภายใต้โครงการ **“อุปกรณ์การออกกำลังกายแนวใหม่สำหรับผู้สูงอายุ” (Pocket Park)** ซึ่งติดตั้งในพื้นที่สาธารณะของชุมชน โดยมีจุดเด่นคือไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการออกกำลังกายทางกาย แต่ยังรวมถึงการบริหารสมอง การสร้างปฏิสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยอุปกรณ์ดังกล่าวถูกออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุและชุมชนที่อยู่อาศัย เพื่อตอบสนองต่อสมมติฐานสำคัญที่ว่า อุปกรณ์ดังกล่าวสามารถส่งเสริมสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และสมองได้พร้อมกัน อันเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน การจัดการรูปแบบใหม่ของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ กลับยังประสบปัญหาเช่นเดียวกับหลายพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุให้ความสนใจมาใช้บริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ขาดแรงจูงใจในการมาใช้บริการ และไม่รู้ว่าจะใช้บริการอุปกรณ์การออกกำลังกายให้เกิดประโยชน์กับตนเองได้อย่างไร จึงเป็นที่มาของการดำเนินงานโดยนักสังคมสงเคราะห์ในการออกแบบโปรแกรมการบริการที่เรียกว่า (Play Activity) โดยปรารถนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการของผู้สูงอายุในชุมชน

บทความวิชาการนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง **“ประสิทธิภาพอุปกรณ์การออกกำลังกายแนวใหม่สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษา Pocket Park เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี”** โดยมุ่งนำเสนอเฉพาะประเด็น บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบและจัดบริการด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park) ซึ่งมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในมิติทางกายภาพและสังคม ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ท้องถิ่นอื่น ๆ สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในชุมชนท้องถิ่น มีโจทย์สำคัญในการทำงานคือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้โดยปราศจากข้อจำกัด แม้ว่าความเป็นจริงผู้สูงอายุวัยกลางคนขึ้นไปจะประสบกับความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ข้อจำกัดต่าง ๆ และสร้างความรู้สึกให้ครอบครัวมองว่าไม่สามารถอยู่ร่วมกันได้ ส่งผลให้เกิดแนวคิดในการมองหาสถานที่ดูแลผู้สูงอายุแทนการดูแลในครอบครัว ดังนั้น การทำงานของนักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมุ่งเน้นกระบวนการและการจัดบริการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในถิ่นฐานเดิมของตนเองได้ แม้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพหรือปัญหาทางจิตใจ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด **“การสูงวัยในถิ่นที่อยู่” (Aging in**

³ เป็นอุปกรณ์ที่มีการพัฒนาและออกแบบให้เหมาะสมกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป็นอุปกรณ์ที่ไม่ได้มุ่งเน้นแค่การออกกำลังกายแต่ยังเสริมสร้างการบริหารสมอง การบริหารทางสังคม สามารถปรับและออกแบบให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของชุมชนได้ โดยมีจำนวนอุปกรณ์ทั้งหมด 14 รายการ และอุปกรณ์การออกกำลังกายแนวใหม่นี้ถูกพัฒนาและออกแบบภายใต้บริษัท ฮาน ดิส ไนน์ จำกัด

Place) ซึ่งให้ความสำคัญกับการอยู่อาศัยในบ้าน ครอบครัว และชุมชนเดิม ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจ ควบคู่กับการจัดสรรสวัสดิการสังคมเข้าสู่บ้านและชุมชน เพื่อเพิ่มความสะดวกในการดำรงชีวิตอย่างอิสระของประชากรตลอดช่วงชีวิต (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) หัวใจสำคัญของการสูงวัยในถิ่นที่อยู่คือ การที่ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและรู้สึกปลอดภัย ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่ตลอดชีวิต การอยู่อาศัยในบริบทดังกล่าวส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิต อารมณ์ และร่างกายของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังช่วยคงความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ลดค่าใช้จ่าย รักษาความคุ้นเคย ความสม่ำเสมอ และส่งเสริมเครือข่ายความสัมพันธ์และแหล่งสนับสนุนในชุมชน ทั้งนี้การจัดบริการที่สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่

1. **สถานที่ (Place)** การปรับปรุงภายในบ้านและบริเวณโดยรอบให้เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ
2. **ระบบบริการ (Service System)** การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้สะดวก
3. **ระบบการจัดการ (Management System)** การบูรณาการบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

การประยุกต์ใช้สามองค์ประกอบหลักในการจัดโปรแกรมการเล่น ยังคงให้ความสำคัญกับ **ระบบการจัดการ** โดยออกแบบให้มีการบูรณาการการออกกำลังกายควบคู่กับการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและกิจกรรมชุมชน อีกทั้งระบบการจัดการของโปรแกรมการเล่นดังกล่าวยังผนวกองค์ความรู้จากนักวิชาชีพหลากหลายสาขาเข้ามามีบทบาทในการให้บริการอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ ยกเว้นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ **สถานที่** ซึ่งหมายถึงการจัดการสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมต่อการให้บริการ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้ได้มุ่งเน้นการจัดการด้านกายภาพเป็นหลัก หากแต่ให้ความสำคัญกับ **สภาพแวดล้อมทางอารมณ์** อาทิ การจัดการความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน การสร้างบรรยากาศแห่งการเกื้อกูลและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างการใช้เครื่องออกกำลังกายและการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกผ่อนคลายสบายใจ และมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การจัดการที่ตอบสนองต่อแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่จึงหมายถึงการสร้างระบบบริการที่หลากหลายและครอบคลุม เพื่อตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุทุกกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน โดยมีบริการที่เข้าถึงง่าย ครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐาน และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และณัฏฐพัชร สโรบล, 2568)

ในระดับปฏิบัติการภาคสนาม นักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในวิชาชีพหลักที่ทำงานภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาของบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข อย่างไรก็ตาม นักสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถทำงานเพียงลำพังได้ แต่ต้องทำงานร่วมกับบุคคลสองกลุ่ม คือ **ผู้ใช้บริการ** และ **ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพอื่น** เช่น แพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา หน่วยงาน และนักกฎหมาย โดยการบูรณาการความรู้และทักษะจากหลากหลายวิชาชีพร่วมกันนี้เรียกว่า **“การทำงานแบบสหวิชาชีพ” (Multidisciplinary Teamwork)** ซึ่งช่วยให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างครอบคลุมและครบทุกมิติ (รัชพล มณีเหล็ก, 2566) ในบทความนี้ บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์มุ่งเน้นที่ **การส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่สำหรับผู้สูงอายุ** ซึ่งมีได้เน้นเฉพาะการเสริมสร้างสุขภาพทางกาย แต่ยังมีพัฒนาในด้านการบริหารสมอง การมีส่วนร่วมทางสังคม และการปฏิสัมพันธ์ภายในชุมชน โดยการออกแบบกิจกรรมต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของชุมชน การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องสะท้อนว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีส่วนร่วมทางสังคมสูงมักมีสุขภาพจิตที่ดีกว่า และสามารถรักษาบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ในทางกลับกัน การขาดการมีส่วนร่วมทางสังคมสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ต่ำลง (นามชัย กิตตินาคบุญชา, 2561)

นอกจากนี้ ศรีวิกาญจน์ ยกแสง (2564) ได้นำเสนอแนวทางที่นักสังคมสงเคราะห์ควรพิจารณา ได้แก่ การจัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อย การสร้างความตระหนักรู้ด้านการดูแลตนเอง การทดสอบสมรรถภาพทางกาย การจัดทำคู่มือและสถิติการใช้อุปกรณ์ การฝึกปฏิบัติร่วมกัน ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติและชี้แนะปัญหา

กรอบแนวคิดสำคัญในการออกแบบโปรแกรมครั้งนี้ อ้างอิงจากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา โดยปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยบทบาทเด่นคือการออกแบบ **กิจกรรมการเล่น (Play Activity)** ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนของ Lee & Ho (2022) ที่ชี้ว่า แม้ในอดีตสวนสาธารณะมักเน้นเด็ก แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น *senior playgrounds, geriatric parks, golden age gyms* หรือ *elderly fitness corners* ซึ่งมักเป็นอุปกรณ์แรงกระแทกต่ำ มีม้านั่ง แสงสว่าง และราวจับ เพื่อความปลอดภัย จุดประสงค์หลักของการออกแบบพื้นที่ดังกล่าวประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) กิจกรรมทางกาย (Fitness Activities) 2) กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และ 3) กิจกรรมการเล่น (Play Activities) ซึ่งช่วยกระตุ้นสมองและสร้างความสนุกสนานในการออกกำลังกาย โดยในการดำเนินการของนักสังคมสงเคราะห์ครั้งนี้ได้ผนวกเพียงกิจกรรมทางกายและกิจกรรมการเล่นเข้าไว้ด้วยกัน โดยรวมเรียกว่า โปรแกรมการเล่น หรือ Play Program

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี โดยเลือกพื้นที่ที่มีการติดตั้งอุปกรณ์การออกกำลังกายแนวใหม่สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 4 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านฟ้ารังสิต หมู่บ้านสถาพร หมู่บ้านแพรมาพร และหมู่บ้านชื้อตรง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 20 คน รวม 83 คน โดยมีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือประเมินสภาพร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด และเครื่องมือกลุ่มสนับสนุน (Group Support Tools) ที่ดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความตระหนักและการรับรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านการออกกำลังกาย 2) การจัดทำคู่มือและสถิติวิธีการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ 3) การทดสอบสมรรถภาพทางกาย 4) การปฏิบัติจริงและการบันทึกกิจกรรมออกกำลังกาย 5) การจัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยและการทำกิจกรรมกลุ่ม และ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติ การชี้แนะอุปสรรค และการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกระบวนการที่สะท้อนบทบาทสำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบและจัดบริการที่ส่งเสริมการสูงวัยในถิ่นที่อยู่

บทบาทสำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

สังคมสงเคราะห์ชุมชนเป็นกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับพลวัตของอำนาจและความสัมพันธ์ทางสังคม โดยครอบคลุมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างทางสังคมที่หลากหลายและชุมชนที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทั้งนี้ งานสังคมสงเคราะห์ชุมชนมีเป้าหมายสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมทางสังคมผ่านการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ตัวอย่างเช่น หากเป็นประเด็นปัญหาความยากจน นักสังคมสงเคราะห์ชุมชนจะดำเนินงานบนฐานมุมมองของชุมชน โดยอาจเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจและการเมืองที่เป็นรากฐานของปัญหา ตลอดจนมีบทบาทในการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อจัดความยากจน หรือสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มเพื่อเคลื่อนไหวทางสังคมในการผลักดันนโยบายและการตัดสินใจของภาครัฐ (Cyndi Hall, 2017 อ้างถึงใน กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง, 2563)

วิธีการสำคัญในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ชุมชนคือ การสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของการกระทำร่วมกันบนฐานความเชื่อว่ามันสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดียิ่งขึ้นได้ โดยบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนจึงเน้นการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง ทั้งในเชิงป้องกัน ฟื้นฟู และพัฒนา เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและชอบธรรม (ปัทมา ชาญเขียว, 2559 อ้างถึงใน กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง, 2563)

ขอบเขตงานสังคมสงเคราะห์ชุมชนเกี่ยวข้องกับการสร้างศักยภาพในการเข้าถึงและใช้บริการสาธารณะ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพและบริการสาธารณะ อาสาสมัคร และประชาชนในชุมชน ตลอดจนการริเริ่ม สนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนาชุมชนแบบไม่เป็นทางการที่เน้นการทำงานร่วมกับสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ภายในชุมชน (กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง, 2563) ด้วยเหตุนี้ นักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทุกประเภท มิได้จำกัดเพียงกิจกรรมทางสังคม แต่ยังรวมถึงการดูแลทางสังคม (Social Care) ซึ่งเป็นระบบการช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครองสิทธิ และเสริมสร้างความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน หรือพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การจัดการดูแลทางสังคมดังกล่าวครอบคลุมทั้งระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสถาบัน โดยมีกลไกที่ชัดเจน เช่น 1) การตรวจสอบสิทธิของผู้สูงอายุ 2) การประเมินเพื่อพิจารณาชุดกิจกรรมการดูแล 3) การกำหนดค่าใช้จ่าย 4) การใช้บริการตามชุดกิจกรรมที่กำหนด และ 5) การติดตามและประเมินผล (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2559) ในระดับท้องถิ่น นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่สำคัญในการประสานและจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การให้คำปรึกษา การประเมินปัญหาทางสังคม และการช่วยเหลือในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ดังนั้น บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบและจัดบริการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park) จึงเป็นอีกมิติหนึ่งของการทำงานที่มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด “การสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (Aging in Place)” โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคม การปรับตัว และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมการออกกำลังกายที่สานการเล่น (Play Activities) ซึ่งเป็นการบูรณาการทั้งมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ทางสังคมให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ช่วยส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park) ได้อย่างไร

การส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ในพื้นที่เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี เป็นกรณีศึกษาเชิงปฏิบัติที่สะท้อนให้เห็นบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยบทบาทดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็น 2 มิติหลัก ได้แก่ (1) บทบาทในการออกแบบโปรแกรมการเล่น และ (2) บทบาทในการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมุ่งสร้างความตระหนักรู้ การมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยขอเสนอบทบาทไว้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจาก 4 ชุมชน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 29 คน รวมทั้งสิ้น 62 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.58 มีอายุระหว่าง 58–89 ปี (ค่าเฉลี่ย 70.89 ปี) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือมากกว่า 75 ปี (ร้อยละ 29.03) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 50) รองลงมาเป็นหม้าย (ร้อยละ 29.03) และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง (ร้อยละ 82.26) ประสบการณ์การใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายมาก่อนเข้าร่วมโครงการพบว่า ร้อยละ 72.58 เคยใช้บริการอุปกรณ์ในสวนสาธารณะ ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่คือ 1 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 67.74) ช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอุปกรณ์ออกกำลังกายมากที่สุดคือการสื่อสารจากอาสาสมัครและผู้นำชุมชน (ร้อยละ 40.39) เหตุผลหลักในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ต้องการลดความเสี่ยงด้านคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 56.45) ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ร้อยละ 51.61) และต้องการสร้างเครือข่ายทางสังคมและมิตรภาพใหม่ (ร้อยละ 43.55)

2. บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) บทบาทในการออกแบบโปรแกรมการเล่น และ (2) บทบาทในการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ ภายใต้แนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่” (Aging in Place) โดยสามารถสะท้อนให้เห็นรายละเอียดในเชิงปฏิบัติได้ดังนี้

2.1 บทบาทในการออกแบบโปรแกรมการเล่น (Play Program)

นักสังคมสงเคราะห์ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการออกแบบโปรแกรมการเล่นเพื่อกระตุ้นให้เกิดทั้ง “กิจกรรมทางกาย” (Exercise Activity) และ “กิจกรรมการเล่น” (Play Activity) ซึ่งบูรณาการเข้าด้วยกันตามแนวคิดของ Lee & Ho (2022) โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม สร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านกิจกรรมการออกกำลังกาย การดำเนินงานสามารถจำแนกได้เป็น 6 กระบวนการ ดังนี้

1) การเสริมสร้างความตระหนักและการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ

การดำเนินงานเริ่มต้นด้วยกิจกรรม Open House เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการและแนะนำอุปกรณ์ออกกำลังกายแนวใหม่ ตัวอย่างเช่น งานมหกรรม “ลุงป้า ปู่ย่า หลานม่า The Festiwow 2024” ซึ่งจัดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างเทศบาลเมืองบึงยี่โถ บริษัทบางกอกกล๊าส จำกัด (มหาชน) และบริษัท ฮาน ดิส ไนน์ จำกัด กิจกรรมดังกล่าวเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทดลองใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายได้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับในนวัตกรรมการออกกำลังกายใหม่ ๆ กิจกรรมดังกล่าวเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพในระดับเริ่มต้นของผู้สูงอายุกับเพื่อนและยังเน้นการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายผ่านการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายแนวใหม่

2) การจัดทำคู่มือและสาริตการใช้อุปกรณ์

กิจกรรมสาริตการออกกำลังกายในชุมชนจัดขึ้นโดยทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งมีคู่มือ ป้ายสื่อสาร และแผ่นพับ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ด้วยตนเองได้ ตัวอย่างกิจกรรม Open House จัดขึ้นในหลายพื้นที่สาธารณะ เช่น หมู่บ้านฟ้ารังสิต หมู่บ้านชื้อตรงรังสิต หมู่บ้านแพรมาพร และหมู่บ้านสถาพร

3) การทดสอบสมรรถภาพและประเมินความเสี่ยง (Pre-test)

กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการทดสอบสมรรถภาพและการคัดกรองผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความพร้อมครอบครัว (F.R.A.) การประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (MoCA) การประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS-15) และการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน พร้อมทั้งประชุมร่วมกับทีมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและออกแบบแผนการให้บริการรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยคำนึงถึงเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าสู่กลุ่มทดลอง ได้แก่ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 6–10 คะแนน (ระดับที่ควรติดตาม) มีคะแนนปัญญาต่ำกว่า 25 คะแนน มีปัญหาความยืดหยุ่นของร่างกายหรือการทรงตัว และมีความพร้อมของครอบครัวในระดับน้อยถึงปานกลาง

จากเกณฑ์ดังกล่าวได้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจำนวน 65 คน ประกอบด้วย หมู่บ้านชื้อตรง 18 คน หมู่บ้านสถาพร 11 คน หมู่บ้านแพรมาพร 20 คน และหมู่บ้านฟ้ารังสิต 16 คน

4) การนำความรู้ไปปฏิบัติและการบันทึกกิจกรรมออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับแผนการใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายเฉพาะบุคคล โดยมีกติกาและแนวปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ต้องปฏิบัติตามแผนการออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน
- 2) ต้องใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายแนวใหม่ที่พัฒนาโดยโครงการ
- 3) ต้องปฏิบัติตามกิจกรรมให้ครบทุกสถานี อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาทีขึ้นไป
- 4) ต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่จัดโดยโครงการ
- 5) ต้องบันทึกการออกกำลังกายรายวันลงในสมุดที่นักสังคมสงเคราะห์มอบให้ และรายงานผลในที่ประชุมประจำเดือน

การปฏิบัติตามแผนดังกล่าวใช้ กลุ่มไลน์ “ผู้สูงอายุ Pocket Park” เป็นช่องทางการสื่อสาร เพื่ออัปเดตการ

ปฏิบัติการ โดยผู้สูงอายุสามารถโพสต์รูปภาพระหว่างการทำกายภาพบำบัด ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม (ตามความสนใจ) ตลอดระยะเวลาโครงการ

5) การออกแบบให้เกิดกิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยและการทำกิจกรรมกลุ่ม

นักสังคมสงเคราะห์ยังมีบทบาทในการออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมและส่งเสริมการปรับตัว ควบคู่กับการออกกำลังกาย โดยจัดโปรแกรมทางสังคมภายใต้ชื่อ “กันเหงา กันเศร้า กันลืม” ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านฟ้ารังสิต มีผู้เข้าร่วมจำนวน 27 คน (กลุ่มทดลอง 22 คน และผู้สูงอายุในชุมชน 5 คน) ประกอบด้วย 4 ฐานกิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1: “ส่องใส วัยเก่า”

มุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านการอบรม บรรยาย และกิจกรรมเสริม เช่น “ภาพพลิกชีวิต” เพื่อกระตุ้นสมองและความคิดสร้างสรรค์ ผลการประเมินสะท้อนว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจในระดับต่างกัน และยังพบข้อจำกัดด้านความจำและการคิดวิเคราะห์

กิจกรรมที่ 2: “ลัลลาहांไกลเศร้าซึม”

จัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมที่ช่วยลดความเหงา โดยแบ่งออกเป็นกิจกรรมที่ทำคนเดียว (เช่น เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ร้องเพลง) และกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น (เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมชุมชน) พร้อมทั้งเล่นเกมเสริมสร้างความสนุกสนานและกำลังใจ

กิจกรรมที่ 3: “ฝึกสมองชะลอเสื่อม (Strong Communities)”

ประกอบด้วยกิจกรรมฝึกสมองและนันทนาการ เช่น ทำมือ จิบ-แอล การเต้นกลุ่ม และการเล่นเกมคำศัพท์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม พร้อมเปิดวงสนทนา (Group Focus) เพื่อแลกเปลี่ยนวิธีสังเกตและป้องกันอาการหลงลืมในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 4: “โอเคบานะ ดอกไม้บำบัด”

กิจกรรมศิลปะบำบัดด้วยการจัดดอกไม้แบบญี่ปุ่น ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ความคิดสร้างสรรค์ และการผ่อนคลายทางอารมณ์ ผู้สูงอายุได้ทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม เกิดการสื่อสารและการมีส่วนร่วมเชิงสร้างสรรค์

6) การพูดคุยสะท้อนการปฏิบัติและชี้แนะอุปสรรคปัญหาที่พบ พร้อมสนับสนุนด้วยการให้กำลังใจ

มีการจัดกิจกรรมเพื่อประเมินและติดตามผล ดังนี้

การลงพื้นที่ชุมชนทั้ง 4 แห่ง เพื่อสังเกตการใช้อุปกรณ์และสนทนากลุ่มย่อยกับผู้สูงอายุหลังจากปฏิบัติตามแผน 2 เดือน

การจัดประชุมรายงานความก้าวหน้าระยะกลางต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาลเมืองบึงยี่โถ บริษัท ฮาน ดิ ดี ไนน์ จำกัด และผู้นำชุมชน

การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ครอบครัว เช่น “วัยเก๋พาเพลิน ดรีมเวิลด์ ย้อนวัย” โดยเชิญผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม Walk Rally 5 ฐาน

การทดสอบสมรรถภาพและประเมินความเสี่ยง (Post-test) ซึ่งดำเนินการด้วยเครื่องมือมาตรฐานเช่นเดียวกับการทดสอบก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ในกระบวนการเก็บข้อมูลและจัดกิจกรรม Post-test เมื่อผู้เข้าร่วมประชุมมาถึง นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการลงทะเบียนและติดหมายเลขประจำตัวบนป้ายหน้าอก ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมและสรุปภาพรวมโครงการวิจัยที่ผ่านมา และเข้าสู่กระบวนการทดสอบสมรรถภาพและประเมินความเสี่ยงต่อไป โดยกิจกรรมการทดสอบสมรรถภาพและประเมินความเสี่ยง มีทั้งหมด 5 ฐาน เช่นเดียวกับการทดสอบสมรรถภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2.2 บทบาทในการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ

จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการจัดบริการนั้นไม่สามารถดำเนินการเพียงลำพังได้จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ โดยในการส่งเสริมให้เกิดการออกกำลังกายแนวใหม่ภายใต้แนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ นักสังคมสงเคราะห์ต้องจัดบริการให้มีความหลากหลายและตอบสนองต่อสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคน ดังนั้น บทบาทการทำงานร่วมกันนับเป็นทางออกหนึ่งที่ทำให้เกิดบริการที่มีความเหมาะสม เกิดการบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคม และการที่ทีมสหวิชาชีพที่หลากหลายย่อมนำไปสู่การเกิดบริการที่ครอบคลุมสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยขอเสนอบทบาทการดำเนินงานดังนี้

2.2.1 การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

เทศบาลได้กำหนดกลยุทธ์ในการส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพ โดยบูรณาการความรู้และความเชี่ยวชาญจากหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายแนวใหม่ภายใต้แนวคิด “การสูงวัยในถิ่นที่อยู่” บทบาทของแต่ละวิชาชีพมีดังนี้

1) **นักกายภาพบำบัด** นักกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญในการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและลดความเสี่ยงจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสื่อมถอยของร่างกายตนเอง ทำให้การออกกำลังกายอาจไม่ตรงกับความต้องการหรือความเสี่ยงที่มีอยู่ บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการให้ข้อมูลย้อนกลับและแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการตระหนักรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีเป้าหมาย ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2) **นักสังคมสงเคราะห์** นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผ่านการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน (Support Group) เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ติดตามความก้าวหน้าและพูดคุยเพื่อสำรวจปัญหา อุปสรรค และความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในระหว่างการจัดกิจกรรม แม้ว่าบทบาทนี้อาจถูกตั้งคำถามถึงความเชื่อมโยงกับการออกกำลังกาย แต่ในเชิงวิชาการ งานสังคมสงเคราะห์ชุมชนมีความสำคัญในการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าและประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ตลอดจนส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนและช่องทางสื่อสาร เช่น กลุ่มไลน์ “ผู้สูงอายุ pocket park” มีส่วนช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย อันเป็นการขยายขอบเขตงานสังคมสงเคราะห์ไปสู่การส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

3) **นักสันทนาการ** บทบาทของนักสันทนาการมุ่งเน้นไปที่การอธิบายและแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายแนวใหม่อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน รวมถึงการทำหน้าที่เป็นผู้นำกิจกรรม (Coach) เพื่อสร้างบรรยากาศที่สนุกสนานและลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาจมีความลังเลในการใช้อุปกรณ์บางชนิด เนื่องจากความกลัวการบาดเจ็บหรือความไม่มั่นใจในวิธีการใช้งาน การมีนักสันทนาการเป็นผู้แนะนำและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด จึงช่วยสร้างความมั่นใจ ความปลอดภัย และแรงจูงใจให้แก่ผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป การบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ในการจัดบริการครั้งนี้ หมายถึงการทำงานร่วมกันระหว่างนักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักสันทนาการ ทั้งในด้านการออกแบบแผนงาน การกำหนดขั้นตอนการให้บริการ ตลอดจนการดำเนินการตามบทบาทและความเชี่ยวชาญเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ การประสานความรู้และทักษะที่หลากหลายเช่นนี้ ส่งผลให้โปรแกรมการออกกำลังกายแนวใหม่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมในหลายมิติ

ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการจัดบริการในระดับชุมชน มีอาจพึ่งพาเพียงศาสตร์ใดศาสตร์หนึ่ง หากแต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้และความร่วมมือจากหลากหลายวิชาชีพ อันถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และสอดคล้องกับบริบท ตลอดจนความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์มีความสำคัญอย่างไรต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

การที่นักสังคมสงเคราะห์ได้ออกแบบกิจกรรมตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน ร่วมกับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพนับได้ว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ประสบความสำเร็จ สะท้อนจากผลการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้น 4 จาก 5 ด้าน ผลที่เกิดขึ้นอธิบายได้ว่า การให้ความรู้คำแนะนำในการออกกำลังกาย และการให้กฎ กติกาไปสู่การออกกำลังกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหานั้น นอกจากนี้ ผลยังบ่งชี้ว่านวัตกรรมและเทคโนโลยีของอุปกรณ์และเครื่องออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุก็มีความจำเป็น และมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดความเสี่ยง และชะลอความถดถอย เห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า สมรรถภาพร่างกายของกลุ่มทดลองดีขึ้นเกือบทุกด้านเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างยาวนานอย่างแข็งแรงและมีสุขภาพดี ปัจจัยสำคัญอีกประการนอกจากอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้ว ยังมีสาเหตุมาจากการมีโปรแกรมการเล่นที่เหมาะสม (Physical Program) ที่ผสมผสานระหว่างกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมที่ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น มีอุปกรณ์การช่วยในการออกกำลังกาย มีการให้ความรู้ การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีการทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย

การดำเนินงานนี้แสดงให้เห็นกระบวนการที่สำคัญคือ การจัดทำคู่มือการออกกำลังกาย การทำกลุ่มสนับสนุนโดยการออกแบบและการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับฉัตรทิพย์ เพ็ชรชลาสัย และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2562) ได้อธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกายไว้ว่า โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การบรรยายให้ความรู้ การอภิปราย การสาธิตการออกกำลังกายและการฝึกปฏิบัติพร้อมคู่มือการออกกำลังกายส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรง ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อและความอดทนของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้ออกแบบโปรแกรมการเล่นในครั้งนี้ให้มีปัจจัยนำเข้าที่เน้นการทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ควบคู่กับการออกกำลังกายซึ่งมีความสำคัญมากกว่าการปล่อยให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายโดยปราศจากการให้ความรู้ ที่สำคัญคือ การปล่อยให้ออกกำลังกายตามลำพังจะได้ผลดีน้อยกว่าการออกกำลังกายโดยมีโปรแกรมการเล่นที่ชัดเจนควบคู่กับกิจกรรมอื่น ๆ

ในส่วนของการวิเคราะห์นี้จึงขออธิบายถึงบทบาทที่สำคัญของการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การตรวจประเมินสมรรถภาพก่อนและหลังของนักกายภาพบำบัด ผลการทดสอบสมรรถภาพและประเมินความเสี่ยงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน พบว่าเข้าเกณฑ์ความเสี่ยงจำนวน 65 คน ภายหลังมีการแจ้งผลการทดสอบและประเมินให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมการทดลองจำนวน 29 คน โดยร้อยละ 56.4 ให้เหตุผลว่าต้องแก้ไขปัญหาคือความเสี่ยง จึงสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยเรื่องการทดสอบและประเมินความเสี่ยงมีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรม และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเองเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะแรงจูงใจภายใน (ธีระวัฒน์ จันทิก และอาภาภรณ์ เกิดดวง, 2560) และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การดูแลตนเอง (นิราศศิริ โรจนธรรมกุล และคณะ, 2563) ดังนั้น นักสังคม

สงเคราะห์จำเป็นต้องตระหนักในเรื่องนี้และให้ความสำคัญกับบทบาทในการจัดหาทีมเพื่อประเมินความเสี่ยงเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

2) การทำกลุ่มสนับสนุน เช่น การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การออกกำลังกายและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยนักสังคมสงเคราะห์ บทความนี้จะเน้นการอภิปรายที่มุ่งไปที่บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นวิชาชีพที่หลายคนอาจตั้งคำถามว่าไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน แต่บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่สำคัญคือ การจัดกิจกรรมที่เน้นให้เกิดการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง มีการสื่อสาร พูดคุยแลกเปลี่ยน รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยการสร้างให้เกิดปฏิสัมพันธ์สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้นย่อมมีอิทธิพลต่อการใช้เครื่องอุปกรณ์การออกกำลังกายกลางแจ้งในสวนสาธารณะกับผู้อื่น ความสัมพันธ์ระหว่างกัน เช่น เพื่อนที่ชวนกันมาออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย (Paudel et al., 2024b) โดยสรุปจะเห็นว่า การออกแบบให้มีกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทดลองมากเท่าไร ย่อมจะได้รับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในเชิงบวกมากขึ้น นักสังคมสงเคราะห์จึงนับว่ามีบทบาทสำคัญในการสร้างให้เกิดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมที่นำไปสู่ประสิทธิภาพการออกกำลังกาย

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ออกกำลังกายรูปแบบใหม่ โดยอธิบายวิธีใช้งานอย่างถูกต้อง แนะนำอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ใช้แต่ละคน รวมถึงทำเป็นผู้ฝึกกิจกรรม (Coaching) โดยนักสหวิทยาการ สะท้อนให้เห็นว่า การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพไม่ใช่แค่การออกกำลังกายแต่จำเป็นต้องมีการทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของสุริรัตน์ จำปาเงิน (2559) และฉัตรทิพย์ เพ็ชรชลาสัย และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2562) ที่นำเสนอความสำเร็จของโปรแกรมการออกกำลังกายที่ผ่านมามีกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การบรรยายให้ความรู้ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ พร้อมคู่มือการออกกำลังกายมีส่วนทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุนี้การออกแบบโปรแกรมการเล่นของนักสังคมสงเคราะห์ต้องคำนึงถึงเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการเล่นต่าง ๆ ประโยชน์และผลที่ผู้สูงอายุแต่ละคนจะได้รับซึ่งจะเป็นปัจจัยนำเข้าที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

การอภิปรายนี้แสดงให้เห็นว่าบทบาทของทิมสหวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกิจกรรมอื่น ๆ หรืออาจเรียกว่าการมีปัจจัยนำเข้า (Inputs) ที่มีความหลากหลายและเสริมหนุนให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้ง 3 วิชาชีพมีบทบาทสำคัญร่วมกันในการให้ความรู้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดทัศนคติที่ดีต่ออุปกรณ์มากขึ้นและหลังจากมีการให้คำแนะนำ พบว่า นอกจากกลุ่มทดลองแล้วยังมีคนในชุมชนเข้ามาร่วมกิจกรรมในสวนสาธารณะจำนวนมากขึ้น ซึ่งปัจจัยที่พบในการดำเนินโปรแกรมนี้นี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Paudel et al. (2024a) ที่นำเสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้เครื่องออกกำลังกายไว้ 5 ปัจจัย ซึ่งหนึ่งในปัจจัยดังกล่าวคือ ประโยชน์และการรับรู้เกี่ยวกับเครื่องออกกำลังกาย ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์จะเกิดขึ้นก่อนและหลังการมาใช้งานจริง และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่นำเสนอว่าปัจจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและทัศนคติ ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย (นิชกานต์ สีใส, 2564; ปิยะพงศ์ ภู่งศ์พันธ์ และคณะ, 2563; สมบัติ กาวิลเครือ, 2560) และในขณะเดียวกัน Paudel et al. (2024a) ยังพูดถึงปัจจัยทางลบหรืออุปสรรคต่อการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ คือ การที่ผู้สูงอายุขาดความตระหนักและการไม่รับรู้ ดังนั้นเมื่อมีการสร้างให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อประโยชน์ของอุปกรณ์ และการเล่นที่ถูกต้องจึงนำไปสู่การเกิดปัจจัยทางบวก

บทสรุป

จากการดำเนินงานพบว่า บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมการออกกำลังกายแนวใหม่ (Pocket Park) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ประการแรก บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ใน การออกแบบโปรแกรมการเล่น ตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทั้งองค์ความรู้ ทักษะการใช้อุปกรณ์ และแรงบันดาลใจทางสังคม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ข้อมูลเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความทนทานของร่างกาย สะท้อนให้เห็นว่า การมี โปรแกรมที่ชัดเจนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ย่อมมีประสิทธิภาพมากกว่าการออกกำลังกายโดยขาดแนวทางและความรู้ประกอบ

ประการที่สอง การทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ ถือเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้บริการครอบคลุมทุกมิติ นักกายภาพบำบัด ช่วยประเมินและออกแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม นักสังคมสงเคราะห์สร้างเครือข่ายและกลุ่มสนับสนุนเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจและความมีส่วนร่วม ขณะที่นักสหสาขาการช่วยสร้างบรรยากาศที่สนุกสนานและลดอุปสรรคด้านความกลัวหรือความไม่มั่นใจ ความร่วมมือดังกล่าวทำให้โปรแกรมการเล่นมีทั้งความถูกต้องทางวิชาการ ความปลอดภัย และความดึงดูดใจต่อผู้สูงอายุ

ประการที่สาม การสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ ซึ่งช่วยขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพที่ยั่งยืน งานวิจัยก่อนหน้าและผลการดำเนินโครงการนี้ชี้ตรงกันว่า การรับรู้ประโยชน์และทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในทางกลับกัน หากขาดความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง อาจกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและการใช้บริการ

โดยสรุป บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ชุมชนในการออกแบบและจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุผ่านโปรแกรม Pocket Park สะท้อนให้เห็นว่า การบูรณาการมิติสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกันเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูง การทำงานแบบมีส่วนร่วมและการประสานพลังจากทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสูงขึ้นในการ “สูงวัยอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน” ภายใต้แนวคิด Aging in Place อันเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบททางสังคมในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ระดับนโยบาย ข้อเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้หน่วยงานระดับกระทรวง กรม จัดสรรงบประมาณในการลงทุนเกี่ยวกับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของอุปกรณ์และเครื่องออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อจัดการความเสี่ยงและชะลอระยะเวลาของการพึ่งพิง และเสนอให้อปท. ผลักดันนโยบายสวนสาธารณะที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุและบรรจุโปรแกรมการเล่นในแผนการพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ระดับปฏิบัติการ ข้อเสนอแนะต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) ควรส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพในการออกแบบโปรแกรมการเล่น และกิจกรรมที่หลากหลายที่เน้นส่งเสริมการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนและจัดให้มีการออกแบบโปรแกรมการเล่น (Play Program) โดยให้ความสำคัญกับบทบาทนักสังคมสงเคราะห์

2) ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับวิธีการใช้อุปกรณ์การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพกายและใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและลดความเสี่ยงจากการใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม

3) ควรส่งเสริมการจัดบริการที่ผนวกเข้ากับการจัดบริการของอปท. โดยจัดให้มีผู้แนะนำ (Coach) ซึ่งอาจเป็นผู้ปฏิบัติงานของเทศบาล ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครในการสวมบทบาทของผู้แนะนำและกระตุ้นให้เกิดการเล่นอุปกรณ์อย่างเหมาะสมและคอยให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ คอยดูแลกำกับเพื่อความปลอดภัยและลดความเสี่ยงขณะเล่นอุปกรณ์

4) ควรให้ความสำคัญกับการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย การเสริมแรงเชิงบวก และการส่งเสริมการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบริษัท ฮาน ดี้ ไนน์ จำกัด ในการสนับสนุนทุนวิจัย เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานีในการอนุเคราะห์พื้นที่ ทรัพยากรและผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพในการเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนให้เกิดการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนประธานชุมชน อาสาสมัครและสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุทุกท่านที่เป็นทีมงานสำคัญในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. (2563). สังคมสงเคราะห์ชุมชนลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้อย่างไร. *สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดปล่อยความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน*, 28-38.
https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_research/research_Split/2.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
- ฉัตรทิพย์ เพ็ชรชลาสัย และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2562). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(2), 52-61.
- ชมภูษุ พูนนาค และปภาวดี มนต์รีวัต. (2565). การบริการสาธารณะสำหรับพลเมืองผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองในเขตจังหวัดภาคกลางตอนล่าง. *วารสารผู้ตรวจการแผ่นดิน*, 15(1), 35-75.
- ณิกานต์ สีใส. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ.
<http://www.tnsu.ac.th/web/web5/wittayanipon/2564/ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก.pdf>
- ทศพร อนันตพิพัฒน์. (2552). *แนวทางการออกแบบสวนสาธารณะระดับชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสวนรมณีนาถ* (การค้นคว้าอิสระ ปริญญาภูมิสถาปัตย์กรรมศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร.
<https://sure.su.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/12772/Fulltext.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- ธีระวัฒน์ จันทิก และ อาภาภรณ์ เกิดดวง. (2560). แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้สถานที่ออกกำลังกายแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร กรณีศึกษาศูนย์กีฬาเฉลิมพระเกียรติ สำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยว กรุงเทพมหานคร. ใน *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 9 “ราชชมงคลสร้างสรรค์กับนวัตกรรมที่ยั่งยืนสู่ประเทศไทย 4.0”*, มหาวิทยาลัยราชชมงคลรัตนโกสินทร์, ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี (หน้า 1547-1557).
https://repository.rmutr.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/754/rmutrconth_108.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- นามชัย กิตตินาคปัญญา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 34(1), 1-40.
- นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, จิราวรรณ กล่อมเมฆ และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส. (2563). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 15-24.
- นิลุบล คล่องเวสสะ, ยศพล บุญสม, ภาสุร์ นิยมม, ธาธิบ บรรเทงจิตร, ปาณิทัต รัตนวิจิตร, สุปรียา หวังพัชรพล, ญัฐวดี สัตนันท์, กฤตยา งามมกลเลิศ, นักรบ สายเทพ, อรกมล นิลสนน, อัดนา สุวัฒน์, ศรัณย์ ไม่ประเสริฐ และอาศิรวศร์ภาดา. (2564). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ welpark เพื่อกระบวนการพัฒนาด้านแบบผ่านการมีส่วนร่วมและสร้างคู่มือการออกแบบพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กที่มีคุณภาพและยั่งยืน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). <https://api.wepark.co/files/wepark%202021%20Final%20Report.pdf>

- ปิยะพงศ์ กุฬพงศ์พันธ์, ชาณุชลักษณ์ เยี่ยมมิตร และฐิตวันต์ หงษิติตียนานท์. (2563). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. <https://eresearch.rbru.ac.th/showthesis.php?theid=1973&depid=3>
- รัชพล มณีเหล็ก. (2566). ความคาดหวังของสหวิชาชีพต่อบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 มาตรา 28(1). วารสาร มจร การพัฒนาสังคม, 8(3), 330-339.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2559). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. J Print.
- ศรีวิภาญจน์ ยกแสง. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุติดบ้าน (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/17888/1/5910421013.pdf>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และณัฐพัชร สโรบล. (2568). บทบาทที่พึงประสงค์ของท้องถิ่นต่อการจัดบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้แนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมบัติ กาวิลเครือ. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วารสารชุมชนบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 7(3), 161- 173.
- สุริรัตน์ จำปาเงิน. (2559). แนวทางการพัฒนาสวนสาธารณะที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ ปริญญาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5816030406_5387_4880.pdf
- Lee, J. L. C., & Ho, R. T. H. (2022). Creating Exercise Spaces in Parks for Older Adults With Fitness, Rehabilitation, and Play Elements: A Review and Perspective. *Gerontology & geriatric medicine*, 8, 23337214221083404. <https://doi.org/10.1177/23337214221083404>
- Liu, K. (2023). Urban Pocket Parks and Wellbeing: A Critical Review and Research Agendas. Proceeding of the 7th International Conference on Economic Management and Green Development, *Advances in Economics*, DOI: 10.54254/2754-1169/27/20231250
- Paudel, C., Timperio, A., Loh, V., Salmon, J., Deforche, B., & Veitch, J. (2024). Understanding factors influencing the use of specialized outdoor fitness equipment among older adults in Australia. *Health Promotion International*, 39(6), 1-10. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae160>
- Paudel, C., Timperio, A., Salmon, J., Loh, V., Deforche, B., & Veitch, J. (2024). Designing outdoor fitness areas for older adults: a conjoint analysis study. *Leisure Studies*, 44(3), 1-14. <https://doi.org/10.1080/02614367.2024.2320357>

การประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดในการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะท้าย

: กรณีศึกษาโครงการสวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย

Application of Art Therapy in Environmental Modification to Enhance Quality of Life for Older Persons at End-of-Life

: A Case Study of the 'Flower Garden' Elderly Care Room Project

อรอุมา อินทฉาย¹

Onuma Intachai¹

Correspondence: onininon1@gmail.com

(Received: July 20, 2025 Revised: August 26, 2025 Accepted: August 29, 2025)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้นำเสนอการประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดผ่านโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย²” ซึ่งเป็นนวัตกรรมด้านการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย การสำรวจเบื้องต้นสะท้อนว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญข้อจำกัดด้านพื้นที่และภาวะทางจิตใจจากสภาพแวดล้อมที่ขาดการกระตุ้นทางสุนทรียะ การปรับพื้นที่ด้วยองค์ประกอบทางศิลปะ เช่น ภาพถ่ายดอกไม้และการวาดภาพเพดานเป็นท้องฟ้า ช่วยลดความเครียดและสร้างความรู้สึกละมุนคลาย

ผลการเก็บข้อมูลผู้ป่วย 38 ราย พบว่า กลุ่มที่พักในอาคารที่ได้รับการปรับปรุงด้วยศิลปะ (7 ราย) มีการใช้ยาบรรเทาปวดลดลงอย่างเด่นชัด ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ (31 ราย) ยังคงใช้ยาในระดับสูง โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 67.50 บาทต่อคนต่อเดือน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทางจิตเวชในกลุ่มปรับปรุง 2 ราย มีอาการทุเลาลง ลดการใช้จ่ายด้านอาการทางจิต และลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายละ 154 บาทต่อเดือน อีกทั้งยังมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

โครงการนี้ยังสะท้อนบทบาทของการมีส่วนร่วมในกรอบ “ชุมชนกรุณา” ที่มุ่งสร้างเครือข่ายเกื้อกูลบนฐานของความรักและความเมตตา ผลการดำเนินงานยืนยันว่าการบูรณาการศิลปะบำบัดกับการออกแบบสิ่งแวดล้อมเชิงบวก มีศักยภาพในการลดภาระการใช้จ่ายและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะท้ายอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การปรับสภาพแวดล้อม, ผู้สูงอายุระยะท้าย, คุณภาพชีวิต

¹ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี สังกัด กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

¹ Director of the Bang Lamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi Province

² รางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2568 สาขาบริการภาครัฐ ระดับดี ประเภทขับเคลื่อนเห็นผล ชื่อผลงาน “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” งานศิลปะเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้สูงอายุ

Abstract

This academic article presents the application of art therapy through the project “Flower Garden in the Elderly Ward,” an innovative approach to environmental modification aimed at enhancing the quality of life of bedridden and end-of-life older persons. Preliminary observations indicated that many older adults faced spatial limitations and psychological distress due to environments lacking aesthetic stimulation. Environmental modifications incorporating artistic elements, such as floral photographs and ceiling paintings depicting the sky, were found to reduce stress and promote a sense of relaxation.

Data collected from 38 patients revealed that those residing in art-enhanced wards ($n = 7$) demonstrated a marked reduction in analgesic use, whereas patients in non-modified wards ($n = 31$) continued high levels of medication consumption, with an average cost of 67.50 THB per person per month. Additionally, two patients with psychiatric conditions in the modified wards showed significant symptomatic improvement, reduced psychotropic medication usage, and decreased monthly injection costs by an average of 154 THB per person. Improvements in sleep quality, including deeper and more restorative sleep, were also observed in the intervention group.

The project further highlights the role of participatory engagement within the framework of a “Compassionate Community,” fostering supportive networks grounded in love and empathy. The findings underscore that integrating art therapy with positive environmental design can sustainably reduce medication dependency and enhance the overall quality of life for end-of-life older persons.

Keywords: Environmental Modification, End-of-Life Older Persons, Quality of Life

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) รายงานว่า ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากกว่า 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสถานการณ์นี้ก่อให้เกิดความท้าทายอย่างยิ่งต่อระบบสวัสดิการและการดูแลสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุระยะท้ายซึ่งมักมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง และต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนและเฉพาะทาง ในการจัดอันดับคุณภาพการตายดี (Quality of Death and Dying) ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ตามรายงาน Cross Country Comparison of Expert Assessment of the Quality of Death and Dying ประจำปี 2021 โดย Lien Foundation ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับในลำดับที่ 36 จากทั้งหมด 81 ประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะท้ายอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย (2559) ยืนยันว่า จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจะเพิ่มขึ้นจาก 235,301 คนในปี 2560 เป็น 526,228 คน ในปี 2580 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจาก 59,519 ล้านบาท เป็น 199,717 ล้านบาทในช่วงเวลาเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ มีมูลค่าการรักษายาบาลเฉลี่ยในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตสูงถึง 45,000 บาท และสูงกว่า 340,000 บาทในเดือนสุดท้ายของชีวิต ขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะท้ายมีค่าใช้จ่ายประมาณ 27,000 บาทต่อเดือน และข้อมูลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้ง 11 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความอุปการะเสียชีวิตเฉลี่ยปีละประมาณ 300 คน และเป็นการเสียชีวิตจากโรคร้ายแรงในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยวาระท้าย ได้แก่ โรคระยะสุดท้าย โรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองรุนแรงและอัมพาต โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคระบบประสาทเสื่อมรุนแรง และภาวะติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น และในปี 2565-2567 เผยให้เห็นแนวโน้มผู้ใช้บริการโดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความประสงค์ที่จะได้รับการดูแลที่ยืดหลัก “การตายดี” ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงต้องพึ่งพายาคล้ายกังวลและบรรเทาอาการเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยหลักการดูแลแบบประคับประคองนั้นจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่ให้ผู้ป่วยทรมานจากการป่วย แต่บรรเทาเพียงอาการที่เกิดขึ้น พร้อมส่งเสริมคุณภาพชีวิตระยะท้าย คือการมีสุขภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างครบถ้วน

นอกจากความท้าทายด้านสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุระยะท้ายยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาวะทางจิตใจ สภาพแวดล้อมที่แคบ แออัด และขาดการกระตุ้นทางสุนทรีย์ เช่น ห้องนอนที่มีเพดานสีขาวเรียบและขาดการเปลี่ยนแปลง จะก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัด หม่นหมอง และขาดความหมายในการดำรงชีวิต ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายหลายรายดำรงชีวิตเพียงเพื่อ “มีชีวิตอยู่ไปวัน ๆ” (Chochinov, 2006; Kitwood, 1997) จากทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุจำเป็นต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (George and Gwyther, 1986; McCormack and McCance, 2017) โดยสุนทรีย์ภาพ ความหวัง และพลังในชีวิตของมนุษย์เกิดขึ้นผ่านการรับรู้และประสบการณ์ทางศิลปะ ศิลปะจึงไม่เพียงเป็นเครื่องมือสำหรับนันทนาการเท่านั้น แต่ยังเป็นสื่อที่สามารถเยียวยาจิตใจและเสริมสร้างความเป็นมนุษย์ในมิติทางจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้ง (Kinney and Rentz, 2005; Hattori et al., 2011) และในบริบทของงานสังคมสงเคราะห์ หลักการสำคัญที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการเสริมพลัง (Empowerment) ของผู้สูงอายุระยะท้าย ช่วยสนับสนุนการสร้างความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างเครือข่าย

สนับสนุนที่มั่นคงภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลแบบ Person-Centered และ Social Model of Care ซึ่งเน้นทั้งการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง (Brooker, 2007; Nolan et al., 2004)

ด้วยเหตุนี้ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจึงได้นำแนวคิดศิลปะบำบัดมาประยุกต์ใช้ในโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย อาคารพักได้รับการตกแต่งด้วยภาพดอกไม้สดสีและเพดานท้องฟ้าที่สวยงามเพื่อสร้างบรรยากาศที่กระตุ้นความรู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และมีชีวิตชีวา ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุนะยะท้าย งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ว่าการจัดสภาพแวดล้อมเชิงศิลปะสามารถลดความเครียด บรรเทาอาการซึมเศร้า เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุนะยะท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Camic et al., 2016; Kinney and Rentz, 2005) การประยุกต์ศิลปะบำบัดควบคู่กับการปรับสภาพแวดล้อมจึงสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจอย่างยั่งยืน พร้อมสนับสนุนการพัฒนาระบบสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทยอย่างเป็นรูปธรรม

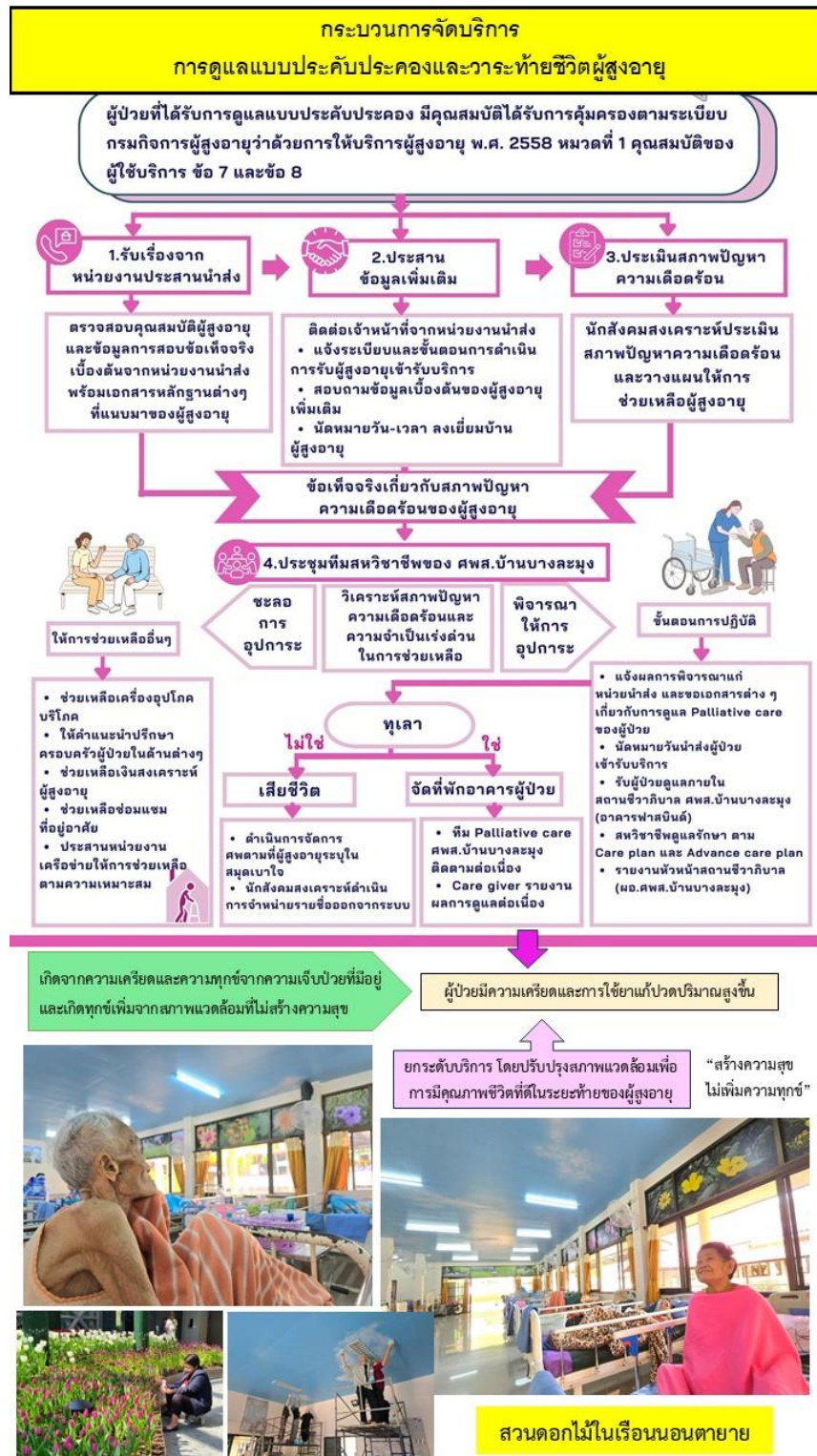
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดควบคู่กับการปรับสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุนะยะท้าย โดยมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งในมิติร่างกายและจิตใจอย่างครบถ้วน
2. เพื่อวิเคราะห์ผลและสะท้อนบทเรียนจากการดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ต่อผู้สูงอายุนะยะท้ายและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานหรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อจัดทำข้อมูลและแนวทางอ้างอิงสำหรับหน่วยงาน บุคลากรทางการแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ที่สนใจในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุนะยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยถือเป็นประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการนำเสนอบทความการเกิดขึ้นโดยตรงจากการศึกษา

โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย”

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ได้นำโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ซึ่งพัฒนาต่อยอดมาจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย โดยอาศัยแนวคิดทางงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมด้วยศิลปะ เช่น ภาพวาดหรือภาพถ่าย สามารถช่วยเบี่ยงเบนความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ulrich et al., 2008) จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ายารักษาปวดจำนวน 38 ราย พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักในอาคารที่มีการปรับปรุงด้วยงานศิลปะ จำนวน 7 ราย มีการใช้ยารักษาปวดลดลงอย่างชัดเจน ในขณะที่ผู้ป่วยที่พักในอาคารที่ไม่ได้ปรับปรุงด้วยศิลปะ 31 ราย ยังคงใช้ยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่องในระดับสูง โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยยารักษาปวดอยู่ที่ 67.50 บาทต่อคนต่อเดือน นอกจากนี้ ผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการทางจิตเวชจำนวน 2 ราย ในอาคารที่ปรับปรุงด้วยศิลปะ มีอาการทางจิตเวชลดลงอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งลดการใช้ยาด้านอาการทางจิตและลดค่าใช้จ่ายในการฉีดยาต่อเดือน รายละ 154 บาท ผลการติดตามและสังเกตพฤติกรรมยังพบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในอาคารที่ได้รับการปรับปรุงดีขึ้น โดยผู้ป่วยมีการนอนหลับลึกและเต็มอิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพโดยรวม ด้วยผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมเหล่านี้ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุงจึงจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บังคับบัญชาระดับสูงของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ (ท่านธรรม์ รุ่งวรวัธ) ได้มีข้อสั่งการในเชิงนโยบายให้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทุกแห่งในสังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุนำโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนมและศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ไปขยายผล มีการปรับปรุงอาคารพักผู้สูงอายุนะยะที่

1 ในปี พ.ศ. 2567 มีการขยายผลการปรับปรุงอาคาร ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง รวม 15 อาคาร และมีการจัดเก็บข้อมูลการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า สามารถลดการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยได้สูงถึงร้อยละ 90 ต่อมาในปี พ.ศ. 2568 ได้ขยายงานสู่ระยะที่ 2 โดยปรับปรุงอาคารด้วยงานศิลปะเพิ่มเติมในทุกอาคารผู้ป่วยติดเตียงและในอาคารผู้สูงอายุปกติของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิด “ความเสมอภาคที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน” (Equality) เพราะ “ทุกคนมีสิทธิได้รับความสุนทรีย์ทางอารมณ์ในบ้านของตน” เช่นเดียวกัน ไม่ใช่เพียงผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้นที่จะพบกับความทุกข์



วิธีการ

การดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ดำเนินไปตามกระบวนการอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1: การคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้ป่วย

ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยในระยะท้าย เพื่อจัดสรรให้อยู่ในอาคารพักภายใต้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) โดยมีผู้ดูแล (Caregiver) ติดตามและรายงานผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีระดับความเครียดสูงและมีแนวโน้มใช้ยาแก้ปวดในปริมาณที่เพิ่มขึ้น

ระยะที่ 2: การวิเคราะห์และทำความเข้าใจสาเหตุ

วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วย พบว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม อีกทั้งสภาพแวดล้อมที่ขาดความสุนทรีย์และไม่เอื้อต่อความผ่อนคลาย ยังเป็นปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3: การวางแผนยกระดับและพัฒนาบริการ

วางแผนปรับปรุงบริการด้วยแนวคิด “สร้างความสุข ไม่เพิ่มความทุกข์ ด้วยงานศิลปะ” โดยประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญด้านศิลปะบำบัด เพื่อพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 4: การปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในอาคารพักผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อสร้างบรรยากาศที่สดชื่นและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ภายใต้กิจกรรม “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” โดยร่วมมือกับเครือข่ายและชุมชนในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

4.1 จัดอบรมเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุศูนย์ ฯ ในการใช้โทรศัพท์มือถือถ่ายภาพดอกไม้ ภายใต้หัวข้อ “ดอกไม้ที่ฉันอยากเห็น หากฉันเป็นผู้ป่วยติดเตียง” เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริมความสุขทางจิตใจ

4.2 วาดภาพผ้าเปตวนเป็นท้องฟ้าสดใส และติดสติ๊กเกอร์ภาพดอกไม้ภายในอาคาร เพื่อเสริมบรรยากาศที่ผ่อนคลายและมีชีวิตชีวา

4.3 ทาสีภายในอาคารด้วยโทนสีที่สร้างความรู้สึกเย็นสบาย โปร่งโล่ง และสะอาดตา เพื่อกระตุ้นความรู้สึกสงบและสบายใจ

ระยะที่ 5: การติดตามและประเมินผล

การติดตามและประเมินผลโครงการดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 เดือน เพื่อตรวจสอบผลกระทบของการปรับปรุงสภาพแวดล้อมต่อสภาพอารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการใช้ยาแก้ปวดและยาคลายกังวล โดยใช้เครื่องมือการประเมินหลายมิติ (Multidimensional Assessment Tools) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สุขภาวะทางจิตใจ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ได้แก่

5.1 ด้านร่างกายและการรักษา (Physical Health and Clinical Indicators)

- บันทึกปริมาณการใช้ยาแก้ปวดและยาคลายกังวลอย่างต่อเนื่อง
- บันทึกคุณภาพการนอนหลับ เช่น sleep diary หรือการสังเกตพฤติกรรมประจำวัน

5.2 ด้านสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-being Assessment)

- แบบประเมินความพึงพอใจต่อสวนดอกไม้และพื้นที่ศิลปะ
- การเลือกดอกไม้หรือกิจกรรมที่ชื่นชอบ เพื่อสะท้อนการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ

สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ใช้สัญลักษณ์ภาพใบหน้า (smiley scale) หรือการบันทึกพฤติกรรม ณ ช่วงเวลาที่สังเกตได้

5.3 ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Stakeholder Engagement and Perceived Value Assessment)

- แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าและความพึงพอใจของผู้ดูแล ครอบครัว และอาสาสมัคร

เครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้การประเมินผลโครงการเป็น เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมสามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงสถิติได้อย่างชัดเจน และสะท้อนถึงผลกระทบเชิงบวกต่อ ร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่เชิงสังคมของผู้สูงอายุระยะท้าย

ระยะที่ 6: การถ่ายทอดองค์ความรู้และขยายผล

ดำเนินการถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์การดำเนินงานสู่หน่วยงานในสังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ เพื่อขยายผลและพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายอย่างยั่งยืน

ผลการดำเนินงานดังกล่าวสะท้อนถึงความสำเร็จในการใช้ศิลปะบำบัดควบคู่กับการปรับสภาพแวดล้อม เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุระยะท้าย พร้อมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขที่แท้จริงในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต

ผลผลิตและผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการ

ผลผลิต

1. การปรับปรุงสภาพแวดล้อม

1.1 โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ขยายผลครอบคลุมศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุครบทั้ง 12 แห่งทั่วประเทศ

1.2 ดำเนินการปรับปรุงอาคารพักจำนวน 15 แห่ง รองรับเตียงสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุระยะท้ายรวมทั้งหมด 375 เตียง

1.3 การตกแต่งอาคารประกอบด้วยภาพดอกไม้สดสี เพดานท้องฟ้า และโคมไฟที่กระตุ้นความผ่อนคลาย เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพักผ่อน

1.4 มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเลือกภาพหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบ เพื่อสะท้อนการมีส่วนร่วมและการตอบสนองทางจิตใจตามแนวคิด Person-Centered Care

2. การเข้าร่วมของเครือข่ายและจิตอาสา

2.1 มีจิตอาสาเข้าร่วมกว่า 1,000 คน ในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ถ่ายภาพ ทาสี และปรับปรุงสภาพแวดล้อมในอาคาร

2.2 ภาควิชาเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและประชาสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ศูนย์มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง สะท้อนความร่วมมือของชุมชนและการสนับสนุนเชิงสังคม (Social Support)

3. งบประมาณสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย

3.1 งบประมาณสนับสนุนเฉลี่ยต่ออาคารอยู่ที่ 80,000 บาท (ปี พ.ศ. 2566–2567 รวม 1,200,000 บาท)

3.2 สำหรับการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2568 อีก 12 อาคาร ใช้งบประมาณรวม 960,000 บาท

3.3 การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายช่วยลดภาระงบประมาณของภาครัฐทั้งสิ้น 2,160,000 บาท

4. เครื่องมือประเมินหลายมิติ (Multidimensional Assessment Tools)

4.1 ด้านร่างกายและการรักษา (Physical Health and Clinical Indicators)

- บันทึกการใช้ยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในอาคารปรับปรุงพบว่าการใช้ยาเฉลี่ยลดลง 25-40% เมื่อเทียบกับช่วงก่อนโครงการ

- การบันทึกคุณภาพการนอนหลับ (sleep diary) และการสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีช่วงเวลานอนหลับยาวนานขึ้นและลดอาการตื่นกลางดึก

4.2 ด้านสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-being Assessment)

- แบบประเมินความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมศิลปะ พบว่าผู้สูงอายุ 85% รายงานความพึงพอใจสูง (มาก/มากที่สุด)

- การเลือกดอกไม้หรือกิจกรรมที่ชื่นชอบ ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมศิลปะบำบัด

- สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ การใช้ Smiley Face Scale และบันทึกพฤติกรรมสะท้อนอารมณ์ที่สงบและร่าเริงมากขึ้น

4.3 ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Stakeholder Engagement and Perceived Value Assessment)

- แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าและความพึงพอใจของผู้ดูแล ครอบครัว และอาสาสมัคร พบว่ามากกว่า 90% รู้สึกมีส่วนร่วมและมีคุณค่าในการสนับสนุนโครงการ

- จิตอาสากว่า 1,000 คนมีส่วนร่วมในการวาดภาพ ตกแต่ง และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนความเข้มแข็งของชุมชนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์

การดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรมต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดยสามารถสรุปผลที่สำคัญได้ ดังนี้

1. การลดการใช้ยาและการส่งเสริมสุขภาพจิต

ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุระยะท้ายอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารที่ได้รับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมด้วยศิลปะบำบัด มีการใช้ยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อจากภาวะความเจ็บปวดและความเครียดลดลงเฉลี่ยร้อยละ 25 ซึ่งช่วยให้หน่วยงานสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาแก้ปวดได้ร้อยละ 20 การตกแต่งห้องพักด้วยภาพดอกไม้สดสี เพดานทอผ้า และโคมไฟที่ผ่อนคลาย ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเจ็บปวดและลดความเครียด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะจิตใจในเชิงบวกมากขึ้น

ผลการประเมินภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายพบว่าร้อยละ 90 มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยสำคัญมาจากการจัดสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม สดชื่น และเต็มไปด้วยความหมาย ทั้งในเชิงสุนทรียะและทางจิตวิญญาณ เช่น ภาพธรรมะและคำให้กำลังใจจาก “การ์ดเพื่อนใจ” ของมูลนิธิธรรมเย็น ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เพิ่มความหวัง และยกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตช่วงท้าย การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์และการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกภาพดอกไม้หรือกิจกรรมที่ชื่นชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีชีวิตชีวา และสัมผัสถึงความสุขจากพื้นที่ส่วนตัวที่งดงามและมีความหมาย

นอกจากนี้ การจำลองสวนดอกไม้ภายในห้องพักช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความผ่อนคลาย และกระตุ้นความทรงจำที่ดี ส่งผลต่อการสื่อสารที่อบอุ่นและลึกซึ้งระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลแบบองค์รวมในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและจิตอาสากว่า 1,000 คน ทั้งการวาดภาพ ทาสี และปรับปรุงสภาพแวดล้อม ตลอดจนความร่วมมือจากครอบครัว ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ศูนย์ ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ยั่งยืน

บทเรียนสำคัญจากโครงการชี้ให้เห็นว่าศิลปะบำบัดเป็นเครื่องมือที่ทรงประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย ไม่เพียงแต่ช่วยฟื้นฟูภาวะทางอารมณ์ แต่ยังเสริมสร้างความสดชื่น มีชีวิตชีวา และความสุขจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สวยงามและมีความหมาย ทั้งนี้ แม้ว่าผลต่อการลดการใช้ยาแก้ปวดจะเป็นไปในทิศทางดี แต่ผลลัพธ์อาจไม่สม่ำเสมอในทุกกรณี ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ดังนั้น การติดตามและปรับใช้วิธีการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องยังคงมีความจำเป็น

2. การสร้างรูปแบบการดูแลเชิงบูรณาการผ่านการใช้ศิลปะบำบัดเพื่อคุณภาพชีวิตในระยะท้าย

การดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงบูรณาการที่ผสมผสานแนวคิด “การดูแลแบบประคับประคอง” (Palliative Care) กับศาสตร์ด้านศิลปะบำบัด (Art Therapy) และจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม (Environmental Psychology) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้สูงอายุในระยะท้าย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ตามหลักการของ Palliative Care การปรับสภาพแวดล้อมที่สวยงาม สดชื่น และมีความหมาย เช่น ภาพดอกไม้ที่บานสะพรั่ง เพดานห้องฟ้าสดใส และโคมไฟที่อบอุ่น ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเจ็บปวด ลดความเครียด และสร้างภาวะสุขภาวะทางจิตใจ ส่งเสริมความรู้สึกสงบและผ่อนคลาย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการจากไปอย่างสงบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ “การตายดี”

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการเลือกภาพดอกไม้และกิจกรรมศิลปะ รวมถึงการติดตามผ่านเครื่องมือประเมินหลายมิติ ทั้งด้านร่างกายและการรักษา (Physical Health and Clinical Indicators) เช่น บันทึกการใช้ยาแก้ปวดและยาคลายกังวล Sleep Diary และการสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้สูงอายุในอาคารที่ได้รับการปรับปรุงมีการใช้ยาลดลงเฉลี่ยร้อยละ 25 ภาวะปวดและความเครียดลดลงอย่างชัดเจน ด้านสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-being) การประเมินความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมศิลปะและกิจกรรมที่เลือกเอง พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 85-90 มีความสุขและความพึงพอใจสูง ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง โดยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ยังสามารถแสดงอารมณ์ผ่าน Smiley Face Scale หรือการบันทึกพฤติกรรม ซึ่งสะท้อนความสงบและร่าเริงได้เช่นกัน

ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Stakeholder Engagement) จัดอาสาสมัครกว่า 1,000 คน รวมถึงครอบครัว ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ศูนย์ มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมวาดภาพ ทาสี และปรับปรุงสภาพแวดล้อม ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องร้อยละ 90 รู้สึกมีคุณค่าและพึงพอใจต่อการสนับสนุนโครงการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายสนับสนุนผู้สูงอายุระยะท้าย

บทเรียนจากโครงการชี้ให้เห็นว่าการประยุกต์ศิลปะบำบัดร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมสามารถสร้างรูปแบบการดูแลเชิงบูรณาการที่ทรงประสิทธิภาพ ไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด ฟื้นฟูภาวะทางอารมณ์ และลดการใช้ยา แต่ยังเสริมสร้างความสุข ความหวัง และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิต แม้ว่าผลต่อการลดการใช้ยาอาจไม่สม่ำเสมอในทุกกรณี แต่การสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบำบัดและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและเครือข่ายถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างยั่งยืน

3. การยกระดับคุณภาพบริการและมาตรฐานการดูแลผ่านศิลปะบำบัดในบริบทของการดูแลระยะท้าย

การดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายชีวิต โดยนำศิลปะบำบัดมาประยุกต์ใช้ในการปรับสภาพแวดล้อมของอาคารพักผู้สูงอายุให้เอื้อต่อการเยียวยาทั้งในมิติกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) การตกแต่งอาคารด้วยภาพดอกไม้สดใส เพดานห้องฟ้า และโคมไฟที่อบอุ่น ไม่เพียงแต่ช่วย

เบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ลดความเครียด และส่งเสริมสุขภาวะทางใจเท่านั้น แต่ยังสร้างบรรยากาศที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบและมีความหวังในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

โครงการนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกภาพดอกไม้และกิจกรรมศิลปะ ซึ่งสะท้อนการมีส่วนร่วมและการตอบสนองทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือประเมินหลายมิติที่ใช้ เช่น บันทึกการใช้ยาแก้ปวดและยาคลายกังวล Sleep Diary และการสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้สูงอายุสามารถลดการใช้ยาแก้ปวดเฉลี่ยร้อยละ 25 ในขณะที่ความเครียดและอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ด้านสุขภาวะทางจิตใจ การประเมินความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมศิลปะและกิจกรรมที่เลือกเองพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 85-90 มีความสุขและความพึงพอใจสูง ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ การใช้ Smiley Face Scale และการบันทึกพฤติกรรมสะท้อนถึงอารมณ์ที่สงบและร่าเริงมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งจิตอาสา กว่า 1,000 คน ครอบครัว ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ศูนย์อย่างต่อเนื่องในกิจกรรมวาดภาพ ทาสี และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ช่วยสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผลการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าและความพึงพอใจของเครือข่ายพบว่าร้อยละ 90 รู้สึกมีส่วนร่วมและเห็นคุณค่าของการสนับสนุนโครงการ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการยังได้รับการยกระดับมาตรฐานการบริการ โดยสอดคล้องกับแนวทาง “สถานชีวาภิบาลในชุมชน” (Compassionate Community Hub) และยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์การดูแลแบบประคับประคองแห่งชาติ การบูรณาการศิลปะบำบัดเข้ากับการดูแลระยะท้ายจึงไม่เพียงสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาวะทางใจ แต่ยังยกระดับมาตรฐานบริการให้สอดคล้องกับนโยบายระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ และสนับสนุนการพัฒนาชุมชนกรุณาที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี

โดยสรุป โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” เป็นตัวอย่างรูปธรรมของการบูรณาการศิลปะบำบัดเข้ากับการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายอย่างครบวงจร ทั้งในแง่การปรับปรุงสภาพแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาวะทางกายและจิตใจ การสร้างความมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและเครือข่าย รวมถึงการยกระดับมาตรฐานบริการ เป็นกลไกที่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบำบัดและสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

4. การส่งเสริมชุมชนกรุณา (Compassionate Community) เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตระยะท้ายผู้สูงอายุผ่านศิลปะบำบัด

แนวคิด “ชุมชนกรุณา” (Compassionate Community) เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาโดย Professor Allan Kellehear (2005) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างสังคมที่ให้ความสำคัญกับความเมตตา ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสถาบัน ภายใต้หลักการที่ว่า “การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ใช่เพียงหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นภารกิจร่วมของทุกคนในสังคม”

โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” นับเป็นการนำแนวคิดชุมชนกรุณามาปรับใช้ในบริบทการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้ศิลปะบำบัดเป็นเครื่องมือกลางในการขับเคลื่อนให้เกิดพื้นที่แห่งความเข้าใจ ความรัก และความหมายในช่วงปลายของชีวิต ไม่เพียงแต่ในระดับรายบุคคล แต่ยังรวมถึงในระดับครอบครัว บุคลากร และเครือข่ายชุมชน

ภายใต้การดำเนินงานของโครงการ มีการบูรณาการความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน ซึ่งร่วมกันขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณาให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

4.1 ทีม Art Care³ และมูลนิธิร่มเย็น⁴

ให้การสนับสนุนงบประมาณ และมีบทบาทในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านศิลปะเพื่อการเยียวยา (Art as Therapy) ผ่านการจัดอบรมทักษะการถ่ายภาพ การใช้ศิลปะในการปรับสภาพแวดล้อม และการสร้างพื้นที่บำบัดในอาคารพักผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางใจให้แก่ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงเจ้าหน้าที่และครอบครัวผู้ดูแล

4.2 ทีม Peaceful Death⁵

ขับเคลื่อนกิจกรรมด้านการเตรียมความพร้อมสู่การตายดี (Good Death) เช่น การฟังด้วยหัวใจ (Deep Listening) การใช้เกมไพ่ชีวิตร (Life-Answering Cards) การค้นหาความต้องการระยะท้ายผ่าน “การ์ดแชร์กัน” และการเขียนหนังสือแสดงเจตนาธรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการกำหนดจุดจบของชีวิตอย่างมีความหมาย

4.3 หน่วยงานทางการแพทย์

ประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นต้น ทำหน้าที่ร่วมในการให้คำปรึกษา สนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ และสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เป็นต้น ร่วมเสริมกำลังในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative and End-of-Life Care) แก่ผู้สูงอายุในศูนย์ฯ

4.4 สถาบันการศึกษา

ประกอบด้วย มหาวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และโรงเรียนบริบาล เป็นต้น มีบทบาทในด้านการวิจัย ถอดบทเรียน พัฒนาองค์ความรู้ และประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ เพื่อขยายผลเชิงระบบอย่างเป็นวิชาการ

4.5 เครือข่ายจิตอาสา

จากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม อาทิ เครือข่ายจิตอาสา 904 เครือข่ายนักศึกษาจิตอาสา และชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกิจกรรมศิลปะ เช่น การวาดภาพทอผ้า การออกแบบพื้นที่แห่งความหวัง ตลอดจนการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และเวลาเพื่อยกระดับคุณภาพสภาพแวดล้อมทางใจให้แก่ผู้สูงอายุ

4.6 สมาคมนักลงทุนเน้นคุณค่า (ประเทศไทย)⁶

สนับสนุนงบประมาณ และมีบทบาทในการระดมอาสาสมัครในแต่ละภูมิภาคเข้าร่วมกิจกรรม “ทาสีท้องฟ้า” เพื่อเสริมสร้างพื้นที่แห่งความสงบในอาคารพักผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมได้รับการออกแบบอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นมิตรและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ทั้งนี้ ยังมีตัวอย่างการสนับสนุนจากภาคเอกชนในรูปแบบ CSR ที่มีแนวคิดหรือแนวปฏิบัติที่องค์กรธุรกิจมีความรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมขององค์กร โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างคุณค่าและความยั่งยืนทั้งต่อสังคม ชุมชน และองค์กร (Corporate Social Responsibility) ได้แก่ บริษัท ทังฮัวชิน พรินติ้ง เน็ท

³ คุณสมคิด ชัยจิตวนิช คือช่างภาพหญิงคนแรกของ The Nation และ Bangkok Post ผู้ก่อตั้งโครงการ “Art Care” (ปี 2552) ใช้ภาพถ่ายธรรมชาติและศิลปะตกแต่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและบุคลากร พร้อมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร เป็นต้นแบบการใช้ศิลปะในการดูแลสุขภาพจิตในสถานพยาบาล

⁴ มูลนิธิร่มเย็น จังหวัดนครราชสีมา ก่อตั้งโดยพระอาจารย์สำราญ ธมมธุโร (หลวงพ่อก๊วย) มุ่งส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาจิตใจผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมปฏิบัติธรรม ศิลปวัฒนธรรม และเผยแพร่ธรรมะสู่สาธารณะ

⁵ เป็นองค์กรภาคประชาสังคมในไทย ก่อตั้งปี 2561 เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรี ผ่านโครงการต่างๆ เช่น สมุดเบาใจ และชุมชนกรุณา โดยร่วมมือกับภาครัฐและเครือข่ายเพื่อพัฒนานโยบายและสร้างสังคมที่เอื้อต่อการ “ตายดี”

⁶ องค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่ส่งเสริมการลงทุนแบบเน้นคุณค่า (Value Investing) โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และสนับสนุนการลงทุนอย่างมีคุณธรรม เพื่อสร้างความรู้ทางการเงินและการลงทุนในไทยอย่างยั่งยืนผ่านเว็บไซต์ ThaiVI.org และชุมชนนักลงทุนที่เข้มแข็ง.

เวอร์ค จำกัด ที่ได้รับบริจาคงบประมาณจำนวน 1,300,000 บาท เพื่อปรับปรุงอาคารพักผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย มั่นคง และเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคนิคการทาสีแบบ Lazure Painting⁷ ซึ่งเป็นแนวทางศิลปะบำบัดที่ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบและส่งเสริมจิตวิญญาณในช่วงท้ายของชีวิต

โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ได้แสดงให้เห็นว่าการใช้ศิลปะบำบัดในกระบวนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน พร้อมกับการสร้างชุมชนกรุณาที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ อันสอดคล้องกับหลักการดูแลแบบองค์รวมตามแนวทาง Palliative Care อย่างเป็นรูปธรรม

5. การเห็นคุณค่าในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ

ผลการดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมของอาคารพักด้วยศิลปะบำบัด เช่น ภาพดอกไม้สดสีเพดานท้องฟ้า และโคมไฟที่อ่อนคลาญ พร้อมกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้เลือกดอกไม้หรือกิจกรรมที่ชื่นชอบ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบพื้นที่ของตนเอง ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) อย่างชัดเจน

ผลการประเมินพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุแสดงระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงปานกลางถึงสูง และในปี พ.ศ. 2568 อัตราการเห็นคุณค่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95 สะท้อนถึงการเสริมสร้างชีวิตที่มีความหมาย และสนับสนุนกระบวนการ “ตายดี” (Good Death) ตามแนวคิด Palliative Care ซึ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้ายอย่างองค์รวม ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2020) งานวิจัยของ Chochinov et al. (2002) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสนับสนุน Self-Esteem และความหวังในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ทฤษฎีความหมายทางจิตวิญญาณ (Spiritual Meaning-Making Theory) ของ Pargament (1997) ระบุว่า การสร้างความหมายในชีวิตและการยอมรับวาระสุดท้าย ส่งผลให้เกิดความสงบและการปรองดองกับความตายอย่างมีคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติของผู้สูงอายุในความอุปการะของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งประสงค์จะเสียชีวิตที่ศูนย์ฯ ในห้อง “ห้องสุขุขปลายทาง” (Dying Room) หรือห้องเตรียมเสียชีวิตที่จัดตั้งภายในอาคารที่ผ่านการปรับปรุงด้วยโครงการสวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 ได้จากไปอย่างสงบ มีสติสัมปชัญญะอยู่ตลอดเวลาสุดท้ายของชีวิต ไม่แสดงอาการกระวนกระวายหรือความทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งสามารถจัดการกับประเด็นค้างคาใจได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิตอย่างแท้จริง การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกเหล่านี้เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งจิตอาสา ครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรศูนย์ ผ่านกิจกรรมศิลปะบำบัดและการประเพณีหลายมิติ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ สร้างความสงบทางจิตวิญญาณ และเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับชุมชนกรุณา (Compassionate Community) อย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าผลต่อการเห็นคุณค่าและภาวะทางจิตวิญญาณอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่โดยรวมโครงการสามารถสร้างมาตรฐานการดูแลแบบองค์รวมที่ยั่งยืนและเป็นรูปธรรม

⁷ เทคนิคการทาสีแบบบางโปร่งแสง เพื่อสร้างความลึกและความนุ่มนวลของสี นิยมใช้ในงานศิลปะที่ต้องการบรรยากาศสงบและละเอียดอ่อน ช่วยส่งเสริมความผ่อนคลายและบำบัดทางจิตใจ

บทวิเคราะห์

การใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย เป็นแนวทางที่มีพื้นฐานทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงกลไกเชิงจิตวิทยาและสิ่งแวดล้อมในการเสริมสร้างสุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสาร ซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจในกลไกการส่งเสริมสุขภาพจิตและการฟื้นฟูร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดทฤษฎีที่รองรับ

การประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้าย สามารถอธิบายได้ภายใต้ กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เชื่อมโยงและเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อสนับสนุนสุขภาวะเชิงร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสาร รวมถึงเผชิญความวิตกกังวลและความโดดเดี่ยว

ทฤษฎีการฟื้นฟูสภาพจิตใจ (Restorative Environment Theory) ของ Kaplan and Kaplan (1989) ระบุว่า การจัดสภาพแวดล้อมด้วยองค์ประกอบทางธรรมชาติ ศิลปะ แสง สี และการจัดวางพื้นที่อย่างเหมาะสม สามารถลดความเครียด ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อความทุกข์ทางจิตใจ สำหรับผู้สูงอายุระยะท้าย การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่จำกัดหรือขาดสุนทรียภาพ เช่น ห้องที่มีเพดานสีขาวเรียบและขาดองค์ประกอบศิลปะ อาจก่อให้เกิดความอึดอัด หงุดหงิด และลดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Chochinov, 2006; Kitwood, 1997) การจัดพื้นที่ด้วย ภาพดอกไม้ การวาดเพดานเป็นท้องฟ้า และองค์ประกอบศิลปะอื่น ๆ จึงเป็นกลไกเชิงสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสร้างความผ่อนคลาย สร้างความสงบ และกระตุ้นความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ทฤษฎีการสร้างความหมาย (Meaning Making Theory) ในศิลปะบำบัด (Malchiodi, 2012; Potash et al., 2014) ชี้ว่าการสร้างสรรค์งานศิลปะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถ ถ่ายทอดอารมณ์ ความทรงจำ และประสบการณ์ชีวิต ผ่านการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (non-verbal expression) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล และความกลัวในช่วงท้ายชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมศิลปะยังช่วยเสริมสร้าง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกเป็นอิสระ และการยืนยันคุณค่าในฐานะมนุษย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจ

หลักการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลแบบประคับประคอง (Holistic and Palliative Care) ของ WHO (2020) ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิด Person-Centered Care และ Social Model of Care การบูรณาการศิลปะบำบัดในสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุระยะท้ายจึงไม่เพียงมุ่งเน้นการควบคุมอาการทางร่างกาย แต่ยังส่งเสริม การฟื้นฟูสุขภาวะทางจิตใจ การสร้างความสัมพันธ์เชิงสังคม และการค้นหาความหมายของชีวิต แม้จะอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต (George and Gwyther, 1986; McCormack and McCance, 2017)

หลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนแนวคิดเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง เช่น Hattori et al. (2011) พบว่ากิจกรรมศิลปะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล White et al. (2017) ชี้ว่าการปรับสภาพแวดล้อมด้วยสี แสง และภาพศิลปะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ Ulrich (1984) รายงานว่าการมองเห็นภาพทิวทัศน์ทางธรรมชาติช่วยลดการใช้ยาและระยะเวลาการรักษา Kinney and Rentz (2005) พบว่าการใช้ศิลปะในผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือผู้ที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวสามารถเพิ่มคุณค่าชีวิตและความผ่อนคลาย Clift and Camic (2016) ยืนยันว่าศิลปะมีศักยภาพในการส่งเสริม สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ และความหมายของชีวิต

เมื่อพิจารณาร่วมกัน ระหว่าง ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเห็นว่าการบูรณาการศิลปะบำบัดเข้ากับการปรับสภาพแวดล้อมไม่เพียงสร้างกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงกันในเชิงทฤษฎี แต่ยังสนับสนุน กลไกเชิงสิ่งแวดล้อมและจิตวิทยา ในการ

เสริมสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้ายอย่างองค์รวม การจัดสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นความรู้สึกผ่อนคลายและความหมายของชีวิตจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริม การตายดี (Good Death) และการมีคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายชีวิต

ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย”

โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” เป็นกรณีศึกษาที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการฟื้นฟูสภาพจิตใจ (Restorative Environment Theory), การสร้างความหมาย (Meaning Making Theory) และการดูแลแบบองค์รวมและประคับประคอง (Holistic and Palliative Care) เข้ากับการปฏิบัติจริงในบริบทของผู้สูงอายุระยะท้าย โดยมุ่งเน้นการปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพควบคู่กับกิจกรรมศิลปะเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ผลสัมฤทธิ์สามารถแบ่งออกเป็น 4 มิติ ดังนี้

1. สุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์

องค์ประกอบศิลปะ เช่น เพดานท้องฟ้า ภาพดอกไม้ และแสงอบอุ่น ช่วยสร้าง บรรยากาศที่ผ่อนคลายและกระตุ้นความรู้สึกเชิงบวก ซึ่งลดความรู้สึกสิ้นหวังหรือ “นอนรอความตาย” ของผู้สูงอายุระยะท้าย นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมศิลปะยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถ แสดงออกเชิงอารมณ์ (emotional expression) และสร้างความหมายของชีวิต (meaning making) ผ่านกระบวนการสร้างสรรค์งานศิลปะ (Malchiodi, 2012; Potash et al., 2014) การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (non-verbal expression) นี้มีประโยชน์โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

การสร้างสรรค์งานศิลปะไม่เพียงช่วย ลดความโดดเดี่ยวและความวิตกกังวล แต่ยัง เสริมสร้างภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกเป็นอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตช่วงท้ายของชีวิต (Kinney and Rentz, 2005) นอกจากนี้ การจัดสภาพแวดล้อมด้วยศิลปะและองค์ประกอบทางธรรมชาติยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการฟื้นฟูสภาพจิตใจ (Restorative Environment Theory) ของ Kaplan and Kaplan (1989) และผลการศึกษาโดย Ulrich (1984) ซึ่งระบุว่าสภาพแวดล้อมที่มีองค์ประกอบทางธรรมชาติและศิลปะสามารถ ลดความเครียด ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และเพิ่มความรู้สึกสงบผ่อนคลาย

ในเชิงปฏิบัติ การบูรณาการองค์ประกอบศิลปะในห้องพักและพื้นที่รอบตัวผู้สูงอายุสร้างเงื่อนไขทางจิตใจที่เอื้อต่อการรับรู้เชิงบวก กระตุ้นความสนใจ ความหวัง และการมีส่วนร่วมเชิงปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสร้างงานศิลปะร่วมกับครอบครัวและบุคลากร ยังช่วยให้เกิด ความเชื่อมโยงทางสังคมและความสัมพันธ์ที่อบอุ่น ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเยียวยาจิตใจและความเป็นอยู่เชิงอารมณ์อย่างครอบคลุม

2. คุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นอิสระ

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการแสดงความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นและมีความรู้สึกเป็นอิสระเพิ่มขึ้น แม้จะอยู่ในสภาวะติดเตียง การปรับสภาพแวดล้อมด้วยศิลปะ เช่น การตกแต่งเพดานด้วยท้องฟ้า ภาพดอกไม้ และแสงอบอุ่น ไม่เพียงสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนความต้องการพื้นฐานด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Dignity) และการมีส่วนร่วมเชิงร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ (Chochinov, 2006; Kitwood, 1997)

การมีสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นสุนทรียภาพและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเลือกมุมมองหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามความต้องการ ช่วยให้ผู้ใช้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถกำหนดประสบการณ์ชีวิตของตนเองได้ แม้ร่างกายจะถูกจำกัดการมีอิสระ เลือก ตัดสินใจ และสร้างสรรค์ ในพื้นที่รอบตัวยังส่งเสริมความรู้สึกเป็นอิสระ (Autonomy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกโดยรวม

นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมศิลปะให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงอารมณ์และความทรงจำ ผ่านการวาดภาพหรือเลือกองค์ประกอบในพื้นที่ส่วนตัว ช่วยสร้างความรู้สึกเชื่อมโยงกับตนเองและโลกภายนอก (Meaning Making) ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต การรู้สึกเป็นอิสระและมีความหมายในช่วงท้ายชีวิต ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ขณะเดียวกันยังสนับสนุนการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างมีความหมาย

3. การดูแลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Intervention)

แม้ว่าผลต่อการลดการใช้ยาจะไม่สม่ำเสมอในทุกกรณี แต่การปรับสภาพแวดล้อมด้วยศิลปะและกิจกรรมบำบัดเชิงสร้างสรรค์ เช่น การจัดแสง สี สound และภาพศิลป์ในห้องพัก หรือการมีกิจกรรมสร้างสรรค์ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม แสดงแนวโน้มในการ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความจำเป็นในการใช้ยาบรรเทาปวดหรือยาคลายเครียด (Hattori et al., 2011; Kinney and Rentz, 2005)

การบำบัดด้วยศิลปะและกิจกรรมสร้างสรรค์จึงเป็นหนึ่งในการแทรกแซงแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Intervention) ที่สามารถสนับสนุนสุขภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากยา และช่วยลดความเสี่ยงจากการพึ่งพิงยาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย (Malchiodi, 2012; Potash et al., 2014)

แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการดูแลแบบองค์รวมและประคับประคอง (Holistic and Palliative Care) ซึ่งเน้นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2020) การใช้กิจกรรมศิลปะและการปรับสภาพแวดล้อมเชิงบวก จึงไม่ได้ได้เพียงสร้างความผ่อนคลายชั่วคราว แต่ยังเป็นกลไกในการ เพิ่มอำนาจในการควบคุมชีวิต (Empowerment) และการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกำหนดประสบการณ์ชีวิตและการดูแลตนเองมากขึ้น

ดังนั้น การบูรณาการศิลปะบำบัดและกิจกรรมไม่พึ่งพิงยาในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายจึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการส่งเสริม สุขภาวะโดยรวม ลดความทุกข์ และสร้างคุณค่าของชีวิต แม้ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ทั้งยังสอดคล้องกับมาตรฐานสากลของการดูแลแบบประคับประคองและการส่งเสริมชีวิตที่มีคุณค่า (Good Life, Good Death)

4. การพัฒนาเครือข่ายชุมชนกรุณา (Compassionate Community)

โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” นอกจากมุ่งเน้นการปรับสภาพแวดล้อมภายในอาคารเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้ายแล้ว ยังให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายชุมชนกรุณา (Compassionate Community) โดยการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของครอบครัว ผู้ดูแล นักศิลปะ จิตอาสา และหน่วยงานภาครัฐ ทำให้เกิด กระบวนการสังคัมร่วมสร้าง (co-creation process) ที่เน้นความรัก ความเมตตา และการเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่าง ๆ ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมเชิงสังคมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุในช่วงท้ายชีวิต ทั้งยังเป็นการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคลากร หน่วยงาน และชุมชน ทำให้เกิดเครือข่ายสนับสนุนที่มั่นคงและยั่งยืน ซึ่งสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

แนวคิดนี้สอดคล้องกับ หลักการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่เน้นการดูแลครบทุกมิติ และการพัฒนาสังคมเชิงระบบ (Systemic Social Development) ซึ่งมุ่งเน้นให้ชุมชนและเครือข่ายสังคมมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ความผาสุกอย่างต่อเนื่อง (systematic compassion) การบูรณาการชุมชนกรุณาเข้ากับการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายยังช่วยสร้างวัฒนธรรมการดูแลที่ยั่งยืน ส่งเสริมการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเพิ่มคุณค่าของชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้สูงอายุ

โดยสรุป การพัฒนาเครือข่ายชุมชนกรุณาไม่เพียงสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพจิตใจ แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการสร้างสังคมที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวมและมีความเมตตาเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสามารถขยายไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ของสถานดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

สรุป

บทความนี้นำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมในสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในช่วงระยะท้ายอย่างรอบด้าน ทั้งในมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มาจากบทเรียนการทำงาน โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ให้ความสำคัญกับการมีชีวิตที่มีคุณค่า ความรู้สึเป็นอิสระ และการจากไปอย่างสงบ (Good Death) อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายของชีวิต การใช้ศิลปะบำบัดในฐานะเครื่องมือเชิงจิตวิทยาและสิ่งแวดล้อมช่วยสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย สงบ และเป็นมิตรภายในพื้นที่อยู่อาศัย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการบรรเทาความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ตลอดจนเสริมสร้างความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองและความหมายของการดำรงชีวิตในช่วงท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี การปรับสภาพแวดล้อมโดยใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสม เช่น การใช้แสงธรรมชาติ สีโทนอุ่น ภาพศิลปะ และการจัดพื้นที่ให้ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ ถือเป็น กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายและสุขภาวะทางใจอย่างยั่งยืน

ผลการดำเนินงานของโครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” ได้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวในระดับปฏิบัติ โดยพบว่าการลดการใช้ยาระงับความเจ็บปวดและยาคลายเครียดอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิต และเสริมสร้างทัศนคติในเชิงบวกของผู้สูงอายุต่อช่วงสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ บทบาทของเครือข่าย “ชุมชนกรุณา” (Compassionate Community) ซึ่งประกอบด้วยภาคประชาสังคม จิตอาสา สถาบันการศึกษา และภาคีเครือข่ายด้านการแพทย์ ได้ร่วมกันขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะท้ายอย่างมีหัวใจของความเมตตาและมนุษยธรรม โดยเป็นไปตามนโยบายการพัฒนาาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิตตามกรอบแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จากการถอดบทเรียนตลอดระยะเวลา 3 ปีของการดำเนินงานโครงการ ฯ สามารถสรุปผลสัมฤทธิ์สำคัญได้ 3 ประการ ได้แก่

1. การปรับสภาพแวดล้อมด้วยศิลปะบำบัดส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุและลดการพึ่งพิงยา
2. การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมของการดูแลแบบมีส่วนร่วม
3. โครงการนี้เป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลสู่สถานดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ

1. ส่งเสริมการบูรณาการศิลปะบำบัดในระบบการดูแลระยะท้ายของผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ

ภาครัฐควรกำหนดแนวนโยบายที่สนับสนุนให้สถานดูแลผู้สูงอายุทั่วประเทศสามารถนำแนวคิดและกระบวนการศิลปะบำบัดมาปรับใช้ในกิจกรรมและสภาพแวดล้อมของสถานที่อยู่อย่างเป็นระบบ โดยควรบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ หรือในแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2. จัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านศิลปะบำบัดในสถานดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีหลักสูตรอบรมสำหรับผู้ดูแล นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจหลักการของศิลปะบำบัดเบื้องต้น และสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการจัดกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม และเครือข่ายจิตอาสา

การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายควรได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน “กรุณา” โดยส่งเสริมให้ศิลปิน นักสร้างสรรค์ อาสาสมัคร และกลุ่มประชาชนทั่วไป มีส่วนร่วมในการออกแบบพื้นที่หรือจัดกิจกรรมศิลปะเพื่อการเยียวยา ซึ่งไม่เพียงเสริมสร้างความอบอุ่นทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังเป็นการพัฒนาจิตสำนึกและความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว

4. สนับสนุนการวิจัยและติดตามผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในระดับพื้นที่

ควรมีการจัดสรรทุนสนับสนุนให้แก่โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับพื้นที่ เพื่อศึกษาผลกระทบของการใช้ศิลปะบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงผลต่อการลดการใช้ยาในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งจะช่วยสร้างฐานข้อมูลที่แข็งแรงสำหรับขยายผลและขับเคลื่อนเชิงนโยบายในระดับชาติ

5. บรรจุแนวคิด “สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการตายดี” (Good Death Environment) เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะ

ภาครัฐควรผลักดันให้การออกแบบสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี กลายเป็นองค์ประกอบหนึ่งในมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดห้องพักแบบเอื้อต่อความสงบทางจิตใจ การลดเสียงรบกวน การใช้แสงธรรมชาติ และการจัดองค์ประกอบศิลปะที่สร้างความรู้สึกอบอุ่นและเป็นมิตร ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองในทุกมิติอย่างยั่งยืน

โดยสรุป การดูแลผู้สูงอายุในช่วงท้ายของชีวิตควรยกระดับจากการดูแลทางกายภาพแบบดั้งเดิม ไปสู่การดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงมิติด้านอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่า และจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้ง โครงการ “สวนดอกไม้ในเรือนนอนตายาย” จึงไม่ใช่เพียงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แต่เป็นการขับเคลื่อนวัฒนธรรมการดูแลที่เปี่ยมด้วยเมตตา ความเข้าใจ และศักดิ์ศรีแห่งชีวิต ถือเป็นต้นแบบของนวัตกรรมทางสังคมที่ควรได้รับการสานต่อและขยายผลอย่างเป็นระบบในบริบทของสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบอย่างมีคุณภาพและมนุษยธรรม

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care*. Jessica Kingsley.

Camic, P. M., Baker, E. L., and Tischler, V. (2016). Theorizing how art gallery interventions impact people with dementia and their Caregivers. *The Gerontologist*, 56(6), 1033–1041.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnv063>

Chochinov, H. M. (2006). Dignity-conserving care a new model for palliative care: Helping patients maintain dignity. *JAMA*, 295(6), 685–692.

George, L. K., and Gwyther, L. P. (1986). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 26(5), 499–507. <https://doi.org/10.1093/geront/26.5.499>

Hattori, H., Hattori, C., Hokao, C., Mizushima, K., and Mase, T. (2011). Controlled study on the cognitive and psychological effects of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatrics and Gerontology International*, 11(4), 431–437. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00707.x>

Kinney, J. M., and Rentz, C. A. (2005). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the making, an art program, versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 20(4), 220–227. <https://doi.org/10.1177/153331750502000406>

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.

McCormack, B., and McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care*. (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Malchiodi, C. A. (2012). *Handbook of art therapy*. (2nd ed.). Guilford Press.

Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., and Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: A new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 45-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>

Potash, J. S., Ho, R. T. H., Chan, F., Wang, X. L., and Cheng, C. (2014). Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 233–240. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.233>

World Health Organization. (2020). *World report on ageing and health*.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

สังคมสูงอายุ และสังคมอายุยืน: แนวทางการพัฒนาบริการเพื่ออนาคต Aging Society and Longevity Society: Approaches to Future Service Development

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร¹

Sasipat Yodpet¹

Correspondence: yodpetsasipat@gmail.com

(Received: June 18, 2025 Revised: August 21, 2025 Accepted: August 29, 2025)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อปี พ.ศ. 2566 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงอายุนับตั้งแต่ปี 2583 ปัจจุบันมีผู้สูงอายุ 13.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี หรือศตวรรษิกชนเพิ่มขึ้นเป็น 40,460 คน อายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 78.1 ปี โดยสถานการณ์ทั้งสองนี้ก่อให้เกิดความท้าทายต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และสวัสดิการสังคม จำเป็นต้องมีการวางแผนเพื่อรองรับสถานการณ์ต่อไป โดยแนวทางการพัฒนาบริการที่สำคัญ คือการกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายตามแนวคิดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active aging) การเปลี่ยนแปลงมโนทัศน์เชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุและการให้บริการ ที่ศทางการจัดบริการในอนาคตควรเป็นไปตามแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในบ้านหรือชุมชนเดิมอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระ และการใช้แนวคิด เทคโนโลยีสวัสดิการ เป็นนวัตกรรมสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนการให้บริการในอนาคต

คำสำคัญ: สังคมสูงอายุ, สังคมอายุยืน, การพัฒนา, บริการ, อนาคต

¹ ศาสตราจารย์, ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

¹ Professor, Qualified Committee Member (Social Science), National Commission on Older Persons

Abstract

Thailand entered the aging society phase in 2005 and became a complete aging society in 2023. It is projected to become a super-aged society by 2040. Currently, there are 13.7 million older adults, accounting for 20.8% of the total population, with 40,460 centenarians. The average life expectancy stands at 78.1 years. These demographic trends pose significant challenges to the economic, social, and welfare systems, necessitating comprehensive planning to address them. A key development strategy involves setting policy goals aligned with the concept of active aging, alongside shifting societal perceptions of older adults and related services. Future service provision should align with the concept of "aging in place," allowing older persons to safely and independently remain in their homes or communities. Furthermore, the integration of welfare technology presents a crucial innovation to support service delivery in the years ahead.

Keywords: Ageing Society, Longevity society, Development, Services, Future

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่เกี่ยวกับโครงสร้างประชากรที่หลายประเทศกำลังเผชิญในปัจจุบัน นอกจากจะทำให้เกิดสังคมสูงอายุขึ้นในประเทศนั้น ๆ แล้ว บางประเทศเกิดผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรวัยอื่น ๆ อีกด้วย สำหรับประเทศไทย การเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีแนวโน้มจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อแนวคิด รูปแบบ และวิธีการให้บริการด้านสวัสดิการสังคมไม่น้อยไปกว่าผลกระทบด้านเศรษฐกิจ แรงงาน งบประมาณของรัฐ และอื่น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการทบทวนและพัฒนาแนวคิด รูปแบบ และวิธีการให้บริการให้เหมาะสม

ปรากฏการณ์ที่ประชากรสูงอายุไทยมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น และจำนวนผู้มีอายุเกิน 100 ปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2568) ทำให้ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมอายุยืนในระยะเวลาอีกไม่นาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ให้บริการทุกระดับ จะต้องเริ่มพิจารณาสาระสำคัญของสังคมอายุยืน และออกแบบระบบสวัสดิการสังคมให้สามารถรองรับกับปัญหานี้ได้ บทความนี้ จึงเป็นความพยายามที่จะนำเสนอข้อมูลให้เข้าใจต่อสถานการณ์สังคมสูงอายุและสังคมอายุยืน ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสังคมไทยที่เกี่ยวข้องกับการจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เป้าหมายของการจัดบริการและการพัฒนาของทุกฝ่าย รวมทั้งนำเสนอแนวคิดในการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม ภายใต้สถานการณ์สังคมไทยในอนาคต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาการอันเป็นการขยายองค์ความรู้ และอาจนำไปสู่แนวทางการกำหนดนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุต่อไป

สังคมสูงอายุ (Aging Society) และสังคมอายุยืน (Longevity Society)

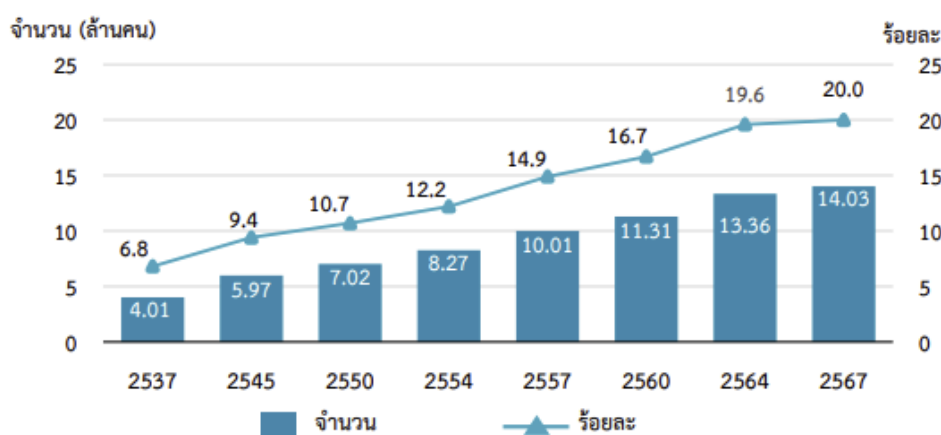
สังคมสูงอายุและสังคมอายุยืนทั้งสองคำนี้เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยเช่นเดียวกัน แต่มีจุดเน้นและผลกระทบที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อแนวทางการรับมือของสังคมในอนาคต สังคมสูงอายุ หมายถึง สังคมที่มีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราการเกิดและอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้น ปรากฏการณ์นี้กำลังเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วและบางประเทศในเอเชีย โดยมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยดังกล่าว ในหลายประเทศอัตราการเกิดของประชากรลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนเด็กที่เกิดในแต่ละปีลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน การเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ย ทำให้ประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประเทศนั้นเข้าสู่สังคมสูงอายุ ส่วน “สังคมอายุยืน” เป็นปรากฏการณ์ที่ประชากรมีแนวโน้มอายุยืนยาวมากขึ้น เป็นสังคมที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ปรากฏการณ์นี้ส่งผลให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในหลายประเทศเพิ่มอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรในระดับโลกที่มีสัดส่วนผู้มีอายุยืนยาวมากขึ้น

จุดเน้นสำคัญที่ต่างกันของแนวคิดนี้ คือ สังคมสูงอายุเน้นไปที่การจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและการลดลงของประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและขนาดของประชากร (Suzuki, 2020) ส่วนสังคมอายุยืนมุ่งเน้นไปที่การปรับวิถีชีวิตและการจัดการเพื่อให้ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในระยะยาว (Goldman et al., 2013) เป็นการการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่ลึกซึ้งกว่า เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจที่สนับสนุนการดำรงชีวิตที่ยาวนาน การปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน และการพัฒนานวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพ (Suzuki, 2020) นอกจากนี้ สังคมอายุยืน เป็นวาระและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคนทุกเพศทุกวัย ไม่ใช่แค่เรื่องของสังคมสูงวัย หรือเรื่องของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของทุกคนที่จะร่วมกันสร้างสังคมที่ نابอยู่และพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ โดยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ เมื่อ พ.ศ. 2548 และเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) เมื่อ พ.ศ. 2566 โดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2567) ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 14.03 ล้านคน หรือร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจนเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด ในปี 2583 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

การสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดอย่างเป็นทางการของประเทศไทย ได้นำเสนอจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ พ.ศ.2537-2567 ทำให้เห็นภาพการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุได้อย่างชัดเจน

แผนภูมิ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2537 - 2567



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2567

ในส่วนของผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี หรือผู้ที่มีอายุยืน เรียกว่า “ศตวรรษิกชน” (Centenarian) พบว่า มีสถิติเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและอายุขัย โดยในปี 2564 มีผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปีขึ้นไป 26,137 คน และอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 77.38 ปี ต่อมาปี 2567 มีผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จำนวน 40,460 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธ.ค.2568 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย) และอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 78.1 ปี จากสถิติที่นำเสนอจะเห็นว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญกับข้อท้าทายในการจัดการด้านประชากรใน 2 ประเด็นดังกล่าวนี้

สังคมอายุยืน และความท้าทายต่อสถานการณ์ของประเทศ

สังคมอายุยืนส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งระบบสวัสดิการของประเทศเป็นอย่างมาก เฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางเช่นประเทศไทยที่ต้องเผชิญกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดสวัสดิการแก่ประชาชนเพิ่มขึ้น นอกจากนั้น ยังมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงานจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ซึ่งมีความพยายามจากหลากหลายฝ่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาควิชาการในการปรับเปลี่ยน หรือการขยายอายุเกษียณให้ยืนยาวขึ้น เพื่อลดภาระด้านการขาดแคลนแรงงานแล้วก็ตาม แต่การดำเนินงานนี้ยังไม่ปรากฏผล และเกิดภาระต่อระบบเศรษฐกิจตามมา อีกประการหนึ่ง สถานการณ์สำคัญ คือ ประเทศไทยยังต้องเผชิญกับการจัดสรรงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยด้านการรักษาพยาบาลกรณีศึกษาในประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว พบว่า

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งด้วยเหตุผลทางเทคโนโลยีที่ใช้รักษาและลักษณะอาการของโรคเรื้อรัง และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศไทยซึ่งเป็นระบบการรักษาแบบถ้วนหน้า รัฐรับภาระด้านค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่แล้ว การเป็นสังคมอายุยืนคาดว่าจะเป็นการอย่างมากของระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต

ประเด็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐจัดให้เป็นการสงเคราะห์แก่ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป (ที่มีสิทธิ) แบบขั้นบันได นับว่าใช้งบประมาณจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 รัฐจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจำนวน 3,961,089 คน เป็นเงิน 82,710,957 ล้านบาท (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) และคาดว่า ในปี 2567 รัฐจ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 11,626,372 คน เป็นเงิน 91,984,362 บาท ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้ระบุว่า “หากพิจารณาแนวโน้มการค่าใช้จ่ายในระยะต่อไป โดยอาศัยโครงสร้างประชากรของไทยตามการคาดประมาณของ สศช. พบว่า ในระยะปานกลาง (ปี 2567-2570) ภาครัฐจะมีค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 32,063.9 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงปีฐาน (ปี 2563-2566) ร้อยละ 38.0” (ฐานเศรษฐกิจ, 2567)

จากข้อมูลที่น่าสนใจจะเห็นว่า สังคมอายุยืนจะก่อให้เกิดข้อท้าทายต่อระบบสวัสดิการของประเทศด้านอื่น ๆ ตามมา ซึ่งในที่นี้ระบบสวัสดิการสังคม มีความหมายว่า “เป็นระบบการจัดบริการทางสังคมที่เกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไข ปัญหา การพัฒนาและ การส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรมตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการทุกระดับ” (พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550) จากนิยามที่กล่าวมา จะเห็นว่า ระบบสวัสดิการสังคมมีความครอบคลุมบริการทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งรวมถึงด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุด้วย และเป้าหมายของบริการทุกประเภท คือ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน แต่หากระบบสวัสดิการนี้ ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็หมายถึงผลกระทบและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั่นเอง

กล่าวโดยสรุป การที่หลายประเทศในโลก รวมถึงประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ และสังคมอายุยืนนั้น ก่อให้เกิดความท้าทายใหม่หลายประการ และความท้าทายเหล่านี้ส่งผลกระทบ ไม่เพียงแต่กลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อประชาชนทุกวัย ดังนั้น มาตรการการเตรียมการรองรับสถานการณ์นี้ จึงควรนำมาพิจารณาวางแผน และกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินงาน เพื่อสร้างความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง : เป้าหมายเชิงนโยบาย

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาสมดุลทางเศรษฐกิจและสังคม การพัฒนานโยบายที่สนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีพลัง และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ประเทศต่าง ๆ ต้องให้ความสำคัญ (World Health Organization: WHO, 2025)

“ชีวิตไม่ได้หยุดที่อายุ 60 ปี ไม่ได้หยุดที่การเกษียณอายุ หรือไม่ได้หยุดที่การยุติการทำงาน อายุเป็นเพียงตัวเลขหลังอายุ 60 ปี จึงเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่จะดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลาย หรือนำไปสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง” (active aging) “การสูงวัยอย่างมีพลังเป็นกระบวนการของการสร้างโอกาสที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงเพื่อที่จะยกระดับคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของคนตลอดเวลาที่เจริญวัยขึ้น แนวคิดนี้ใช้ได้กับทั้งปัจเจกบุคคลและกลุ่มประชากร” โดย องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้เสนอกรอบที่เป็นองค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง ใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สุขภาพ (health) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (participation) และการมี

หลักประกันความมั่นคงในชีวิต (security) แต่ต่อมาได้มีการเพิ่มองค์ประกอบหลักอีก 1 ประการ คือ สภาพแวดล้อม (environmental) ดังนั้น ปัจจุบันจึงยึดถือองค์ประกอบหลัก 4 ประการนี้ เป็นกรอบในการพัฒนาผู้สูงอายุ

คุณค่าของการสูงวัยอย่างมีพลัง เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในหลายลักษณะ กล่าวคือ ในวัยสูงอายุนั้นสุขภาพส่วนบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ หากบุคคลมีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นเงื่อนไขแรกของการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเอง อันเป็นลักษณะสำคัญของผู้สูงวัยอย่างมีพลัง การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดี แข็งแรงหรือไม่นั้นล้วนเกี่ยวข้องกับทั้งตัวบุคคลเอง ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม การไม่แยกผู้สูงอายุออกจากสังคม ชุมชน หรือการส่งเสริมการมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากจะทำให้รู้สึกถึงคุณค่า มีเกียรติแล้ว ยังรู้สึกถึงความเป็นผู้มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลาน ช่วยทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพกายด้วย นอกจากนั้น สิ่งที่สูงวัยส่วนใหญ่ปรารถนา คือ การมีหลักประกันในชีวิต คือ การที่สูงวัยมีความมั่นคงปลอดภัยทางด้านการร่างกาย ด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย ด้านสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ และด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สูงอายุมีพลังในชีวิต และประการสุดท้าย คือ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง ทั้งด้านการจัดการที่อยู่อาศัย การจัดการชุมชนที่เป็นมิตร การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการเสริมสร้างทักษะด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ คือ เป้าหมายของการกำหนดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

การกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายที่มุ่งสู่การสูงวัยอย่างมีพลังนั้น ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์แต่ละด้านอย่างชัดเจน กำหนดแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานอย่างบูรณาการและกำหนดการประเมินสัมฤทธิ์ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นหลัก เพื่อจะได้นำข้อมูลไปพัฒนา ปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนแนวคิดให้เหมาะสมกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุต่อไป

เกณฑ์และกลุ่มผู้สูงอายุ : การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ของสังคม

ในหลายช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นับเป็นช่วงเวลาที่มีมนุษย์ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้เกิดการเรียนรู้การใช้ชีวิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีอายุยืนยาวขึ้น ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การมีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ ปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยประชากรโลกอยู่ที่ 73 ปี ในขณะที่ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 78-80 ปี (VOA Thai, 2024, March 4) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ สัดส่วนของประชากรที่ใช้ชีวิตอย่างกระปรี้กระเปร่า ปราศจากภาวะเจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ผลกระทบจากสถานการณ์นี้ แสดงว่าประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งการมีอายุยืนอีกมุมมองหนึ่ง คือ การขยายอายุขัยของการมีชีวิต “ชีวิตยืนยาว คือ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องเวลา และการใช้ชีวิต เวลาที่เราเรียนหนังสือ หรือแต่งงาน เวลาที่มีครอบครัว เลี้ยงลูก เวลาที่ทำงาน และเวลาที่ใช้ชีวิตทั้งหมดในช่วงชีวิต สามารถเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม โดยไม่ยึดเกณฑ์เดิม ๆ ในอดีตอีกต่อไป” (Gratton and Scott, 2016) ข้อเสนอของนักวิชาการนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า **อายุเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้** โภชนาการ การศึกษา การสาธารณสุข พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และแนวทางการรักษาทางการแพทย์ สามารถส่งผลต่ออัตราการแก่ชราของมนุษย์ได้ การวัดและประเมินด้วยเครื่องมือหลากหลายชนิด พบว่า “ผู้คนแก่ช้าลง” คนอายุ 60 ปี ปัจจุบันยังดูแข็งแรง กระฉับกระเฉงต่างจากคนอายุ 60 ปีในอดีต การกำหนดคำว่า “แก่” โดยใช้เกณฑ์ในอดีต ไม่สอดคล้องกับสถานะต่าง ๆ ในปัจจุบัน

การพิจารณาความชรา หรือ ความแก่ อาจต้องแยกระหว่างอายุตามปฏิทิน (chronological age) เป็นอายุที่นับตามวันเดือนปีเกิดจนถึงปัจจุบัน อายุทางชีววิทยา (biological age) อายุที่ประเมินจากสภาพร่างกายหรือการทำงานของระบบในร่างกายซึ่งอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าอายุตามปฏิทิน และอายุทางใจ (mental age) รวมถึง อายุขัยเฉลี่ยของประชากร (average life expectancy) หมายถึง จำนวนปีเฉลี่ยที่ประชากรคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ หรือพิจารณาจากการใช้ชีวิตอย่างครอบคลุมทุกช่วงชีวิตของตนมาเป็นเกณฑ์ในการร่วมพิจารณา สำหรับประเทศไทย นักวิชาการได้เสนอให้มีการแยกระหว่าง

อายุที่จะเกษียณ คือ 65 ปี และอายุการเป็นผู้สูงอายุ คือ 60 ปี ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญที่บัญญัติไว้ ซึ่งเป็นการพิจารณาจากศักยภาพในการปฏิบัติงานเท่านั้น (แต่ประเด็นนี้ยังไม่มีข้อยุติ) ดังนั้น การกำหนดอายุ ความเป็นผู้สูงอายุในอนาคตต้องนำประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น มาพิจารณาเพื่อให้เหมาะสมทั้งภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคมและคุณลักษณะโดยรวมของประชากรด้วย

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ การที่สังคม “ตีตรา” ต่อภาวะการเป็นผู้สูงอายุ หรือคนชรา ในเชิงลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมองคนสูงอายุคือผู้ที่เป็นปัญหา พึ่งตนเองไม่ได้ ไร้สมรรถภาพ ทำให้คนในวัยทำงานต้องแบกรับภาระการดูแล การมีทัศนคติดังกล่าวนี้ ส่งผลให้เกิดการกำหนดนโยบายหรือการจัดการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว มากกว่าการให้ตามสิทธิที่พึงมีพึงได้ หรือการฟื้นฟูและพัฒนา หากพิจารณาจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ มีดังนี้

กลุ่มอายุ	รวม %	ชาย %	หญิง%
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	59.3	45.3	54.7
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	29.8	39.9	60.1
ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	10.9	30.6	69.4

(ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567)

จากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมาก เกินครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด บุคคลที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้สูงอายุเหล่านี้ ยังคงแข็งแรงมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมถึงสามารถสร้างคุณประโยชน์ต่อสังคมได้เช่นกัน หากกำหนดเป้าหมายเชิงป้องกัน เช่น ป้องกันภาวะสุขภาพเสื่อม หรือป้องกันความไม่รู้แก่คนกลุ่มนี้แล้ว คาดว่า ปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้านต่าง ๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุกลาง และวัยปลาย จะลดลง ดังนั้น การแยกระดับอายุประเภทของผู้สูงอายุโดยละเอียดตามศักยภาพแล้วจะช่วยให้รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความหลากหลายและตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

มโนทัศน์ของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ มีผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้น การพิจารณาอย่างลึกซึ้งถึงคุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุ จะก่อให้เกิดมุมมองที่ดีต่อกลุ่มนั้น ๆ แล้วกำหนดนโยบายและบริการเพื่อตอบสนองให้เหมาะสม ย่อมเป็นสิ่งที่ควรนำไปพิจารณาและดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจต่อสังคมต่อไป

การสูงวัยในถิ่นที่อยู่ : ทิศทางของบริการผู้สูงอายุ

ปัจจัยสำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุประการหนึ่ง คือ การเสริมศักยภาพของหน่วยบริการในระดับชุมชน หรือการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ให้สามารถมีศักยภาพและคุณภาพที่ดีในการให้บริการ ดังที่ทราบกันดีว่า ในปี 2583 หรืออีก 15 ปีข้างหน้า คาดว่า ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.5 ล้านคน และเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) และมีจำนวนประชากรลดลงจาก 66.5 ล้านคน เหลือ 65.4 ล้านคน ส่วนเด็กอายุ 0-14 ปี จะมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.9 เหลือร้อยละ 12.8 และวัยแรงงานอายุระหว่าง 15-59 ปี ลดลงจากร้อยละ 10 (The Active., n.d.). จากการคาดการณ์ดังกล่าว สิ่งที่น่าวิตกกังวล คือ การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดท่ามกลางการเพิ่มขึ้นของผู้มีอายุยืน และการลดลงของเครือข่ายการเกื้อกูล ดังนั้น การเตรียมการรองรับสถานการณ์นี้ จึงจำเป็นและสำคัญที่จะต้องวางแผนและดำเนินการไว้แต่ต้น

“ผู้สูงอายุในอนาคตอยู่กับใคร และใครจะดูแล” เป็นคำถามที่ทำให้ต้องขบคิดและหาคำตอบ ปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถอยู่ในครอบครัวของตนเอง สถานบริการและรูปแบบอื่น ที่ครอบครัวจัดให้ แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากประสงค์จะอยู่อาศัย

ในบ้านของตนเอง ผลการสำรวจทางธุรกิจกับผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงและมีความสามารถจะซื้อบริการภาคเอกชนได้ มีเพียงร้อยละ 24 เท่านั้น ที่จะใช้บริการภาคเอกชน (KPMG Phoomchai Business Advisory, 2024) ผู้สูงอายุบางกลุ่มยังมีความเชื่อและมีค่านิยมที่จะอยู่ในอยู่บ้านของตนเอง โดยต่างระบุว่า “ต้องการอยู่ในบ้านและตายในบ้านของตนเอง” นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนขาดความสามารถในการซื้อบริการจากภาคเอกชน และภาครัฐ ดังนั้น หน่วยงานให้บริการและนักวิชาการจึงนำเสนอแนวคิด “สูงวัยในถิ่นที่อยู่” ซึ่งเป็นรูปแบบบริการในชุมชน เข้ามาเป็นรูปแบบการให้บริการอีกวิธีหนึ่ง

การสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (ageing in place) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตตลอดช่วงชีวิตของบุคคล และเมื่อนำมาอธิบายสถานการณ์ผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการอยู่อาศัยในบ้านหรือชุมชนเดิมของตนเองอย่างปลอดภัย เป็นอิสระ และสะดวกสบาย โดยไม่คำนึงถึงอายุ รายได้ หรือระบบความสามารถ การจัดการตอบสนองแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้อยู่อาศัย เนื่องจากในชุมชนมีทั้งกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงตนเองได้ดี ได้ปานกลาง และไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย ดังนั้น ลักษณะบริการที่เอื้อต่อการสูงวัยในถิ่นที่อยู่จึงประกอบด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และ ญัฐพัชร สโรบล, 2568).

1. การปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เป็นการสร้างระบบความปลอดภัยภายในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจสอบความมั่นคงและความแข็งแรงของบ้าน การจัดเตรียมพื้นที่ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้มทั้งในบริเวณบ้านและห้องน้ำ การเพิ่มแสงสว่างภายในบ้านให้เหมาะสม การจัดหาและจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน รวมทั้งการติดตั้งสัญญาณอินเทอร์เน็ทและสัญญาณขอความช่วยเหลือ

2. บริการสุขภาพและสังคม ได้แก่ บริการสุขภาพและการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลและบริการสังคมสำหรับชีวิตประจำวัน การปฏิสัมพันธ์ และการเดินทาง บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีผู้ให้บริการทางวิชาชีพที่ได้รับการรับรองมาให้บริการถึงที่บ้านเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องรวมทั้งส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ฟันฟูและทำกายภาพบำบัด เช่น บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ บริการแพทย์เฉพาะทางและทีมสหวิชาชีพ การมีผู้ช่วยเหลือในบ้าน มีบริการจัดหาเครื่องนุ่งห่มและของใช้จำเป็น ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

3. การบริการที่บ้าน เช่น บริการจัดส่งอาหารถึงบ้าน ควรให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ โดยสามารถเลือกจ่ายเงินและรับอาหารได้ง่าย ช่วยลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในการทำอาหาร บริการจัดเตรียมวัตถุดิบหรือประกอบอาหารที่บ้าน ผู้สูงอายุ เช่น ผู้ช่วยทำความสะอาดบ้านและข้าวของเครื่องใช้ ผู้ช่วยดูแลสัตว์เลี้ยง ผู้ช่วยทำธุรกรรม หรือผู้ช่วยดูแลเงินและทรัพย์สิน

4. การจัดการความเสี่ยง การตรวจสอบความเป็นอยู่และความเป็นไปของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ลำพัง การเยี่ยมเยียนรายวันหรือติดตามด้วยเทคโนโลยี การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อลดความเสี่ยงและสนับสนุนดูแลด้านอื่น ๆ บริการติดต่อกู้เงิน

5. การบริการขนส่งสาธารณะ ประกอบด้วย บริการรถรับส่งเพื่อไปพบแพทย์ บริการผู้ให้ความช่วยเหลือคอยอำนวยความสะดวกและประสานงานกับสถานพยาบาลในระหว่างเดินทาง และ บริการรถรับส่งเพื่อทำกิจกรรม/ธุระส่วนตัว

6. การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น จัดกลุ่มกิจกรรมในชุมชนให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะสังสรรค์ ผ่อนคลาย สร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชน

7. บริการด้านการพิทักษ์สิทธิ เช่น บริการด้านกฎหมาย ให้คำปรึกษากฎหมาย ช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อถูกหลอกลวง ฉ้อโกง พร้อมทั้งให้ความรู้และแนวทางจัดการปัญหาโกงต่าง ๆ

การจัดการบริการตามแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ เน้นมุ่งรักษาความเป็นอิสระของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้พวกเขาอาศัยอยู่ในบ้านหรือชุมชนที่คุ้นเคยอย่างปลอดภัย ผ่านการปรับสภาพแวดล้อมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ แสวงหาทรัพยากรสนับสนุน ทั้งจากภาครัฐ เอกชน และชุมชน รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือการให้บริการให้ทันสมัยขึ้นด้วย

เทคโนโลยีสวัสดิการ : รูปแบบบริการแห่งอนาคต

การพัฒนาบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุนั้น กรณีศึกษาในต่างประเทศมีการนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพและบริการสังคมของประชาชนอย่างแพร่หลายมาหลายปี โดยในกลุ่มประเทศนอร์ดิก (เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ไอซ์แลนด์ นอร์เวย์ และสวีเดน) เป็นกลุ่มประเทศแรก ๆ ที่มีชื่อเสียงและเป็นตัวแบบในการดำเนินงาน ด้านนี้ ได้มีการนำระบบดิจิทัลมาใช้เพื่อสนับสนุนแนวคิดสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (ageing in place) ทำให้การจัดบริการเป็นไปอย่างกว้างขวาง และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยได้อย่างครอบคลุม รูปแบบการดำเนินงานนี้ในเบื้องต้น คือ การใช้อุปกรณ์อัจฉริยะในบ้าน (smart home) เพื่อช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต เช่น มัลติหน้าจอ หลอดไฟ ลำโพง กล้องวงจรปิด กริ่งประตู ที่ปิด/เปิดประตู เป็นต้น ต่อมาแนวคิดนี้ได้ถูกนำไปใช้ในการปรับปรุงบริการด้านสวัสดิการสังคมที่จัดให้แก่ประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มสแกนดิเนเวีย (เดนมาร์ก นอร์เวย์ สวีเดน) จึงมีคำเรียกว่า “เทคโนโลยีสวัสดิการ” (welfare technology) เกิดขึ้น และแพร่หลายไปในกลุ่มวิชาชีพด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ โดยมีความหมายครอบคลุมถึงบริการที่ถูกสร้างสำหรับผู้รับบริการในระบบสวัสดิการสังคม ภายใต้ระบบดิจิทัล ได้แก่ บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ผู้ช่วยเสมือนจริง (virtual assistant) อุปกรณ์สวมใส่เพื่อช่วยดำเนินชีวิตและเคลื่อนไหว (wearable technology) และบ้านอัจฉริยะที่กล่าวข้างต้นแล้ว

การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการความเป็นอิสระอย่างยิ่ง ลดการพึ่งพิงผู้ดูแลในภาวะขาดแคลนคนไปได้มาก ขณะเดียวกัน ในหน่วยงานให้บริการระบบนี้ ได้ช่วยลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรลงไปได้เช่นกัน ซึ่งในประเทศไทยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งได้พัฒนาระบบนี้ และนำไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตนในหลายพื้นที่ ในระดับของการบริหารจัดการ และการจัดระบบบริการ สาขาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ได้พัฒนาระบบการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์ เรียกว่า Social Telecare Platform ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลและการทำงานของทีมนักวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิประเทศไทย เพื่อดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางในมิติทางสังคมและสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือหลักในการประเมิน ส่งต่อข้อมูล และติดตามผลการดูแล การดำเนินงานนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของวิชาชีพที่ใช้แนวคิด welfare technology ปรับใช้ในการให้บริการเป็นประเทศแรก ๆ ในกลุ่มอาเซียน ในอนาคตสามารถพัฒนาระบบได้อีก และสามารถเชื่อมกับบริการระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างดียิ่ง

สิ่งที่นักวิชาการและผู้ให้บริการมีความวิตกกังวลต่อการนำระบบนี้มาใช้ในประเทศไทย มักเกิดความห่วงใยต่อศักยภาพผู้สูงอายุว่าจะมีความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ดิจิทัลมากน้อยเพียงใด ผลการศึกษาของ พนม คลีฉายา และพงษ์พันธ์ กิรติวคิน (2567) ได้อธิบายระดับความสามารถในการปรับตัวต่อเทคนิคใหม่ ๆ ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ เป็นไปในทิศทางที่ดี คือ ร้อยละ 34.85 มีระดับปานกลาง ร้อยละ 29.51 ค่อนข้างมาก และ ร้อยละ 13.25 ระดับมากที่สุด โดยกลุ่มที่มีความสามารถค่อนข้างน้อย มีเพียงร้อยละ 13.83 และไม่มีเลย ร้อยละ 8.55 เท่านั้น และอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุมีความคล่องแคล่วในการปรับใช้ระดับมาก คือ โทรศัพท์มือถือ ผลการศึกษาดังกล่าวนี้นี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้และเข้าถึงอุปกรณ์ดิจิทัลได้ดี และในอนาคตศักยภาพด้านนี้จะเพิ่มขึ้น ตามกลุ่มอายุของการเข้าเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น ในอนาคต แนวคิดเทคโนโลยีสวัสดิการจะกลายเป็นแนวทางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและคนอายุยืนในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับคุณลักษณะประชากรและตอบโจทย์ความต้องการทั้งผู้ให้และผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

สรุป

การเป็นสังคมสูงอายุ สังคมอายุยืน และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีดิจิทัลของสังคม ก่อให้เกิดทั้งข้อท้าทายและโอกาสต่อการดำเนินงานจัดบริการและการพัฒนาประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องต้องเรียนรู้อย่างถ่องแท้ เพื่อให้เกิดการตระหนักและเข้าใจสถานการณ์ขับเคลื่อนและพัฒนาการให้เป็นที่ไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ย่อมทำให้เกิดผลดีทั้งต่อประชาชนทั่วไป ผู้จัดบริการ และผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการ รวมทั้งผลดีต่อประเทศชาติในหลายด้าน แนวทางการพัฒนาบริการที่สำคัญ คือ ควรมีการปรับเปลี่ยนการออกแบบนโยบายและกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับทุกสถานการณ์ให้มากที่สุด ไม่ยึดติดกับรูปแบบและวิธีการใดวิธีหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่เหมาะสมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). รายงานสถิติผู้สูงอายุประจำปี 2566. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. โกโกพริ้นท์ (ไทยแลนด์).
- ฐานเศรษฐกิจ. (2567, 21 พฤษภาคม). ไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ปี 2568 ทำลายแรงงาน-เศรษฐกิจ.
<https://www.thansettakij.com/economy/621472>
- พนม คลีฉายา และ พงษ์พันธุ์ กীরติวคิน. (2567). ยังโสด (Young-old): “โอกาส” บนโลกดิจิทัล. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และ ญัฐพัชร สโรบล. (2568). บทบาทที่พึงประสงค์ของท้องถิ่นต่อการจัดการบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้แนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ญัฐพัชร สโรบล, ธนิกันต์ ศักดาพร และกฤษณา พลภักดี. (2568). วิถีชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี. จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. (2568). Social [Tele]care จุดเปลี่ยนวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2567. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- Goldman, D. P., Cutler, D., Rowe, J. W., Michaud, P. C., Sullivan, J., & Peneva, D. (2013). Substantial health and economic returns from delayed aging may warrant a new focus for medical research. *Health Affairs*, 32(10), 1698–1705.
- Gratton, L., & Scott, A. (2016). *The 100-year life: Living and working in an age of longevity*. Bloomsbury Information.
- KPMG Phoomchai Business Advisory. (2024, กรกฎาคม 3). *Thailand's Ageing Society: The opportunities for businesses in Thailand*. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/th/pdf/2024/07/thailand-ageing-society-the-opportunities-for-businesses-in-thailand.pdf>
- Suzuki, E. (2020). Japan's demographic crisis: Challenges and solutions. *Population and Development Review*, 46(4), 729–746.
- VOA Thai. (2024, March 4). ข้อมูล 3 ทศวรรษ พบ คนอายุยืนขึ้น แต่อาจไม่มากไปกว่านี้นัก.
<https://www.voathai.com/a/don-t-expect-human-life-expectancy-to-grow-much-more-researcher-says/7814233.html>

การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านเศรษฐกิจฐานราก
ของชุมชนคนจนชานเมือง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร
The Occupational Development for the Elderly by the Community
Participation in Strengthening the grass root Economy of the poor suburban
communities in Lat Krabang, Bangkok

เพ็ญประภา ภัทรานุกรม¹

Phenprapha Pattaranukrom¹

Correspondence: phenprapha191@yahoo.com, phenprapha@tu.ac.th

(Received: June 14, 2025 Revised: July 28, 2025 Accepted: August 29, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชนคนจนเมือง เขต
ลาดกระบัง และ 2) เพื่อพัฒนากลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการพัฒนารูปแบบและระบบการผลิต
การจัดจำหน่าย และการบริหารจัดการของกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเพื่อท้องถิ่น (Community
Based Research) เน้นกระบวนการสร้างชาวบ้านให้เป็นนักวิจัยร่วมกันดำเนินโครงการวิจัยทั้งในระยะต้นน้ำ กลางน้ำ
และปลายน้ำ พบว่าชุมชนคนจนชานเมืองในเขตลาดกระบัง เคยมีภูมิปัญญาในการทำอาชีพอาหารในหลากหลายรูปแบบ
แต่ปัจจุบันได้สูญหายไป ทั้งนี้ แนวทางการพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุในชุมชนคนจนชานเมือง ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพใน
ระดับบุคคลของสมาชิกกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพระดับกลุ่มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมการทำงาน
ร่วมกันของสมาชิกกลุ่มของคน 3 วัยคือ ผู้สูงอายุ วัยกลางคน และเยาวชน รวมถึงการพัฒนาแบบและระบบการผลิต การ
จัดจำหน่าย และการบริหารจัดการกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุในชุมชน ต้องมีรูปแบบและระบบการผลิตโดยมีการแบ่งหน้าที่
รับผิดชอบที่ชัดเจนตามโครงสร้างการบริหารได้แก่ ฝ่ายจัดซื้อวัตถุดิบและทำการผลิต ฝ่ายบัญชีการเงิน ฝ่ายการตลาด
ออนไลน์และออฟไลน์

คำสำคัญ: การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม, การสร้างความเข้มแข็งด้านเศรษฐกิจฐานราก, ชุมชนคนจนชานเมือง

¹ รองศาสตราจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹ Associate Professor of Faculty of Social Administration, Thammasat University.

ABSTRACT

The objectives of this research were to 1) analyze the occupational situation of the elderly in the suburban poor community of Lat Krabang, Bangkok 2) develop the occupational group for the elderly by the community participation by develop format and the production system, the sales distribution, and the management for the elderly occupational group in the communities. This research used the community-based research methodology. The focus was on encouraging the community members to be the researchers, and using the participatory approach in managing the research project from the upstream, the midstream to the downstream. According to the research findings on the occupational situation of poor suburban communities in Lat Krabang revealed that the community members used to have the local wisdom for culinary, but has now been extinct. Regarding the occupational promotion and development guideline for the elderly in the community, it consisted of the potential and the competency development for the elderly members of the occupational group in poor suburban communities. In terms of the development of the elderly occupational group with the community participation, it was participated by people from three stages of life, these were elderly, middle-aged, and youth. In order to develop the format and the production system, the sales distribution, and the management for the occupational group of the elderly in the community, it had to delegate duties and responsibilities according to the organization structure, for example: the divisions of purchasing, raw materials and production, accounting and finance, online and offline marketing.

Keywords: Occupational Development for the Elderly with Participation, Strengthening Grassroots Economy, Suburban Poor Communities

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) อย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 โดยข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้เปิดเผยจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจำนวนร้อยละ 20.70 โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีมากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุต้น (60-69 ปี) อยู่ที่ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) อยู่ที่ ร้อยละ 29.8 และกลุ่มที่มีน้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) อยู่ที่ ร้อยละ 10.9 โดยมีอัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุ ที่แสดงให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานจะต้องดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประชากรวัยทำงานจำนวน 100 คน จะต้องรับผิดชอบและดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 31 คน หรือ ผู้สูงอายุ 1 คน จะต้องมีการช่วยทำงานประมาณ 3 คนในการดูแล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) ดังนั้นด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากรในประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นหนึ่งในหลายประเทศที่มีแนวโน้มผู้สูงอายุของประเทศมีสัดส่วนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนถึงขั้นการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือ (Aged Society)” โดยพบว่าเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2565 จากประชากรทั้งหมดของประเทศ 66,090,475 คน มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีถึงร้อยละ 19.21 ขึ้นหรือคิดเป็นจำนวน 12,698,362 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุชาย 5,622,074 คน และหญิง 7,076,288 คน และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นหลายพันคน นอกจากนี้เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 จากฐานข้อมูลประชากรของกรมการปกครอง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นประมาณ 7 พันคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2556 หรือเมื่อ 10 ปีที่แล้ว และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง (ไทยรัฐออนไลน์, 2567)

ทั้งนี้ในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุนั้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุย่อมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ควรได้รับการดูแลส่งเสริม จึงควรมีการเตรียมความพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพของสูงอายุ ให้สามารถสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยตนเองได้ ซึ่งการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการศึกษาด้านอาชีพ (career education) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาอาชีพของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนอาชีพ (information about career planning) และพัฒนาอาชีพซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการพึ่งตนเอง มีการให้คำปรึกษาอาชีพ (career counseling) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกเป้าหมายวางแผนอาชีพและพัฒนาอาชีพได้อย่างเหมาะสม (เจษฎี จันทวงศ์, 2561) รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในฉบับปัจจุบัน ก็ยังได้กำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมโดยส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำในผู้สูงอายุ เพิ่มพูนความรู้ ทักษะและการใช้สื่อการเรียนรู้สมัยใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อการประกอบอาชีพและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เป็นต้นทุนเดิมตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีระบบการผลิตสินค้าเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มที่ได้มาตรฐาน ตลอดจนการหาช่องทางจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนคนจนชนเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มคนจนที่อาศัยอยู่ในชุมชนคนจนเมือง มีวิถีชีวิตแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้กำหนดเป็นพื้นที่ในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากพื้นที่เกษตรกรรมสู่พื้นที่ชุมชนใกล้นครอุตสาหกรรมที่น่าสนใจ กล่าวคือ ในอดีตบางชุมชนเคยมีความขัดแย้งและไม่สามารถเข้าถึงบริการของภาครัฐได้มากนัก แต่สมาชิกชุมชนก็มีความพยายามในการรวมตัวกันเป็นกลุ่มเล็กๆ เพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนในมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของชุมชน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาโครงการและกิจกรรมที่ทำร่วมกันในด้านต่าง ๆ ตามปัญหาและความต้องการของชุมชน และจากการพัฒนาชุมชนร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน คำนึง และไปมาหาสู่กันอยู่เสมอ ปัจจุบันผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่เลี้ยงชีพด้วยเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลในรูปแบบของบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยคนพิการเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่สุด และอยู่ในจำนวนร้อยละ 40 ล่างของสังคม เป็นกลุ่มคนในชุมชนที่เป็นฐานราก (Grass Root) ของประเทศที่มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาที่เหมาะสม อย่างเร่งด่วน และเมื่อชุมชนมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นสอดคล้องกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ การรับมือเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ปัจจุบันผู้สูงอายุทั้ง 3 ชุมชน มีสัดส่วนร้อยละ 20-25 นับว่าเป็นชุมชนผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชน ดังกล่าวกลายเป็นผู้ที่มีเวลาว่างทั้งๆที่ในอดีตเคยเป็นผู้ประกอบอาชีพขายอาหารคาวหวานมาก่อน หากแต่เมื่อเวลาผ่านไป การทำอาหารแบบต่างคนต่างทำ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนขาดพลังในการสานต่ออาชีพของตนเอง ขาดการสนับสนุนด้านการ พัฒนาสินค้า ขาดงบประมาณหมุนเวียน รวมถึงช่องทางการตลาดใหม่ๆ และคิดว่าตนเองอายุมากแล้ว รอรับเงินสวัสดิการรัฐเป็น หลักน่าจะพออยู่ได้ หากแต่เวลาผ่านไปทำให้เกิดความรู้สึกตัวเองไร้ค่า กลายเป็นภาระแก่ลูกหลาน จากการพูดคุยถึงปัญหาของ ผู้สูงอายุในชุมชน จึงเห็นร่วมกันว่าควรกลับมาพัฒนาอาชีพเพื่อสร้างรายได้พึ่งตนเอง รวมถึงสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันใน ชุมชน มีกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ที่สำคัญผู้สูงอายุได้กลับมาสู่วงจรด้านเศรษฐกิจของครอบครัวและชุมชนอีกครั้งหนึ่งอย่าง ภาคภูมิใจ ด้วยเหตุนี้ทำให้ชุมชนต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองโดยการเข้าร่วมเป็นนักวิจัยร่วมในโครงการวิจัยเพื่อ ท้องถิ่น เพื่อศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาชุมชนตนเอง โดยใช้จุดเด่นด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีมาแต่ดั้งเดิม คือ การทำอาหารตาม แบบภูมิปัญญาดั้งเดิมของชุมชนมาพัฒนาต่อยอดเป็นอาชีพของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรายได้และเป็นแนวทางในการจัดสวัสดิการ สำหรับผู้สูงอายุให้เกิดความยั่งยืนและได้รับการถ่ายทอดไปสู่รุ่นลูกหลานได้อย่างยั่งยืน และพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่การเป็น ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชนคนจนชนเมือง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร
- 2) เพื่อพัฒนากลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความ เข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานรากใน ชุมชนคนจนชนเมืองเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เศรษฐกิจฐานราก คือระบบเศรษฐกิจของชุมชนท้องถิ่น ที่สามารถพึ่งตนเอง มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน มี คุณธรรม และเป็นระบบเศรษฐกิจที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆในพื้นที่ ทั้งสังคม ผู้คน ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน นอกจากนี้เศรษฐกิจฐานรากจะต้องมีแนวทางการพัฒนาและการจัดการโดย ชุมชนท้องถิ่นให้ครบวงจรมากที่สุด มีการสร้างทุนและกองทุนที่เข้มแข็ง มีการผลิตพื้นฐาน การแปรรูป การตลาด การผลิต อาหาร และความจำเป็นพื้นฐานต่าง ๆ สำหรับคนในพื้นที่อย่างพอเพียง และพัฒนาเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม หรือเป็นธุรกิจของ ชุมชน (สมสุข บุญยะบัญชา, 2559) สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ซึ่งได้ กำหนดกลยุทธ์การยกระดับความคุ้มครองทางสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สนับสนุนระบบสวัสดิการทางเลือก ควบคู่กับการบูรณาการข้อมูลด้านสวัสดิการและเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เอื้อต่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนแบบมุ่ง เป้า สนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็น ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้มีความรู้ มีภูมิปัญญาในท้องถิ่นมาใช้ ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง โดยการการพัฒนา ผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองที่มีคุณค่าของสังคม ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานตามศักยภาพ รวมทั้งพัฒนาสื่อการเรียนรู้

ทันสมัย เพื่อพัฒนาความรู้ สมรรถนะทางดิจิทัล ทักษะทางธุรกิจ รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมเพื่อรองรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น มีนักวิจัยได้ศึกษาไว้หลากหลายโดย ลักษณะมี เสือแป้น (2555) ทำการวิจัยเรื่องความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มอาชีพและความเชื่อมโยงกับการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน กรณีศึกษา : กลุ่มอาชีพสตรีแปรรูปผลิตภัณฑ์กล้วยน้ำว้าบ้านเขาสะพายแร่ ตำบลสนามแย อำเภอนาทม จันทบุรี ผลการศึกษาพบว่าเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มอาชีพสตรี ประกอบด้วยเงื่อนไข ดังนี้ 1) ด้านการบริหารจัดการกลุ่ม 2) ด้านงบประมาณ แหล่งเงินทุน 3) ด้านกระบวนการผลิต 4) ด้านแรงงาน คือสมาชิกและบุคคลในครอบครัวของสมาชิก 5) ด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิก 6) ด้านคุณลักษณะของผู้นำ 7) ด้านการตลาด และ 8) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยพัชรพงศ์ ขวชมและคณะ(2561) ได้ทำการวิจัยลักษณะงานที่เหมาะสมกับแรงงานผู้สูงอายุพบว่า ลักษณะงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมนั้นควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสทำงานในสังคมรวมทั้งให้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่แรงงาน เป็นงานที่ไม่ต้องใช้กำลังแรงงานมากนัก หลีกเลียงงานที่ต้องเคลื่อนไหวมาก และในส่วนของการสร้างการมีส่วนร่วมนั้น เดือนเพ็ญพร ชัยภักดี (2562) ศึกษาการมีส่วนร่วมสร้างเสริมอาชีพผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาแปรรูปอาหารปลาผสมสมุนไพร ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการเสริมสร้างอาชีพผู้สูงอายุ ใช้ภูมิปัญญาแปรรูปอาหารปลาผสมสมุนไพร ควรมีกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนการเสริมสร้างอาชีพผู้สูงอายุไปสู่ความสำเร็จด้วยการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย การสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยภาครัฐและภาคชุมชน ควรหาช่องทางการตลาดที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ จัดให้มีเงินทุนหมุนเวียนเพื่อการประกอบอาชีพ

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้วิธีการวิจัยเพื่อท้องถิ่น (Community Based Research: CBR) ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการสร้างนักวิจัยชาวบ้านร่วมกับนักวิจัยอาจารย์เป็นทีมนักวิจัยชุมชน ร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชนโดยกระบวนการวิจัย เป็นงานวิจัยที่ทำโดยชุมชนและเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง โดยมีคณะผู้วิจัยที่ผสมผสานระหว่างผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน กรรมการชุมชน 6 คน สมาชิกชุมชน (ชาวบ้าน) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 9 คน รวม 18 คน และนักวิจัยอาจารย์ จำนวน 1 คน ได้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำจนสิ้นสุดโครงการวิจัย เริ่มต้นด้วยโจทย์ที่มาจากความต้องการของชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการเสริมพลังกลุ่มในชุมชน และปฏิบัติการที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชน (กาญจนา แก้วเทพ, 2563) โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มรายได้ของผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งตนเอง ทั้งนี้ ในการดำเนินการวิจัยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลในชุมชนเป้าหมายหลักซึ่งเป็นชุมชนคนจนชานเมืองในเขตลาดกระบัง จำนวน 3 ชุมชน ซึ่งในบทความนี้จะขอใช้ชื่อเป็น ชุมชน A ชุมชน B และชุมชน C ตามลำดับ เพื่อมิให้การเผยแพร่ผลการวิจัยนี้ส่งผลกระทบต่อชุมชน โดยมีกิจกรรมในการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อท้องถิ่น แบ่งเป็นการวิจัยระยะต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ดังนี้

1) ระยะต้นน้ำ

ในระยะต้นน้ำการดำเนินการวิจัยเริ่มต้นจากการค้นหาโจทย์วิจัยที่มาจากความต้องการของชุมชน โดยมีคณะผู้วิจัยทั้ง 18 คน และนักวิจัยอาจารย์ จำนวน 1 คน เข้าร่วมเป็นนักวิจัยในโครงการ เน้นประเด็นทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับเศรษฐกิจฐานรากของกลุ่มคนยากจนในชุมชนที่มีรายได้น้อย คนตกงาน ทั้งนี้จากการประชุมระดมความคิดเห็นในเบื้องต้นจากผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน และสมาชิกทั้ง 3 ชุมชน พบว่าประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประเด็นที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือในด้านรายได้เพื่อคุณภาพชีวิต และไม่ต้องพึ่งพิงลูกหลาน โดยใช้กระบวนการวิจัยในการ

แก้ปัญหาด้วยการสร้างงาน สร้างอาชีพ ประกอบกับผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้ และภูมิปัญญาด้านการทำอาหารโบราณที่หลากหลาย ประกอบกับสมาชิกในชุมชนเห็นร่วมกันว่า ควรมีการฟื้นฟูภูมิปัญญาด้านอาหารของชุมชนไม่ให้หายไปพร้อมกับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เมื่อได้โจทย์วิจัยที่ชัดเจน และกำหนดกรอบการวิจัยร่วมกันแล้ว จึงได้เริ่มพัฒนาโจทย์วิจัยโดยชุมชนร่วมกัน จนสามารถเขียนข้อเสนอโครงการนำเสนอผ่านกระบวนการและได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน ในขณะที่เดียวกันก็ได้มีการประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อขยายกลุ่มเป้าหมายและค้นหาชาวบ้านเพื่อร่วมโครงการวิจัยเพิ่ม

2) ระยะกลางน้ำ

เมื่อได้ประเด็นโจทย์วิจัยที่ชาวบ้านต้องหาคำตอบเพื่อแก้ปัญหาของตนเองแล้ว คณะนักวิจัยร่วมกันทำความเข้าใจในขอบเขตของการดำเนินโครงการในเบื้องต้นให้ไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับผลที่ได้จากการเก็บข้อมูล Based line เบื้องต้นของชุมชน ทำให้เข้าใจสถานการณ์ของชุมชนและนักวิจัยชาวบ้าน รวมถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการพัฒนาจากกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นแล้ว ในระยะกลางน้ำยังเป็นการดำเนินโครงการวิจัยในขั้นตอนของการค้นหาคำตอบเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ร่วมกันคิดของคณะผู้วิจัย โดยเริ่มต้นจากการทบทวนทุนเดิม หรือองค์ความรู้เดิมในการประกอบอาชีพของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำมาเป็นฐานความรู้ในการวางแผนพัฒนาต่อยอดสู่การพัฒนาเป็นอาชีพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป สำหรับกิจกรรมที่ดำเนินการในระยะนี้ ประกอบด้วย การจัดเวทีประชุมระดมสมองเพื่อถอดบทเรียนสถานการณ์การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ อบรมแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการผลิต อบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการการตลาดและการจัดจำหน่าย ประชุมวางแผนด้านการบริหารจัดการกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ ทดลองผลิตและจำหน่าย และมีการพาคณะนักวิจัยชาวบ้านไปศึกษาดูงานในพื้นที่อื่นๆที่ประสบผลสำเร็จในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชน

3) ระยะปลายน้ำ

ระยะปลายน้ำเป็นการดำเนินโครงการระยะสุดท้ายก่อนปิดโครงการวิจัย โดยเน้นในส่วนของการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ทบทวนข้อมูลจากการดำเนินโครงการเพื่อใช้ในการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ โดยมีการหนุนเสริมจากนักวิจัย อาจารย์ และวิทยากรในการจัดอบรมสัมมนาการเขียนรายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการอบรมดังกล่าวเป็นกระบวนการอบรมที่ให้นักวิจัยชาวบ้านได้มีโอกาสทบทวนตนเองโดยการทำการบ้าน ด้วยการเขียนรายงานสรุปผลการวิจัยเท่าที่จะทำได้ หลังจากนั้นให้คณะผู้วิจัยได้มีโอกาสประชุมทำความเข้าใจจากข้อเสนอแนะ และสะท้อนความเข้าใจผ่านเวทีประชุมแลกเปลี่ยนระหว่างคณะผู้วิจัยโครงการวิจัยในชุมชนอื่น ๆ เพื่อให้เห็นแนวปฏิบัติที่ดีและไม่ดีของแต่ละโครงการ หลังจากนั้นก็ร่วมกันสะท้อนการเขียนรายงาน เทคนิค วิธีการเขียนและสรุปผลที่สะท้อนข้อค้นพบสู่การใช้ประโยชน์ที่ตอบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ทำให้คณะผู้วิจัยเกิดความเข้าใจและมีกรอบในการเขียนรายงานวิจัยที่มีประสิทธิภาพที่ชุมชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

ผลการวิจัย

1. บริบทชุมชน

1.1 ประวัติความเป็นมา

ชุมชน A ชุมชน B และชุมชน C เป็นชุมชนที่มีพื้นที่ติดต่อกัน มีพื้นที่ กว่า 50 ไร่ มีประวัติศาสตร์ความเป็นมาที่ยาวนาน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2470 เดิมชุมชนมีอาชีพทำเกษตรกรรม ค้าขายและรับจ้างเป็นแรงงานด้านการเกษตร ต่อมาชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางการพัฒนาประเทศผ่านกระบวนการการพัฒนาสู่วิถีดุสิตากรรมและกลายเป็นเมืองที่ไม่เป็นธรรมต่อชุมชน เปลี่ยนวิถีชุมชนเป็นวิถีปฏิบัติที่ทำให้คนในชุมชนขานเมืองที่เดิมประกอบอาชีพเกษตรกรรมกลายเป็นคนขายขอบ (Marginalization) ก่อให้เกิดความยากจนและความเปราะบางกับคนบางกลุ่ม ซึ่งการกลายเป็นคนขายขอบของชุมชน ในที่นี้มีความหมายครอบคลุมทั้งมิติของขายขอบทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ และโครงสร้างอำนาจ (Robbins, 2004; สุริชัย หวันแก้ว, 2550) การวิเคราะห์กรณีตัวอย่างของชุมชนที่เป็นพื้นที่ศึกษาในเขตลาดกระบังนี้ทำให้เห็นถึงการเชื่อมโยงการพัฒนาในระดับประเทศในด้านอุตสาหกรรมและการพัฒนาเศรษฐกิจ ที่นำมาสู่การสนับสนุนการขยายตัวของพื้นที่อุตสาหกรรม ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานที่จะมารองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในพื้นที่รอบกรุงเทพมหานครรวมถึงพื้นที่ฝั่งตะวันออกในเขตลาดกระบัง

ในระหว่างปีพ.ศ. 2523-2532 ภาคอุตสาหกรรมได้กลายมาเป็นภาคการผลิตหลักของประเทศแทนภาคการเกษตรและการผลิตอื่นๆ ส่งผลมาถึงชุมชนเช่นเดียวกัน นโยบายที่เกิดขึ้นเหล่านั้น ล้วนแล้วแต่เอื้อประโยชน์กับทั้งนักลงทุนภายในประเทศและภายนอกประเทศ ส่วนชาวบ้านที่เดิมเคยเป็นเกษตรกรก็ทยอยขายที่ดินและกลายเป็นแรงงานราคาถูกในรุ่นถัดไป ประกอบกับมีแรงงานอพยพจากต่างจังหวัดเพื่อเข้ามาขายแรงงานในพื้นที่อุตสาหกรรมลาดกระบังจำนวนมาก โดยเฉพาะจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทำให้จำนวนสมาชิกในชุมชนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.2 สถานการณ์การประกอบอาชีพในชุมชน

อาชีพดั้งเดิมของชุมชนคนจนขานเมืองในเขตลาดกระบังในอดีตก่อนเป็นชุมชนในปัจจุบัน ชาวบ้านมีอาชีพที่หลากหลาย เช่น ทำการเกษตร รับจ้างทำนา เฝ้าถ่านไม้ และค้าขายทั่วไป โดยการจับสัตว์น้ำและเก็บพืชผักในน้ำไปแลกเปลี่ยนซื้อขายระหว่างพ่อค้าแม่ค้าด้วยกัน และยังพบว่าในชุมชนมีแม่ค้าที่เป็นผู้มีฝีมือในการทำอาหารที่หลากหลาย อีกทั้งอาชีพต่างๆ ก็ถูกปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย ประกอบกับมีปัจจุบันมีร้านสะดวกซื้อ ทั้งเซเว่น อีเลฟเว่น มินิมาร์ทต่าง ๆ รวมถึงร้านค้าปลีกข้ามชาติ เช่น โลตัส และ แมคโคร ทำให้ร้านชำในชุมชนเริ่มหายไป แต่ในชุมชนยังมีพลังภูมิปัญญาชาวบ้านที่หลงเหลืออยู่ ทั้งภูมิปัญญาด้านพืชพันธุ์ทางการเกษตร ยาสมุนไพร ที่สำคัญภูมิปัญญาด้านการทำอาหารและการถนอมอาหาร บรรดาผู้สูงอายุในชุมชนก็เคยมีทำหน้าที่ในการเป็นแม่ครัวทำอาหารเลี้ยงผู้คนในงานบุญหรืองานประเพณีต่างๆทั้งในชุมชนตนเองและชุมชนใกล้เคียง รวมถึงมีการไปมาหาสู่กันอย่างต่อเนื่อง รายการอาหารคาวที่โด่งดังและเป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน ได้แก่ น้ำพริกเผา แกงซี่เหล็ก ต้มกะทิสายบัวกับมะดัน และผักเสี้ยนดอง เป็นต้น ซึ่งมีกลุ่มแม่บ้านผู้สูงอายุเป็นเจ้าของสูตรอาหาร นอกจากนี้ยังมีของหวาน เช่น ขนมทองม้วนโบราณ ข้าวต้มมัด ขนมต้ม และกอละแม เป็นต้น นับเป็นขนมที่มีชื่อเสียงได้รับการยอมรับซึ่งในอดีตมีการทำกันอยู่ในชุมชนเมื่อมีงานประเพณีต่างๆมาอย่างต่อเนื่อง แต่เริ่มหายไปในปัจจุบัน เนื่องจากมีการซื้ออาหารทั้งคาวหวานจากภายนอกชุมชนเข้ามาแทนเพื่อความสะดวก

นอกจากนี้ชาวบ้านยังมีอาชีพดั้งเดิมของชุมชน เช่น การรับจ้างทำนา หรือทำสวนเกษตรในรูปแบบต่างๆ เช่น ทำปลูกมะม่วง มะปราง กระท้อน เป็นต้น รวมถึงมีการรับจ้างเฝ้าถ่านไม้ ค้าขายหาบเร่ การจับสัตว์น้ำด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการทอดแห ข้อนกุ้ง ข้อนปลา ยกยอ งมหอย และเก็บพืชผักในน้ำ เช่น ผักบุ้ง ผักกระเฉดหากเหลือกินก็จะเอาไปขายหรือแลกเปลี่ยนอาหารกันในตลาด ต่อมาเมื่อชุมชนกลายสภาพเป็นชุมชนแออัดเริ่มมีแรงงานอพยพมาจากต่างจังหวัด เนื่องจาก

เข้ามาขายแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม เริ่มมีปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม รวมถึงแหล่งน้ำ ทำให้ไม่สามารถใช้เป็นแหล่งอาหาร แหล่งน้ำ และแหล่งอาชีพจับสัตว์น้ำได้อีกต่อไป อาชีพของชุมชนจึงได้เปลี่ยนแปลงจากอาชีพดั้งเดิมเป็นอาชีพขายแรงงานเต็มรูปแบบ โดยเฉพาะการเข้าไปเป็นแรงงานรายวันในโรงงานอุตสาหกรรม คนสวนในบริษัท การขับแท็กซี่ ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง กรรมกรก่อสร้าง ช่างประปา รถเข็นของ เกษษณ พนักงานขับรถเมล์ ขับรถบรรทุก และพนักงานทั่วไปในบริษัท และพบว่าคนที่ชุมชนต้องออกไปทำงานนอกชุมชนส่งผลให้วิถีชีวิตและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน รวมทั้งความสัมพันธ์ของคนและสิ่งแวดล้อมได้เปลี่ยนแปลงไป

กล่าวโดยสรุปในอดีตชาวบ้านในชุมชนมีอาชีพที่หลากหลาย โดยเฉพาะการทำอาหาร มีการทำขนมขาย แต่ช่วงหลังมีการเปลี่ยนอาชีพมาเป็นรับจ้างทำงานภายนอกชุมชน แต่ก็ยังมีอาหารที่ชาวบ้านในชุมชนยังนิยมทำขายอยู่บ้าง ได้แก่ น้ำพริกเผาสูตโรโบราณ แกงพะแนงหมู แกงบอน ข้าวต้มมัด โดยเฉพาะในวันพระใหญ่ หรือวันที่มีการเฉลิมฉลองในวันประเพณีต่างๆที่มีการจัดกิจกรรมร่วมกัน มีการทำอาหารมาขายที่วัด ทั้งนี้โดยทั่วไปในครัวเรือนก็มีการถ่ายทอดความรู้ในการทำอาหารคาว หวานในครอบครัวและเครือญาติ แต่ปัจจุบันเริ่มลดน้อยลงไปมาก เนื่องจากไม่มีเงินทุนหมุนเวียนในการซื้อของมาทำในครั้งต่อไป ขาดการบริหารจัดการด้านการเงินที่ดี ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid 19) ต่อเนื่องถึงปัจจุบันที่เศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้ค้าขายในชุมชนไม่ดีเหมือนในอดีต คนซื้อมีจำนวนน้อยลง ช่องทางการขายมีเพียงการวางขายในชุมชน รวมถึงมีการทำกันเฉพาะในครัวเรือนเท่านั้น

ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งเป็นผู้มีภูมิปัญญาในการทำอาหารคาว หวานของชุมชนต่างก็มีความเห็นร่วมกันว่าควรมีการฟื้นฟูการทำอาชีพของชุมชนเพื่อให้คนรุ่นใหม่ได้สืบทอดวัฒนธรรมการทำอาหารของชุมชน โดยเฉพาะอาหารโบราณที่คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก ได้แก่ น้ำพริกเผาสูตโรโบราณ แกงพะแนงหมู แกงบอน ข้าวต้มมัด ข้าวเหนียวแดง และขนมกลาละเมสูตรเฉพาะโดยการรวมตัวกันเป็นกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุและให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาด้านอาหารจากรุ่นสู่รุ่น รวมถึงส่งเสริมให้มีการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกลุ่มอาชีพในชุมชนทั้งในส่วนของการผลิต การจัดจำหน่ายในช่องทางที่หลากหลายทั้งออนไลน์ ออฟไลน์ โดยเริ่มจากกลุ่มผู้สูงอายุหรือคนว่างงาน และคนรุ่นใหม่ที่น่าสนใจและยินดีเข้าร่วมทำงานกับโครงการวิจัย

จากการร่วมกันถอดบทเรียนการประกอบอาชีพของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 18 คนซึ่งเป็นนักวิจัยชาวบ้านในโครงการวิจัยนี้ พบว่าชุมชนมีอาชีพการทำอาหารมาเป็นระยะเวลายาวนาน ทั้งอาหารคาวและอาหารหวาน แต่ค่อยๆเลิกลากันไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเศรษฐกิจดังที่กล่าวมาแล้ว จึงมีความเห็นร่วมกันว่าชุมชนควรส่งเสริมการฟื้นฟูภูมิปัญญาด้านอาหารของชุมชน สร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุที่จะถ่ายทอดภูมิปัญญาในการทำอาหารคาวหวานที่มีมานานกว่า 50 ปี ให้คงอยู่ในชุมชนต่อไป ทั้งนี้ชาวบ้านในชุมชนทั้ง 3 วัย ได้แก่ ผู้สูงอายุ วัยกลางคนที่ยังทำงาน และเยาวชน ล้วนแล้วแต่มีความประสงค์ที่จะฟื้นฟูภูมิปัญญาในการทำอาหารดังกล่าว เพื่อเป็นการสืบทอดวัฒนธรรมด้านอาหารของชุมชน และเป็นแหล่งสร้างรายได้สำหรับผู้สูงอายุและผู้สนใจเข้าร่วมทำกิจกรรมของกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ ซึ่งอาชีพการทำอาหารเป็นอาชีพที่สามารถทำอยู่กับบ้านได้ หรืออาจเป็นแรงงานจากคนในครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือกันได้ โดยจัดสรรจำนวนการผลิตสินค้าตามความสามารถหรือกำลังในการทำ จะทำให้สามารถผลิตสินค้าได้ตามคำสั่งซื้อ ทั้งยังช่วยแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกที่จะออกไปทำงานนอกบ้านได้ด้วย และยังเป็นส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในครอบครัวและกลุ่มคนในแต่ละช่วงวัยที่ได้มีโอกาสเข้ามาร่วมทำกิจกรรมเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์กันภายในครอบครัว ชุมชน จนมาสู่สังคมที่มีการพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งยังทำให้ผู้ที่มีส่วนร่วมโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเอง ลดการพึ่งพาซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของครอบครัวในชุมชนซึ่งเป็นเศรษฐกิจฐานรากที่สำคัญของสังคม

2. แนวทางการพัฒนาอาชีพกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนคนจนชานเมือง เขตลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ในการพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุในชุมชนคนจนชานเมือง โดยใช้กระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่น (Community Based Research-CBR) มีการดำเนินโครงการวิจัยในระยะต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ สามารถนำมาสรุปเป็นแนวทางในการพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับภูมิคุ้มกัน สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลง มีการสั่งสมทุนทางปัญญา เพิ่มการพัฒนาขีดความสามารถในการประกอบอาชีพ เพื่อสร้างรายได้และการมีงานทำในผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุและปราชญ์ชาวบ้านที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชนตนเอง มุ่งให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมสามารถพึ่งตนเองได้ สามารถสรุปแนวทางในการพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุได้ดังนี้

2.1 การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถในระดับบุคคลของสมาชิกกลุ่ม โดยการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นนักวิจัยชาวบ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาดูงาน และการเรียนรู้จากการทดลองผลิตและจำหน่ายด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการนี้มีกระบวนการที่หลากหลาย เช่น การประชุม การระดมสมองหรือแสดงความคิดเห็น การถอดบทเรียน การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น โดยผลการพัฒนาศักยภาพ สรุปได้ดังนี้

2.1.1 การอบรมให้ความรู้ ดำเนินการใน 2 ลักษณะคือ การอบรมโดยผู้สูงอายุในชุมชนกันเองในรูปแบบของการถ่ายทอดภูมิปัญญาการทำอาหารคาวหวานจากรุ่นสู่รุ่น และการอบรมโดยวิทยากรภายนอก ได้แก่ การอบรมด้านการตลาดออนไลน์ และการอบรมการทำบัญชีกลุ่มอย่างง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุและเยาวชนรุ่นใหม่ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมนี้มีความรู้ และมีทักษะการทำอาหารคาวหวานที่เป็นสูตรโบราณจากผู้สูงวัยในชุมชนที่มีประสบการณ์ อีกทั้งได้รับความรู้ ทักษะและวิธีการจัดทำหมายทางออนไลน์ ทั้งเฟซบุ๊ก และไลน์ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมผู้บริโภคในปัจจุบัน รวมถึงมีช่องทางในการจัดจำหน่ายที่ขยายวงกว้างออกไป เช่น จากลูกค้าคนหนึ่งต่อไปยังลูกค้าคนใหม่ หรือต่อไปยังร้านค้าหรือกลุ่มคน รวมถึงหน่วยงานในพื้นที่ที่มีจัดอบรมสัมมนา เป็นต้น ส่งผลให้มีคำสั่งซื้ออย่างต่อเนื่อง ยอดขายเพิ่มสูงขึ้น ทำให้กลุ่มอาชีพผู้สูงอายุมีขวัญกำลังใจในการประกอบอาชีพ นอกจากนั้นจากการอบรมด้านการทำบัญชียังทำให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถจัดทำบัญชีรายรับ รายจ่าย การคำนวณต้นทุน การกำหนดราคาขายที่เหมาะสม ส่งผลให้มีรูปแบบการดำเนินธุรกิจที่เป็นรูปธรรมและมีมืออาชีพ มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้

2.1.2 การศึกษาดูงาน เป็นการเรียนรู้จากชุมชนอื่นที่ประสบความสำเร็จ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเห็นภาพที่ชัดเจน เกิดแรงบันดาลใจ ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ต้องการจะพัฒนาทั้งตนเองและกลุ่ม ซึ่งในโครงการนี้ได้มีการศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีลักษณะการดำเนินงานโดยกลุ่มอาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการทำงานของกลุ่มจำนวน 2 แห่ง คือ 1) ชุมชนในพื้นที่ตำบลคลองห้า อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ได้แก่การศึกษาดูงานวิสาหกิจชุมชนเกษตรอินทรีย์ปลูกผักและทำหมี่กรอบ กลุ่มชนมไทยกลุ่มอาชีพเบเกอรี่ และ 2) กลุ่มอาชีพในพื้นที่บ้านดอนสินนท์ ชุมชนท่องเที่ยว OTOP นวัตวิถี ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา นอกจากได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการบริหารจัดการกลุ่มแล้ว ยังได้ชมการสาธิตการทำอาหารซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของกลุ่ม เช่น ปลาร้าทรงเครื่อง การทำหมี่ผอย การสานเสื่อกระจูด และการทำเทียนฟ้ามกสวรรณ เป็นต้น

หลังจากการศึกษาดูงานแล้ว กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นนักวิจัยชาวบ้านได้ร่วมกันสรุปผล แลกเปลี่ยนและถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาดูงานให้กับนักวิจัยชาวบ้านที่ไม่ได้ร่วมเดินทางไปดูงาน โดยสรุปความรู้ที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนคนจนชานเมืองนี้ ได้แก่ การกำหนดกฎกติกาในการรวมกลุ่ม การร่วมทุนและการบริหารจัดการเงินทุน การบริหารจัดการกลุ่ม ตลอดจนการเพิ่มช่องทางการตลาดในรูปแบบต่างๆ

2.1.3) การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติและทดลอง เป็นการเรียนรู้และฝึกทักษะไปพร้อมๆ กัน นอกจากได้ความรู้และความชำนาญแล้ว ยังได้ประสบการณ์จริงทั้งผู้ถ่ายทอดและผู้รับการถ่ายทอด ตลอดจนกระบวนการผลิต ตั้งแต่การวางแผน การ

ผลิต การตลาด และการบริหารจัดการรายรับ รายจ่าย การจัดสรรผลกำไรให้กับสมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้จากการทดลองนี้เป็นการดำเนินงานแบบซ้ำ ๆ เป็นลักษณะการลงมือทำ สรุปร ประเมิน แก้ไขข้อผิดพลาดเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง เกิดการลองถูกลองผิด และนำมาปรับปรุงผ่านการประชุมแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จนได้ข้อสรุปสู่การพัฒนามาที่ละขั้นทีละตอนอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้สูตรในการผลิตที่คงที่ มีการแบ่งงานกันทำตามความถนัด สมาชิกกลุ่มจะมาทำงานร่วมกันในเวลาที่ตนสะดวกโดยไม่บังคับแต่ต้องมีการแจ้งเพื่อวางแผนล่วงหน้าในแต่ละวัน โดยมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งออฟไลน์ (off line) และออนไลน์ (on line)

2.2 การสร้างกระบวนการการทำงานและการรวมกลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนนี้ มีการสร้างกระบวนการทำงานและการรวมกลุ่ม โดยเริ่มจากผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน และเจ้าของภูมิปัญญาด้านอาหารหวานเพื่อเป็นแกนนำกลุ่ม เป็นผู้นำกิจกรรมและรวมกลุ่มสมาชิกเข้าด้วยกัน โดยการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ทุกคนทุกวัยที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่มีเงื่อนไขหรือการปิดกั้นใดๆ หากใครสนใจสามารถเข้ามาเรียนรู้ได้ตลอดเวลา อาจมาร่วมกิจกรรมทุกครั้งหรือบางครั้งได้ตามความสะดวก ทำให้ในระยะท้ายๆของโครงการวิจัยนี้กลุ่มผู้สูงอายุมีสมาชิกทั้งผู้สูงอายุ วัยกลางคน และเยาวชนเข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ของกลุ่ม ก่อให้เกิดพลังในการสร้างอาชีพ และเป็นการเพิ่มรายได้ ทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานมีความสุข ได้สร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีมาอย่างต่อเนื่อง

3) การพัฒนากลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม

การรวมกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น พบว่าบทบาทผู้นำของกลุ่มที่มีความสามารถในด้านการเป็นผู้นำกิจกรรม มีการรวมกลุ่มกันแบบหลวมๆ และยืดหยุ่น ไม่เน้นการรวมกลุ่มกันอย่างเป็นทางการ ทำงานแบบช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ก่อให้เกิดข้อดีคือ หากผู้นำไม่อยู่ในกลุ่มก็สามารถดำเนินกิจกรรมแทนได้เนื่องจากมีการสื่อสารพูดคุยกันตลอดเวลา ที่สำคัญกลุ่มได้พิจารณาเห็นว่าสมาชิกกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วยคน 3 วัย คือ ผู้สูงอายุ วัยกลางคน และเยาวชน เนื่องจากสมาชิกแต่ละวัยจะมีความถนัดที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีภูมิปัญญาและความรู้ด้านการทำอาหารดั้งเดิม มีฝีมือด้านการผลิต แต่ความสามารถในการผลิตจำนวนมาก ๆ อาจมีความยากลำบากด้วยข้อจำกัดด้านร่างกาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีกลุ่มวัยกลางคนเข้ามาเพื่อเป็นแรงงานช่วยในการผลิตรวมถึงรับการถ่ายทอดความรู้และทักษะผ่านการอบรม แลกเปลี่ยนร่วมกัน ส่วนเยาวชนเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะด้านสารสนเทศ ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการทำการตลาดผ่านช่องทางใหม่ๆ คือช่องทางออนไลน์ที่ผู้สูงอายุไม่มีความเชี่ยวชาญ

นอกจากการพัฒนาของกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยยังได้มีการพัฒนาศักยภาพชาวบ้านในการทำงานวิจัย การใช้กระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยจากกระบวนการเริ่มต้นที่พัฒนาโจทย์ตามความต้องการของชุมชนเอง ดำเนินการค้นหาคำตอบและแก้ไขปัญหาโดยชุมชนผ่านการมีส่วนร่วมในการช่วยกันทำ ช่วยกันคิด ช่วยกันรับผิดชอบ ตลอดจนการสรุปและทำความเข้าใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4) การพัฒนารูปแบบและระบบการผลิต การจัดจำหน่าย และการบริหารจัดการของกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุในชุมชน

จากกระบวนการดำเนินโครงการวิจัยผ่านการประชุม ระดมความคิดเห็น ฝึกอบรมจากปราชญ์ชาวบ้าน และนักวิชาการ รวมถึงการทดลองผลิต จำหน่าย ลองผิดลองถูก สู่การรับฟังข้อเสนอแนะจากลูกค้า จนสามารถนำมาสู่การปรับปรุงรูปแบบและระบบการผลิต ดังนี้

4.1) ฝ่ายจัดซื้อวัตถุดิบและทำการผลิต โดยการจัดเตรียมวัตถุดิบ การปรุง การบรรจุหีบห่อ ตลอดจนการกำหนดปริมาณการผลิต และการคำนวณต้นทุน กำไร ขาดทุนจากการผลิตแต่ละครั้ง ซึ่งในการผลิตแต่ละครั้งนั้นก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบและกระบวนการผลิตทุกขั้นตอน

4.2) ฝ่ายบัญชีการเงิน รับผิดชอบโดยเยาวชนคนรุ่นใหม่และมีความรู้ด้านบัญชี ทำหน้าที่รับผิดชอบการบันทึกบัญชีและเก็บเอกสารการใช้จ่ายไว้ที่ส่วนกลาง ทั้งนี้กลุ่มอาชีพผู้สูงอายุมีการเปิดบัญชีธนาคารและมีการเบิกงบประมาณจากบัญชีเพื่อตั้งเป็นเงินสดย่อยไว้ที่ผู้รับผิดชอบเพื่อสะดวกต่อการใช้จ่าย และทุกครั้งที่มีการเบิกเงินไปใช้ในการผลิตและจำหน่ายต้องมีการจัดทำบัญชีโดยผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

4.3) ฝ่ายการตลาดทำหน้าที่จัดจำหน่าย โดยเริ่มจากการรับคำสั่งซื้อและแจ้งข้อมูลให้ฝ่ายผลิตของแต่ละกลุ่มทราบผ่านช่องทางการติดต่อ โดยมีการตั้งไลน์กลุ่มของกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุและทำหน้าที่ให้ข้อมูลลูกค้า จัดบันทึก วันเวลา และสถานที่ในการส่งสินค้า และสรุปยอดการจ่ายเงินให้กับลูกค้าทราบ สำหรับการทำการตลาดออนไลน์เริ่มต้นจากการอบรมการทำตลาดผ่านเพจเฟซบุ๊ก ซึ่งเป็นช่องทางการตลาดออนไลน์ที่มีหน้าที่เพื่อประชาสัมพันธ์ในการขายสินค้าของกลุ่มที่มีการผลิตและจำหน่าย รวมถึงการเป็นแหล่งกระจายสินค้าอื่น ๆ ในเครือข่ายที่ต้องการฝากขายผ่านเพจของชุมชน เกิดเป็นช่องทางการตลาดออนไลน์ที่สามารถเพิ่มยอดขาย และสร้างรายได้ให้กับชุมชนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้จากข้อมูลการจัดสรรส่วนแบ่งรายได้ให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยคนละ 700-1,000 บาท/เดือนขึ้นอยู่กับจำนวนชั่วโมงที่เข้าร่วมการทำอาหารคาวหวานตามที่จำหน่ายได้

นอกจากนี้ในการบริหารจัดการกลุ่มของกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุนี้ สมาชิกกลุ่มยังให้ความสำคัญกับการการยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมในการประกอบอาชีพ และการเพิ่มจำนวนสมาชิกกลุ่ม โดยมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการกลุ่มให้สอดคล้องกับสภาพบริบทของชุมชน เพื่อให้สมาชิกสามารถมีส่วนร่วมได้โดยที่ยังคงทำหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวได้เหมือนเดิม รวมถึงการบริหารจัดการระบบการเงินของกลุ่ม และได้วางแผนในการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุของชุมชนเพื่อเป็นกลไกหนึ่งในการการเงินในการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน ซึ่งจะมีผลกระทบเชิงบวกทำให้สามารถลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ สังคม อาชีพ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของชุมชน นับเป็นการจัดการทุนชุมชนที่สำคัญและส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านเศรษฐกิจฐานรากของชุมชนคนจนชนเมือง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร” ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แนวคิดเศรษฐกิจฐานราก การส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวคิดด้านการการตลาดออนไลน์ ในประเด็นดังนี้

1) การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุในชุมชนกับการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากของสังคม การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุซึ่งที่ผ่านมาเคยมองตนเองว่าเป็นผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน หากแต่การสร้างกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุกลับเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างระบบเศรษฐกิจฐานรากของชุมชนที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ แม้ว่าการบริหารจัดการกลุ่มและการตลาดในปัจจุบันจำเป็นต้องนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดการรวมกลุ่มของวัยรุ่นและวัยทำงานเพื่อเข้ามาช่วยเสริมทั้งในด้านการบริหารจัดการกลุ่มและการตลาดออนไลน์ส่งผลให้กลุ่มอาชีพผู้สูงอายุมีช่องทางการตลาดที่กว้างและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ภายใต้ระบบคุณธรรม นอกจากนี้ยังเป็นระบบเศรษฐกิจที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆ ในชุมชน ทั้งในด้าน

วัฒนธรรมอาหาร และทรัพยากรในชุมชนอย่างเข้มแข็ง เกิดการสร้างต้นทุนทางสังคมของชุมชน เกิดกลุ่มเพื่อการพัฒนาและเงินทุนหมุนเวียนภายในกลุ่มที่เข้มแข็งจากการผลิตอาหารและถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านวัฒนธรรมอาหารของชุมชนจากรุ่นสู่รุ่น รวมถึงการแบ่งปัน การแปรรูป การบริการ และการตลาดทั้งในรูปแบบออฟไลน์และออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ และการขายหน้าร้าน สามารถเป็นแหล่งรายได้เล็ก ๆ ของกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ ได้อย่างครบวงจร (สมสุข บุญญะบัญชา, 2559) สอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นเศรษฐกิจฐานราก (พ.ศ. 2561-2580) ที่ได้รับถึงความจำเป็นและความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชนฐานราก และเป็นพันธกิจที่สำคัญของหน่วยงานท้องถิ่น โดยเฉพาะสำนักงานเขตลาดกระบัง รวมถึงองค์การภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในการร่วมกันพัฒนาและยกระดับประเทศ ก่อให้เกิดการกระจายรายได้อย่างทั่วถึง เป็นการวางเศรษฐกิจฐานรากที่มั่นคงของสังคมไทย

2) คุณค่าของผู้สูงอายุในการพึ่งตนเอง การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การสร้างพลังจากภายในของตนเอง ซึ่งพลังนี้มาจากจินตนาการความคิดสร้างสรรค์ และการได้มีปฏิสัมพันธ์ใหม่ๆ กับผู้คน ดังนั้นการพัฒนาของผู้สูงอายุในการฟื้นฟูอาชีพในชุมชนที่มุ่งให้สมาชิกผู้สูงอายุทุกคนได้มีส่วนร่วมในการคิดสร้างสรรค์ในการทำอาชีพ เช่น การพัฒนารสชาติอาหาร การคิดค้นสูตรอาหารใหม่ๆ การออกแบบและบรรจุผลิตภัณฑ์ และการหาช่องทางการตลาด ล้วนแล้วแต่ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต และสามารถพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสุขภาวะทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะ ติดต่อกับคนอื่นๆ ทั้งในและชุมชน รวมถึงสมาชิกในกลุ่มที่เป็นวัยรุ่นและวัยทำงานที่ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุส่งผลให้มีการแลกเปลี่ยนมุมมอง ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการปรับบทบาทของสมาชิกกลุ่มทั้ง 3 วัย โดยการผลัดเปลี่ยนกันเป็นผู้ให้และผู้รับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยเป็นผู้รับการช่วยเหลือเปลี่ยนเป็นผู้นำทำให้เห็นประโยชน์และคุณค่าของตนเองมากขึ้น ในขณะเดียวกัน เด็กและเยาวชนจากเดิมที่ถูกมองว่าเป็นเด็กที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ แต่เมื่อเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้นำในการใช้ระบบสารสนเทศหรือแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อเป็นช่องทางในการทำตลาดของผลิตภัณฑ์ กลุ่มก็ทำให้กลุ่มเยาวชนวัยรุ่นได้เห็นคุณค่าของตนเองและต่อชุมชนเช่นเดียวกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และมีรายได้จากการประกอบอาชีพและการพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองและความพร้อมเป็นต้นแบบของการพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นต่อไป

3) การสร้างพลังผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน การรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาอาชีพนอกจากทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้แม้จะจำนวนไม่มากนัก แต่ก็เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน นับเป็นกระบวนการสร้างพลังผู้สูงอายุที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน การมีส่วนร่วมในการในการทำกิจกรรมด้านการฟื้นฟูอาชีพ ซึ่งเป็นอาชีพดั้งเดิมที่เคยทำกันในชุมชนแล้วหายไป ดังนั้นการได้มาร่วมกันฟื้นฟูอาชีพที่คุ้นเคยจึงเป็นความสุขและภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ กระบวนการสร้างพลังผู้สูงอายุนี้มีจุดเด่นที่มีการคิดวิเคราะห์และการตระหนักรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นชาวบ้านในชุมชน ซึ่งการร่วมกันคิดวิเคราะห์แบบกลุ่มนี้ทำให้เกิดความตระหนักรู้ต่อปัญหาและความต้องการ การรับฟังจากกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปสู่การพัฒนาความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในกลุ่มและชุมชน กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุและชุมชนมีการเรียนรู้วิธีคิดวิเคราะห์ในการแก้ปัญหาและความต้องการของตนเองก่อนที่จะพัฒนาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจฟื้นฟูอาชีพ และการช่วยกันบริหารจัดการกลุ่ม และมีการนำกลุ่มและชุมชนไปสู่การพัฒนาความรู้สึกของความสำเร็จ ความเป็นเจ้าของ และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และยังนำไปสู่การคิดวิเคราะห์กิจกรรมหรือประเภทอาหารที่เลือกขึ้นมา ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันในการสร้างพลังในกลุ่มซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างพลังชุมชนและการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

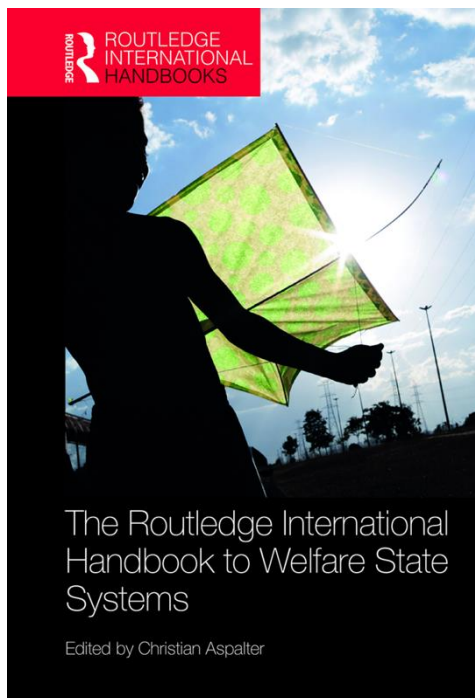
1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการส่งสมภูมิปัญญาเดิมไว้อย่างมั่นคง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันโดยการสร้างมูลค่าเพิ่มจากการดำเนินธุรกิจที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
2. เสริมสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยการสร้างมาตรการจูงใจแก่ผู้สูงอายุโดยการทำงานในแบบหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างภาคีต่าง ๆ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และภาคธุรกิจเอกชน องค์กรอิสระและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ภาครัฐควรมีมาตรการส่งเสริมกิจการที่ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยจัดให้มีศูนย์อบรมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ หรืออาจดำเนินการร่วมกับภาคเอกชนและชุมชน พัฒนาระบบการทำงานและกลไกด้านผู้สูงอายุที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ผนวกการเข้าสู่ระบบการจ้างงานหรือการดำเนินธุรกิจเพื่อการพึ่งตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา แก้วเทพ. (2563). *การวิจัยเพื่อท้องถิ่น (CBR) กับความเหลื่อมล้ำในสังคม*. วนดาการพิมพ์.
- เจษฎิ จันทวงศ์. (2561). *การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุของประเทศไทย. การประชุมวิชาการระดับชาติ อาเซียนบนเส้นทางของประชาคม (ASEAN on the Oath of Community)*. กรมกิจการผู้สูงอายุ.
http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614762315-471_0.pdf.
- เดือนพรเพ็ญ ชัยภักดี. (2562) การมีส่วนร่วมสร้างเสริมอาชีพผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาแปรรูปผลิตภัณฑ์อาหารปลาสามสมุนไพร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 21(1), 295-308.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2567) 13 เมษายน วันผู้สูงอายุแห่งชาติ 2567 อัปเดตคนไทยอายุเกิน 100 ปี เพิ่มขึ้น.
<http://www.thairath.co.th/lifestyle/Lifestyle45plus/2678730>.
- ลักขมิ เสือแป้น. (2555). *ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มอาชีพและความเชื่อมโยงกับการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน กรณีศึกษา : กลุ่มอาชีพแปรรูปผลิตภัณฑ์กล้วย บ้านเขาสะพายแร่ ตำบลสนามแย อำเภอนาทม จันทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศิลปากร*.
- สมสุข บุญญะบัญชา. (2559). *การดำเนินงานผู้ผลิต ผู้ประกอบการ OTOP รายใหม่ประจำปี 2559*. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิสาหกิจชุมชน.
- สุริชัย หวันแก้ว. (2550). *คนชายขอบ จากความคิดสู่ความจริง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2568). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. www.dop.go.th.
- Robbins, P. (2004). *Political Ecology*. Malden, MA: Blackwell.

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Reviews)

กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์¹



The Routledge International Handbook to Welfare State Systems

บรรณาธิการ: Christian Aspalter

ปีที่พิมพ์: 2017

สำนักพิมพ์: Routledge, New York, New York.

จำนวนหน้า: 498 หน้า

เมื่อย้อนคิดถึงอดีตในวัยเด็ก ครึ่งข้าพเจ้าเป็นนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2517 ข้าพเจ้าสับสนอยู่ในสภาวะแวดล้อมของนักกิจกรรมที่มีทัศนะต่อระบบรัฐสวัสดิการที่แตกต่างกันเป็นสองขั้ว กล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งแสดงทัศนะเหมารวมว่า รัฐสวัสดิการกับคอมมิวนิสต์เป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน นักกิจกรรมกลุ่มนี้ต่อต้านคอมมิวนิสต์และรัฐสวัสดิการไปพร้อมกัน แยกแยะไม่ออกว่า รัฐสวัสดิการไม่ใช่คอมมิวนิสต์ ในทางตรงกันข้ามอีกฝ่ายหนึ่งวิพากษ์ว่า รัฐสวัสดิการเป็นเสมือนลัทธิแก้หรือเป็นเสมือนกลไกการดิ้นรนของระบบทุนนิยมเพื่อความอยู่รอดปลอดภัยจากอำนาจของคอมมิวนิสต์ รัฐสวัสดิการมีการหน้าที่หลักคือขัดขวางการปฏิวัติของชนชั้นกรรมาชีพ เวลาผ่านไป จนบัดนี้เวลาได้ผ่านไปนานกว่าห้าทศวรรษ สังคมไทยมีความเข้าใจต่อรัฐสวัสดิการดีขึ้น มีความถูกต้องกับความเป็นจริงมากขึ้น คนไทยในยุคปัจจุบัน เริ่มเข้าใจว่า รัฐสวัสดิการไม่ใช่คอมมิวนิสต์และมีคุณค่ามากกว่าการดิ้นรนให้พ้นจากคอมมิวนิสต์ แม้กระทั่ง พรรคการเมืองหลายพรรคก็มีแนวนโยบายที่อยู่ในครรลองของการสถาปนาระบบรัฐสวัสดิการขึ้นในประเทศไทย

¹ ศาสตราจารย์ ดร., คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ในเชิงทฤษฎี นักวิชาการด้านนโยบายสังคม สวัสดิการสังคมและระบบรัฐสวัสดิการล้วนรับรู้ทฤษฎีด้านรัฐสวัสดิการมีความเป็นมายาวนาน นับตั้งแต่ (1) ริชาร์ด เอ็ม ทิทมัส (Richard M. Titmuss, 1974) ที่จำแนกรูปแบบของรัฐสวัสดิการสังคมออกเป็นสามรูปแบบ ได้แก่ รูปแบบสวัสดิการแบบเก็บตก (residual model of welfare) รูปแบบสวัสดิการแบบสัมฤทธิ์ผลทางอุตสาหกรรม (industrial achievement performance model) และรูปแบบสวัสดิการเชิงสถาบัน (Institutional model of welfare) (2) กอสตา เอสปีง-แอนเดอร์สัน (Gøsta Esping-Andersen, 1990) เรียบเรียงทฤษฎีระบอบสวัสดิการทุนนิยมสามโลก (The Three Worlds of Welfare Capitalism) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายและใช้ได้กับบรรดากลุ่มประเทศ OECD อย่างไรก็ดีตาม (3) เอียน ฮอลลiday (Ian Holliday, 2000) เป็นนักทฤษฎีรัฐสวัสดิการที่ออกมาชี้ให้เห็นว่า ทฤษฎีระบอบสวัสดิการทุนนิยมสามโลกยังไม่เหมาะสมเพียงพอในการนำไปใช้อธิบายระบบสวัสดิการในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อย่างเกาหลี มาเลเซีย ไต้หวัน สิงคโปร์ และไทย เป็นต้น ฮอลลiday นำเสนอทฤษฎีระบอบสวัสดิการแบบผลิตภาพนิยม (Productivist welfare capitalism) ฯลฯ

อันที่จริง ในการพยายามอธิบายระบบรัฐสวัสดิการมีนักวิชาการมากมายที่ตีพิมพ์หนังสือตำราด้านนี้ ล่าสุด คริสเตียน แอสพัลเตอร์ (Christian Aspalter, 2017) ได้รวบรวมและสังเคราะห์ระบบรัฐสวัสดิการใน 25 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา คิวบา เม็กซิโก ชิลี บราซิล ไนจีเรีย สหราชอาณาจักร สวีเดน ฝรั่งเศส เบลเยียม เยอรมนี ออสเตรีย สวิสเซอร์แลนด์ รัสเซีย ตุรกี-เคีย (ตุรกี-เคีย) อิสราเอล อินเดีย อินโดนีเซีย สิงคโปร์ จีน ฮองกง ไต้หวัน เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น

สาระสำคัญ

ในฐานะบรรณาธิการ คริสเตียน แอสพัลเตอร์ ในบทที่ 1 เขาได้ให้ภาพรวมของหนังสืออย่างกำชับความ ทั้งหมด 29 บท ที่รวบรวมจากนักวิจัย/นักวิชาการ 38 ท่าน ที่รวมศูนย์ไปที่ระบบรัฐสวัสดิการที่มีอยู่ใน 25 ประเทศ ประเด็นสำคัญคือ แอสพัลเตอร์ได้ระบุว่า เขาได้ใช้แนวคิดพื้นฐานที่เรียกว่า the ideal-typical welfare regime approach ที่อ้างอิงวิธีวิทยาที่พัฒนาขึ้นโดยนักสังคมวิทยาชาวเยอรมัน แมกซ์ เว็บบ์ (Max Webber) ทั้งนี้ แอสพัลเตอร์ยังเน้นว่า วิธีวิทยาที่เขาใช้นี้เป็นวิธีวิทยาที่กอสตา เอสปีง-แอนเดอร์สันใช้ในการเรียบเรียงทฤษฎีระบอบสวัสดิการทุนนิยมสามโลก (The Three Worlds of Welfare Capitalism) ในปี ค.ศ.1990 เช่นกัน การใช้แนวคิด ideal-typical welfare regime ของแอสพัลเตอร์ในหนังสือเล่มนี้นับเป็นการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมประเทศต่าง ๆ อย่างกว้างขวางที่สุด เสมือนว่า เขาพยายามสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่แตกต่างออกไปจากชุดทฤษฎีที่อธิบายระบบรัฐสวัสดิการก่อนหน้านี้ทั้งหมด

ในบทที่ 2 ทฤษฎีระบอบสวัสดิการโลกทุนนิยมสิบรูปแบบ (Ten worlds of welfare capitalism: An ideal-typical perspective) แอสพัลเตอร์ตั้งข้อบ่งชี้ให้สะท้อนความประสงค์ของเขา ที่จะก้าวข้ามทฤษฎีระบอบสวัสดิการทุนนิยมสามโลกของเอสปีง-แอนเดอร์สันอย่างชัดเจน Ten Worlds of Welfare Capitalism ที่เป็นชื่อของบทนี้ ทำให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้ว่า แอสพัลเตอร์ปรารถนาที่จะก้าวไปให้ไกลกว่าชุดทฤษฎีสามโลกของเอสปีง-แอนเดอร์สัน อย่างแน่นอน การจำแนกมากกว่าเดิมเป็นสิบระบอบนั้นมั่นใจว่า แอสพัลเตอร์ต้องการให้องค์ความรู้เรื่องระบอบรัฐสวัสดิการก้าวไปได้ไกลกว่าเอสปีง-แอนเดอร์สัน รวมไปถึงเอียน ฮอลลiday (Ian Holliday, 2000) ที่เพิ่มระบอบที่สี่ ได้แก่ ระบบรัฐสวัสดิการทุนนิยมแบบผลิตภาพนิยม (Productivist welfare capitalism) โดยสังเขป แอสพัลเตอร์จำแนกระบอบรัฐสวัสดิการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันออกเป็นสิบรูปแบบได้แก่

- (1) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบสังคมประชาธิปไตยในสแกนดิเนเวีย (The ideal-typical Social Democratic welfare regime in Scandinavia)
- (2) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบคริสเตียนประชาธิปไตยในประเทศภาคพื้นยุโรปส่วนใหญ่ (The ideal-typical Christian Democratic welfare regime in most of continental Europe)
- (3) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบเสรีนิยมใหม่ในกลุ่มประเทศแองโกล-แซกซัน (The ideal-typical Neo-liberal welfare regime in Anglo-Saxon countries)
- (4) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบอนุรักษนิยมส่งเสริมสวัสดิการในเอเชียตะวันออก (The ideal-typical Pro-welfare Conservative welfare regime in East Asia)
- (5) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบอนุรักษนิยมต่อต้านสวัสดิการในละตินอเมริกา (The ideal-typical Anti-welfare Conservative welfare regime in Latin America)
- (6) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบสวัสดิการปฐมวิถียกเว้นหน้าในเอเชียใต้ (The ideal-typical slightly universal rudimentary welfare regime in South Asia)
- (7) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบสวัสดิการปฐมวิถียกเว้นหน้าในประเทศอดีตอาณานิคม (ยกเว้นอาณานิคมของอังกฤษ) ในทวีปแอฟริกา
- (8) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบสวัสดิการที่อิงฐานคิดการกีดกันในกลุ่มรัฐบริเวณอ่าวเปอร์เซียที่ส่งออกน้ำมันรวมทั้งอิสราเอล (The ideal-typical exclusion-based welfare regime in oil-exporting Gulf States, plus Israel)
- (9) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบสวัสดิการพื้นฐานที่เน้นการเลือกให้ในเอเชียเหนือ/กลาง และกลุ่มยุโรปตะวันออกไกล (The ideal-typical selective rudimentary welfare regime in Northern/Central Asia, and the Far East of Europe) และ
- (10) รูปแบบเชิงอุดมคติระบอบสวัสดิการถ้วนหน้าแบบคอมมิวนิสต์/สังคมนิยมในคิวบา (The ideal-typical Communist/Socialist Universal welfare regime in Cuba)

เป็นที่น่าสังเกตว่า แอสฟัลเตอร์ไม่ได้ปฏิเสธไม่ได้ละทิ้ง ทว่า เขากลับต้อยออกจากทฤษฎีระบอบสวัสดิการทุนนิยมสามโลกของกอสตา เอสปีง-แอนเดอร์สัน รวมถึงทฤษฎีอื่น ๆ เช่น ระบอบสวัสดิการผลิถาพนิยมของเอียน ฮอลลิเดย์ โดยแอสฟัลเตอร์อภิปรายแต่ละกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในหลายภูมิภาคทั่วโลก แม้กระทั่งประเทศที่มีระบอบการเมืองการปกครองแบบคอมมิวนิสต์ที่เหลือน้อยเต็มทีอย่าง คิวบา แอสฟัลเตอร์ก็ยังจัดให้เป็นรูปแบบที่สืบ การจำแนกรูปแบบสวัสดิการอย่างยิบย่อยเช่นนี้ มีข้อสงสัยในเรื่องของความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้ โดยการเปลี่ยนแปลงในบริบทการเมืองเศรษฐกิจและสังคมในโลกปัจจุบันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แอสฟัลเตอร์อาจต้องจำแนกออกไปอย่างมากกว่าสิบรูปแบบ หรือไม่ อย่างไร หรือในท้ายที่สุด ก็ไม่ได้ลดทอนพลังการอธิบายของทฤษฎีระบอบสวัสดิการทุนนิยมที่มีมาก่อนหน้านี้ แต่อย่างใด

ในบทสุดท้าย บทที่ 29 ให้ภาพของบทสรุปที่รวบรวมมาจาก 25 ประเทศ ชื่อบทคือ Lessons from around the world: By way of conclusion บทเรียนจากทั่วโลก กล่าวได้ว่า แอสฟัลเตอร์ได้รวบรวมระบบรัฐสวัสดิการจาก 25 ประเทศมากที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าได้เคยศึกษามาก่อน กระนั้นก็ตาม ในโลกนี้มีมากกว่า 190 ประเทศทั่วโลก แม้แอสฟัลเตอร์จะได้เชื้อเชิญนักวิชาการมากถึง 38 ท่าน เพื่อนำบทความที่เน้นศึกษาประเทศต่าง ๆ มาร้อยรัดกันในหนังสือเล่มนี้ เราอาจมีข้อสงสัยว่าแนวทางการเรียบเรียงบทสุดท้าย จะสรุปได้หรือไม่ว่า แอสฟัลเตอร์ได้ครอบคลุมระบบรัฐสวัสดิการที่มีอยู่ทั่วโลกแล้วจริง ๆ น่าจะมีอีกหลายส่วนหลายภูมิภาคของโลกที่หนังสือเล่มนี้ยังครอบคลุมไปไม่ถึง

แอสฟัลเตอร์เชื่อมโยงระบบรัฐสวัสดิการแนบแน่นกับนโยบายสังคม ประหนึ่งรัฐสวัสดิการนั้นเป็นเนื้อเดียวกันกับนโยบายสังคม เขายืนยันความเชื่อที่ว่า นโยบายสังคมเป็นปัจจัยนำเข้า (input factor) ของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ นโยบายสังคมเป็นมูลฐานที่จำเป็นยิ่งต่อความสำเร็จของระบบเศรษฐกิจ แอสฟัลเตอร์อ้างอิงตัวอย่างจากสวีเดน ออสเตรีย และสิงคโปร์ ที่แสดงให้เห็นการลงทุนอย่างสำคัญในประชาชน (investment in people) การลงทุนในสุขภาพและการศึกษา การลงทุนในการพัฒนาสังคมและการพัฒนาความปรองดองสามัคคี (harmony) เพื่อสังคมและเศรษฐกิจในอนาคต

แอสฟัลเตอร์ชี้ให้เห็นว่า สองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศกำลังพัฒนาระบบรัฐสวัสดิการ ไม่เพียงแต่ก้าวให้ทันกับประเทศผู้นำด้านรัฐสวัสดิการ ทว่ายังผลิตสร้างนวัตกรรม ทักษะด้านสิทธิสังคมและสิทธิมนุษยชนใหม่ ๆ ในนโยบายสังคม ในอินเดีย “อาหารและยา” กลายเป็นสิทธิมนุษยชนถ้วนหน้า เช่นเดียวกัน ในคิวบา คาชักสถานและศรีลังกา “การดูแลสุขภาพ” กลายเป็นสิทธิมนุษยชนถ้วนหน้า เขาวิเคราะห์ว่า เร็ว ๆ นี้ ได้เกิดกระแสคลื่นของแนวคิดสวัสดิการถ้วนหน้า (universalism) ในเอเชียหลาย ๆ ประเทศ อาทิ เอเชียกลาง (ตัวอย่างเช่น คาชักสถาน), เอเชียใต้ (เช่นที่ อินเดีย และศรีลังกา), เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (เช่น ไทยและอินโดนีเซีย) และในเอเชียตะวันออก (เช่น ไต้หวันและบางส่วนของจีนแผ่นดินใหญ่)

บทเรียนที่สำคัญที่สุด ในการวิเคราะห์ของแอสฟัลเตอร์ ไม่เพียงแต่ การรับรู้ในความสำคัญของจำนวนเงินงบประมาณด้านสวัสดิการสังคมและนโยบายสังคมของแต่ละประเทศ ทว่า ยังรวมไปถึง แต่ละประเทศกำหนดนโยบายสังคมขึ้นมาอย่างไร และใช้เงินงบประมาณไปอย่างไร การบริหารจัดการนโยบายสังคมอย่างผิดที่ผิดทาง อันที่จริง ส่งผลให้ปัญหาความยากจนเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้น

กุญแจสำคัญของนโยบายสังคมที่มีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลนั้น อยู่ที่ภาระงานของการปกป้องชีวิตมนุษย์นับร้อย ๆ ล้านให้ปลอดภัยจากความยากไร้ ความหิวโหย การทารุณทำร้าย การเลือกปฏิบัติ การกีดกัน อุบัติเหตุ อุบัติภัย ความเจ็บป่วย และการตายก่อนวัย รวมถึงการตายด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ แอสฟัลเตอร์วิจารณ์ว่า รูปแบบของแผนงานการให้ประโยชน์และบริการทางสังคมที่เน้น “สินทรัพย์และการทดสอบคุณสมบัติผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์” (asset- and means-tested benefits) รวมไปถึงการบังคับให้ประชาชนต้องประกันกับบริษัทเอกชน ที่ใช้กันมากในประเทศทุนนิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสหรัฐอเมริกา นั้น เป็นรูปแบบนโยบายสังคมที่เลวร้ายที่สุด รูปแบบได้กล่าวนำไปสู่การเปล่าประโยชน์ของการแบ่งสรรงบประมาณด้านสวัสดิการ

แอสฟัลเตอร์เสนอแนะว่า รูปแบบที่ใช้ฐานคิดทรัพย์สินและการทดสอบคุณสมบัติประชาชน (AMT-based) เช่นนี้ ควรจะได้รับการแทนที่อย่างเต็มรูปแบบด้วยระบบสวัสดิการถ้วนหน้า (UBS) และ/หรือระบบปฏิเสธเป้าหมายเชิงเศรษฐกิจ (non-economically targeted หรือ NET) ทั้งนี้ เพื่อให้ปลอดภัยจากกับดักความยากไร้ (poverty trap) กับดักเงินออมทรัพย์ (savings trap) และกับดักการว่างงาน ที่พันธนาการประชาชนหลายร้อยล้านไว้กับความยากจน และทำลายอนาคตของชีวิตเด็ก ๆ นับร้อยล้านชีวิต โดยการบังคับใช้นโยบายสังคมที่อ้างว่า “จะนำมาจัดการกับความยากจน” ทว่า แท้ที่จริง มันไปเพิ่มพูนความรุนแรงและขนาดของความยากจน แทนที่จะแก้ไขและยุติความยากไร้อย่างแท้จริง

ข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่งของบรรดาประเทศทั่วโลก คือ การพยายามจัดการบริหารการเงินที่ไม่เพียงพอสำหรับนโยบายสังคมในทศวรรษหน้า รัฐบาลต่าง ๆ และผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสังคมเริ่มที่จะใช้แนวคิดแนวทางการป้องกันปัญหาก่อนที่มันจะอุบัติขึ้น หรือรุนแรงมากไปกว่านี้ ประการแรก มีการริเริ่มใช้ “โครงสร้างแรงจูงใจในระดับเศรษฐกิจจุลภาค” (micro-economic incentives structures) ในนโยบายสังคม การประกันสังคม การช่วยเหลือทางสังคม ประการที่สอง มีการพยายามรวมศูนย์ไปที่ “นโยบายสังคมที่ไม่ต้องใช้เงินงบประมาณ” (non-monetary social policies) ที่แสวงหาวิธีการในการชี้แนะหรือสร้างอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสังคมของปัจเจกบุคคล และ/หรือให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแบบแผนการ

ดำเนินชีวิต (life-styles) ที่แตกต่าง และแบบแผนการบริโภค/ทางเลือกในการบริโภค ทางเลือกเชิงพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพพระยาว

รัฐบาลทุกประเทศควรพิจารณาความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (changing lifestyles) ที่จำเป็นต้องเป็นประเด็นวาระทางนโยบายสังคมอย่างเข้มข้นยิ่งขึ้น อย่างน้อยที่สุด มันจะช่วยลดความเจ็บป่วยและการตายที่ไม่ควรเกิดขึ้นก่อนวัยและไม่ควรเกิดขึ้นหากมีการป้องกันที่พอเพียง ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าประชาชนทุกคนจะเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์แบบ แต่อย่างน้อยที่สุด ประชาชนควรจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนได้มีอิสระในการเลือกใช้ชีวิตที่สอดคล้องกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ถูกต้อง ผ่านทางนโยบายสังคมที่มีข้อมูลข่าวสารเข้มข้นสมบูรณ์แบบ (comprehensive information social policies)

แอสฟัลเตอร์ชี้ให้เห็นบทเรียนที่สำคัญอีกประการหนึ่งจากระบบรัฐสวัสดิการ 25 ประเทศ นั่นคือ ประเด็นที่รายได้ในตลาดแรงงาน (labour market incomes) กำลังถูกจัดแยกออกเป็นสองขั้ว (polarized) จากภายในและภายนอกครอบครัวที่มีรายได้ที่ดี (good/decent family income) ซึ่งนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่ดี ขณะเดียวกัน กลุ่มประชาชนที่มีรายได้นอกครอบครัวกำลังมีระดับเงินเดือนลดลง ทั้งนี้ การจ้างงานระยะสั้นและการจ้างงานบางเวลา (part-time employment) เหล่านี้เป็นอิทธิพลจากลัทธิเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่ ที่ฝังแน่นอยู่ในบุคลากรและผู้บริหารในรัฐบาล

บทเรียนที่มีคุณค่าที่แอสฟัลเตอร์แนะนำ ได้แก่ ระบบประกันสังคมของประเทศฝรั่งเศสที่เรียกว่า *Contribution Sociale Généralisée* (CSG) ทั้งนี้ เราสามารถประยุกต์ใช้ CSG โดยการพิจารณารวมศูนย์ความสำคัญไปที่รายได้ที่ไม่ได้เป็นเงินเดือน (non-salaried incomes) เช่น รายได้จากทุน (capital incomes) ซึ่งนับเป็นทางเลือกหลักที่สำคัญที่ส่งผลให้รักษาระบบประกันสังคม ในยุคเศรษฐกิจทวิลักษณ์ และตลาดแรงงานเต็มไปด้วยลัทธิเสรีนิยมใหม่ รวมทั้งรัฐบาลทั่วโลกกำลังมีวิกฤตด้านเงินงบประมาณ

ความเห็นของผู้วิจารณ์

หนังสือ *The Routledge International Handbook to Welfare State Systems* มีจุดแข็งที่สำคัญคือ การประมวลบทความจากนักวิชาการถึง 38 ท่าน เรียบเรียงข้อเขียน 29 บท ครอบคลุม 25 ประเทศ ทำให้ผู้อ่านได้รับรู้ข้อมูลด้านนโยบายสังคมและระบบรัฐสวัสดิการอย่างละเอียด ผู้อ่านจะได้เห็นรูปธรรมของนโยบายสังคมที่เกิดขึ้นจริงและมีระบบการบริหารจัดการที่หลากหลาย ทั้งนี้ ตลอดทั้งเล่มและทั้ง 25 ประเทศก็ยังอยู่ในวิสัยของการอธิบายด้วยทฤษฎีระบอบสวัสดิการทุนนิยมสามโลกของกอสตา เอสปีง-แอนเดอร์สัน และแนวคิดรัฐสวัสดิการแบบผลิตภาพนิยม ของเอียน ฮอลลิเดย์-อูดี

หนังสือเล่มนี้ให้คุณค่าอย่างมากในมิติของนโยบายสังคมที่อุบัติขึ้นจริง แต่การวิเคราะห์บางครั้ง ยังไม่ชัดเจน หรือยังเป็นที่ยสงสัยคลุมเครือว่า โลกทั้งใบตกอยู่ในอิทธิพลของลัทธิเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่อย่างเข้มข้น หรือเบาบาง มากน้อยเพียงไร หรือระบบรัฐสวัสดิการแบบถ่วงน้ำหนักยังไม่ได้เป็นความนิยมแพร่หลายในอนาคต ใช้ไหม ประชาชนในหลาย ๆ ประเทศ อาจจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเยี่ยม โดยไม่ต้องมีระบบรัฐสวัสดิการแบบสแกนดิเนเวีย ใช่ หรือไม่

ข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ แอสฟัลเตอร์ซึ่งเรียบเรียงถึง 3 บทความในหนังสือเล่มนี้ ในบทที่สอง ดูเหมือนเขาพยายามผลิตสร้างความแตกต่างของชุดทฤษฎีที่อธิบายรัฐสวัสดิการที่มีอยู่เดิม (โดยเฉพาะอย่างกอสตา เอสปีง-แอนเดอร์สัน และเอียน ฮอลลิเดย์) โดยจำแนกออกไปถึง 10 รูปแบบนั้น มีลักษณะที่ขาดมิติของการสร้างความแปลกใหม่ (breakthrough) เอาเข้าจริง ๆ แอสฟัลเตอร์ยังอ้างอิงชุดทฤษฎีที่มีอยู่เดิมเข้ากับบริบทเฉพาะของนโยบายสังคมในแต่ละประเทศ แอสฟัลเตอร์เชื่อมโยงทั้งลัทธิคอมมิวนิสต์ (ที่อยู่ในระบบรัฐสวัสดิการของคิวบา) เข้ามาด้วย ในเชิงข้อมูลข่าวสารและข้อเท็จจริงถือว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทว่า ในเชิงของการสร้างเป็นชุดทฤษฎีใหม่ แอสฟัลเตอร์ยังไม่ได้สะท้อนมิติของความแปลกใหม่ที่แตกต่างไปจากของเดิมมากนัก

อันที่จริง การจำแนกรูปแบบทั้ง 10 รูปแบบของแอสพลเตอร์ยังซ่อนเนื้อหาในเชิงทฤษฎีสังคมวิทยาในกลุ่มแนวคิด
ทฤษฎีหลังทันสมัย (postmodernism) อย่างมากมาย รวมไปถึง ชุดทฤษฎีทางสายที่สาม (Third Way) หรือทฤษฎีซ้ายใหม่
(New Left) ของแอนโทนี กิดเด็นส์ (Anthony Giddens) ทว่า แอสพลเตอร์ไปเลือกใช้ทฤษฎี ideal type ของแมกซ์ เว็บบ์
(Max Weber) ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการสร้างความแปลกแตกต่างดังกล่าว ทำให้การ breakthrough ที่เข้มข้นไม่เกิดขึ้น
การวิจารณ์ของผู้เขียนเป็นความเห็นส่วนตัว ไม่ได้หมายความว่าผู้อ่านสนใจหนังสือเล่มนี้น้อยลง ทว่า ตรงกัน
ข้าม หนังสือเล่มนี้มีประโยชน์อย่างมากมาย นักศึกษาและนักวิชาการนโยบายสังคมไม่ควรพลาดการได้ศึกษาจากทุก ๆ บท
ของหนังสือเล่มนี้