# การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550

แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

มิถุนายน 2552

# การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550


**บรรณาธิการ**

ทพญ.ชื่นตา วิชชาวุธ

**Editor**

รศ.ดร.นภาพร ชโยวรรณ

ศ.ยุพา วงศ์ไชย

รศ.ดร.ประคอง อินทรสมบัติ

นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร

**ผู้เขียน/ผู้แต่ง**

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์

ผศ.ดร.ผ่องพรรณ อรุณแสง

นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ

ดร.รัชพันธุ์ เชยจิตร

นางสาวคมคาย บุญเสริมสุข

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช

นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์

**รวบรวม และรูปเล่ม**

นางสาวเยาวภา สันติกูล

นางสาวพินธุดา ธนกรทวีโชติ

นางสาววริฏฐา แก้วเกตุ

**มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)**

1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 02-511-4963 โทรสาร 02-511-4962

e-mail: thaitgri@thainhf.org website: www.thaitgri.org

# คำนำ

การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุครั้งนี้ จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นระหว่างปี 2545-2550 หลังจากได้ประกาศใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติมาแล้ว 5 ปี ซึ่งนักวิจัย นักวิชาการจากหลายสถาบันในประเทศทั้งด้านประชากรศาสตร์ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐศาสตร์ ที่มีความรู้ ความชำนาญร่วมกันทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ โดยเน้นสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาว่าประเทศไทยได้ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยมากน้อยเพียงใด ยังขาดองค์ความรู้ในด้านใดบ้างที่ควรทำวิจัยเพิ่มเติม และเสนอแนะเชิงนโยบายที่ภาครัฐ และภาคเอกชนยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการยังไม่กว้างขวางครอบคลุม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป อย่างไรก็ตาม การทบทวนองค์ความรู้ในหนังสือเล่มนี้ไม่สามารถครอบ คลุมได้ทุกเรื่องทุกงานวิจัย แต่พยายามเลือกประเด็นที่สำคัญเพื่อได้เห็นภาพสถานการณ์ และสิ่งที่คิดว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเตรียมการเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต โดยจัดทำเป็น 8 บทคือ ภาพรวมประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้สูงอายุ บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทย การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ และการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2550

จากองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้ทบทวนไว้ในหนังสือเล่มนี้ สามารถให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบาย ด้านผู้สูงอายุในเรื่องใหญ่ๆ ประการแรก คือ เรื่องการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงอายุ และปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจำเป็นต้องเตรียมการให้คนไทยทุกวัยทั้งวัยทำงาน วัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ ให้มีส่วนรับรู้และเตรียมความพร้อมทั้งด้านการออม การทำงานเพื่อหารายได้ ด้านสุขภาพ ประการที่สอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ประการที่สาม กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องการการดูแลระยะยาวซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีในครอบครัวและชุมชนใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงช่วยตนเองได้นานที่สุดไม่กลายเป็นผู้ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุและโรคเรื้อรัง

ผู้จัดทำการทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุปี 2545-2550 หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลจากการทบทวนนี้จะได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างงานวิจัยเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อคุณภาพที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

คณะผู้จัดทำ

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| **คำนำ** | **ข** |
| **บทสรุปผู้บริหาร** | **ช-ฐ** |
| **สารบัญ** | **ค-ฉ** |
| **บทที่ 1 ภาพรวมประชากรสูงอายุในประเทศไทย** | **1** |
| 1. คำนำ | 1 |
| 2. กระบวนการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย | 1 |
| 3. ลักษณะต่าง ๆ ของประชากรสูงอายุ: แนวโน้มและสถานการณ์ปัจจุบัน | 5 |
| 4. ประเด็นท้าทายจากการสูงวัยของประชากร | 12 |
| 5. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในอนาคต | 28 |
| บรรณานุกรม | 30 |
| **บทที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย** | **33** |
| **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย** | 33 |
| 1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ | 34 |
| 2. สุขภาวะของผู้สูงอายุ | 38 |
| 3. ทุกขภาวะของผู้สูงอายุ | 51 |
| **บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย** | 67 |
| 1. บริการสุขภาพเวชศาสตร์อายุรวัฒน์: ป้องกันและชะลอชรา | 69 |
| 2. บริการสุขภาพที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ: สร้างเสริม บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเอง | 70 |
| 3. บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่รวมกับบริการสุขภาพทั่วไป: สร้างเสริม บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมการดูแลตนเอง | 76 |
| 4. ความเป็นธรรมชาติด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ | 83 |
| ข้อเสนอแนะ | 86 |
| บรรณานุกรม | 90 |
| **บทที่ 3 ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ** | **96** |
| 1. บทนำ | 96 |
| 2. รายได้ของประชากรวัยสูงอายุ | 97 |

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| 3. การทำงานของผู้สูงอายุกับรายได้จากการทำงาน | 103 |
| 4. การสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ อย่างเป็นทางการ | 106 |
| 5. การบริโภคของประชากรวัยสูงอายุ | 112 |
| 6. บทบาทของชุมชนกับภาวะทางเศรษฐกิจ ของประชากรวัยสูงอายุ | 114 |
| 7. การเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อยามชราภาพ | 118 |
| 8. สรุปและข้อเสนอเพื่องานวิจัยในอนาคต | 120 |
| ภาคผนวก | 122 |
| บรรณานุกรม | 129 |
| **บทที่ 4 ครอบครัวและผู้สูงอายุ** | **133** |
| บทนำ | 133 |
| 1. การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว | 134 |
| 2. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ | 135 |
| 3. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ | 137 |
| 4. การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ | 140 |
| 5. ความสุขของผู้สูงอายุ | 143 |
| 6. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว | 146 |
| 7. การดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย ด้วยโรคเอดส์ของผู้สูงอายุ | 148 |
| 8. ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว | 152 |
| 9. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป | 153 |
| บรรณานุกรม | 155 |
| **บทที่ 5 บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ** | **158** |
| 1. คำนำ | 158 |
| 2. ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ความหมายและขอบเขต | 159 |
| 3. บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ | 161 |
| 4. เครือข่ายการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน | 164 |
| 5. ภาระหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุ | 172 |

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| 6. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อผู้สูงอายุ | 175 |
| 7. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 183 |
| 8. สรุปและข้อเสนอแนะ | 189 |
| งานวิจัยที่ควรมี | 194 |
| บรรณานุกรม | 196 |
| **บทที่ 6 การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทย** | **204** |
| บทนำ | 204 |
| **ส่วนที่หนึ่ง** การทบทวนองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุไทย | 204 |
| การเตรียมการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ | 205 |
| การกำหนดมาตรฐาน/แนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงที่อยู่อาศัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ภายใน ภายนอก อาคาร และการให้บริการสาธารณะ | 207 |
| งานวิจัยที่ควรมี | 209 |
| **ส่วนที่สอง** การทบทวนองค์ความรู้ด้านการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทย | 210 |
| งานวิจัยที่ควรมี | 212 |
| บรรณานุกรม | 214 |
| **บทที่ 7 การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ** | **217** |
| ความนำ | 217 |
| 1. บทความทั่วไป | 218 |
| 2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ | 219 |
| 3. การดูแลรักษาสุขภาพ | 221 |
| 4. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ | 223 |
| 5. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ | 227 |
| 6. การพักผ่อน | 235 |
| 7. ที่อยู่อาศัย | 236 |
| 8. การเงินและทรัพย์สิน | 237 |
| 9. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ | 237 |

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| 10. ความเครียดและวิธีการคลายเครียด | 239 |
| 11. การมีส่วนร่วมทางสังคม | 242 |
| 12. การมีงานทำ รายได้และการออมของผู้สูงอายุ | 243 |
| 13. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต | 246 |
| 14. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ | 247 |
| 15. สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 | 255 |
| บรรณานุกรม | 265 |
| ภาคผนวก | 266 |
| **บทที่ 8 การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2550** | **269** |
| บทนำ | 269 |
| 1. การจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | 270 |
| 2. นโยบายและแผนระดับชาติด้านผู้สูงอายุ | 271 |
| 3. การประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 | 273 |
| 4. ผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 | 275 |
| 5. การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) | 292 |
| 6. การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในระยะต่อไป | 295 |
| บรรณานุกรม | 298 |

# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากการทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุปี 2545-2550 ใน 8 ประเด็น คือ ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ครอบครัวกับผู้สูงอายุ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย และการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ ผลการทบทวนสรุปได้ดังนี้

**ด้านประชากรสูงอายุ**

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 65.6 ล้านคน แสดงว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว การเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยของไทยนั้นเกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้นมาก โดยอัตราการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้สาเหตุหลักทางประชากรคือการลดภาวะเจริญพันธุ์หรือภาวะการเกิดอย่างรวดเร็วจากช่วงปี 2506-7 สตรีคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 6 คน ลดลงเหลือ 4 คนในช่วงทศวรรษ 2520 และในปัจจุบันเหลือประมาณ 1.6 คนต่อสตรี 1 คน ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ใน ปี 2493 เป็นเกือบร้อยละ 11 ในปัจจุบัน และประชากรในวัยแรงงานซึ่งเป็นฐานที่สำคัญของการผลิตและเกื้อหนุน (ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่น การดูแลบุพการี การเสียภาษีรายได้ให้แก่รัฐเพื่อนำมาจัดสรรหรือจัดสวัสดิการต่าง ๆให้แก่ประชากรสูงอายุ) ต่อประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มลดลงโดยตลอด และคาดว่าจะลดลงไปอีกในอนาคต จากประชากรวัยแรงงานประมาณ 9 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 1 คน ในปัจจุบัน เหลือเพียง 3 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปีพ.ศ. 2583 ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตลอดจนการเตรียมการในด้านสวัสดิการ บริการ และการสร้างหลักประกันต่าง ๆเพื่อรองรับประชากรสูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องเตรียมการให้คนไทยทุกวัยทั้งวัยทำงาน วัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุมีส่วนรับรู้และเตรียมความพร้อมทั้งด้านการออม การศึกษา การทำงานเพื่อหารายได้ ด้านสุขภาพ และสังคม

**ด้านสุขภาพ**

พบว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (Health Average Life Expectancy: HALE) ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย และล่าสุดปี พ.ศ. 2550 เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75.2 ปี และเพศชายเท่ากับ 68.4 ปี ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นได้โดยอิสระ สื่อภาพของการมีสุขภาวะ คือ มีความแข็งแรงของร่างกายพอที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ โดยไม่ต้องการการพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลอื่น การสำรวจในปี พ.ศ.

2549 ผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้เองมากกว่าร้อยละ 90 ดีกว่าการสำรวจในปี 2547 แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากก็มีทุกข์ภาวะจากปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การบดเคี้ยวอาหาร และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง และโรคข้อเสื่อม (โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะก่อทุกข์ในผู้สูงอายุ ด้วยมีการสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเช่นเดียวกับภาวะทุพลภาพ การหกล้มในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ10.3 ทุกข์ภาระที่ตามมาของการหกล้มในผู้สูงอายุอาจมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เพราะอาจมีภาวะกระดูกหักได้ง่าย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีจำนวนน้อยกว่าที่ไม่ออกกำลังกาย แต่นับว่ามีแนวโน้มดีขึ้น ด้วยขยับขึ้นจากปี พ.ศ. 2545 และ 2547 ตามลำดับ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 28.4 ผู้สูงอายุชายน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 21.0 และประมาณ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุยังคงสูบบุหรี่ สำหรับการตรวจร่างกายประจำปีซึ่งบ่งบอกความสนใจและเอาใจใส่สุขภาพ และเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ เพราะเป็นการตรวจที่ไม่ใช่การตรวจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองการทำงานต่าง ๆ ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การสำรวจ ในปี พ.ศ. 2550 ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายในสัดส่วนที่ไม่น่าพอใจ (เพียงร้อยละ 45) สำหรับการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะห้าปีนี้ มีความก้าวหน้าด้านการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก อาทิ *บริการตรวจรักษาและผ่าตัดตาครบวงจร โครงการฟันเทียม ผู้ป่วยโรคไตที่มีบัตรทองทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์ในการล้างไต ฟอกเลือด ผ่าตัดเปลี่ยนไตฟรี* เป็นต้น

**ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ**

จากข้อมูลปี 2550 พบว่าประชากรวัยสูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อปีขึ้นไปมีอยู่เพียงประมาณร้อยละ 15.38 ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุที่ยากจน(รายได้ต่ำ 20000 บาทต่อปี) มีอยู่ประมาณร้อยละ 34.13 เมื่อพิจารณาแหล่งรายได้พบว่า มากกว่าร้อยละ50 ตอบว่ามาจากบุตรหญิงหรือบุตรชายที่สมรสแล้ว ที่เหลือมาจากการทำงาน เงินออม เบี้ยยังชีพ คู่สมรส และบุตรที่เป็นโสด การทำงานของผู้สูงอายุ จากข้อมูลปี 2549 พบว่าอัตราการมีส่วนร่วมของแรงงานสูงอายุประมาณร้อยละ 7.00 ซึ่งเพิ่มจากในอดีตอย่างเห็นได้ชัด และจำนวนผู้มีงานทำนั้นส่วนมาก(ร้อยละ 99) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นช่วงแรก (60-64 ปี) โดยประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างรายได้จะแตกต่างกันเห็นได้ชัดตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ และขึ้นกับภาคอุตสาหกรรมที่ทำด้วย ความต้องการจ้างแรงงานสูงอายุในองค์กรพัฒนาเอกชน จากการสอบถามพบว่าทักษะของผู้สูงอายุที่องค์กรพัฒนาเอกชนต้องการมากที่สุดได้แก่ ภาษาต่างประเทศ รองลงมาเป็นเรื่องของ

ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และเกษตรอินทรีย์ จึงควรพัฒนาทักษะแรงงานผู้สูงอายุในอนาคตให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน และ จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าร้อยละ31.3ของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ออมหรือสะสมเงินทองหรือทรัพย์สินทั้งในรูปสังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์ รัฐต้องเร่งจัดทำระบบบำนาญผู้สูงอายุไทยโดยเป็นระบบบำนาญบนพื้นฐานที่ครอบคลุมทุกคน โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันเมื่อสูงอายุ

**ครอบครัวและผู้สูงอายุ**

มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียว อยู่กับสามีและภรรยาโดยไม่มีบุตรเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลาน และต้องรับภาระในการเลี้ยงหลานก็เพิ่มขึ้นด้วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีลูกเป็นโรคเอดส์ ครอบครัวขยายที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นมีแนวโน้มลดลง ผู้สูงอายุทั้งที่ยากจน ฐานะปานกลางยังได้รับการดูแลจากครอบครัวตามสถานภาพทางร่างกายและความสามารถที่มีอยู่ โดยบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส โดยพฤติกรรมที่ส่งเสริมระดับมาก ได้แก่ การให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ การขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือบุตรหลานที่เป็นเพศหญิง (เพศชายจะเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย) คู่สมรสที่ทำหน้าที่ดูแลมักเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุคือ การศึกษาของผู้ดูแล และรายได้ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีความสุขที่สุด ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีหนี้สิน มีสุขภาพดีมาก ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคมดีมาก (ความรู้จักคุ้นเคยกับเพื่อนบ้าน ความเชื่อมั่นในการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในยามวิกฤต ความไว้เนื้อเชื่อใจกันระหว่างเพื่อนบ้าน และความรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สิน) และผู้ที่รู้สึกไม่ยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้าน

**บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ**

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ หลายชุมชนได้ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุในรูปของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้ และการมีกองทุนในชุมชน ร้อยละ 36 ของหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถามรายงานว่ามีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (เป้าหมายคือ ร้อยละ 20) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่รายงานว่าหมู่บ้านมีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนที่ต่ำที่สุด (27%) และร้อยละ 60 รายงานว่าผู้สูงอายุในหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มกิจกรรมเสริมรายได้ โดยสัดส่วนใกล้เคียงกันในทุกภูมิภาคของประเทศ เครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้นมีเครือข่ายที่สำคัญได้แก่ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) องค์กรเอกชนและองค์กรอิสระ ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนช่วยเหลือเผื่อแผ่ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันจึงถือเป็นการ “เติมเต็มให้กัน” อย่างไร

ก็ตาม การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้วยกันก็ยังคงมีข้อจำกัดที่ดูแลได้เฉพาะผู้ที่เป็นสมาชิก ถึงแม้จะมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย แต่ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยและพบว่า ผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 43.9) ต่ำที่สุดในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 4.6) ในส่วนของชุมชนนั้นกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ร่วมกับภาคประชาชนในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2550 เห็นชอบให้มีการขยายผลโครงการให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ แต่พบว่ามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงไม่กี่แห่งที่ดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนทั่วประเทศจำนวน 4,577 คนสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุจำนวน 37,495 คน นอกจากนี้ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุยังได้ริเริ่มให้มีการดำเนินโครงการ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยเป็นโครงการนำร่องใน 7 จังหวัด (เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี) จากการสอบถามความเห็นตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับบริการเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวันพบว่า ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะเห็นด้วยกับแนวคิดในเรื่องการมีสถานที่เป็นศูนย์รวมให้ผู้สูงอายุได้มาพักผ่อน หรืออยู่รวมกัน เพื่อจะได้พบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนกัน แต่ผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างก็มีความเห็นว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันน่าจะเหมาะกับพื้นที่เขตเมืองหรือเขตเทศบาลมากกว่า เพราะพื้นที่เทศบาลมีขนาดเล็กระยะทางการเดินทางมาที่ศูนย์ฯไม่ไกล ในระดับหมู่บ้านยังไม่จำเป็นต้องมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน เพราะผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องรับบริการยังมีน้อย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากไม่ได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรงแต่ดำเนินการเพียงการสนับสนุนงบประมาณแก่กลุ่ม หน่วยงานและองค์กรในชุมชนให้จัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานีอนามัยและโรงพยาบาล การมอบเครื่องอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาครูฝึก จัดหาเครื่องเสียง การอำนวยความสะดวกให้ใช้สถานที่และการจัดกิจกรรมทัศนศึกษาเป็นครั้งคราว สำหรับการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ และได้มีการประมาณการว่า หากรัฐบาลจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนซึ่งมีรวมทั้งสิ้นประมาณ 7.05 ล้านคน โดยจ่ายให้คนละ 500 บาทต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2550 รัฐต้องใช้จ่ายเงินทั้งสิ้น 42,120,000,000 บาท

**ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าการสร้างชุมชนผู้สูงอายุ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของรัฐ การอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงเป็นทางเลือกอันดับสุดท้าย หรืออันดับท้ายๆ สำหรับตน การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2545-2550) สรุปได้ว่า การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุ นั้นแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุ

จัดเตรียมที่อยู่อาศัย แตกต่างกัน คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุไม่ได้จัดเตรียมอะไรสำหรับตนเองในด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ยากจนบางส่วนไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ทุกภาคส่วนต่างๆ ของสังคมควรให้ความสนใจว่าจะวางนโยบายอย่างไรกับผู้สูงอายุหรือผู้ที่จะเข้าวัยผู้สูงอายุ ทิศทางการวิจัยด้านการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยควรให้ความสำคัญกับ “บ้านหลังแรก” ที่สามารถอยู่ได้จนถึงวัยสูงอายุเป็นลำดับแรกบ้านหลังแรกควรจะได้มีการออกแบบ วางผังให้ใช้งานได้จนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และ สามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพได้เข้ากับวัยของผู้อยู่อาศัย

การออกประกาศกฎกระทรวง ลงวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2548 โดยกำหนดรายละเอียดการออกแบบทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ ทุพพลภาพและผู้สูงอายุ โดยใช้บังคับกับอาคาร 2 ประเภท ประเภทแรก ได้แก่ อาคารที่ทำการราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานที่ศึกษา สถานีขนส่งมวลชน สถานพยาบาลทุกรูปแบบ ประเภทที่สอง ได้แก่ อาคารสำนักงาน โรงมหรสพ โรงแรม หอประชุม สนามกีฬา ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า การประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ อาจเป็นแหล่งกระตุ้นที่สำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การพัฒนา หรือ ปรับปรุง สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งการปรับปรุง อาคารสถานที่ทั้งภายนอกและภายในให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่นห้องน้ำ ทางเดินเท้าสาธารณะ เป็นต้น แต่ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายนี้กับอาคาร สถานที่ ที่สร้างก่อนหน้าที่จะออกกฎกระทรวงฉบับนี้

การดำเนินด้านผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2546 – 2550 พบว่ากระทรวงต่างๆ มีการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุในหลากหลายด้าน การดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุในด้านสุขภาพมีการดำเนินงานได้ค่อนข้างมาก แต่ก็มีบางอย่างยังต้องพัฒนาเพิ่มขึ้น สำหรับด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมีการเตรียมค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศไทยที่ก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนางานผู้สูงอายุต่อไปในอนาคตดังนี้

**งานศึกษาวิจัยที่ควรทำในอนาคต**

การวิจัยด้านผู้สูงอายุในอนาคต ควรเป็นการวิจัยในลักษณะสหสาขาวิชา บูรณาการศาสตร์ต่างๆเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ รวมทั้งควรส่งเสริมการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศ เช่น ในกลุ่มอาเซียน เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของประเทศต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนานโยบาย
รัฐจึงควรส่งเสริมให้มีการวิจัยในมิติทางเศรษฐกิจและสังคมให้เพิ่มมากขึ้น

1. ศึกษาระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับสังคมไทย รวมทั้งศักยภาพของครอบครัว ชุมชน และรัฐในการให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ
2. ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง

3. ควรศึกษาถึงแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุโดยละเอียด และควรวิเคราะห์ถึงความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำระหว่างระดับรายได้และแหล่งที่มาของรายได้
4. การศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริโภคของครัวเรือนผู้สูงอายุเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวของธุรกิจหรืออุตสาหกรรมในสังคมผู้สูงอายุ
5. การศึกษาที่สำคัญคือบทบาทของชุมชนในการช่วยผู้สูงอายุหรือครอบครัวในการลดรายจ่ายด้านการดูแล หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ บทบาทของชุมชนกับการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุนั่นเอง
6. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน โดยแยกเมืองและชนบทและเน้นการใช้เทคโนโลยีระดับชาวบ้าน
7. ศึกษาทบทวนการใช้บังคับกฎหมายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ
8. ศึกษาเกี่ยวกับมาตรการจูงใจด้านภาษีและไม่ใช่ภาษีแก่ผู้ผลิตที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ
9. ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ และส่งเสริมงานวิจัยสู่การผลิต
10. ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องความสุข/ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำรงชีวิตในครอบครัวโดยตนเองของผู้สูงอายุ
11. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเสริมสร้างความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโดยแสวงหานวัตกรรมใหม่ๆ ในบริบทสังคมไทย โดยทำในภาพใหญ่เพื่อพัฒนาเป็นทฤษฎีต่อไป
12. ควรทำวิจัยวิธีแก้ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

**การพัฒนางานเพื่อผู้สูงอายุ**

1. ควรส่งเสริมและสร้างกระแสสังคมในเรื่องของการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนให้มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด
3. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้มากขึ้น
4. ควรมีแผนงานด้านผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นเพื่อเป็นหลักประกันว่าการเปลี่ยนตัวผู้บริหารจะไม่กระทบต่อการดำเนินงาน ควรเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุ กลุ่ม หรือองค์กรผู้สูงอายุในชุมชน อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน นโยบาย หรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
5. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรได้รับการเพิ่มขีดความรู้ ความสามารถ รวมทั้งทักษะและมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะการติดตามงานของเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งหามาตรการแรงจูงใจในการถ่ายโอนบุคลากร
6. ควรมีการติดตามประเมินผลการขยายการให้สวัสดิการเบี้ยยังชีพ
7. ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านการออมและการส่งเสริมรายได้ในวัยสูงอายุ

8. ควรมีข้อมูลผู้สูงอายุในฐานะผู้ใช้แรงงานในเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ต่อถึงการ match หรือ mismatch กับอุปสงค์แรงงานผู้สูงอายุและความต้องการจ้างงานผู้สูงอายุควรจะต้องมีอย่างเป็นระบบ
9. ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุควรให้ครอบคลุมในกลุ่มต่างๆให้มากขึ้น
10. ควรมีหน่วยงานหลักในการรวบรวมฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุและเชื่อมโยงข้อมูลงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆได้เพื่อการพัฒนาและใช้ประโยชน์
11. ควรศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเวชศาสตร์อายุรวัฒน์ (การบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการชะลอความชรา) แต่ควรศึกษาถึงความคุ้มทุนและผลลัพธ์ระยะยาว
12. พัฒนากำลังคนและศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ ให้เพียงพอในการให้บริการผู้สูงอายุได้ดีขึ้น
13. จัดประกวดการสร้าง ประดิษฐ์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในระดับชุมชน จังหวัด ประเทศและนานาชาติ

# ภาพรวมประชากรสูงอายุในประเทศไทย

วิพรรณ ประจวบเหมาะ

## 1. คำนำ

ในบทนี้จะเป็นการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยจากงานวิจัยและข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งต่างๆ เนื่องจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านนี้อยู่ในช่วงหลังจากที่มีการสำรวจระดับประเทศได้แก่ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 และ การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2550 ทั้งสองสำรวจนี้ดำเนินการด้วยความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงายได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเป็นพิเศษสำหรับใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ข้อมูลจากการสำรวจดังกล่าวนับเป็นแหล่งข้อมูลหลักสำหรับการนำเสนอภาพสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังได้ทบทวนผลการศึกษาวิเคราะห์และวิจัยอื่นที่ใช้ข้อมูลชุดนี้ อาทิเช่น “การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย:แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต” โดย จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ (2551) “รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)” โดย วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว และชเนตตี มิลินทางกูร เพื่อใช้ประกอบการทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย อนึ่งได้มีการทบทวนและเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ด้านผู้สูงอายุเพื่อติดตามแนวโน้มของประชากรสูงอายุ และประเด็นท้าทายในมิติต่างๆ สำหรับแนวโน้มในอนาคตนั้นได้ใช้ข้อมูลจากทั้งการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ และของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การนำเสนอในบทนี้จะครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ได้แก่ 1) กระบวนการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย 2) ลักษณะต่างๆ ของประชากรสูงอายุ:แนวโน้มและสถานการณ์ปัจจุบัน 3) ประเด็นท้าทายจากการสูงวัยทางประชากร ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ ความยากจน พฤฒิพลัง/ผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ การเตรียมการรองรับสังคม สูงวัย และกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางเป็นต้น และ 4) ข้อเสนอ แนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต ซึ่งประมวลจากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่ผ่านมา

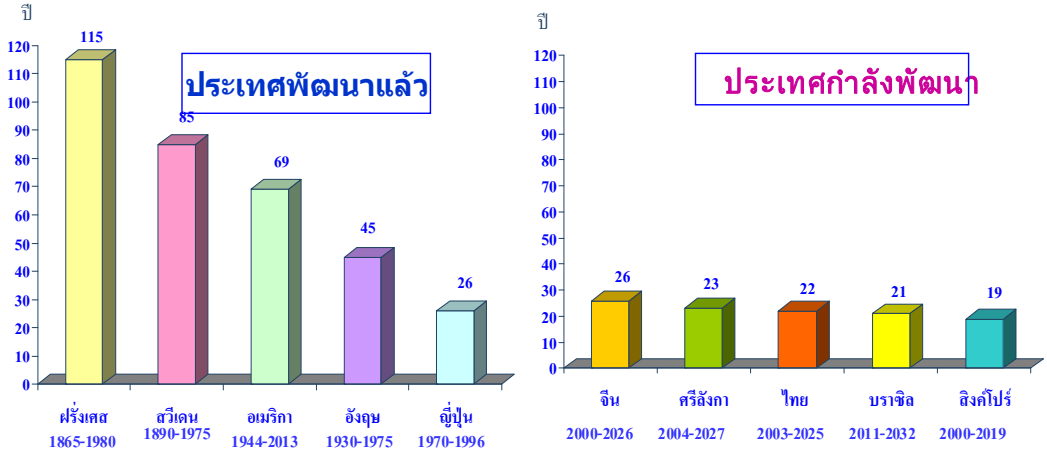
## 2. กระบวนการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย

การก้าวสู่ศตวรรษแห่งประชากรสูงวัย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นไปแล้ว ในประเทศที่พัฒนาตั้งแต่ศตวรรษที่ผ่านมา และกำลังเริ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาในศตวรรษที่ 21 นี้ โดยในทางประชากรศาสตร์นั้น การเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมสูงวัยสามารถที่จะพิจารณาได้อย่างคร่าวๆ จากการที่

สังคมนั้นมีประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ในประชากรทุกๆ 10 คน จะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน

รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 65.6 ล้านคน ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นชัดว่าสังคมไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว แม้ว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุของประเทศไทยยังไม่มากเท่าประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งในปัจจุบันมีถึง ประมาณ 1 ใน 4 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด[1] แต่การเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยของไทยนั้นเกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้นกว่ามาก ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ใช้เวลาเพียงประมาณ 22 ปี ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นสหรัฐอเมริกา หรือประเทศในยุโรป ใช้เวลา กว่าครึ่งศตวรรษหรือเป็นศตวรรษ (แผนภูมิที่ 1) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ย่อมหมายความว่าประเทศไทยจะมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการเตรียมการในด้านสวัสดิการ บริการ และการสร้างหลักประกันต่างๆ เพื่อรองรับประชากรสูงอายุ

**แผนภูมิที่ 1 ความเร็วของการสูงอายุทางประชากร: จำนวนปีที่สัดส่วนประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มจาก 7% เป็น 14%**




Source: K. Kinsella and Y.J. Gist, *Older Workers, Retirement, and Pensions: A Comparative International Chartbook (1995)* and K. Kinsella and D. Philips, "The Challenge of Global Aging," Population Bulletin 60, no. 1 (2005). อ้างถึงใน Population Reference Bureau 2006.

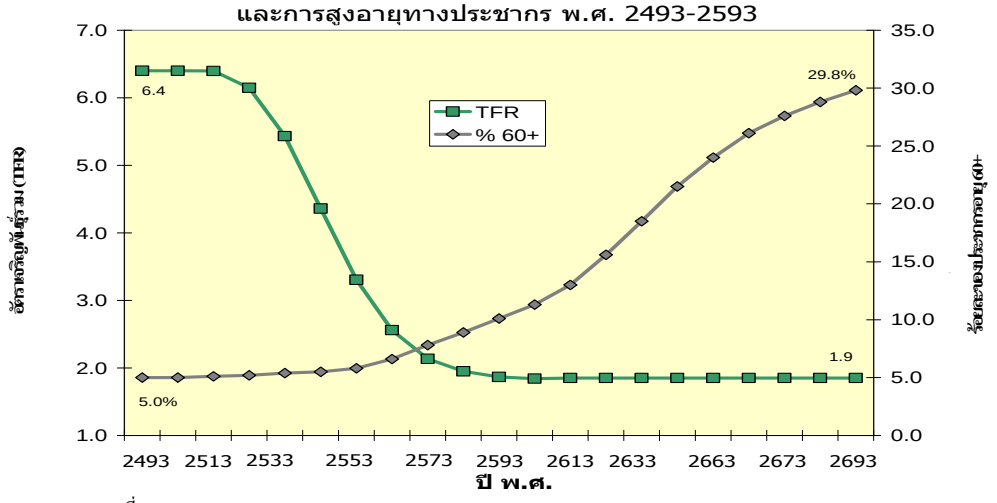
คาดกันว่าภายใน 40 ปีข้างหน้าจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นประมาณ 3 เท่าของจำนวนประชากรสูงอายุในปัจจุบัน และสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มเป็น 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด และในช่วงเดียวกันนั้นคาดว่าจำนวนประชากรสูงอายุจะเริ่มมากกว่าจำนวนประชากรวัยเด็ก[1,2]

ความรวดเร็วของการเปลี่ยนแปลงเป็นประชากรสูงวัยนี้ นำไปสู่การเพิ่มอายุมัธยฐานของประชากร ซึ่งอายุมัธยฐานของประชากรไทยเพิ่มจาก 18.6 ปี ในปีพ.ศ. 2493 เป็น 32.6 ปี ในปีพ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นไปอีกในอนาคต โดยคาดประมาณว่าในปีพ.ศ. 2573 ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรไทยจะมีอายุมากกว่า 41 ปี[2] นอกจากนี้ ความเร็วของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังส่งผลย้อนกลับมายังผู้สูงอายุโดยขนาดของประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ที่จะมาเป็นผู้เกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลง ดังจะเห็นได้จาก อัตราส่วนศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงวัย (Potential Support Ratio) ซึ่งเป็นมาตรวัดอย่างคร่าวๆที่ใช้แสดงถึงจำนวนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-64 ปี) ซึ่งเป็นฐานที่สำคัญของการผลิตและเกื้อหนุน (ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่น การดูแลบุพการี การเสียภาษีรายได้ให้แก่รัฐเพื่อนำมาจัดสรรหรือจัดสวัสดิการต่างๆให้แก่ประชากรสูงอายุ) ต่อประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป)* มีแนวโน้มลดลงโดยตลอดและคาดว่าจะลดลงไปอีกในอนาคต จากประชากรวัยแรงงานประมาณ 9 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 1 คน ในปัจจุบัน เหลือเพียง 3 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปีพ.ศ.2583[2] แนวโน้มการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราส่วนศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงวัยนี้ ทำให้เป็นที่วิตกกังวลกันว่าประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระที่หนักขึ้นในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ อันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและวัยแรงงานด้อยลง และผู้สูงอายุอาจประสบปัญหาความยากจนเพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรประเทศไทย โดยมีอัตราการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้มีปัจจัยหลักในทางประชากร 2 ปัจจัย คือการลดภาวะเจริญพันธุ์ และการลดการตาย การลดการเกิดอย่างรวดเร็วจากระดับที่สูงในอดีตเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนในปัจจุบันภายในระยะเวลาอันสั้น จากช่วงปี 2506-07 สตรีคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 6 คน ลดลงเหลือประมาณ 4 คนในช่วงทศวรรษ 2520 จากนั้นลดลงสู่ระดับทดแทนในช่วงกลางทศวรรษที่ 2530 และในปัจจุบันเหลือประมาณ 1.6 คนต่อสตรีคนหนึ่ง[3]

* สำหรับนิยามประชากรสูงอายุ ในการคำนวณอัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานสากล หมายถึงผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 65 ขึ้นไป

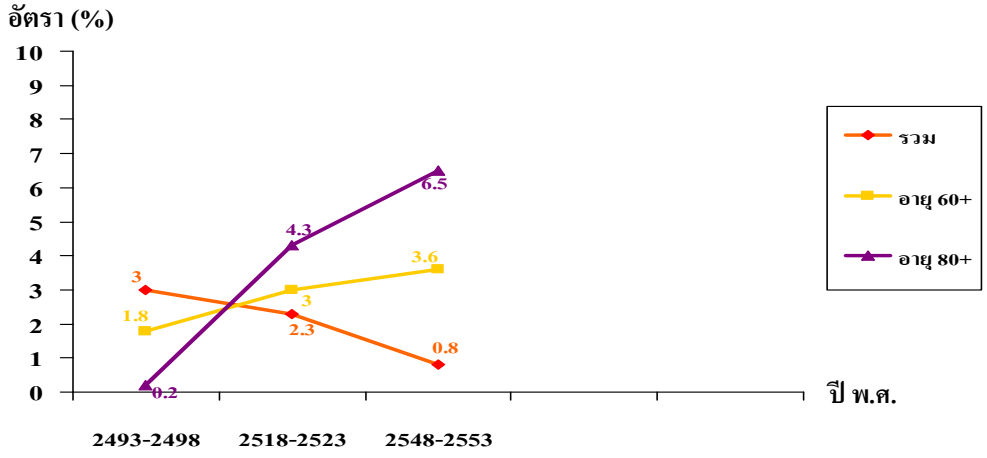
แผนภูมิที่ 2 อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate)
และการสูงอายุทางประชากร พ.ศ. 2493-2593




ที่มา : Knodel, John and Napaporn Chayovan. 2008. Population Aging and Well-being of Older Persons in Thailand, p. 1.

การที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนในระยะเวลาอันสั้นนี้ ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลงเป็นลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มจากร้อยละ 5 ในปี พ.ศ.2493 เป็นกว่าร้อยละ 10 ในปัจจุบัน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นประมาณ ร้อยละ 30 (แผนภูมิที่ 2) จนในที่สุดเปลี่ยนโครงสร้างทางอายุของประชากรเป็นประชากรสูงวัย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือการที่อัตราการเพิ่มประชากรวัยสูงอายุสูงกว่าอัตราการเพิ่มประชากรโดยรวม (แผนภูมิที่ 3)

**แผนภูมิที่ 3 อัตราการเพิ่มประชากร(%)**




ที่มา : ดัดแปลงจาก Knodel, John and Napaporn Chayovan. 2008. Population Aging and Well-being of Older Persons in Thailand.

ปัจจัยการตายนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรเช่นกัน ด้วยการพัฒนาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้อัตราการตายของประชากรทุกอายุลดลง โดยเฉพาะทารกและเด็กลดลงอย่างมาก ทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นลำดับ เมื่อประมาณ 70 ปีที่แล้ว ผู้ชายไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดประมาณ 34 ปี ผู้หญิงประมาณ 42 ปี[4] ในปีพ.ศ.2548-2553นี้ คาดประมาณว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 70.6 ปี ผู้หญิงประมาณ 77.5 ปี[5] การลดลงของภาวะการตายนี้ไม่ได้ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในทันที การลดในระยะแรกส่งผลต่อการลดการตายในกลุ่มประชากรวัยทารกและเด็ก ทำให้สัดส่วนของประชากรวัยทารกและเด็กยิ่งเพิ่มขึ้น ต่อมาเมื่อลดการตายของทารกและเด็กไปได้มากในระดับหนึ่ง จึงส่งผลให้เกิดการลดภาวะการตายของประชากรในกลุ่มอายุถัดมาได้แก่ ประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุเป็นลำดับทำให้โครงสร้างทางเปลี่ยนจากการมีสัดส่วนประชากรเด็กเพิ่มเป็นประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ในอนาคตนั้น เนื่องจากทั้งภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายได้ลดลงสู่ระดับที่ต่ำค่อนข้างมากแล้ว การลดระดับการตายต่อไปจะเป็นปัจจัยสำคัญทางประชากร ที่จะส่งผลต่อการเพิ่มของประชากรสูงอายุ

## 3. ลักษณะต่าง ๆ ของประชากรสูงอายุ: แนวโน้มและสถานการณ์ปัจจุบัน

การพิจารณาแต่เพียงขนาดหรือจำนวนหรือสัดส่วนของประชากรสูงอายุในภาพรวมของประเทศ ไม่สามารถที่จะให้ภาพของสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุในรายละเอียดได้ ทั้งนี้เพราะประชากรสูงอายุในประเทศไทยมิได้มีลักษณะที่เหมือนกันหรือเป็นหนึ่งเดียวกันทั้งกลุ่ม แต่มีองค์ประกอบหรือลักษณะหรือภูมิหลังที่แตกต่างกันไป ดังนั้นเพื่อประโยชน์ในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางดำเนินการในด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม สอดคล้องจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบหรือลักษณะของประชากรสูงอายุในปัจจุบันและในอนาคตควบคู่ไปกับแนวโน้มในด้านปริมาณด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกันมีศักยภาพ ความต้องการ และปัญหาที่แตกต่างกัน[1] ซึ่งลักษณะที่สำคัญที่จะพิจารณาในบทนี้ได้แก่ ลักษณะด้านประชากรและสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ

### 3.1 ด้านประชากร และสังคม

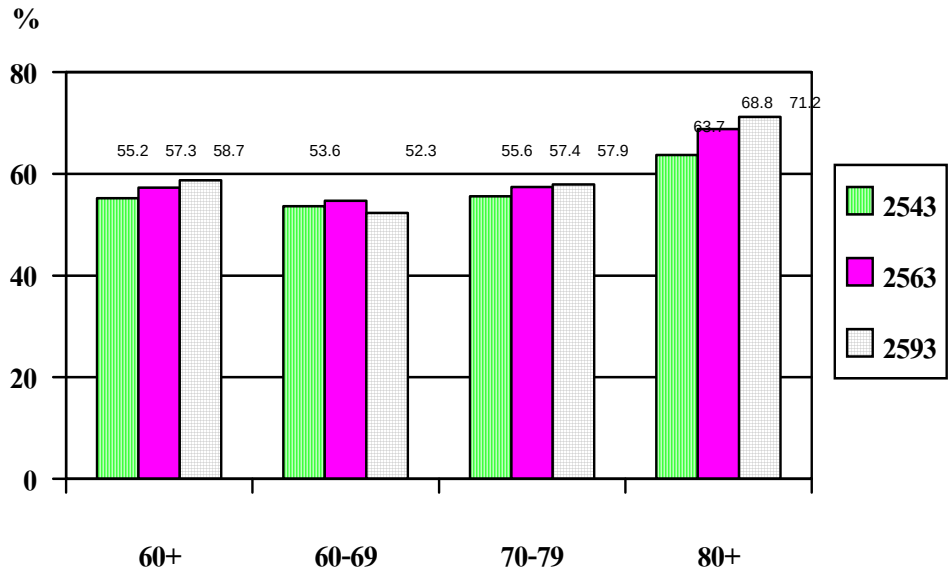
#### 3.1.1 องค์ประกอบด้านอายุและเพศ

แนวโน้มที่เห็นได้เด่นชัดประการหนึ่งคือ การสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุ ซึ่งสะท้อนจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากหรือเป็นผู้สูงอายุในวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) และวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) อย่างชัดเจน จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยล่าสุด คาดว่าประชากรสูงอายุวัยปลายหรืออายุ 80ปีขึ้นไปจะเพิ่มจำนวนจากประมาณ 729,000 คนในปี พ.ศ. 2551 เป็นประมาณ 2,155,000 คน ในปี พ.ศ.2573[5]

ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลายนี้ จะเพิ่มจากร้อยละ 9.9 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 12.4 ในปีพ.ศ. 2573*

ลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ แนวโน้มของการที่สัดส่วนของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน หรือเรียกว่า ผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง (feminization of the elderly)[2] สาเหตุที่ทำให้สัดส่วนของประชากรเพศหญิงมีสูงกว่าประชากรเพศชายในวัยสูงอายุ เนื่องจากการอัตราการตายของประชากรเพศหญิงต่ำกว่า Knodel และ Chayovan (2008) ได้นำข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติซึ่งใช้ข้อสมมุติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลางและนำมาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนของประชากรเพศหญิงจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 55 ในปีพ.ศ.2543 เป็นประมาณร้อยละ 59 ในปีพ.ศ.2593 และเป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนของประชากรเพศหญิงจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ที่เห็นได้ชัดคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) สัดส่วนของประชากรเพศหญิงจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 64 เป็นประมาณร้อยละ 71 ในปีพ.ศ.2593

**แผนภูมิที่ 4 สัดส่วนประชากรเพศหญิงจำแนกตามกลุ่มอายุ**




**ที่มา:** ปรับแก้ข้อมูลจาก Knodel, J" and N. Chayovan. 2008. "Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand: Bangkok: UNFPA, Thailand.

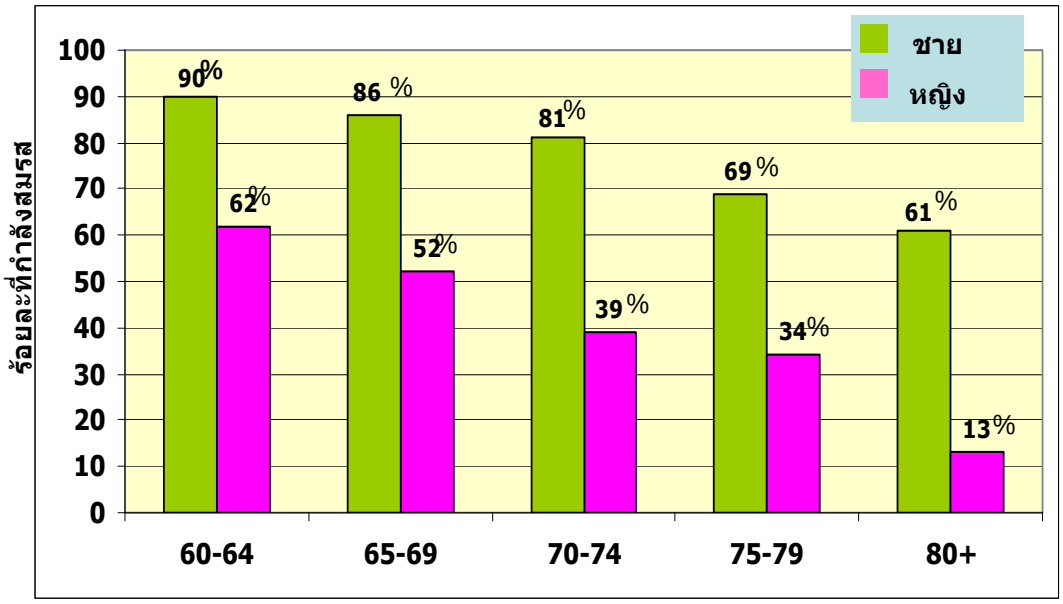
* คำนวณจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 ของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

### 3.1.2 สถานภาพสมรส

ในด้านสถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นว่า สถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุมีความแตกต่างตามเพศและอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนผู้ที่เป็นโสด หม้าย และหย่าแยกสูงกว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนที่สมรสสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ทั้งนี้น่าจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุชายมีอัตราการตายสูงกว่าผู้หญิงและมีแนวโน้มที่จะสมรสใหม่หากคู่สมรสเสียชีวิตหรือเลิกร้างกันไป นอกจากนี้ยังพบว่าความแตกต่างนี้จะยิ่งเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ผู้ชายสูงอายุในวัยปลายจะมีสัดส่วนของผู้ที่กำลังสมรสสูงกว่าผู้หญิงในช่วงวัยเดียวกันเกือบ 5 เท่า

คาดกันว่าประชากรสูงอายุในอนาคตจะมีจำนวนผู้ที่เป็นโสด หย่าหรือแยกกันอยู่กับคู่สมรสเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีสูงอายุที่อายุมาก ซึ่งสถานภาพสมรสนี้น่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือแม้แต่ความสัมพันธ์ทางสังคม รูปแบบการอยู่อาศัยและการได้รับการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มสตรีสูงอายุที่เป็นหม้ายที่มีอายุมากและไม่มีบุตร และกลุ่มสตรีสูงอายุที่เป็นโสดน่าจะเป็นกลุ่มที่เปราะบางหรืออยู่ในภาวะเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

**แผนภูมิที่ 5 ร้อยละที่กำลังสมรส จำแนกตามอายุ และเพศ พ.ศ. 2550**

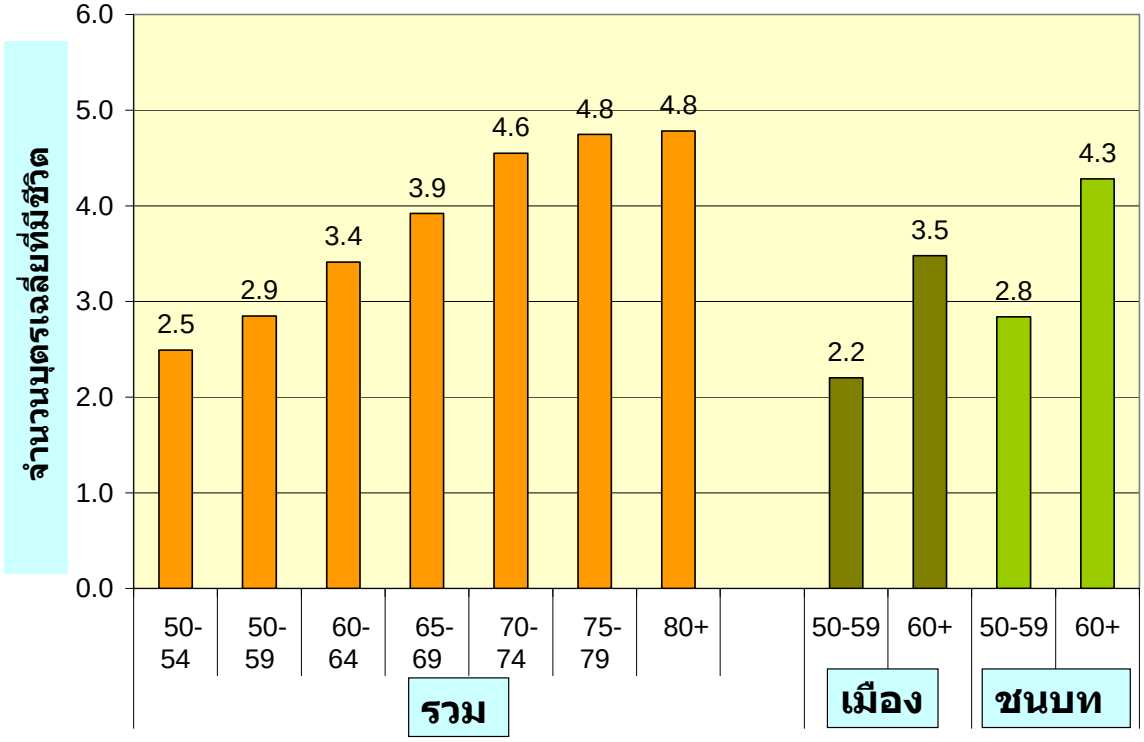



ที่มา: Knodel, J. and N. Chayovan. 2008. Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand. Bangkok: UNFPA

### 3.1.3 จำนวนบุตรที่จะเป็นผู้เกื้อหนุนลดลงเป็นลำดับ

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคมที่ให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุไทยมาโดยตลอด อย่างไรก็ตามจากการลดลงของระดับเจริญพันธุ์ จำนวนบุตรของผู้สูงอายุในแต่ละรุ่นปีเกิด (Cohort) ได้ลดลงเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จากจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีประมาณ 4-5 คน ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 50-54 ปี ในปี พ.ศ.2550 มีจำนวนบุตรเฉลี่ยที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 2-3 คน (แผนภูมิที่ 6) ทำให้เป็นที่วิตกกันว่าผู้สูงอายุในอนาคตที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรจะลดลง อีกทั้งอาจนำไปสู่การลดระดับการได้รับการเกื้อหนุนจากบุตร[6]

**แผนภูมิที่ 6 จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่มีชีวิตจำแนกตามกลุ่มอายุ ของประชากรไทยที่มีอายุ 50 ปีขึ้น ไป ปีพ.ศ. 2550**




ที่มา:Knodel, J. and N. Chayovan. 2008. Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand. Bangkok: UNFPA.

### 3.1.4 บุตรอาศัยอยู่ที่อื่น

นอกจากจำนวนบุตรของผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะลดลงแล้ว จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า บุตรของผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนละจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย โดยเพิ่มจากประมาณร้อยละ 28 เมื่อปีพ.ศ.2538 เป็นกว่าร้อยละ 35 ในปีพ.ศ.2550 แนวโน้มดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า ในสังคมไทยบุตรคือผู้ดูแลหลักของบิดามารดาสูงอายุ การที่บุตรต้องไปทำงานและอยู่คนละจังหวัดกับผู้สูงอายุ มีข้อดีคือทำให้บุตรสามารถส่งเงินกลับบ้านให้แก่บิดามารดาผู้สูงอายุได้ และที่ผ่านมาดูเหมือนว่าผู้สูงอายุเองก็พึงพอใจที่

ได้รับรายได้จากการที่บุตรไปทำงานที่อื่น อย่างไรก็ตามในยามที่ต้องการคนดูแลปรนนิบัติอย่างใกล้ชิดหรือในยามที่เจ็บป่วย การที่บุตรไปทำงานหรือไปอาศัยที่อื่นที่ห่างไกลออกไป ทำให้ยากที่จะได้รับการดูแลจากบุตร

### 3.1.5 การอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นเพิ่มขึ้น

ผลจากการย้ายถิ่นของประชากรในวัยแรงงาน และการสูญเสียประชากรในวัยแรงงานโดยเฉพาะจากโรคเอดส์ ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนต้องอาศัยอยู่กับหลานแต่เพียงลำพัง จากข้อมูลพบว่าการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นนี้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การศึกษาของ Knodel and Chayovan พบว่า สัดส่วนการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นหรือปู่ย่าตายายอยู่กับหลานเพียงลำพัง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.5 ในปีพ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 14.3 ในปีพ.ศ.2550[2] โดยสัดส่วนดังกล่าวสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามด้วยภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร

### 3.1.6 การศึกษา

การศึกษาถือว่าเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญ การศึกษามีส่วนอย่างสำคัญต่อการคิดวิเคราะห์ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านภาวะความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพ และสถานภาพทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุไทยปัจจุบันนั้นได้รับการศึกษาน้อยกว่าประชากรในกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรไม่รู้หนังสือ และหญิงสูงอายุมีสัดส่วนที่ไม่รู้หนังสือสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเพียงแค่ระดับประถมศึกษา[7ก]

การคาดประมาณด้านการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) จากปี พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2558 โดย Hermalin, Ofstedal,and Tesfai* คาดว่าผู้สูงอายุในอีก 10-20 ปีข้างหน้าจะมีสัดส่วนผู้ที่ไม่รู้หนังสือน้อยลงมาก และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่จบระดับมัธยมศึกษาจะเพิ่มขึ้นโดยในเพศชายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 6 ในปีพ.ศ.2548 เป็นประมาณร้อยละ 18 ในปีพ.ศ.2573 และในเพศหญิงจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 2 ในปีพ.ศ.2548 เป็นประมาณร้อยละ 14 ในอีกราว 2 ทศวรรษข้างหน้าและในช่วง 2 ทศวรรษข้างหน้าประชากรสูงอายุส่วนใหญ่คงยังมีการศึกษาเพียงแค่ระดับประถมศึกษา[2] อย่างไรก็ตาม แนวโน้มในระยะยาว การสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาของกลุ่มผู้สูงอายุในรุ่นหลังๆจะลดลง เนื่องพัฒนาการของระบบการศึกษาภาคบังคับของประเทศที่ขยายออกไปสู่ระดับมัธยมศึกษา การศึกษาที่มีจำกัดนี้น่าจะจำกัดโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจในทศวรรษหน้าคงต้องการแรงงานที่มีความรู้และมีทักษะเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องสามารถใช้เทคโนโลยี มาประกอบในกระบวนการการทำงานด้วย

---

* Hermalin, A. I., M. B. Ofstedal, and R. Tesfai. 2007. "Futrue characteristics of the elderly in Developing countries and their implications for policy". **Asian Population Studies 3(1): 5-36 อ้างถึงใน** Knodel, J" and N. Chayovan. 2008. "Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges" Papers in Population Aging. Bangkok: UNFPA, Thailand

### 3.2 ลักษณะด้านเศรษฐกิจ

#### 3.2.1 ภาวะการทำงาน

ในกรณีของประเทศกำลังพัฒนา ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำงานเชิงเศรษฐกิจในอัตราที่สูงกว่าประเทศพัฒนาแล้ว ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากยังไม่มีระบบบำนาญหรือระบบประกันสังคมที่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ นอกจากนี้อาจจะเนื่องมาจากประชากรในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพในภาคการเกษตร หรือ แรงงานภาคนอกระบบ (informal sector) จึงเป็นเหตุให้ยังสามารถทำงานในอาชีพเหล่านี้ต่อไปได้ แม้จะเป็นผู้สูงอายุ

จากผลการสำรวจภาวะการทำงาน พ.ศ.2545-2550 และการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วงสัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 32 ในปี พ.ศ.2545 เป็นร้อยละ 35 ในปี พ.ศ.2550[7ก,8] โดยสัดส่วนของผู้ที่ทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และเพศชายมีแนวโน้มที่จะทำงานมากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่ทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุที่ทำงานมักทำงานในภาคการเกษตรหรือภาคนอกระบบ โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง (ประมาณร้อยละ 63) อันดับถัดมาเป็นการช่วยธุรกิจครัวเรือนโดยไม่มีรายได้ (ประมาณร้อยละ 17) รายได้เฉลี่ยจากการทำงานของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากประมาณ 5,292 บาท เป็นประมาณ 6,245 บาทต่อเดือน[7ก,2]

#### 3.2.2 แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ

แม้ว่าจะมีบางส่วนของผู้สูงอายุยังคงทำงานอย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการศึกษาด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยในช่วงเกือบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าครอบครัว โดยเฉพาะบุตรเป็นหลักประกันทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประชากรสูงอายุในประเทศไทย แม้กระทั่งข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุครั้งล่าสุดก็พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในเมืองและชนบทมีรายได้หลักมาจากการเกื้อหนุนของบุตร แหล่งรายได้หลักที่สำคัญเป็นลำดับ 2 คือ การทำงาน โดยผู้สูงอายุในชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้จากการทำงานเป็นแหล่งหลักสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ทั้งนี้น่าจะเนื่องมาจากการประกอบอาชีพในภาคเกษตรมีความยืดหยุ่นและไม่มีเกณฑ์กำหนดเรื่องการเกษียณอายุ[2] ส่วนรายได้ในรูปหลักประกันหรือสวัสดิการจากรัฐจากเงินบำเหน็จ บำนาญ เงินเบี้ยยังชีพ มีเป็นสัดส่วนน้อยมาก[7ก]

#### 3.2.3 การออม

ในการพิจารณาลักษณะทางเศรษฐกิจ นอกจากจะพิจารณาจากภาวะการทำงานของผู้สูงอายุแล้ว การออมและทรัพย์สินน่าจะเป็นเครื่องชี้สถานะทางเศรษฐกิจในยามสูงอายุเช่นกัน หากมีการออมไว้ล่วงหน้าก็จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาการขาดรายได้เนื่องจากการหยุดทำงานเมื่อยามสูงวัย ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ.2550 ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 69 ของผู้สูงอายุมีการออมหรือสะสมทรัพย์สินทั้งในรูปของสังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์ โดยผู้สูงอายุ

เพศชายมีแนวโน้มที่จะออมมากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมีแนวโน้มจะออมมากกว่าในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มจะมีการออมต่ำสุด[7ก] ทั้งนี้น่าจะเนื่องมาจากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในกรุงเทพมหานครที่เน้นการบริโภคนิยม รวมทั้งค่าครองชีพต่างๆ สูงกว่าภาคอื่นๆ มาก ทำให้ยากที่จะออมได้

เมื่อพิจารณามูลค่าของการออม พบว่าประมาณร้อยละ 24.3 มีทรัพย์สินหรือเงินออมที่มีมูลค่าต่ำกว่า 100,000 บาท เนื่องจากมูลค่าการออมและทรัพย์สินของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีไม่มากนัก ทำให้เพียงร้อยละ 2.9 ของผู้สูงอายุที่มี ดอกเบี้ย/ เงินออม/ ค่าเช่า สามารถนำมาใช้เป็นแหล่งหลักของรายได้[2]

**3.3 ด้านสุขภาพ**

การมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมสูงวัย ย่อมหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในสาเหตุและแบบแผนของการเจ็บป่วยและการตายของประชากร ซึ่งจะส่งผลต่อระบบการให้บริการทางด้านสุขภาพที่ต้องปรับเปลี่ยนทั้งในด้านแนวนโยบาย การบริหารจัดการ งบประมาณ และโครงการ

ประเทศพัฒนาแล้วในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ดูเหมือนว่าระบบบริการสาธารณสุขได้พัฒนาไปมาก ประชากรไม่เพียงแต่มีอายุยืนยาวขึ้น แต่ใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดียาวนานขึ้นด้วย ข้อมูลจากการศึกษาหลายแหล่ง ได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือพิการลดลงเป็นลำดับ[9,10,11] ที่เป็นเช่นนี้น่าจะเนื่องมาจากคนสูงอายุในรุ่นหลังๆ มักจะได้รับการศึกษามากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การดูแลรักษาสุขภาพที่ดีขึ้น[12] ประกอบกับเทคโนโลยี นโยบายและระบบงานสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเป็นลำดับ

ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา ผลกระทบของการเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัย ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดูเหมือนจะรุนแรงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก เนื่องจากช่วงเปลี่ยนผ่านทางประชากรนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลายประเทศยังขาดความพร้อมทั้งในด้านทรัพยากร องค์ความรู้ บุคลากร และเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น[13,14] จากรายงานโครงการศึกษาวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปีพ.ศ.2549 แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคทางเดินหายใจ[15]

นอกจากการเจ็บป่วยเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพ หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น ผลการศึกษาล่าสุดจากรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2545-2549) ให้ผลที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ พบว่าโดยรวมแม้ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่จำนวนปีที่ต้องพึ่งพา หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนไม่สามารถช่วยตนเองได้กลับเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนปีที่จะมีชีวิตอยู่อย่างพึ่งพา

ของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ระหว่าง ปีพ.ศ.2545 กับปีพ.ศ.2550 เพิ่มขึ้นจาก 0.5 ปี เป็น 0.6 ปีในเพศชาย และจาก 0.9 ปี เป็น 1.1 ปี ในเพศหญิง สะท้อนให้เห็นว่าการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้น ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพผู้สูงอายุจะดีขึ้น แต่ในบางช่วงของชีวิตกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

แบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเสื่อมของร่างกายตามวัย และโรคเรื้อรัง ยากที่จะรักษาให้หายขาด แต่ต้องได้รับการดูแลรักษาไปอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จึงหมายถึงการที่ระบบการสาธารณสุขต้องมีการปฏิรูปให้ทันกับอุปสงค์ที่เปลี่ยนไป ต้องพัฒนาบริการแบบองค์รวมที่ผสมผสานระหว่างการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู รวมทั้งต้องปรับระบบสวัสดิการด้านการแพทย์ให้สามารถรองรับปริมาณของประชากรสูงอายุด้วย

## 4. ประเด็นท้าทายจากการสูงวัยของประชากร

กระบวนการสูงวัยของประชากรนี้ ไม่เพียงแต่ สะท้อนถึงโอกาสที่แต่ละคนจะมีชีวิตอยู่รอดยาวนานขึ้น หรือต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่การก้าวสู่สังคมสูงวัยได้กลายเป็นสิ่งท้าทาย สำหรับครอบครัว ชุมชน และรัฐบาล ในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข อันอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

### 4.1 การดูแลผู้สูงอายุ

กรณีประเทศไทยนั้น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น การมีอายุยืนยาวขึ้นดูเหมือนว่าจะตามมาด้วยการขยายระยะเวลาการเจ็บป่วย (Morbidity expansion) หรือช่วงเวลาที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้น[16,17]

ยิ่งไปกว่านั้นจากแนวโน้มของการเพิ่มประชากรสูงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนและจำนวนของประชากรวัยสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยที่ชราภาพเต็มที่ สุขภาพร่างกายย่อมถดถอยเป็นลำดับ จนในที่สุดก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและการตายได้ ด้วยเหตุนี้ความต้องการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิตน่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการคาดประมาณว่า ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวเนื่องจากมีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะความจำเสื่อมจะมีมากกว่า 700,000 คน ในปี พ.ศ.2563[16,18]

#### 4.1.1 ระดับครอบครัว

ในกรณีของประเทศไทยนั้นที่ผ่านมาสถาบันครอบครัวเป็นหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุ มีผู้สูง อายุเพียงส่วนน้อยที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือสถานบริบาล[6,19] จากรายงานการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ระยะแรก ซึ่งใช้ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ ปีพ.ศ.2550 ได้

แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) เป็นบุตร ร้อยละ 28 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 8.6 เป็นญาติอื่นๆ และที่เหลืออีกร้อยละ 4 ไม่ใช่ญาติหรือเป็นผู้ดูแลรับจ้าง และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ ปีพ.ศ.2545 จะเห็นแนวโน้มว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตรมีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย (จากร้อยละ 64 ในปี พ.ศ.2545 เหลือประมาณ ร้อยละ 59 ในปี พ.ศ.2550) [7ก]

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมอาจส่งผลให้ค่านิยมในการที่บุตรต้องแสดงความกตัญญูด้วยการดูแลเกื้อหนุนบิดามารดาในยามสูงอายุแปรเปลี่ยนไป หรือความบีบคั้นทางเศรษฐกิจจากค่าครองชีพที่สูงขึ้น และทิศทางการพัฒนาที่มุ่งเน้นความสำเร็จด้านวัตถุ อาจส่งผลให้บุตรไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้อย่างดี จนทำให้เป็นที่วิตกว่า การมีบุตรเพียงคนเดียวหรือมีจำนวนน้อย จะทำให้บุตร อาจจะต้องดูแลผู้สูงอายุหลายคน ทั้งที่เป็นบิดามารดาของตนและของคู่สมรส นอกจากนี้ผู้ที่เป็นปู่ย่า ตา ยาย ก็อาจมีหลานเพียงคนเดียว นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีบุตรน้อยลง และแนวโน้มของการที่บุตรย้ายถิ่นและอาศัยอยู่คนละจังหวัดกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้บุตรไม่สามารถให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุดังเช่นที่เคยเป็นมาในอดีต

การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น นอกจากจะมีใครสักคนเป็นผู้ดูแลในยามที่ต้องการแล้ว ยังต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้และมีทักษะด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากต้องเจ็บป่วยเป็นเวลานานหรือมีภาวะทุพพลภาพ จากการประเมินถึงความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งวัดจากความรู้พื้นฐานใน 3 เรื่อง คือ 1) อาการท้องผูกในผู้สูงอายุสามารถป้องกันหรือบรรเทาได้ด้วยอาหารชนิดใด 2) ผู้สูงอายุควรได้ดื่มน้ำสะอาด (รวมทั้งอาหารเหลว น้ำผลไม้ ซุป วันละกี่แก้ว) และ 3) ถ้าผู้สูงอายุมีไข้สูงเป็นเวลามากกว่า 2 วัน ท่าน (ผู้ดูแล) ควรทำอย่างไร พบว่าสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในการดูแล (คือสามารถตอบคำถามถูกทั้ง 3 ข้อ) มีประมาณ 1 ใน 3 ทั้งในผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุทั่วไปและที่ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือออกจากบ้านไม่ได้ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ออกจากบ้านไม่ได้ ผู้ดูแลในกรุงเทพฯ มีความรู้ในสัดส่วนที่สูงที่สุด (ร้อยละ 44.7) และภาคกลางตะวันตกที่สุด (ร้อยละ 23.6) แม้ว่าในทุกภาคสัดส่วนผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสูงกว่าเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 20) ที่ตั้งไว้ในแผนผู้สูงอายุ[20] แต่ในภาพรวมเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า การที่สมาชิกในครอบครัวเป็นหลักในการดูแล อาจจะมีข้อจำกัดด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีความพิการที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งในหลายกรณีต้องการผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางด้านการพยาบาลหรือได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีทางเลือกอื่นๆ ที่จะเข้ามารองรับหรือมาเสริมในส่วนที่ครอบครัวไม่สามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการโดยชุมชน ภาครัฐ และภาคเอกชน

โดยสรุป การที่จะคงไว้ซึ่งบทบาทของครอบครัวในภาวะที่ระดับเจริญพันธุ์ลดลงอย่างมากและภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายอย่างมาก ต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว รวมทั้งจะทำอย่างไร ที่จะให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลานอย่างมีคุณภาพ ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต ก็เป็นเรื่องที่ท้าทายอีกเช่นกัน

### 4.1.2 ระดับชุมชน

จากแนวการดำเนินงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพจนถึงวาระสุดท้ายในบ้านหรือในชุมชน ทำให้ระบบการดูแลโดยชุมชนได้รับการส่งเสริมมากขึ้นเป็นลำดับ ดังเช่นการส่งเสริมให้มีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้สมาชิกในชุมชน หรือผู้สูงอายุในชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือ หรือเข้าเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือตามบ้าน นอกจากนี้มีชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนหนึ่ง ได้รับการถ่ายโอนบ้านพักคนชราบางส่วนไปอยู่ภายใต้การดูแล และมีโครงการนำร่องโดยภาครัฐและเอกชนที่ทดลองจัดให้มีระบบและสถานบริบาลในชุมชน

อาจกล่าวได้ว่าที่ผ่านมาบทบาทของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุนั้นยังมีค่อนข้างจำกัด การส่งเสริมการกระจายอำนาจทำให้ชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น น่าจะสามารถพัฒนาบทบาทในด้านการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เพื่อเสริมบทบาทของครอบครัว หรือเป็นตาข่ายรองรับในส่วนที่ครอบครัวไม่สามารถทำได้ แต่ทั้งนี้จะสำเร็จได้ต่อเมื่อชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมและการเป็นพี่เลี้ยงจากรัฐ

### 4.1.3 ระดับประเทศ

ที่ผ่านมา ระบบการดูแลของรัฐนั้นพยายามที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โครงการต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่จึงเป็นโครงการเสริมศักยภาพครอบครัวและชุมชน ได้แก่ โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและศูนย์เอนกประสงค์ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ของกระทรวงการสาธารณสุข โครงการส่งเสริมสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับความร่วมมือจากกระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นต้น อย่างไรก็ดีเป็นที่น่าสังเกตว่าโครงการที่จัดทำขึ้นแม้จะมีการพยายามขยายขอบเขตการให้บริการ แต่ก็ยังครอบคลุมประชากรสูงอายุได้เพียงส่วนน้อย อาทิเช่น โครงการอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากลำบาก ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ซึ่งโครงการนี้เริ่มจากโครงการนำร่องใน 8 จังหวัดในปี พ.ศ. 2545 และสามารถขยายผลไปยัง 75 จังหวัดในปี พ.ศ.2550 และมีผู้ที่ผ่านการอบรมและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 4,577 ราย มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล 37,495 คน[21]

ที่ผ่านมารัฐได้จัดการสงเคราะห์ในลักษณะของการดูแลในสถาบันให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากไร้ไม่มีครอบครัวเกื้อหนุน จึงได้มีการสร้างบ้านพักหรือสถานสงเคราะห์คนชราเพื่อรองรับ มีบริการทั้งในด้านสังคมสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมต่างๆ รวมถึง การรักษาพยาบาล เป็นที่น่าสังเกตว่าบ้านพักคนชรานี้วัตถุประสงค์หลักไม่ได้มีไว้เพื่อดูแลสูงอายุที่เจ็บป่วย แต่เมื่อเวลาผ่านไปสมาชิกของบ้านพักคนชราเริ่มมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น จึงเริ่มมีการเตรียมพื้นที่ในบ้านพักคนชราที่ต้องนอนติดเตียง อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญของบ้านพักคนชราของรัฐ คือ การขาด

แคลนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำสถานที่เหล่านี้ ในปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนที่ไม่ได้ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ปรับเปลี่ยนสถานภาพเป็นศูนย์การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ 12 ศูนย์ เพื่อให้เป็นต้นแบบในการจัดสวัสดิการ โครงการจัดทำมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์การทำนวัตกรรมรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างไรก็ดีสถานบริการเหล่านี้ไม่ได้มีอยู่ในทุกจังหวัดไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างมาก[20]

นอกจากการดูแลผู้สูงอายุในรูปสถานสงเคราะห์แล้ว ได้มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปของคลินิกผู้สูงอายุ ในสถานพยาบาลของรัฐบางแห่งเริ่มมีโครงการเยี่ยมบ้าน ส่วนภาคเอกชนนั้นมีโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิทางศาสนาบางแห่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังพักรักษาตัวจนกว่าเสียชีวิต นอกจากนี้ยังเริ่มมีการจัดตั้งสถานบริบาล (nursing home) สถานฝึกอบรมผู้ดูแล และบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุโดยภาคเอกชนแต่ยังให้บริการได้ในวงจำกัด และยังมีปัญหาในเรื่องความเป็นธรรมในการคิดค่าใช้จ่าย และคุณภาพของบริการเนื่องจากในปัจจุบันยังขาดกฎหมายที่จะควบคุมมาตรฐานบริการและมาตรฐานผู้ดูแล[18,20,,22]

ด้วยเหตุที่การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันยังทำได้ในขอบเขตจำกัด เพื่อที่จะสามารถรองรับความท้าทายจากสังคมสูงวัยได้ รัฐจึงควรเร่งพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) ให้สอดคล้องกับความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยเน้น “ความพอเพียง” “คุณภาพ” “ความหลากหลาย” และ “ความยั่งยืน” ของระบบบริการ โดยควรมีบริการให้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการดูแลรักษาและฟื้นฟู ทั้งที่บ้าน ชุมชน และสถานบริการของรัฐ

การจัดบริการสุขภาพนี้ ควรกำหนดรูปแบบให้สอดคล้องกับความต้องการ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ระบบการบริบาลช่วงกลางวันหรือระบบผู้ดูแลประเภทวิชาชีพ และประเภทอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยหรือมีโรคเรื้อรังแต่พอช่วยตนเองได้ ระบบการดูแลบางช่วงเวลาหรือสถานพักฟื้นและระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นต้น

นอกจากนี้ ควรเร่งให้มีการกำหนดกฎหมายที่จะควบคุมมาตรฐานของสถานบริบาลผู้สูงอายุตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย ตลอดจนควรมีการเตรียมบริการ หรือทางเลือกเรื่องที่พักอาศัยยามสูงอายุในรูปแบบอื่นๆ ไว้ด้วย นอกเหนือจากการเน้นให้พักอาศัยอยู่กับบุตร เช่นการเพิ่มจำนวนบ้านพักคนชรา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงลักษณะของผู้สูงอายุในอนาคต เช่น มีการศึกษาสูงขึ้น เป็นโสดหรือหย่าร้างมากขึ้น มีบุตรน้อยลง อาจทำให้รสนิยมหรือความต้องการด้านที่อยู่อาศัยมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น ควรมีการปรับรูปแบบบริการจำเป็นพื้นฐานบางอย่างให้ผู้สูงอายุสามารถรับบริการได้ที่บ้านหรือมีการจัดส่งให้ตามบ้าน รวมทั้ง ควรมีการส่งเสริมนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างปลอดภัย ลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ และพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อช่วยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย หรือทุพพลภาพ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้โดยสะดวก เทคโนโลยีที่จะนำมาใช้นี้ ควรคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ และมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และภูมิปัญญาในท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

### 4.2 ความยากจนในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างให้ภาพที่สอดคล้องกันว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ เน้นการบริโภค และการแข่งขันเพื่อความสำเร็จ การเชื่อมโยงโลกเข้าด้วยกันทั้งเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม โดยผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยในเวลาอันรวดเร็ว จึงยิ่งเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการทำงานเชิงเศรษฐกิจได้ไม่มากนัก ประกอบกับเทคโนโลยี กระบวนการผลิต และการบริหารจัดการมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองว่า มีศักยภาพในการผลิต มีความคิดสร้างสรรค์ลดลง และยากที่จะปรับตัวได้ทันกับนวัตกรรมใหม่ๆ ขณะเดียวกันสภาพทางร่างกายก็เสื่อมถอยลงเป็นลำดับ และโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มักเป็นโรคที่ใช้เวลารักษานาน ไม่หายขาด แต่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก ดังนั้นวัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่เสี่ยงกับความยากจนมากที่สุด เนื่องจากหารายได้ยาก แต่ต้องใช้เงินรายได้หรือเงินออมหรือเงินจากสวัสดิการต่างๆ ไปในการดูแลรักษาสุขภาพ

หากนิยามให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปีเป็นผู้สูงอายุที่ยากจน (โดยอิงกับเส้นความยากจนของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2550 ที่ 1,443 บาทต่อเดือน) จะพบว่ากว่า 1 ใน 3 ของประชากรสูงอายุอยู่ในภาวะยากจน โดยภาคเหนือมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 44.8) และกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 11.8)[20]

#### 4.2.1 รายได้/ การทำงาน

เมื่อเทียบกับประชากรวัยแรงงาน ประชากรสูงอายุมีโอกาสน้อยกว่าที่จะได้ทำงาน โดยเฉพาะการทำงานในภาคทางการ ซึ่งมักมีการกำหนดวัยเกษียณหรือหยุดการทำงาน เนื่องจากมองว่าศักยภาพการผลิตของคนในวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะลดลงเป็นลำดับ ในปัจจุบัน รัฐได้พยายามส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกลุ่มอาชีพเสริมเพื่อหารายได้ แต่ก็มักจะพบว่าเป็นงานที่ให้รายได้ไม่มากนักและมักขาดตลาดที่จะรองรับผลผลิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การจัดการอบรมต่างๆในด้านการส่งเสริมอาชีพส่วนใหญ่จะเน้นงานสำหรับกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งงานเหล่านั้นมักจะไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายหรือทักษะของผู้สูงอายุ แม้ผู้สูงอายุบางส่วนจะมีโอกาสทำงานในภาคเกษตรและภาคนอกระบบแต่ก็มีรายได้ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับงานในภาคทางการหรือในระบบ

การที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะไม่ทำงาน หรือทำงานก็มีรายได้ไม่สูงนัก และบุตรยังคงเป็นแหล่งหลัก ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพจะเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ดังนั้นการขาดความสมดุลระหว่างรายได้กับค่าใช้จ่ายอาจนำไปสู่ภาวะยากจนของผู้สูงอายุ

ด้วยเหตุนี้ รัฐจึงควรหาแนวทางที่จะส่งเสริมการจ้างงานประเภทที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และควรหาแนวทางในการพัฒนาทักษะการทำงานของผู้สูงอายุ

### 4.2.2 การขาดหลักประกันเศรษฐกิจที่ทั่วถึง พอเพียงและมั่นคง

นอกจากบุตรจะเป็นผู้ดูแลหลักที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยแล้ว บุตรยังเป็นหลักประกันทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประชากรสูงอายุในประเทศไทย แม้ว่าสภาพเศรษฐกิจและสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่จากข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุครั้งล่าสุดยังให้ภาพที่ชัดเจนว่า กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุยังมีรายได้หลักมาจากการเกื้อหนุนของบุตร[2] นอกจากนี้ยังพบว่า เกือบร้อยละ 80 ของประชากรอายุ 18-59 ปีซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุรุ่นถัดๆไป ยังคงคาดหวังที่จะได้รับการเกื้อหนุนด้านการเงินจากบุตรเป็นหลักเช่นกัน[7ข] อย่างไรก็ตาม จำนวนบุตรและประชากรในวัยแรงงานที่จะให้การเกื้อหนุนไม่โดยทางตรงหรือทางอ้อมแก่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง ทำให้เริ่มมีความสนใจกันถึงระบบประกันรายได้ยามสูงวัยหรือยามชราภาพจากรัฐกันมากขึ้น[23,24] หากข้อมูลภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน การจะหวังพึ่งพาระบบประกันทางรายได้จากรัฐเป็นแหล่งหลัก พบว่าระบบสวัสดิการเพื่อยามสูงอายุของรัฐยังสามารถครอบคุลมประชากรสูงอายุเพียงส่วนน้อย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ชี้ให้เห็นว่า มีไม่ถึง 1 .ใน 5 ของประชากรสูงอายุที่มีหลักประกันรายได้ในรูปของบำเหน็จ บำนาญ กองทุนประกันสังคม หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ[20]

ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับยามสูงอายุที่รัฐและเอกชนจัดขึ้นในปัจจุบันครอบคลุมเฉพาะกลุ่มแรงงานภาคในระบบ จากการสำรวจแรงงานนอกระบบ ปี พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ* พบว่า ในจำนวนผู้มีงานทำประมาณ 37.1 ล้านคน จัดเป็นแรงงานในระบบประมาณ 13.8 ล้านคน และแรงงานนอกระบบ (ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในด้านการเกษตรและประมง พนักงานบริการ และอาชีพอิสระหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว) ประมาณ 23.3 ล้านคน และแรงงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบยังขาดหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับยามสูงอายุ[24] และจากรายงานการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแหงชาติฉบับที่ 2 พบว่า เพียงประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุ 30-59 มีหลักประกันด้านเศรษฐกิจสำหรับยามสูงอายุในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง[20]

นอกจากนี้ การที่อัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุนของประชากรในวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุลดลงเป็นลำดับ หากใช้ระบบการเก็บภาษีจากวัยทำงานเป็นหลักในการให้สวัสดิการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ระบบดังกล่าวยากที่จะมีความยั่งยืน เนื่องจากฐานของประชากรวัยแรงงานจะแคบลงเป็นลำดับเพราะการลดลงของระดับเจริญพันธุ์มาอยู่ในระดับต่ำ หากจะให้สามารถรองรับประชากรวัยสูงอายุได้ ก็หมายความว่าแรงงานที่มีปริมาณลดลงนี้ต้องมีคุณภาพหรือมีศักยภาพในการสร้างผลผลิตในเชิงเศรษฐกิจสูง ตราบใดที่ศักยภาพของแรงงานยังไม่เปลี่ยนแปลงก็ยากที่จะสร้างระบบหลักประกันที่มั่นคงให้แก่ผู้สูงอายุได้ และอาจจะนำไปสู่การเพิ่มภาระของวัยแรงงานอย่างมาก อันอาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างประชากรวัยแรงงานกับประชากรวัยสูงอายุในการใช้ทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัด

---

* สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2550.
(service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/labour_ext50.pdf)

ในปัจจุบัน เริ่มมีหลายชุมชนที่ให้ความสนใจในเรื่องการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้กับผู้สูงอายุ ด้วยการส่งเสริมการออมในรูปของกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ การดำเนินงานในส่วนนี้ แม้จะเป็นหลักการที่ดีในการส่งเสริมการออมโดยสมัครใจ แต่อาจจะไม่ยั่งยืน เนื่องจากระบบที่พัฒนาขึ้น มักอิงกับตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคล การสร้างหลักประกันยามสูงวัยด้วยการออม ต้องทำเป็นกองทุนขนาดใหญ่เพื่อให้พอเพียงที่จะจ่ายให้กับประชากรสูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การบริหารกองทุนมีความเสี่ยงสูง จึงต้องอาศัยมืออาชีพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ ซึ่งชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดผู้ที่มีทักษะในส่วนนี้ การดำเนินการเองโดยสมาชิกในชุมชน อาจทำให้โครงการไม่ประสบผลสำเร็จ

ด้วยเหตุนี้ รัฐจึงควรเร่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ โดยส่งเสริมการออมและระบบบำนาญแห่งชาติ เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานภาคนอกระบบยังขาดหลักประกันด้านเศรษฐกิจยามสูงอายุ หน่วยงานภาครัฐควรร่วมกันในการเป็นแกนผลักดันงานนี้ และต้องทำอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ทันกับสภาวการณ์ด้านผู้สูงอายุ ที่มีกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เคลื่อนเข้าสู่สังคมไทยอย่างรวดเร็วและรุนแรง ที่สำคัญการดำเนินนโยบายต่างๆ ต้องคำนึงว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ในขณะที่ทรัพยากรของชาติมีอยู่อย่างจำกัด ไม่ควรจะเน้นการแจก หรือการให้ในเชิงวัตถุ แต่ควรเน้นการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของแต่ละบุคคลด้วย การกำหนดนโยบายควรน้อมนำแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ ให้แต่ละคนรู้จักคิด รู้จักใช้เหตุผลในการดำเนินชีวิต ในการสร้างหลักประกันด้านรายได้ของตน รัฐเองก็ต้องพิจารณาให้รอบคอบว่า ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดจะใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างไรกับประชากรของประเทศในวัยต่างๆ โดยคำนึงข้อจำกัดด้านการเงินการคลังของประเทศ ควรเน้นการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนออม และรัฐควรจัดเตรียมระบบรองรับไว้หลายชั้นทั้งที่เป็นในรูปสวัสดิการพื้นฐาน การออมภาคบังคับ การออมภาคสมัครใจ โดยส่งเสริมให้ภาคเอกชน ชุมชน ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ส่วนรัฐทำหน้าที่กำกับและส่งเสริมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและทั่วถึง

**4.3 พฤฒิพลัง/ ผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์**

การพัฒนาที่มุ่งเน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองในเชิงลบว่าเป็นผู้ที่เป็นภาระ เนื่องจากไม่ได้ทำงานในเชิงเศรษฐกิจ หรือถ้าทำงานก็ให้ผลผลิตต่ำ ที่จริงแล้วผู้สูงอายุยังมีคุณค่าเพราะเป็นบุคคลสั่งสมประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาอย่างยาวนาน และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม หรือใช้พฤฒิพลังให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้มีเป็นจำนวนไม่น้อย แต่ยังไม่ได้มีการนำศักยภาพของประชากรกลุ่มนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติอย่างเต็มที่ เช่น สามารถเป็นอาสาสมัครให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน หรือ การดึงกลุ่มข้าราชการที่เกษียณ หรือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดีให้มาร่วมในงานสาธารณประโยชน์หรืองานอาสาสมัครต่างๆ ที่ผ่านมาแม้รัฐจะได้ทำการรวบรวมและจัดทำทะเบียนคลังปัญญาผู้สูงอายุ วุฒิอาสา และจัดกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาโดยให้ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้เป็นวิทยากร แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะแต่ละหน่วยงานหรือแต่ละพื้นที่ต่างก็จัดทำทะเบียนของตน ไม่มีการ

เชื่อมโยงประสานงานกัน แม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางส่วนได้เข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญในการเป็นคลังสมองให้กับภาครัฐและเอกชน แต่เชื่อว่าน่าจะมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้ไปขึ้นทะเบียน หรือขึ้นทะเบียนไว้แต่ไม่ได้มีบทบาทหรือได้รับการมอบหมายให้เข้ามาร่วมพัฒนาสังคม

นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า การเป็นอาสาสมัครทำงานเพื่อสังคม ยังไม่เป็นที่นิยมในหมู่ผู้สูงอายุไทย ที่ผ่านมาบทบาทของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นการช่วยในการแบ่งเบาภาระของครอบครัว เช่นการช่วยงานของครอบครัว การทำงานบ้าน หรือการดูแลหลาน การเป็นผู้สูงอายุที่เป็นประโยชน์อาจจะพิจารณาได้จากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายนอกครัวเรือน เช่น จากการเป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มหรือชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2550 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม ดังจะเห็นได้ว่ามี เพียงร้อยละ 1.9 ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มอาชีพได้เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มในรอบปีที่ผ่านมา หรือเพียงประมาณร้อยละ 21 ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม สำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากที่สุดกว่าร้อยละ 70 คือกิจกรรมของชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมรื่นเริง ตามเทศกาล เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์

ประเด็นที่ท้าทายคือ จะทำอย่างไรที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเข้ามามีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม จะทำอย่างไรถึงจะส่งเสริมค่านิยมในการเป็นอาสาสมัครทำงานเพื่อสาธารณประโยชน์ รวมทั้งจะทำอย่างไรให้คนในสังคมมองผู้สูงอายุในทางบวก ตระหนักถึงคุณค่าผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุตามปรัชญาของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่กล่าวไว้ว่า “ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มิใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม และถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยผู้สูงอายุเท่านั้น” และ “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม”[25]

### 4.4 การเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย

#### 4.4.1 ระดับประเทศ

รัฐได้ตระหนักถึงผลกระทบของการก้าวสู่สังคมสูงวัยมากขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จากการที่รัฐได้กำหนดให้ยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 อีกทั้งยังได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางของนโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะยาว ซึ่งในแผนดังกล่าวนับว่าเป็นแผนระดับชาติที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการไว้อย่างชัดเจนว่า ให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการกำหนดดัชนีและเป้าหมายของมาตรการภายใต้ยุทธศาสตร์ต่างๆ ไว้อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อใช้เป็นเครื่องชี้วัดผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานตามแผนดังกล่าว

ภาพรวมของการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ พบว่ายุทธศาสตร์ที่มีจำนวนดัชนีที่ได้รับการประเมินผ่านในสัดส่วนที่ต่ำสุด (ผ่านเพียงร้อยละ 50) คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การ

เตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ โดยดัชนีที่ 1 อัตราการครอบคลุมการประกันยามชราภาพในกลุ่มประชากรอายุ 30-59 ในมาตรการที่ 1 เรื่องหลักประกันรายได้เพื่อยามสูงวัย ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังพบว่าในมาตรการที่ 2 ด้านการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ยังไม่ได้มีการดำเนินการเรื่องการกำหนดเวลาที่ต้องมีการบรรจุหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยในชั้นประถมและมัธยมศึกษา รวมถึงยังขาดการให้ความรู้เกี่ยวกับวงจรชีวิต กระบวนการชรา และความรู้ด้านการเตรียมตัวเพื่อยามสูงอายุ

ด้วยเหตุนี้ รัฐจึงควรเร่งการสร้างความรู้และความตระหนักให้กับสมาชิกในสังคมโดยผ่านกระบวน การ การให้การศึกษา การให้ความรู้ทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียน โดยเร่งดำเนินงานพัฒนาหลักสูตรต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ เช่น การปลูกฝังการดูแลป้องกันสุขภาพตั้งแต่วัยเด็ก การเสริมสร้างให้เด็กตระหนักในคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงวัย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย กระบวนการสูงวัย ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อยามสูงวัย เป็นต้น นอกจากนี้ควรส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตและการให้การอบรมเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพและการหารายได้ที่เป็นหลักสูตรเฉพาะที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

นอกจากปัญหาด้านหลักประกันรายได้และด้านการให้การศึกษาแล้ว ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือสภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของประชากรสูงอายุ แม้ว่าผลการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบกับข้อมูลการสำรวจชุดเดียวกันในอดีต แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีสภาพที่อยู่อาศัยที่ดีขึ้น มีสภาพบ้านที่มั่งคงแข็งแรงกว่าในอดีต[2] อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่อยู่อาศัยในบ้านที่มีสภาพเหมาะสมและเอื้อต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (บันไดบ้านมีราวให้ยึดเกาะ ห้องน้ำมีราวให้ยึดเกาะ ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง ห้องน้ำอยู่ในบ้าน ชนิดของห้องส้วมเป็นส้วมนั่งห้อยเท้า) โดยกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่ได้มาตรฐานหรือมีสภาพเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 3.2 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนต่ำสุด เพียง ร้อยละ 0.2 [20] เมื่อพิจารณาสภาพแวดล้อมในที่สาธารณะนั้น พบว่าในปีพ.ศ.2548 ได้มีการประกาศใช้กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา โดยบังคับใช้กับอาคารที่สร้างหลังวันที่กฎกระทรวงนี้ประกาศบังคับใช้ จากการประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในสถานที่สาธารณะ พบว่า เมื่อประเมินโดยใช้เกณฑ์เพียงแค่ การมีทางลาดเป็นทางเดิน การมีราวบันไดหรือบันไดเลื่อนหรือลิฟท์ในกรณีที่อาคารสูงกว่า 1 ชั้น และการมีห้องสุขาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและเปิดให้ใช้และไม่ชำรุด โดยทำการสำรวจสถานที่สาธารณะเช่น โรงพยาบาล ศาลากลางจังหวัด ที่ว่าการอำเภอ ห้างสรรพสินค้า สวนสาธารณะ สถานีขนส่ง สนามบิน ท่าอากาศยาน และสถานีรถไฟ ในเขตกรุงเทพมหานคร และเมืองหลัก เมืองรองทั้ง 4 ภาค พบว่า ผลการประเมินภาพรวมยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุนี้ได้รับความสนใจและการนำไปปฏิบัติน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาคารและสถานที่ราชการซึ่งเป็นอาคารเก่าสร้างขึ้นก่อนปี พ.ศ.2548 แทบจะไม่มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมหรือติดตั้งสิ่งอำนวยความ

สะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ[20] และหากพิจารณาในมิติด้านลักษณะ หรือคุณภาพ หรือตามมาตรฐานของสิ่งอำนวยความสะดวกแต่ละประเภทที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงดังกล่าว น่าจะมีสัดส่วนที่ผ่านตามมาตรฐานน้อยกว่าที่ปรากฏในการประเมินผลครั้งนี้อย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของภาวดี ธนวิสุทธิ์ กิตติอร ศิริสุข และไตรรัตน์ จารุทัศน์ (2551) โครงการสำรวจอาคารสถานที่สาธารณะที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ที่ศึกษาลักษณะกายภาพและสถานที่สาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้เกณฑ์อิงจากกฎกระทรวงฯ พบว่าอาคารของรัฐวิสาหกิจมีสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรมากกว่าของราชการและของเอกชน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีอาคารของหน่วยงานใดผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 50

การขาดการเตรียมสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยนี้ เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างสะดวกและปลอดภัย น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งน่าจะเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ด้วย

**4.4.2 ระดับชุมชน**

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรที่เกิดขึ้นตามการกระจายอำนาจและเข้ามามีบทบาทในวิถีชีวิตของชุมชนมากขึ้นเป็นลำดับ มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ และสังคม ทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่และผู้สูงอายุอย่างแท้จริง การเข้าถึงปัญหาทำได้รวดเร็ว ง่าย และแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดกว่าหน่วยงานอื่นๆ

ในทางทฤษฎี การถ่ายโอนงานด้านผู้สูงอายุไปสู่ท้องถิ่น น่าจะช่วยให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น แต่ในภาคปฏิบัติกลับพบว่า ยังมีปัญหาอุปสรรคทั้งในด้านกระบวนการบริหารจัดการ กำลังคน และงบประมาณ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ มักจะให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการงานด้านโครงสร้างพื้นฐานเป็นลำดับต้น งานด้านผู้สูงอายุเป็นประเด็นรองลงมา ทั้งนี้ เพราะงานด้านโครงสร้างพื้นฐานมีผลงานหรือผลผลิตที่วัดได้เป็นรูปธรรม และยังเป็นที่ต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ขณะที่งานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นงานที่ส่งผลในระยะยาว ไม่เห็นเป็นรูปธรรมทันที

หน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โครงการและกิจกรรมส่วนใหญ่มักจะเป็นงานเฉพาะกิจ ดำเนินงานเป็นครั้งคราว “ตามเทศกาล ตามประเพณี” ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และบ่อยครั้งโครงการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุถูกใช้เพื่อเป็นฐานเสียงหรือแสวงหาผลประโยชน์ทางการเมืองเท่านั้น ไม่ได้เป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ยังพบว่างานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนดำเนินไปโดยขาดข้อมูลรองรับ ทำให้เกิดบริการไม่ทั่วถึง ไม่เป็นธรรม ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาให้มีระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ที่สะท้อนถึงลักษณะทางประชากรและปัญหาและความต้องการที่สำคัญๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งฐานข้อมูลนี้ควรมีในทุกชุมชน และเชื่อมโยงเข้าสู่ส่วนกลางเพื่อให้ได้

ภาพรวมของทั้งประเทศ และควรกำหนดให้มีหน่วยงานส่วนกลางหน่วยหนึ่งรับผิดชอบเป็นศูนย์รวมของข้อมูล เพื่อจะได้เห็นภาพทั้งหมดของผู้สูงอายุทั้งประเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดและปรับเปลี่ยนนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชน และระดับประเทศ

### 4.4.3 การขาดการเตรียมการในระดับบุคคลเพื่อยามสูงวัยอย่างเพียงพอ (หลายส่วนคล้ายกับบทชุมชนกับผู้สูงอายุ)

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า ประมาณร้อยละ 57 ของผู้สูงอายุได้เตรียมการด้านใดด้านหนึ่งเพื่อยามสูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นการสำรวจเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับประเทศเป็นครั้งแรก ในปีพ.ศ. 2539[30] พบว่าเพียงประมาณ 4 ใน 10 ของผู้สูงอายุที่เคยเตรียมการด้านใดด้านหนึ่งเพื่อยามสูงอายุ

เมื่อนำข้อมูลของประชากรสูงอายุรุ่นปัจจุบัน (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ไปเปรียบเทียบกับผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2550[7ข] พบแนวโน้มที่น่าสนใจ คือ สัดส่วนของผู้ที่คิดและได้เตรียมการเพื่อยามสูงวัยในด้านใดด้านหนึ่ง* ได้เพิ่มขึ้นตามรุ่นปี จากกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 20 ปีซึ่งมีสัดส่วนผู้ที่เตรียมการเพื่อยามสูงอายุ ร้อยละ 57.1 เป็นร้อยละ 85.5 ในประชากรอายุ 50-59 ปี และกลับมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 1) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ประชากรที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเตรียมตัวมากกว่าประชากรในรุ่นที่สูงอายุแล้ว หรือในรุ่นหนุ่มสาว การที่ประชากรในรุ่นหนุ่มสาวยังมีการเตรียมตัวกันน้อยหรือยังไม่ได้เตรียมเลยเพราะอาจคิดว่าอนาคตยังอีกนานกว่าจะเป็นผู้สูงอายุ[28]

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่าผู้ชายที่เป็นผู้สูงอายุปัจจุบันจะเตรียมตัวมากกว่าผู้หญิง ขณะที่ประชากรที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ และวัยหนุ่มสาว ผู้หญิงกลับเตรียมการเพื่อยามสูงวัยมากกว่าผู้ชาย(ตารางที่ 1)

---

* การเตรียมการเพื่อยามสูงวัยในที่นี้ หมายถึงผู้ที่คิดและได้ทำการเตรียมตัว**อย่างน้อย 1 ด้าน** ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน ด้านสุขภาพกาย ด้านการเข้าหาศาสนาหรือศึกษาธรรมะ การเตรียมผู้ดูแล การเตรียมด้านการอยู่อาศัย

**ตารางที่ 1 ร้อยละที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ**

| อายุ | ร้อยละของผู้ที่เตรียมการเพื่อยามสูงอายุ | | |
|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | รวม |
| <20 | 50.7 | 63.6 | 57.1 |
| 20-29 | 62.5 | 64.2 | 63.5 |
| 30-39 | 72.3 | 77.5 | 75.1 |
| 40-49 | 78.7 | 80.6 | 79.7 |
| 50-59 | 84.0 | 86.8 | 85.5 |
| *รวมสำหรับกลุ่มผู้ที่จะเป็นประชากรสูงอายุในอนาคต (อายุ18-59ปี)* | *74.1* | *77.3* | *75.8* |
| 60-69 | 65.3 | 63.0 | 64.0 |
| 70-79 | 49.3 | 47.2 | 48.1 |
| 80+ | 42.5 | 39.0 | 40.3 |
| *รวมสำหรับกลุ่มประชากรสูงอายุในปัจจุบัน(อายุ 60+)* | *58.5* | *55.3* | *56.7* |

ที่มา: Vipan Prachuabmoh. 2009. Gender and Ageing in Southeast Asia: Contexts, Concerns and Contradictions

เมื่อพิจารณาประเภทของการเตรียมการ ข้อมูลจากการศึกษาชุดเดียวกันยังได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นผู้สูงอายุในปัจจุบัน (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีการเตรียมการด้านสุขภาพกายมากที่สุด (ร้อยละ 44) รองลงมาคือการเตรียมตัวด้านการศึกษาธรรมะหรือเข้าหาศาสนา ร้อยละ 43.8 ถัดมาเป็นการเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 38.9) หลักประกันด้านการเงิน (ร้อยละ 38.5) และการเตรียมการด้านผู้ดูแล (ร้อยละ 34) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2538 พบรูปแบบการเตรียมการที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน กล่าวคือผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเตรียมการด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตมากกว่าด้านอื่น[26] ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากความจำกัดของภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในช่วงวัยทำงานในอดีต เป็นอุปสรรคต่อการออมหรือการเตรียมการด้านการเงินสำหรับวัยสูงอายุ แม้ว่าเคยคิดจะเตรียมการแต่ก็ไม่สามารถทำได้[27] นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเคยคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลเกื้อหนุนด้านการเงินจากบุตร จึงไม่ได้เตรียมการในด้านนี้มากนัก[2]

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต (อายุ 15-39 ปี และ 40-59 ปีในปัจจุบัน) จะพบว่าผู้จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตมีการเตรียมตัวมากกว่าผู้สูงอายุรุ่นปัจจุบันในทุกด้าน และเป็นที่น่าสังเกตว่าจะมีการเตรียมการด้านการเงินและสุขภาพ มากกว่าการเตรียมตัวเข้าหาศาสนาหรือศึกษาธรรมะ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้น่าจะเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่เน้นความสำเร็จในเชิงวัตถุ ทำให้ประชากรคำนึงถึงเรื่องเงินทองมากกว่าเรื่องจิตใจหรือธรรมะ นอกจากนี้อาจจะเป็นผลจากการรณรงค์ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ให้มีการเตรียมการด้านสุขภาพและสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจ[28]

**ตารางที่ 2: ร้อยละที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงอายุในแต่ละด้าน ในกลุ่มประชากรอายุ 18-59 ปี และอายุ ตั้งแต่60 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2550**

| ประเภทการเตรียมการ | อายุ 18-39 ปี* | | | อายุ 40-59 ปี* | | | อายุ 60+** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | รวม | ชาย | หญิง | รวม | ชาย | หญิง | รวม |
| ด้านการเงิน | 49.9 | 56.9 | 53.7 | 60.8 | 61.9 | 61.4 | 41.5 | 36.0 | 38.5 |
| ด้านที่อยู่อาศัย | 30.3 | 34.1 | 32.4 | 43.8 | 47.9 | 46.0 | 41,8 | 36.6 | 38.9 |
| ด้านสุขภาพกาย | 45.4 | 48.4 | 47.0 | 56.6 | 57.4 | 57.1 | 45.4 | 42.9 | 44.0 |
| ด้านผู้แล | 29.9 | 32.5 | 31.3 | 44.7 | 48.3 | 46.6 | 35.2 | 33.7 | 34.0 |
| ด้านการเข้าหาศาสนาหรือศึกษาธรรมะ | 27.2 | 32.2 | 30.1 | 42.9 | 46.8 | 45.0 | 43.3 | 44.2 | 43.8 |

แหล่งข้อมูล: * การสำรวจความคิดเห็นของประชากรอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2550

** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

นอกจากนี้ เมื่อถามถึงอายุที่ควรจะเตรียมการเพื่อยามสูงวัย ส่วนใหญ่ของประชากรอายุ 18-59 ปี ให้ความคิดเห็นว่าอายุ 40 ปีไปแล้วจึงค่อยเตรียมตัว ขณะที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ตอบว่าได้เตรียมการเพื่อยามสูงวัยเมื่ออายุประมาณ 50 ปี จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การเตรียมความพร้อมของในระดับบุคคลยังไม่เป็นที่น่าพอใจ มีการเตรียมตัวในบางมิติ และเตรียมล่าช้ามาก ในหลายเรื่องควรจะเตรียมตั้งแต่เด็ก หรือตั้งแต่เริ่มทำงาน เช่นการออมควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็กเพื่อให้มีวินัย และติดเป็นนิสัย เพราะที่ผ่านมา ประชากรไทยยังไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ในด้านสุขภาพเช่นกัน ก็ควรเริ่มตั้งแต่เด็ก ไม่ใช่เพิ่งสนใจเรื่องสุขภาพตอนจะเป็นสูงอายุแล้ว ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยไปแล้ว หรือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพแล้วค่อยให้ความสนใจ นอกจากนี้การเตรียมตัวนั้นควรเตรียมตัวในทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้มากและนานที่สุดทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ การอยู่อาศัย และการเงิน

ประเด็นที่ท้าทายของสังคมสูงวัยคือ จะทำอย่างไร ที่จะส่งเสริมให้ประชากรไทยแต่ละคนเตรียมตนให้พร้อม สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุดยามสูงวัย โดยยึดหลักความพอเพียงในการดำเนินชีวิต คำนึงถึงส่วนรวมและพร้อมที่จะทำประโยชน์ให้สังคมอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

### 4.5 กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง

ดังที่ได้นำเสนอไว้ข้างต้นแล้วว่า ประชากรสูงอายุไม่ได้มีลักษณะที่เหมือนกันทั้งหมด แต่มีความแตกต่างกันไป ดังนั้นการแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีลักษณะใดเป็นกลุ่มที่น่าจะด้อยโอกาส หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือน่าจะมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป จึงเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจและต้องการคำตอบอย่างมากจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและแผนรวมทั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุสัมฤทธิ์ผล

ความเปราะบาง (vulnerability) หมายถึง สภาพการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีภาระอันหนักหน่วงเกินขีดความสามารถของตนที่จะแบกรับได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางนี้จึงอยู่ในสภาวะที่ไม่มั่นคง และมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบต่างๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต สูงกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป ซึ่งความเปราะบางนี้ อาจพิจารณาได้ใน 3 ลักษณะคือกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางด้านประชากรและสังคม กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางด้านเศรษฐกิจ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางด้านสุขภาพ

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมามีงานเพียงน้อยชิ้นในประเทศไทยที่พยายามวัดหรือสร้างดัชนีเกี่ยวกับความเปราะบาง และความเปราะบางนี้สามารถวัดได้หลากหลายรูปแบบและมีความซับซ้อน จึงยังไม่มีข้อสรุปที่เห็นพ้องต้องกันว่าดัชนีหรือการวัดแบบใดที่จะสะท้อนถึงความเปราะบางได้ดีกว่ากัน ในส่วนนี้จึงเน้นพิจารณาความเปราะบางในมิติทางด้านประชากรสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ โดยนำเสนอเพียงบางดัชนีที่น่าจะใช้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางได้ และบางดัชนีเป็นดัชนีที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2

#### 4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางทางประชากรและสังคม:สตรีสูงอายุวัยปลายที่อยู่ตามลำพัง

กลุ่มผู้สูงเพศหญิงเป็นกลุ่มเปราะบาง โดยมักจะอยู่ตามลำพังหรือเป็นหม้ายมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงแค่ระดับประถมศึกษา อีกทั้งยังมีการทำงานในเชิงเศรษฐกิจน้อยกว่า หากทำงานก็มักจะทำงานในลักษณะช่วยเหลือกิจการของครอบครัว การที่ผู้สูงอายุวัยปลายมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก และส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ย่อมหมายถึง ความเสี่ยงหรือความเปราะบางของเพศหญิงยิ่งเพิ่มสูงขึ้น การต้องมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้น และเป็นไปได้ที่อาจจะขาดที่พึ่งพาหรือต้องอยู่โดยลำพัง อันอาจจะนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความเหงา ความว้าเหว่ ปัญหาด้านการขาดที่พึ่งทางเศรษฐกิจ หรือการขาดผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันหากมีปัญหาทางสุขภาพ ประเด็นท้าทายคือ รัฐและชุมชนจะเข้าถึงและให้การดูแลกลุ่มสตรีเหล่านี้ได้อย่างไรให้ทั่งถึง และรัฐจะต้องปฏิรูประบบการศึกษาและสาธารณสุขอย่างไร เพื่อที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยเพื่อลดการเกิดของโรคเรื้อรัง หรือขยายเวลาที่ผู้สูงอายุจะพึ่งพาตนเองให้ได้นานที่สุด รวมทั้งจะมีแนวทางใดบ้างที่จะลดความแตกต่างระหว่างการตายของประชากรชายและหญิง

### 4.5.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางทางเศรษฐกิจ

#### 4.5.2.1 ผู้สูงอายุที่ยากจนและขาดแหล่งพึ่งพิง

กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง (vulnerable group) ในทางเศรษฐกิจ เป็นกลุ่มที่ประสบภาวะยากลำบากซ้ำซ้อน เพราะทั้งต้องเผชิญกับภาวะความยากจนและยังขาดการช่วยเหลือการเกื้อหนุนจากครอบครัวหรือบุตร จากการประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะแรก พบว่า ผู้สูงอายุที่ยากจน คือมีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี และไม่มีแหล่งพึ่งพิงคือไม่ได้อยู่กับบุตรและไม่ได้รับการเกื้อหนุนด้านวัตถุหรือการติดต่อจากบุตร อีกทั้งยังอยู่ตามลำพัง มีร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2550 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเพียงร้อยละ 37 ที่ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ และพบว่าในหลายกรณีได้รับเบี้ยยังชีพทั้งที่ไม่ได้อยู่ในภาวะยากจน จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการให้สวัสดิการเบี้ยยังชีพที่ไม่ทั่วถึงและไม่เป็นธรรม

อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2552 รัฐได้ปรับเปลี่ยนนโยบายและแนวปฏิบัติในการให้เบี้ยยังชีพโดยให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่ได้เงินบำนาญจากรัฐ โดยให้มาขอขึ้นทะเบียน จึงทำให้เบี้ยยังชีพไม่ได้เป็นการให้เฉพาะผู้ที่ยากจน ขาดแหล่งพึ่งพิงเพื่อประทังชีวิต แต่เป็นการให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องการ ประเด็นที่ท้าทายและควรมีการติดตามต่อไป คือผู้สูงอายุที่ยากจนและขาดแหล่งพึ่งพิงซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางเหล่านี้สามารถเข้าถึงหรือได้รับเบี้ยยังชีพครบถ้วนทั้งหมดหรือไม่ เพราะดูเหมือนว่ายังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยไม่ได้มาขอขึ้นทะเบียน ประชากรกลุ่มที่มาขอจดทะเบียนมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างไรบ้างและเงินเบี้ยยังชีพที่ได้รับไปนั้นพอเพียงต่อการครองชีพสำหรับกลุ่มที่ยากจนขาดแหล่งพึ่งพิงหรือไม่ ประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการติดตามประเมินผลต่อไป เพื่อใช้ประกอบการปรับปรุงนโยบายของรัฐและแนวทางการดำเนินงานด้านสวัสดิการ เพื่อให้สามารถเข้าถึงแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางได้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

#### 4.5.2.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร

สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร ทำให้สภาพของชุมชนขาดความเข้มแข็ง ดังนั้นหากผู้สูงอายุต้องอยู่ในสภาวะที่ยากลำบากก็ยากที่ได้รับการช่วย เหลือจากชุมชน

กรุงเทพมหานครเป็นเขตปกครองพิเศษที่มีจำนวนประชากรที่อาศัยในพื้นที่มากกว่าประชากรในองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดหลายเท่าตัว จึงมีประชากรที่มีลักษณะหลากหลาย รวมทั้งยังมีประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานโดยไม่ได้จดทะเบียนย้ายเข้าให้ถูกต้อง และการที่มีประชากรอีกส่วนหนึ่งเดินทางเข้ามาทำงานในช่วงกลางวัน ทำให้ กทม. ต้องให้บริการประชากรเป็นจำนวนมาก ยากแก่การที่จะให้บริการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง เช่น บริการในด้านสาธารณสุข นอกจากนี้กลุ่มประชากรที่ไม่ได้มีชื่อปรากฏในทะเบียนราษฎร์ใน กทม. เมื่อถึงวัยสูงอายุจึงไม่สามารถได้รับสวัสดิการหรือการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ได้ เช่น ในเรื่องเบี้ยยังชีพ

เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอื่นๆ พบว่างานเรื่องเบี้ยยังชีพที่ได้รับถ่ายโอนมา ยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุในกทม. ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพในสัดส่วนที่น้อยที่สุด[20] และจากข้อมูลของ กทม. พบว่าในปี พ.ศ.2546 ซึ่งเป็นปีแรกที่รับถ่ายโอนงานด้านนี้มา มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 1,038 คน เพิ่มเป็น 5,561 ในปี พ.ศ.2549 และเป็น 19,726 ในปี พ.ศ.2551[20] และในช่วงเดือนพฤษภาคมปี พ.ศ.2551 กทม. พยายามปรับแก้ปัญหาเรื่องเบี้ยยังชีพ มีการกำหนดกฎเกณฑ์ให้ชัดเจนขึ้น ให้ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมาขึ้นทะเบียน ผลคือมีผู้มาขอจดทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพเพิ่มเติมจำนวน 9,092 คน และว่าจ้างอาสาสมัครให้ดำเนินการสำรวจว่าผู้ที่มาขอจดทะเบียนมีคุณสมบัติครบก่อนที่จะดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ ซึ่งยังอยู่ในระหว่างการสำรวจคุณสมบัติ[20] จากข้อมูลดังกล่าวยืนยันว่าสัดส่วนของผู้ที่รับเบี้ยยังชีพยังมีน้อยมากไม่ถึงร้อยละ 5 ของประชากรสูงอายุใน กทม. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพมหานครจากการดำเนินการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ก็ให้ภาพที่สอดคล้องกันว่าผู้สูงอายุที่ยากจนและขาดแหล่งพึ่งพิงยังไม่ได้รับการสงเคราะห์อย่างทั่วถึง[20]

ไม่เพียงแต่ผู้สูงอายุที่ยากจนในเขต กทม. ที่น่ากังวลถึงการขาดหลักประกันทางเศรษฐกิจ แม้กระทั่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลาง ก็น่าจะประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เนื่องจากการขาดรายได้หลังจากหยุดการทำงาน หรือเกษียณอายุ ซึ่งบางส่วนอาจจะมีบำนาญ หรือสวัสดิการจากรัฐหรือภาคเอกชน แต่ก็เป็นรายได้ที่ไม่สูงนัก ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการครองชีพในมหานครสูงมาก และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงมากเช่นกัน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลาง จึงเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับความสนใจด้วยเช่นกัน

วิถีชีวิตของประชากรในกรุงเทพมหานครที่มีการแข่งขันกันสูง ต่างคนต่างอยู่ ต่างคนต่างต้องทำมาหากิน ไม่ค่อยเอื้อต่อการรวมตัวกันของสมาชิกในแต่ละชุมชน ทำให้ขาดพลังของชุมชนเข้มแข็งที่จะเข้ามาดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือแม้กระทั่งการรวมกลุ่มในรูปของชมรมของผู้สูงอายุเองก็ทำได้ยาก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ ระบบการคมนาคมและสภาพการจราจรที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทางมาร่วมทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การที่จะได้รับสวัสดิการต่างๆ ผู้สูงอายุต้องมีหลักฐานทะเบียนราษฎร์ ในหลายกรณีพบว่า ไม่สามารถรับสวัสดิการได้เนื่องจากย้ายถิ่นมาตั้งแต่วัยทำงาน แต่ไม่ได้จดทะเบียนย้ายที่อยู่ การเข้าถึงและการจัดบริการ หรือสวัสดิการอย่างทั่งถึงและเป็นธรรมให้แก่กลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายอีกประเด็นหนึ่ง

#### 4.5.3 กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางทางสุขภาพ:กลุ่มผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพที่ขาดผู้ดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชน

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มขึ้นตามวัยด้วย จากรายงานผลติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ประชากรสูงอายุประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 พบว่าประมาณร้อยละ 3.8 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ หรือออกจากบ้านไม่ได้ พบว่าร้อยละ 18.5

หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพขาดผู้ดูแล และมีเพียงร้อยละ 28.9 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือหรือบริการจากชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ และเมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีเพียงร้อยละ 1.9 ที่เคยได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน[20] ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพทุพพลภาพและขาดผู้ดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชนจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่น่าห่วงใยเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ (2548) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางในทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ มีลักษณะเด่นร่วมกัน คือ ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง อาศัยในชนบท และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีระดับการศึกษาต่ำ[32]

**5. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในอนาคต**

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางประชากรจากการลดภาวะเจริญพันธุ์มาสู่ระดับต่ำกว่าระดับทดแทนภายในระยะเวลาอันสั้นประมาณ 4 ทศวรรษ จนกล่าวกันว่าเป็นการปฏิวัติขนาดครอบครัวไทยนั้น ได้ส่งผลให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยเด็กไปได้ระดับหนึ่ง ดังเช่นการขยายโอกาสการศึกษาภาคบังคับ การขยายบริการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับทารกและเด็ก เป็นต้น[29,3]

การเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระยะเวลาอันสั้นนี้ได้ส่งผลสำคัญให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรจากประชากรเยาว์วัยไปสู่ประชากรสูงวัย พร้อมทั้งนำไปสู่ประเด็นท้าทายใหม่ทั้งในมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพซึ่งล้วนแต่เป็นประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรและการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

การกำหนดนโยบาย แผน และโครงการต่างๆ เพื่อตอบสนองหรือจัดการกับประเด็นท้าทายในสังคมสูงวัย ต้องอาศัยข้อมูล ผลการศึกษาวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีความน่าเชื่อถือเที่ยงตรง และทันเหตุการณ์ เพื่อใช้เป็นฐานในการพิจารณาและการตัดสินใจ

1. เนื่องจากปรากฏการณ์ทางประชากรนั้นมีความเกี่ยวเนื่องกับ สภาพเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งแปรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วตามกระแสโลกาภิวัตน์ การติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ต้องดำเนินการศึกษารวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ควรมีการสำรวจสถานการณ์ด้านประชากรสูงอายุที่เป็นการสำรวจประชากรที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในระดับประเทศเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นปัจจัยป้อนกลับที่สำคัญต่อการปรับนโยบาย แผน และโครงการต่างๆ

นอกจากนี้ ควรมีการเก็บและพัฒนาฐานข้อมูลระดับชุมชน และควรทำให้เป็นระบบที่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลของแต่ละชุมชนให้เป็นภาพรวมของประเทศได้ ข้อมูลนี้ไม่ใช่เพียงแค่การสำรวจจำนวนประชากรสูงอายุเท่านั้น แต่ควรรวบรวมคุณลักษณะและปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุแต่ละคนในชุมชน ทั้งนี้เพื่อชุมชนหรือท้องถิ่นจะได้สามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนรองรับปัญหาหรือเตรียมการด้านสวัสดิการต่างๆให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

2. ผลการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในช่วง 5 ปีแรก ซึ่งได้ข้อมูลเฉพาะจากแหล่งทุนของรัฐหรือเกี่ยวข้องกับรัฐพบว่า แนวโน้มที่สำคัญคือ รัฐได้ส่งเสริมการวิจัยด้านผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นลำดับ โดยจำนวนการวิจัยด้านผู้สูงอายุเพิ่มจาก 10 โครงการในปี พ.ศ.2545 เป็น 26

โครงการในปี พ.ศ.2549 และงบประมาณที่ให้การสนับสนุนเพิ่มจากประมาณ 3.5 ล้านบาทเป็น 36.8 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2549 และมีการแปรผันไปบ้างในแต่ละปี อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าโครงการวิจัยส่วนใหญ่ในช่วงปีพ.ศ.2545-2549 เป็นโครงการวิจัยด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ การวิจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเพิ่งเริ่มเพิ่มจำนวนขึ้นในระยะหลังๆ[20] เพื่อให้สามารถกำหนดนโยบายและสวัสดิการตอบสนองต่อความต้องการผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและทันการ รัฐจึงควรส่งเสริมให้มีการวิจัยในมิติทางเศรษฐกิจและสังคมให้เพิ่มมากขึ้น

3. การวิจัยด้านผู้สูงอายุในอนาคต ควรเป็นการวิจัยในลักษณะสหสาขาวิชา บูรณาการศาสตร์ต่างๆเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ รวมทั้งควรส่งเสริมการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศ เช่น ในกลุ่มอาเซียน เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของประเทศต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนานโยบาย

4. ข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลต่างๆ และจากการศึกษาวิจัย ควรมีการนำไปต่อยอดหรือสังเคราะห์เพื่อให้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สำหรับการกำหนดนโยบาย การวางแผน หรือการปรับปรุงแผนและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

5. การวิจัยที่จะนำไปสู่การพัฒนาชีวิตผู้สูงอายุนั้น ไม่ได้หมายถึงแต่การวิจัยในกลุ่มประชากรสูง อายุเท่านั้น ในหลายประเด็นต้องศึกษาจากประชากรวัยอื่นด้วย เพราะปัญหาคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สะสมมาจากแต่ละช่วงของชีวิตสำหรับประเด็นที่ควรศึกษาวิจัย ได้แก่

- การเตรียมความพร้อมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนสำหรับสังคมสูงวัย
- ศักยภาพของครอบครัว ชุมชน และรัฐในการให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ
- ระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับสังคมไทย
- รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง
- รูปแบบและระบบการประกันทางเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับสังคมไทย ทั้งระบบประกันภาครัฐและภาคประชาชน
- ปัจจัยที่ส่งเสริมการออมโดยสมัครใจและการออมภาคบังคับเพื่อยามสูงอายุ
- ศักยภาพของครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งการล่วงละเมิดหรือการใช้ความรุนแรงกับผู้สูงอายุ
- บทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ
- การติดตามประเมินผลการขยายการให้สวัสดิการเบี้ยยังชีพ
- รูปแบบการอยู่อาศัย สินค้าและบริการที่ผู้สูงอายุและผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตต้องการภัยพิบัติ กับความเสี่ยงของประชากรสูงอายุ

6. ควรส่งเสริมให้มีการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในทุกระดับตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ

# บรรณานุกรม


1. United Nations. ปี 2007 World population Aging 2007. New York: United Nations.
2. Knodel, J" and N. Chayovan. 2008. "Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges" Papers in Population Aging. Bangkok: UNFPA, Thailand.
3. Prachuabmoh, V. and P. Mithranon. 2003. Below-Replacement Fertility in Thailand and Its Policy Implication. Journal of Population Research, Vol. 20(1).
4. Rungpitarangsi, B. 1974. "Mortality Trend in Thailand: Estimate for the period 1937-1970." **IPS Paper No. 10**. Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University.
5. คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2550. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
6. Knodel, J. and N. Chayovan. 2009. "Intergenerational Relationships and Family Care and Support for Thai Elderly". Springer Science Published online.

7ก. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

7ข. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550. **บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550.**

8. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุพทย. 2550. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
9. Freedman VA; LG Martin; RF Schoeni . Recent Trends in Disability and Functioning among older Adults in the United States: A Systematic Review. 2002. **Journal of the American Association.** 288: 3137-3146.
10. Ulhenberg P. 2005. "Demographic of Aging" in Poton D.L. and Micklin M. (eds.) **Handbook of Population.** New York: Springer, pp. 143-168.
11. Sanderson, WC and S. Scherbov. Average remaining lifetimes can increase as human Population age. Nature 2005. 435(7043): 811-813.
12. Freedman VA and LG Martin 1999. The Role of Education in Explaining and

Forecasting Trends in Functional Limitations among Older Americans. **Demography** 36: 461- 473. International Institute for Applied Systems Analysis. 2003. "Population aging, pensions, and health". **Option**. summer 2003, pp. 2-19.

13.Jitapankul, Sutthichai, Chaiyos Kunanusont, Wiput Phoolchareon, Paibul Suriyawontpaisal, and Shah Ebrahim. 2003. **Determining public health priorities for an ageing population: the value of a disability survey.** The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health 2003; 34(4):929-36.

14. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). 2542. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่งจำกัด.

15. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2549. การสำรวจและการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาค. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

16. Jitapunkul, S., C. Kunanusont, W. Phoolcharoen, and P. Suriyawongpaisal. 1999. *Health Problems of Thai Elderly (A National Survey)* (in Thai). Bangkok: National Health Foundation and Ministry of Public Health,.

17. Jitapunkul, S. 2000."Expansion of Morbidity: a Hypothesis Originated from a Study among Thai Elderly",(in Thai) *Journal Gerontology and Geriatric Medicine* 1 : 42–49.

18. Jitapankul, S", N. Chyovan. Disability-free life expectancy of elderly people in a population under going demographic, J. Kespichayawattana. 2003. "National Policies on Ageing and Long-term Care Provision for Older Persons in Thailand." In David R. Phillips and Alfred C.M. Chan, editors. "Ageing and long-term care : national policies in the Asia-Pacific" Singapore. ISEAS Publications.

19. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2552. "รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ" ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. บรรณาธิการ. **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร:มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

20. วิพรรณ ประจวบเหมาะ นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ บุศริน บางแก้ว และชเนตตี มิลินทางกูร. 2551. **"รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมิน ผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)."** กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์.

21. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2550. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2550.
22. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2552. “การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ”.ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และ สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. บรรณาธิการ. **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย.**กรุงเทพมหานคร**:** มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
23. Pananiramai, M. 2005. “Income Security for the Elderly in Thailand” **Journal of International Development and Cooperation** 11 (1): 43-56
24. วรเวศม์ สุวรรณระดา. 2551. ระบบบำนาญแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
25. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564), หน้า 28.
26. นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. 2539. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”
27. Chayovan, Napaporn. 2005. “Policy Implications for Old-Age Economic Support of Changes in Thailand’s Age Structure: A New Challenge” in population, Resources and Development, Riding the Age Wave_Vol 1 edited by Shripad Tuljapurkar, Ian Pool and Vipan Prachuabmoh, The Netherlands: Springle, pp. 157-179
28. Prachuabmoh, V. 2009. “Preparation for Old Age and Social Participation of Present and Future Older Persons in Thailand: Gender Difference”. Paper presented at the Conference on “Workshop on Gender and Ageing in Southeast Asia: Contexts, Concerns and Contradictions”. on 10-11 February 2009. Organized by Asia Research Institute, National University of Singapore.
29. Knodel, John, Vipan Prachuabmoh Ruffolo, Pakamas Ratanalangkarn, and Kua Wongboonsin. "Reproductive Preferences and Fertility Trends in Post-transition Thailand". 1996. Studies in Family Planning, Vol. 27(6) pp. 307-318.
30. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุ ประเทศไทย 2537. กรุงเทพมหานคร. ไอเดียสแควร์.
31. Klerk, M.M.Y. 2004. “Care and housing for vulnerable elderly” in Report on the Eldely 2004. Social and Cultural Planning Office of the Netherlands (อ้างถึงในเอกสารลำดับที่ 32).
32. นภาพร ชโยวรรณ. 2548. “กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย” วารสารประชากรศาสตร์ 21 (1): 1-24.

# ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และ บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

วรรณภา ศรีธัญรัตน์
ผ่องพรรณ อรุณแสง
ประเสริฐ อัสสันตชัย

## ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในบทนี้ ใช้คำจำกัดความภาวะสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความหมายว่า เป็น *ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล* อันเป็นความหมายที่ครอบคลุมมิติทั้งด้าน กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณหรือปัญญา และให้ความสำคัญการเขยื้อนแนวคิด *สร้างสุขภาพ มากกว่า ซ่อมสุขภาพ* ดังนั้นการนำเสนอจึงจัดไว้ในมิติของสุขภาพทั้งทางบวก ที่เรียก***สุขภาวะ*** และทางลบที่เรียกว่า ***ทุกขภาวะ*** ของผู้สูงอายุ

การทบทวนเอกสารนี้ได้ประมวลข้อมูลจาก การศึกษาเอกสารวิจัยและวิชาการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2550 โดยข้อมูลหลักในการทบทวนวรรณกรรมได้มาจากการสำรวจขนาดใหญ่ของ 3 สถาบัน คือ 1) รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550[1] โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งทำการสำรวจต่อเนื่อง และรายงานของปีล่าสุดหรือปี พ.ศ. 2550 นี้ มีบางส่วนข้อมูลของการสำรวจที่ได้ทำในปี พ.ศ. 2537 และ 2545 ไว้ด้วย 2) การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พ.ศ. 2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ[2] ที่เน้นการสำรวจภาวะสุขภาพโดยตรง 3) การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547[3] ที่นอกจากเป็นการสำรวจโดยการสัมภาษณ์แล้ว ยังมีส่วนการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย ข้อมูลหลักที่ได้จะถูกขยายรายละเอียดความชัดเจน โดยการทบทวนข้อมูลภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกัน จากบทสังเคราะห์ รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2547[4] , 2548 [5], 2549 [6] และ 2550[7] และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของสถาบันและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ประเทศไทยได้รายงานการก้าวเข้าสู่การเป็นประเทศแห่ง “สังคมสูงอายุ” จากรายงานข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ที่ระบุว่าประชากรสูงอายุของประเทศ ไทยในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 6.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งประเทศ 62 ล้านคน[4] จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยมา จวบจนปี พ.ศ. 2550 จากหลักฐานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมดของประเทศหรือมีผู้สูงอายุจำนวน 7.02 ล้านคน และในปีเดียวกันนี้ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย รายงานประชากรทั้งหมดของประเทศว่ามี 61,540, 020 คน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.9 หรือจำนวน 6,705,061 คน[7] แม้จำนวนแตกต่างกันบ้างตามแหล่งข้อมูลที่ได้มา แต่ยืนยันได้ว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งนั่นคือประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุแล้ว

โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ตาม *อายุและเพศ* เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ในประเด็นของ***อายุ***พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนถึงร้อยละ 11.5 [2] และ 9.5 [1] หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณเกือบ 1 ใน 10 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน แต่ที่ต้องวิเคราะห์ร่วมด้วยเสมอ คือ การขยับเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางในอนาคต ซึ่ง ณ. ปี พ.ศ. 2550 มีสัดส่วนถึงร้อยละ 58.8 และ 31.7[1] และถ้าอนุมานว่าวัยสูงอายุตอนปลาย เป็นวัยแห่งการพึ่งพิง ย่อมพยากรณ์ได้ว่าในเวลาไม่ถึง 20 ปี ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในจำนวนที่ไม่น้อยและเป็นโจทย์ที่ต้องการคำตอบร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

สำหรับ***เพศ***ของผู้สูงอายุ พบปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุหญิงที่ยังคงมีจำนวนมากกว่าเพศชายมาโดยตลอด สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายต่อประชากรสูงอายุทั้งหมดในปี พ.ศ. 2549 คือ ร้อยละ 62.7 และ 37.3[2] และปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 55.4 และ 44.6[1]

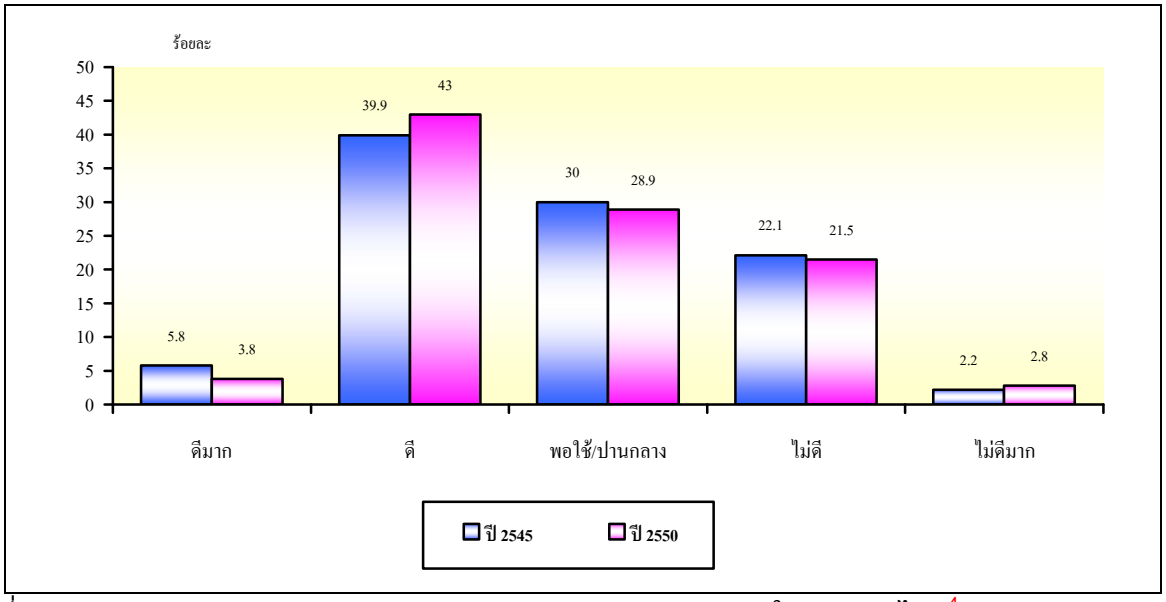
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในการศึกษาหลัก ปรากฏมีดัชนีวัดภาวะสุขภาพที่สามารถประมวลได้ คือ ***การรับรู้ภาวะสุขภาพ*** ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพองค์รวม ***สุขภาวะของผู้สูงอายุ*** เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพเชิงบวก และ ***ทุกขภาวะของผู้สูงอายุ*** เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพเชิงลบ ซึ่งมีรายละเอียดของภาวะสุขภาพแต่ละดัชนีดังนี้

**1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ**

*การประเมินภาวะสุขภาพตนเอง* ในภาพรวมโดยผู้สูงอายุ เป็นวิธีการหนึ่งที่บ่งบอกภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างเป็นองค์รวมผู้สูงอายุ ความคิดเชิงบวกและลบต่อภาวะสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุสะท้อนการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเชื่อว่ามีผลต่อการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้สูงอายุด้วย[8]

ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสุขภาพของตนเองพบข้อมูลที่แตกต่างกันบ้าง โดยในปี พ.ศ. 2545 ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ผู้สูงอายุประเมินการรับรู้สุขภาพตนเองในระยะ 7 วันที่ผ่านมา ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี และไม่ดีมาก ร้อยละ 5.8, ร้อยละ 39.9, ร้อยละ 30.0, ร้อยละ 22.1 และร้อยละ 2.2 ตามลำดับ[4] ล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี และไม่ดีมาก ร้อยละ 3.8, ร้อยละ 43.0, ร้อยละ 28.9, ร้อยละ 21.5 และร้อยละ 2.8 ตามลำดับ[1]

**แผนภูมิที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ**



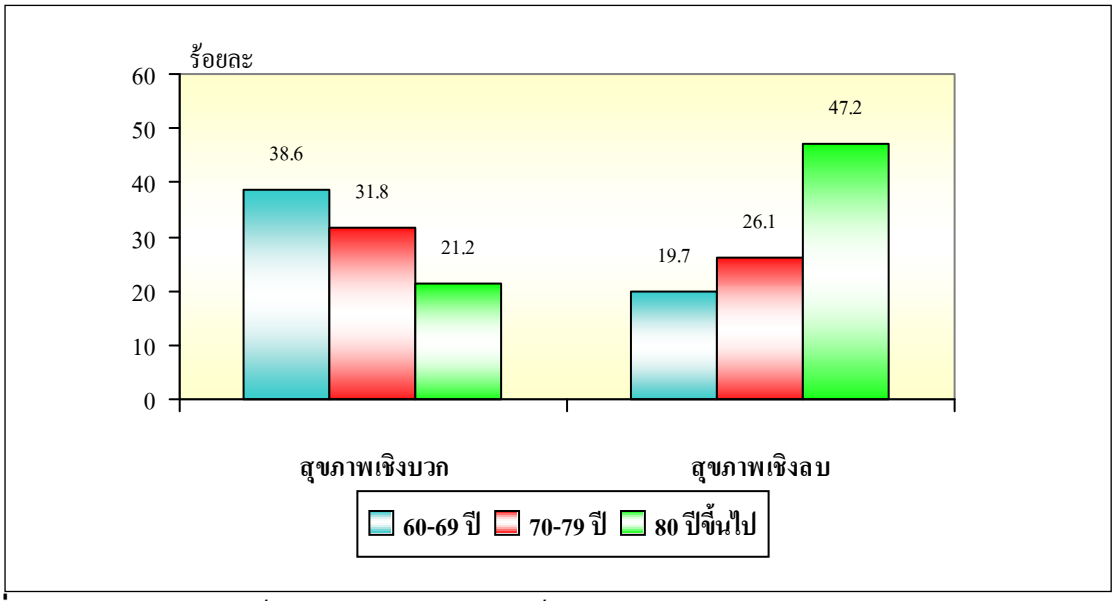

ที่มา: *สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545 การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย[4]

**สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550[1]

แม้กระบวนการได้มาของข้อมูลการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจะแตกต่าง แต่ที่ได้ภาพรวม คือ *ผู้สูงอายุมีความคิดทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น* โดยความคิดทางบวกเพิ่มจากปี พ.ศ. 2539 ที่มีเพียงร้อยละ 34.8 ที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมาก[2] เป็นร้อยละ 45.7 ในปี พ.ศ. 2545[4] และล่าสุดปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 46.8[1] หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรสูงอายุทั้งหมด แต่ที่สะท้อนความคิดเห็นเชิงลบเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2539 มีผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ร้อยละ 10.8[2] และเพิ่มเป็นสองเท่าตัวหรือร้อยละ 24.3 ในปี พ.ศ. 2545[4] และ คงร้อยละนี้ใกล้เคียงกัน คือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2549[2] และ 2550[1] ซึ่งแสดงว่าในรอบ 10 กว่าปีที่ผ่านมา ในระยะแรกมีการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีเกิน 1 เท่าตัว แต่ในระยะปลายนี้การเพิ่มจำนวนของผู้มีเจตคติทางลบมีการชะลอตัวลงชัดเจน ทั้งนี้อาจมีปัจจัยจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามช่วงวัย เพศ เขตและภาคที่อยู่อาศัย *ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) รับรู้ว่าสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)* และมากกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) คือร้อยละ 38.6, ร้อยละ 31.8 และ ร้อยละ 21.2 ตามลำดับ และในทางกลับกันผู้สูงอายุวัยปลายรับรู้ภาวะสุขภาพในทางลบมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 47.2, ร้อยละ 26.1 และร้อยละ 19.7 ตามลำดับ[2]

**แผนภูมิที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองเชิงบวกและลบของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ**




**ที่มา** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย[2]

การสำรวจในระยะที่ผ่านมา ให้ภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใกล้เคียงกันว่าผู้สูงอายุเพศชายประเมินภาวะสุขภาพตนเองในทิศทางบวกในสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพตนเองในทางลบมากกว่าเพศชาย โดยในปี พ.ศ. 2549[2] และ พ.ศ. 2550[1] ผู้สูงอายุชายเกินกว่าครึ่งหนึ่งของทั้งหมด คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมาก ในขณะที่เพศหญิงประเมินตนเองเชิงบวกไม่ถึงครึ่ง ส่วนการประเมินภาวะสุขภาพเชิงลบพบว่าผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดีและไม่ดีมากๆ สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งในปี พ.ศ. 2549[2] และพ.ศ. 2550[1] โดยผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพตนเองเชิงลบชัดเจนมากขึ้นในปี พ.ศ. 2550 คือรับรู้ว่าตนเองสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 3.2 มากกว่าผู้สูงอายุชายที่ประเมินเช่นนี้เพียง ร้อยละ 2.2[1] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุหญิงที่*รับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากกว่าเพศชาย*

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตาม*ภาค*นั้น มีการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ที่สำรวจทั้ง 4 ภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ชี้บ่งว่าผู้สูงอายุทุกภาคส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้หรือปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41. 8 และตามด้วยการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่ดี ร้อยละ 36.4 และร้อยละ 24.1[2] ตามลำดับ เมื่อพิเคราะห์การประเมินสุขภาพตนเองตามภาคต่างๆ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าดี ภาคใต้สูงกว่าภาครองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และน้อยที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร[2]

ในการสำรวจจะมีความแตกต่างกันในการแบ่งเขตการศึกษา คือ 1) ในชุมชนเมืองและนอกชุมชนเมือง 2) ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ในที่นี้จะนำเสนอข้อมูล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและในเขตเทศบาล กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุในเขตนอกชุมชนเมือง และหรือนอกเขตเทศบาล การประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามเขตทั้ง 2 กลุ่มให้ภาพที่ใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มที่

1 ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและในเขตเทศบาลรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 34.4/49.1 ปานกลาง 38.6/29.5 ไม่ดี 22.7/21.4 กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุในเขตนอกชุมชนเมือง และนอกเขตเทศบาล รับรู้ว่าดี ร้อยละ 33.8/47.9 ปานกลาง 41.1/42.5 ไม่ดี 24.1/25.4[1,2] ตัวเลขดังกล่าวอาจอนุมานเบื้องต้นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองและในเขตเทศบาล มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลางและดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเขตชุมชนชานเมือง และนอกเขตเทศบาล และผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลหรือนอกชุมชนเมืองหรือกลุ่มที่ 2 มีการประเมินสุขภาพตนเองทางลบมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1

**ตารางที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย**

| เขตที่อยู่อาศัย | การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | | |
|---|---|---|---|
| | ดี | พอใช้/ปานกลาง | ไม่ดี |
| ในชุมชนเมือง | 34.4 | 38.6 | 22.7 |
| นอกชุมชนเมือง | 33.8 | 41.1 | 24.1 |
| ในเขตเทศบาล | 49.1 | 29.5 | 21.4 |
| นอกเขตเทศบาล | 47.9 | 42.5 | 25.4 |

**ที่มา:** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย[2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550[1]

***การเปรียบเทียบระดับสุขภาพของตนเองในปัจจุบันกับปีที่ผ่านมา*** พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่าเหมือนกับปีที่ผ่านมาร้อยละ 42.8 รองลงมา คือแย่กว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 46.2 และดีกว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 11.0 เมื่อ***เปรียบเทียบสุขภาพตนเองกับผู้อื่น*** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพเหมือนๆ กับคนอื่นร้อยละ 48.8 รองลงมา คือแย่กว่าวัยอื่น ร้อยละ 20.5 และดีกว่าผู้อื่น ร้อยละ 4.7 และ***การประเมินสุขภาพในปัจจุบัน***พบว่าผู้สูงอายุบอกว่าเหมือนๆ กันร้อยละ 48.6 รองลงมาคือแย่กว่าร้อยละ 30.1และดีกว่า ร้อยละ 21.3 สะท้อนว่าความคิดของผู้สูงอายุต่อสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง และที่คิดว่าสุขภาพดีมีเป็นส่วนน้อยโดยเฉพาะเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา[6] ดังตาราง 4

**ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ**

| สุขภาพตนเอง | ระดับสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | แย่กว่ามาก | แย่กว่าเล็กน้อย | เหมือน ๆ กัน | ดีกว่าเล็กน้อย | ดีกว่ามาก |
| ในปัจจุบัน | 3.6 | 26.5 | 48.6 | 20.1 | 1.2 |
| เปรียบเทียบกับผู้อื่น | 5.1 | 24.4 | 48.8 | 18.8 | 2.9 |
| เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา | 6.6 | 39.6 | 42.8 | 10 | 1 |

ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ. ศ. 2549[6]

**2. สุขภาวะของผู้สูงอายุ**

สุขภาวะหรือสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุจากการศึกษาต่าง ๆ สามารถชี้บ่งได้ด้วยดัชนีหลายประการ อาทิ 1) อายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Average Life Expectancy: HALE) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ 3) วิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 4) ความอยู่ดีมีสุข ด้านจิตใจและสังคม 5) หลักประกันทางเศรษฐกิจ 6) ความพึงพอใจในชีวิต ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเท่านั้น

**2.1 อายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Average Life Expectancy: HALE)**

เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนมุมมองสุขภาพจากความเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต หรือทุกขภาวะ มาเป็นมุมมองสุขภาพด้านบวกหรือสุขภาวะ ทำให้การใช้เพียงอายุคาดหมายเฉลี่ย หรือ life expectancy ไม่เพียงพอที่จะบอกสถานะสุขภาพที่ดีของประชากร ดังนั้นจึงมีดัชนีชี้วัดที่เรียกว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Average Life Expectancy: HALE) ขึ้น

สำหรับประเทศไทย อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นตามปีโดยลำดับ โดยอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและของทั้งสองเพศ ในปี พ.ศ. 2548 และ 2549 เท่ากับ 70.3, 72.0 ปี เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย และล่าสุดปี พ.ศ. 2550 เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75.2 ปี และเพศชายเท่ากับ 68.4 ปี สำหรับอายุคาดหมายเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี และ 80 ปี มีข้อมูลโดยรายงานของ Mahidol Population Gazette ปี พ.ศ. 2549 และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ไว้ว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี ของเพศหญิง เท่ากับ 21.5 ปี เพศชาย เท่ากับ 19.1 และอายุคาดหมายเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี ของเพศหญิง เท่ากับ 9.0 ปี และเพศชายเท่ากับ 8.6 ปี[6]

การใช้อายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เป็นดัชนีของการมีสุขภาพดีล่าสุดโดยขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2007 รายงานว่าในปี พ.ศ. 2546 ***ประเทศไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิดของเพศหญิง เท่ากับ 62.0 ปี และของเพศชาย 58.0 ปี*** [6]

ภาพของข้อมูลชี้ให้เห็นว่า เพศหญิงมีอายุที่ยืนยาวกว่าเพศชายมาโดยตลอดจวบจนปัจจุบัน ไม่ว่าจะคาดการณ์ที่อายุเมื่อแรกเกิด ที่อายุ 60 ปี หรือที่ 80 ปี โดยในปี พ.ศ. 2550 มี*อายุยืนยาว*กว่าประมาณ 6 ปี และเพศหญิงมี*ความยืนยาวของการมีสุขภาพ*ดีมากกว่าเพศชายประมาณ 4 ปี

### 2.2 ความสามารถในการทำหน้าที่

เป็นภาวะสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุมิติหนึ่ง ซึ่งสะท้อนได้จากข้อมูล สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ (physical health) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activity of daily living) **ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่อง** (instrumental activity of daily living) ความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน และความสามารถในการกิน ได้แก่ ฟันและการบดเคี้ยว

**2.2.1 สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ (physical health)** สภาพร่างกาย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขประเมินโดยการสัมภาษณ์และการสังเกต *การเคลื่อนที่ และ การใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ* ในปี พ.ศ. 2546-2547 รายงานว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 93.1 สามารถเดินได้ โดยเป็นผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลางและวัยปลาย ร้อยละ 97.9 ร้อยละ 92.3 และร้อยละ 77.6 ตามลำดับ ผู้สูงอายุต้องใช้ไม้เท้าร้อยละ 5.9 และใช้รถเข็น ร้อยละ 0.8 และติดเตียงเพียงร้อยละ 0.2[3] ซึ่งหมายถึงว่าผู้สูงอายุทุกวัยส่วนใหญ่สามารถเคลื่อนที่ได้ แม้แต่ผู้สูงอายุวัยปลายยังสามารถเดินได้ถึง 3 ใน 4 คน[3]

**ตารางที่ 5 สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ**

| กลุ่มอายุ | สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | เดินได้ | ใช้ไม้เท้า | ใช้รถเข็น | นอนติดเตียง |
| **60 – 69 ปี** | 97.9 | 1.8 | 0.2 | 0.1 |
| **70 – 79 ปี** | 92.3 | 7.0 | 0.6 | 0.1 |
| **80 ขึ้นไป** | 77.6 | 18.3 | 3.5 | 0.6 |
| **รวม** | **93.1** | **5.9** | **0.8** | **0.2** |

ที่มา: เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญยรัตนพันธ์. บรรณาธิการ. การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พ.ศ. 2546-2547[3]

**2.2.2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activity of daily living)** แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นได้โดยอิสระ สื่อภาพของการมีสุขภาวะ คือมีความแข็งแรงของร่างกายพอที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้โดยไม่ต้องการการพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลอื่น

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุโดยทั่วไป หมายถึง ความสามารถในการอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงเตียงได้เอง การรับประทานอาหาร การสวมใส่ถอดเสื้อผ้า การเดิน การเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น การกลั้นอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ ข้อมูลที่ประมวลได้พบว่ามีวิธีศึกษาด้วยเครื่องมือที่แตกต่างกันบ้าง แต่ร่วมสะท้อนความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

การสำรวจโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยปี พ. ศ. 2545[4] และ 2549[2] ในความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุไทย โดยวัดที่กิจกรรม *ออกนอกบ้าน เดินไปมาภายในบ้าน ขึ้นบันได 1 ชั้น เดินไกล 400 เมตร ตัดเล็บเท้า* พบว่าส่วนใหญ่ทำได้ดี ดังตารางที่ 6 และ 7

**ตารางที่ 6 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ**

| กิจกรรม | ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ทำได้ดี | ทำได้บ้าง | ต้องมีคนช่วย | ทำไม่ได้ |
| ออกนอกบ้าน | 89.4 | 12.4 | 2.0 | 0.7 |
| เดินไปเดินมาภายในบ้าน | 89.2 | 10.2 | 0.5 | 0.1 |
| ขึ้นบันได 1 ชั้น | 79.6 | 18 | 1.5 | 0.9 |
| เดินไกล 400 เมตร | 73.5 | 19.3 | 3.3 | 3.9 |
| ตัดเล็บเท้า | 90.6 | 6.8 | 1.5 | 1.1 |

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2545. การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ[4]

**ตารางที่ 7 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ**

| กิจกรรม | ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | | |
|---|---|---|---|
| | ทำได้ดี | ทำได้ต้องมีคนช่วย | ทำไม่ได้ |
| อาบน้ำได้เอง | 95.6 | 2.8 | 1.6 |
| แต่งตัวได้เอง | 96.2 | 2.7 | 1.1 |
| ไปห้องน้ำเองได้ | 95.8 | 3.0 | 1.2 |
| ขึ้นลงเตียงได้เอง | 95.6 | 2.8 | 1.6 |
| รับประทานอาหาร | 96.8 | 2.4 | 0.7 |
| ใส่สวม/ถอดเสื้อผ้า | 96.6 | 2.4 | 1.0 |
| เดิน | 94.7 | 3.7 | 1.6 |
| ขึ้นลงบันได | 91.8 | 5.4 | 2.8 |

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย[2]

การสำรวจโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546-2547 รายงานว่าผู้สูงอายุชายและหญิง ประกอบกิจวัตรประจำวัน 6 กิจกรรม ได้แก่ *การอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหาร การนั่งหรือลุกจากเตียงและเก้าอี้ การเข้าห้องน้ำ และเคลื่อนที่ภายในบ้าน* ได้อย่างอิสระหรือปกติใกล้เคียงกัน แต่ผู้สูงอายุหญิงสามารถกลั้นอุจจาระและปัสสาวะได้น้อยกว่าผู้ชายเล็กน้อย และให้ภาพว่าความสามารถในการประกอบกิจกรรมผกผันกับอายุที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุวัยปลายยังดำรงความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้มากกว่าร้อยละ 85 ในทั้งสองเพศ ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ**

| เพศ | กลุ่มอายุ | ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ) | | |
|---|---|---|---|---|
| | | กิจกรรมพื้นฐาน | การขับถ่าย | การทำงานบ้าน |
| ชาย | 60 - 69 | 98.2 | 96.3 | 94.9 |
| | 70 – 79 | 96.2 | 94.2 | 87.5 |
| | 80 ปีขึ้นไป | 88.3 | 91.8 | 63.7 |
| | **รวมผู้สูงอายุชาย** | **96.2** | **95.1** | **88.3** |
| หญิง | 60 - 69 | 97.8 | 94.4 | 93 |
| | 70 – 79 | 94.9 | 92.7 | 80.1 |
| | 80 ปีขึ้นไป | 86.8 | 88.4 | 53.6 |
| | **รวมผู้สูงอายุหญิง** | **95.1** | **92.9** | **82.5** |

ที่มา: เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญยรัตนพันธ์. บรรณาธิการ. การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พ.ศ. 2546-2547[3]

การสำรวจในปี พ.ศ. 2550[1] ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมได้เอง โดยไม่ต้องมีคน/อุปกรณ์ช่วยเครื่องช่วยเป็นส่วนใหญ่ โดยกิจกรรมที่ทำได้จากมากไปหาน้อยมีดังนี้ *รับประทานอาหาร* ร้อยละ 97.6 *สวมใส่เสื้อผ้า*ร้อยละ 96.9 *อาบน้ำล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา* ร้อยละ 95.7 *นั่งยอง ๆ* ร้อยละ 87.5 *ขึ้นบันได* 2-3 ชั้น ร้อยละ 86.3 และผู้สูงอายุชายทำได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกิจกรรม[1]

การสำรวจทั้ง 3 ชิ้น ให้ภาพสุขภาวะในด้านความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งแม้ตัวเลขจะแตกต่างกันแต่ได้ข้อสรุปว่า ***ความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตประจำวันลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุชายมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง*** กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องติดตามและอาจหมายถึงการต้องจัดการ คือ การกลั้นการขับถ่ายโดยเฉพาะการกลั้นปัสสาวะ

### 2.2.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่อง (Instrumental activity of daily living)

เป็นการสำรวจการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน และจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตได้ในชุมชน ซึ่งในการประเมินความสามารถด้านนี้ จะสะท้อนสุขภาวะของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ การวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่อง ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมและสังคมของชุมชนนั้น แต่ส่วนใหญ่แล้วจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรม การเตรียมอาหาร การทำงานบ้านที่หนัก และการทำงานบ้านที่เบา การซื้อของ การใช้เงิน/การทอนเงิน การใช้โทรศัพท์ และการเดินทางหรือการใช้บริการรถสาธารณะ

การสำรวจความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2545 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยในกิจกรรม *จัดยา เก็บใช้จ่ายเงิน ทำงานเบา ๆ ในบ้าน ทำงานบ้านค่อนข้างหนัก ทำกับข้าว* พบว่าส่วนใหญ่ทำได้ดีหรือทำได้เองโดยสมบูรณ์ และมีเพียงร้อยละ 6.0 ของผู้สูงอายุที่ทำงานบ้านค่อนข้างหนักไม่ได้ ร้อยละ 2.3 ทำงานเบาๆ ในบ้านไม่ได้[4]

**ตารางที่ 9 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ**

| กิจกรรม | ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ทำได้ดี | ทำได้บ้าง | ต้องมีคนช่วย | ทำไม่ได้ |
| จัดยากินเอง | 91.3 | 5.5 | 2.1 | 1.1 |
| เก็บ-ใช้จ่ายเงิน | 92.6 | 5.1 | 1.1 | 0.7 |
| ทำงานเบาๆในบ้าน | 87.1 | 9.4 | 1.1 | 2.3 |
| ทำงานบ้านค่อนข้างหนัก | 76.6 | 13.7 | 3.7 | 6.0 |
| ทำกับข้าว | 68.8 | - | 29.9 | 1.2 |

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2545. การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ[4]

ปี พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสำรวจการทำกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ *การเตรียมอาหาร การซื้อของ การใช้เงิน/การทอนเงิน การใช้โทรศัพท์ การทำงานบ้านที่หนัก และการทำงานบ้านที่เบา โดยเรียกว่า การทำงานบ้าน*[3] ในผู้สูงอายุ ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางทั้งสองเพศสามารถทำงานบ้านได้ในเกณฑ์ที่พอใจ โดยผู้สูงอายุชายและหญิงในวัยต้นแทบทุกคนทำงานบ้านได้เกือบปกติ ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยกลางทั้งสองเพศทำได้เพียง 4 ใน 5 คน การทำงานบ้านลดลงชัดเจนในผู้สูงอายุวัยปลาย ทั้งชายและหญิง คือ ทำงานบ้านได้ประมาณ 2 ใน 3 เท่านั้น[3] แม้ความสามารถในการทำกิจกรรมผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไปจะลดลงกว่าวัยอื่นชัดเจน แต่ยังถือว่าเกินกว่าครึ่งสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ

ปี พ.ศ. 2549 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สำรวจการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ 5 กิจกรรม ได้แก่ *การโทรศัพท์ การเดินทางไปไหนมาไหน การเลือกซื้ออาหาร/สิ่งของเครื่องใช้ การปรุงอุ่นอาหาร และการจัดการเรื่องเงิน* หรือที่รวมเรียกว่า *กิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง*[2] ได้ผลว่าผู้สูงอายุเกือบ 4 ใน 5 คนสามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้สมบูรณ์หรือในเกณฑ์น่าพอใจมีแค่ความสามารถในการโทรศัพท์เท่านั้นที่ทำได้ไม่ถึงครึ่ง แต่สันนิษฐานว่าทั้งนี้อาจเนื่องจากไม่มีอุปกรณ์นี้ใช้ ใช้ไม่เป็น และ/หรือไม่ให้ความสำคัญกับการสื่อสารวิธีการนี้ (ในช่วงปีที่ศึกษา)[2]

**ตารางที่ 10 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ**

| กิจกรรม | ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | | |
|---|---|---|---|
| | ทำได้ดี | ทำได้ต้องมีคนช่วย | ทำไม่ได้ |
| โทรศัพท์ | 46.7 | 22.3 | 11.0 |
| เดินทางไปไหนมาไหน | 76.4 | 18.3 | 5.3 |
| เลือกซื้ออาหาร/สิ่งของเครื่องใช้ | 85.5 | 8.5 | 5.0 |
| ปรุง/อุ่นอาหาร | 84.4 | 9.2 | 6.4 |
| จัดการเรื่องเงิน | 87.7 | 8.0 | 4.4 |

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย[2]

การสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกินร้อยละ 70 สามารถ*เดินระยะทาง* 200-300 เมตร *ยกของหนัก*ประมาณ 5 กิโลกรัม และ*เดินทางขึ้นรถลงเรือคนเดียว*ได้[1] อันแสดงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมได้มากกว่ากิจวัตรประจำวัน และอนุมานได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ

การส่งเสริมการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยอิสระแม้ปัจจัยสำคัญจะอยู่ที่ปัจเจกบุคคล แต่การมีระบบเกื้อกูลให้ดำรงอยู่ได้ การจัดการสิ่งแวดล้อม และระบบขนส่งสาธารณะที่เหมาะสมจะช่วยลดความจำกัดด้านนี้ลงได้มากและย่อมหมายถึงการเพิ่มสุขภาวะให้กับผู้สูงอายุนั่นเอง

**2.3 วิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Healthy life style)**

การมีวิถีชีวิตอย่างมีสุขภาพ อาทิ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เพียงพอและให้ผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำ เป็นวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ เพราะเป็นปัจจัยสำคัญในการลดหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โดยมีข้อมูลทางวิชาการยืนยันว่า การลดพฤติกรรมเสี่ยง และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดการเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบตัน เบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 80 และสามารถลดโรคมะเร็งได้ถึงร้อยละ 40 ทำให้ย้ำชัดว่า การป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด

การสำรวจวิถีชีวิตในประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเฉพาะในผู้สูงอายุ ปรากฏในปี พ.ศ. 2538[9] และในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2550 ส่วนในปี พ.ศ. 2546-2547 เป็นการสำรวจรวมกับกลุ่มวัยอื่น

**2.3.1 กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ** เป็นวิถีชีวิตที่สร้างคุณอนันต์แต่ต้นทุนต่ำ การออกกำลังกายหมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีการวางแผน หรือมีการเตรียมตัว โดยจะเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำซ้ำๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางร่างกาย (physical fitness)[5] ในที่นี้จะรวมกิจกรรมทางกาย (physical activities) หรือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งถ้าได้กระทำสม่ำเสมอ จะเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลต่อการป้องกันโรคด้วย

**ระดับกิจกรรมทางกาย**ที่รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศมี*กิจกรรมทางกาย*อยู่ในระดับพอใจ คือมากกว่าร้อยละ 80 ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง แต่ผู้สูงอายุวัยปลายทั้งสองเพศมีกิจกรรมทางกายต่ำลงและปรากฏว่าต่ำในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 48.3 และ 66.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับ*กิจกรรมที่คาดว่ามีผลทางบวกต่อการส่งเสริมและป้องกันโรค หรือกิจกรรมระดับปานกลางและระดับสูง*นั้น จะเห็นว่า ผู้สูงอายุวัยต้น มีการทำกิจกรรมระดับปานกลางและระดับสูง มากกว่าวัยกลาง และวัยปลาย โดยผู้สูงอายุวัยปลายทั้งชายและหญิงจำนวนไม่ถึงครึ่งทำกิจกรรมที่เชื่อว่าให้ผลบวกต่อสุขภาพ การศึกษานี้ให้ภาพว่าผู้สูงอายุชายมีกิจกรรมทางกายที่ส่งเสริมสุขภาวะมากกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มอายุ และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุวัยปลายเพศชาย และ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุวัยปลายเพศหญิง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและต้องการกิจกรรมเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงสุขภาวะ[3]

สำหรับ**การออกกำลังกาย**ที่สำรวจในปี พ.ศ. 2550 รายงานว่า ผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 41.1) *ออกกำลังกายเป็นประจำ* คือ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุชายออกกำลังเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุวัยต้นทั้งชายและหญิงออกกำลังกายมากกว่าวัยกลางและวัยปลาย ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล[1] การสำรวจนี้ให้ผลสอดคล้องกันกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบลักษณะทำนองเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีจำนวนน้อยกว่าที่ไม่ออกกำลังกาย แต่นับว่ามีแนวโน้มดีขึ้น ด้วยขยับขึ้นจากปี พ.ศ. 2545 และ 2547

ที่ระบุไว้ ว่าออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 17.7 [4] และร้อยละ 21.27[5] ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนภาพระบบบริการสุขภาพที่ได้ลงทุนรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายในประชาชน แต่แม้ผู้สูงอายุหญิงจะออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2547 ที่มีเพียงร้อยละ 20.53 ก็ยังมีน้อยกว่าผู้สูงอายุชายและที่เปลี่ยนแปลงไปจากการสำรวจเดิม คือ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลออกกำลังกายเป็นประจำสูงกว่าในเขตเทศบาล โดยในปี พ.ศ. 2547 นั้นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลออกกำลังกายมากกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 31.2 และ 16.8) [5]

เหตุผลการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ*อยากมีร่างกายแข็งแรง* (ร้อยละ 71.9) *มีปัญหาสุขภาพ* (ร้อยละ 25.1) *คลายเครียด* (ร้อยละ 1.4) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย เหตุผล 3 อันดับแรก คือ *ไม่สนใจ ทำงานที่ใช้แรงงานอยู่แล้ว* และ*ไม่มีเวลา*[1] ข้อมูลการออกกำลังกายสะท้อนภาพว่า แม้โดยรวมผู้สูงอายุจะมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นด้วยคิดว่าจะเพิ่มสุขภาวะได้ แต่ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดทุกขภาวะ

**2.3.2 การรับประทานอาหารที่เพียงพอและให้ผลดีต่อสุขภาพ** อาหารสุขภาพ (healthy diet) และอาหารสมดุล (balance diet) เป็นเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาวะในยุคนี้ แนวโน้มการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงขึ้นในประชากรทุกกลุ่ม สำหรับผู้สูงอายุมีรายงานเกี่ยวกับ การรับประทานผักสดและผลไม้ การดื่มน้ำสะอาด การลดบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ต่อเนื่องกันมา ประมวลได้ดังนี้

**2.3.2.1 *การรับประทานผักสดและผลไม้*** การสำรวจปี พ.ศ. 2546-2547 โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการบริโภค พบว่าผู้สูงอายุไทยทั้งสองเพศส่วนใหญ่ หรือมากกว่าร้อยละ 80 บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน[3] แต่ในปีต่อมาการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สัมภาษณ์เพียงการได้บริโภค ให้ตัวเลขที่แตกต่างกันว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศ*รับประทานผักและผลไม้* ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 98.8 และ ร้อยละ 98.9 หรือภาพรวมคือ ร้อยละ 98.9[5] และล่าสุด ปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเช่นกัน รายงานว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 61.1 มี*การบริโภคผักสด และผลไม้สดเป็นประจำ* โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิงเล็กน้อย ผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางบริโภคเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุในเขตและนอกเขตเทศบาลมีการบริโภคผักสดและผลไม้สดเป็นประจำไม่แตกต่างกัน[1]

**2.3.2.2 *การดื่มน้ำสะอาด*** สุขภาวะของการดื่มน้ำ พออนุมานได้จากการ*ดื่มน้ำที่สะอาดและเพียงพอ หรือวันละไม่ต่ำกว่า 8 แก้วทั้งนี้รวมน้ำผลไม้และน้ำซุป*ด้วย การสำรวจปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเช่นกัน รายงานว่า ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งมีสุขภาวะในเรื่องการดื่มน้ำ ผู้สูงอายุชายดื่มน้ำสะอาดเพียงพอและเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุหญิง คือ ร้อยละ 59.8 และร้อยละ 54.7 ผู้สูงอายุวัยปลายมีพฤติกรรมที่ดีในการดื่มน้ำน้อยกว่าวัยกลางและวัยต้น และไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มผู้สูงอายุในและนอกเขตเทศบาล[1] รายงานดังกล่าวสะท้อนว่ามีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดื่มน้ำสะอาดและเพียงพอในเกณฑ์ไม่น่าพึงพอใจ และผู้สูงอายุทุกวัยต้องการการจัดการเพื่อให้เกิดสุขภาวะในการดื่มน้ำสะอาดที่เพียงพอและเป็นประจำ

**2.3.2.3** ***การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง*** การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคกลุ่มอ้วนลงพุงหรือ metabolic syndrome ดังนั้นการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดสุขภาวะในผู้สูงอายุ รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2549 ระบุว่าผู้สูงอายุร้อยละ 22.8 *ไม่รับประทานอาหารกลุ่มอาหารไขมันสูง* โดยผู้สูงอายุหญิงไม่รับประทานมากกว่าชาย และผู้สูงอายุในเขตเทศบาลไม่รับประทานมากกว่านอกเขตเทศบาล [5] สัดส่วนของผู้ไม่บริโภคอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูงยังค่อนข้างน้อย คือ ประมาณ 1 ใน 5 ของทั้งหมดเท่านั้น ยังเหลือช่องว่างของการส่งเสริมสุขภาวะในประเด็นนี้ค่อนข้างมาก

**2.3.2.4** ***จำนวนมื้อในการรับประทานอาหาร*** การมีภาวะโภชนาการที่ดี ย่อมมีผลต่อสุขภาวะการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สื่อภาพภาวะโภชนาการที่เป็นอยู่ การสำรวจโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549 รายงานว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 70 ของประเทศ *รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ* (ครบ 5 หมู่) *รับประทานอาหาร 2 มื้อ* (ร้อยละ 17) และ*รับประทานอาหาร 1 มื้อ* (ร้อยละ 4.0) และมี*ผู้สูงอายุที่รับประทานตามที่มีและไม่ครบ 5 หมู่*เพียงร้อยละ 0.3 โดยผู้สูงอายุนอกเขตชุมชนรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ สูงกว่าผู้สูงอายุในเขต ภาคเหนือบริโภคครบ 3 มื้อมากที่สุด (ร้อยละ 88.5) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ (ร้อยละ 76.6, ร้อยละ 74.4, ร้อยละ 68.0 และร้อยละ 67.3 ตามลำดับ) และพบว่าผู้สูงอายุหญิงทั้งในและนอกชุมชนเมืองรับประทานอาหารจำนวน 3 มื้อสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีสัดส่วนจำนวนมื้อการรับประทานอาหารใกล้เคียงกัน[2]

**2.3.3 การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี** การตรวจร่างกายประจำปีบ่งบอกความสนใจและเอาใจใส่สุขภาพ และเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ เพราะเป็นการตรวจที่ไม่ใช่การตรวจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองการทำงานต่างๆ ของระบบต่างๆ ในร่างกาย การสำรวจ*การตรวจสุขภาพในรอบปี*ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2545 พบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 38.1 เท่านั้นที่ได้ตรวจสุขภาพ[4] ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพประจำปีน้อย เพราะผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจร่างกายโดยละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง สัดส่วนนี้ดูเหมือนจะดีขึ้น จากการการสำรวจการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปี พ.ศ. 2549 ที่สอบถาม*การตรวจสุขภาพในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา*ของผู้สูงอายุ 4 ภาค และรายงานการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุว่ามี ถึงร้อยละ 74.1[2] แต่เนื่องจากกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลจึงทำให้ตัวเลขแตกต่างกันมาก ซึ่งการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2550 ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายในสัดส่วนที่ไม่น่าพอใจ คือเพียงร้อยละ 45 หรือมีนัยว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อันหมายถึงการเฝ้าระวังโรคเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีอ่อนด้อยนั่นเอง

การสำรวจใน ปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ให้ภาพตรงกันว่า ผู้สูงอายุหญิงมีการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 76.4/ 70.2[2] และร้อยละ 50.3/45.8[1] ผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางตรวจสุขภาพประจำปีในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุวัยปลายสัดส่วนการตรวจลดลงกว่าวัยอื่นทั้งนี้อาจเนื่องความจำกัดจากความสูงวัย

สำหรับประเภทของการตรวจสุขภาพในผู้สูงอายุ ลำดับตามสัดส่วนจากมากไปน้อย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต (ร้อยละ 64.7) การตรวจเบาหวาน (ร้อยละ 49.3) การตรวจไขมันในเลือด (ร้อยละ 21.5) การตรวจการมองเห็น (ร้อยละ 19.1) การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 16.1) การตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 13.2) และตรวจการได้ยิน (ร้อยละ 12.7)[2] จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพมากขึ้น และขอบเขตการเอาใจใส่ขยายมากขึ้น จากการตรวจแบบดั้งเดิม คือ วัดความดันโลหิต และตรวจเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาล ขยายเป็นการตรวจที่ค้นหาปัญหาแต่เนิ่นๆ นำไปสู่การจัดการเพื่อชะลอหรือลดปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นได้ด้วย แต่ยังถือว่าการตรวจสุขภาพช่องปาก และการได้ยินยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ทั้งที่เป็นระบบร่างกายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในยามสูงวัย และที่น่าสังเกตคือ แม้จะมีความรู้ตรงกันว่าผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจประจำปี โดยการตรวจปอดและหัวใจด้วยการเอกซเรย์ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจปัสสาวะเพื่อดูสภาพของไตและการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ตรวจเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด กรดยูริค การทำงานของไต สมรรถภาพของตับ และปริมาณไขมันในเลือด รวมทั้งการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อดูการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่การตรวจโดยละเอียดนี้ไม่ปรากฏในรายงานการสำรวจ

การตรวจสุขภาพในผู้สูงอายุแตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุภาคกลางมีการตรวจสุขภาพในทุกประเภทสูงกว่าภาคอื่น ยกเว้นการวัดความดันโลหิตที่ผู้สูงอายุภาคเหนือมีการตรวจสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 72.9)[2] ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง/ในเขตเทศบาลทั้งสองเพศมีการตรวจร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยนอกชุมชนเมือง/นอกเขตเทศบาล[1, 2] ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยเรื่องความจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การตรวจสุขภาพเฉพาะในผู้สูงอายุหญิง พบว่ามีการตรวจมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่มากที่สุด (ร้อยละ 66.3) รองลงมาเป็นการตรวจมะเร็งด้วยตนเอง (ร้อยละ 32.4) และการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 28.9) และการตรวจสุขภาพข้างต้นนี้ พบในผู้สูงอายุภาคเหนือมากกว่าภาคอื่น

ข้อมูลการตรวจสุขภาพทำให้เห็นภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพและความเอาใจใส่สุขภาพ ซึ่งขยับเพิ่มขึ้นตามปีที่ผ่านไป แต่มีความแตกต่างกันตามเพศ กลุ่มวัย ประเภทของการตรวจ ภาคและเขตที่อยู่อาศัย โดยที่บางปัจจัย เช่น เขตที่อยู่อาศัย สามารถแก้ไขได้ด้วยบริการสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ

### 2.4 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน

การได้มองได้เห็นและได้ยินเป็นสุขภาวะของมนุษย์ทุกคน เพราะเป็นช่องทางสื่อสารของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต แม้ผู้สูงอายุจะมีการมองเห็นและการได้ยินเปลี่ยนแปลงไปบ้างเนื่องจากความสูงอายุ แต่ความสูงอายุไม่ใช่พยาธิสภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน ดังนั้นจึงต้องแก้ไขความเข้าใจที่เชื่อกันต่อๆ มาว่า เมื่อสูงอายุต้องสูญเสียความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน หรือแม้เมื่อมีโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการมองเห็นและได้ยินเกิดขึ้นจริง การไม่ยอมจำนนอย่างเข้าใจผิดที่คิดว่าเป็นโรคของ

ผู้สูงอายุ หรือการสำรวจค้นหา รักษาแต่เริ่มต้น ย่อมทำให้การสูญเสียความสามารถเกิดน้อยลง และช่วยดำรงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

**2.4.1 *ความสามารถในการมองเห็น*** การสำรวจการมองเห็นในผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2538 *ผู้สูงอายุมองเห็นชัดเจน* ร้อยละ 33.6 และ*มองไม่เห็นเลย*ร้อยละ 1.7[9] ต่อมาการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 รายงานว่า ผู้สูงอายุ*ไม่มีปัญหาในการมองเห็น*ถึงร้อยละ 98.8 มี*ปัญหาการมองเห็น*เพียงร้อยละ 1.2 ทำให้ดูเหมือนภาพการมองเห็นของผู้สูงอายุในรอบ 10 ปี ดีขึ้น แต่เมื่อขยายภาพการมองเห็นโดยสอบถามการมองเห็นโดยละเอียด กลับพบว่าภายใต้การไม่มีปัญหาในการมองเห็นไม่ได้หมายถึงการมองเห็นชัดเจน ด้วยผู้สูงอายุยังมีปัญหา การมองเห็นไม่ชัด การมองเห็นภาพซ้อน และการมองใกล้มองไกลไม่ชัด และมองเห็นไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน และมองไกลมองใกล้ไม่ชัด[2] นั่นคือแท้จริงแล้วผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นชัดเจนยังมีจำนวนน้อยอยู่ในการสำรวจทั้งสองครั้ง

ปัญหาการมองเห็นมีความต่างในกลุ่มวัยและเพศ ผู้สูงอายุวัยต้นทั้งชายและหญิงมีปัญหาการมองไม่เห็น การมองเห็นไม่ชัด การมองเห็นภาพซ้อน การมองใกล้มองไกลไม่ชัด ในสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ผู้สูงอายุวัยปลายทั้งชายและหญิงประมาณครึ่งหนึ่งมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด และผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุชาย คือร้อยละ 52.0 และ ร้อยละ 44.8 ตามลำดับ และเมื่อแยกตามเขตแล้วผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองมีปัญหาการมองไม่เห็น การมองไม่ชัด และมองเห็นภาพซ้อนมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง[2]

การสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 รายงานเสมือนว่าตัวเลข*การมองเห็นชัดเจน*ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น คือ มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 53.7) มีการมองเห็นได้ชัดเจนราว 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.4) ของผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนเมื่อใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 20.5 มองเห็นไม่ชัดเจน และร้อยละ 0.4 มองไม่เห็นเลย ผู้สูงอายุวัยต้นมองเห็นชัดเจนมากกว่าวัยกลางและวัยปลาย[1] ซึ่งสัดส่วนผู้ที่มองไม่เห็นเลยลดลงจากการศึกษาก่อน แต่ตัวเลขที่น่าสนใจ คือ ร้อยละ 25.4 ของผู้สูงอายุ มองเห็นได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย ถ้าหากทำให้ตัวเลขนี้เพิ่มขึ้น โดยการจัดการกับกลุ่มที่มองไม่เห็นชัดเจน ภาพสุขภาวะของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกมาก

**2.4.2 *ความสามารถในการได้ยิน*** การสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุ*ไม่มีปัญหาการได้ยิน*ร้อยละ 84.6 ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองมีการได้ยินใกล้เคียงกับผู้ที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมือง ผู้สูงอายุวัยต้นทั้งชายและหญิงมีสัดส่วนการได้ยินสูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ผู้สูงอายุหญิงวัยปลายมีการได้ยินดีกว่าผู้สูงอายุชายวัยเดียวกันเล็กน้อย และผู้สูงอายุภาคเหนือไม่มีปัญหาการได้ยินมากที่สุด คือร้อยละ 86.4 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร[2]

การสำรวจการได้ยินในปีพ.ศ. 2550 พบว่า 4 ใน 5 ของผู้สูงอายุ *มีการได้ยินชัดเจน* ร้อยละ 1.2 *ได้ยินชัดเจนเมื่อใส่เครื่องช่วยฟัง* ร้อยละ 14.1 *ได้ยินไม่ชัดเจน* และร้อยละ 0.3 *ไม่ได้ยินเลย* ผู้สูงอายุวัยต้นได้ยินชัดเจนมากกว่าวัยกลางและวัยปลาย[1]

การมองเห็นและการได้ยินในผู้สูงอายุลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น การมองเห็นและการได้ยินที่ลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย อาจเป็นเพราะความเสื่อมที่เกิดขึ้น แต่การคัดกรอง การตรวจรักษา

ปัญหาการมองเห็นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่ายหรือเชิงรุกจะช่วยให้ขนาดของปัญหาเหล่านี้ลดลง

**2.5 ความสามารถในการบดเคี้ยว**

สุขภาวะหนึ่งของมนุษยชาติ คือ การได้ลิ้มรสและบดเคี้ยวอาหาร หรือการดำรงความสามารถที่จะรับประทานอาหารได้เอง ดังนั้นสุขภาพช่องปาก ฟัน และความสามารถในการบดเคี้ยวเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะนี้ ความคงทนของฟันสัมพันธ์กับอายุ และแม้ฟันแท้จะหลุดล่วงไป แต่ถ้าหากมีความเอาใจใส่และเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการทดแทนด้วยฟันเทียม สุขภาวะด้านนี้จะดีขึ้น เพราะนอกจากจะคงความสามารถไว้แล้ว กระเพาะอาหารคงไม่ต้องทำงานหนัก ปัญหาทางเดินอาหารและลำไส้จะลดลง ภาวะโภชนาการจะดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ โดยทำให้ผู้สูงอายุพูดได้ชัดสามารถพูดคุย ยิ้มและมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น

การสำรวจสุขภาพฟันในผู้สูงอายุ จะใช้*จำนวนฟันแท้หรือฟันที่บดเคี้ยวได้ 20 ซี่* เป็นดัชนี บ่งบอกว่าจะอยู่ได้อย่างมีสุขภาวะ และเป็นเป้าหมายของการรักษาฟันให้อยู่ในสภาพที่ดี และระบุว่าผู้สูงอายุที่มีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ จะทำให้มีความยากลำบากในการบดเคี้ยว ทำให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหาร เกิดความเสี่ยงต่อการมีทุพโภชนาการ หรือมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นจึงควรได้รับบริการฟันปลอมเพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ การสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2547 ในภาพรวมมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ*มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่* ร้อยละ 45 เท่ากันทั้งชายและหญิง และมีผู้ใส่ฟันปลอมร้อยละ 28 ที่คิดเป็นอัตราส่วนได้เพียงร้อยละ 0.6 ของผู้ที่มีฟันไม่ครบเท่านั้น

การสำรวจจำนวนฟันที่ผู้สูงอายุใช้งานในปี พ.ศ. 2549 ได้ภาพว่า*ผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันรวม (รวมฟันปลอม) 20 ซี่หรือมากกว่า 20 ซี่* มีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันไม่ถึงเกณฑ์ คือ ร้อยละ 54.3 และร้อยละ 46.6 ตามลำดับ วัยที่สูงขึ้นมีผลต่อจำนวนฟันที่หลงเหลืออยู่ โดยผู้สูงอายุวัยปลายมีจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่มากที่สุด ร้อยละ 69.7 ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีฟันในการใช้งานตามเกณฑ์ในสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองเล็กน้อย เพศชายมีจำนวนฟันที่ใช้งานได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ทั้งในชุมชนเมืองและนอกชุมชนเมือง และผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนฟัน 20 ซี่หรือมากกว่า ในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาคือผู้สูงอายุในภาคกลาง ภาคใต้ กรุงเทพมหานคร และภาคเหนือ แม้ภาพผู้สูงอายุในภาคเหนือมากกว่าครึ่งหนึ่ง จะเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงจากการมีสุขภาวะของฟันน้อย แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุในทุกภาคไม่มีภาวะเสี่ยง ทั้งนี้ตัวเลขที่ได้ สะท้อนชัดเจนว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีปัญหาฟัน[2] และต้องการการบริการสุขภาพเพื่อการจัดการอย่างเป็นรูปธรรม

ปี พ.ศ. 2550 ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 51.4 *มีฟันแท้เหลืออยู่มากกว่า 20* ซี่ ผู้สูงอายุวัยต้นมีสัดส่วนของผู้ที่เหลือฟันแท้มากกว่า 20 ซี่ สูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ผู้สูงอายุชายมีจำนวนฟันใช้งานได้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 54.6 และ ร้อยละ 48.9) ผู้สูงอายุที่ฟันแท้เหลือน้อย ร้อยละ 64.0 ไม่ได้ใส่ฟันเทียม ซึ่งดูเหมือนว่าจะเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าการสำรวจก่อนหน้านี้ ผู้สูงอายุวัยปลายใส่ฟันเทียมน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยอื่น ทั้งๆ ที่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการเคี้ยว

มากที่สุด และผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่การมีจำนวนฟันและการใส่ฟันเทียมยังไม่ใช่ตัวชี้บ่งสุขภาวะฟันที่ดี ด้วยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าจำเป็นต้องใช้ฟันคู่สบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา เพราะถ้าไม่มีฟันคู่สบก็จะไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ แต่ยังไม่ยืนยันว่าจะต้องมีฟันคู่สบจำนวนกี่คู่จึงจะถือว่าไม่มีความยากลำบากในการบดเคี้ยว อย่างไรก็ตามข้อมูลทั้งหมด สะท้อนภาพการมีปัญหาการบดเคี้ยว ไม่ว่าจะเป็นจำนวนฟันที่ใช้งานได้ และการทดแทนฟันเทียม ซึ่งย่อมกระทบต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ และดูเหมือนต้องการการรณรงค์เพื่อการมีสุขภาพฟันที่ดีและมีระบบบริการที่ชดเชยความพร่องเหล่านี้อย่างทั่วถึง

**2.6 น้ำหนักตัวมาตรฐาน**

น้ำหนักตัวเหมาะสมหรืออยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของอายุวัยและเพศนั้นๆ เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ ด้วย***น้ำหนักที่มากเกินหรือภาวะอ้วน*** จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ***น้ำหนักตัวที่น้อยเกินหรือภาวะผอม*** จะมีความเสี่ยงต่อโรคขาดสารอาหาร กระดูกพรุน และภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามน้ำหนักตัวนั้น นิยมใช้ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) แม้อาจมีความคลาดเคลื่อนบ้างในเรื่องการวัดความสูงของผู้สูงอายุ และการนำค่าที่ได้จัดกลุ่มตามน้ำหนักตัว และระบุเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

ในปัจจุบันได้มีการตระหนักถึงอันตรายของภาวะอ้วนลงพุง ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงโรคเรื้อรังสำคัญ อาทิ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง และจากการพบว่าปริมาณไขมันในช่องท้องกับเส้นรอบเอว (waist circumference) มีความสัมพันธ์กันโดยตรง และเป็นดัชนีชี้บ่งการมีภาวะอ้วนลงพุง ดังนั้นจึงมีการวัดรอบเอว เพื่อระบุความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง สำหรับประเทศไทยได้มีการปรับเกณฑ์การตัดสินให้เหมาะสมกับสรีระของคนไทย โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุงหรืออ้วนกลาง คือ ผู้ชายที่มีเส้นรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงมีเส้นรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร อย่างไรก็ตามเกณฑ์นี้ใช้ในประชากรวัยผู้ใหญ่ จึงยังต้องการการศึกษาเกณฑ์ที่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มเติม ดังนั้นในการสำรวจน้ำหนักของผู้สูงอายุจึงมักพบการใช้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวร่วมกัน กำหนดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2547 ให้ภาพผู้สูงอายุทั้งสองเพศมี*ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย*อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคอันเนื่องจากน้ำหนักตัว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ผู้สูงอายุชายวัยต้น วัยกลางและวัยท้าย มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 22.4, 21.4 และ 20.4 กก./ ม.$^2$ ตามลำดับ และผู้สูงอายุหญิงวัยต้น วัยกลางและวัยท้าย มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 23.7, 22.4 และ 20.5 กก./ม.$^2$ ตามลำดับ แต่เมื่อจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามค่าดัชนีมวลกาย พบผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยและทั้งสองเพศ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติเกินครึ่งหนึ่งของประชากรเท่านั้น [3]

ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมี*ภาวะผอม* ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มอายุ และผอมมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุหญิงวัยต้นและวัยกลางจะมีสัดส่วนต่ำกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย แต่ในวัยปลายผู้สูงอายุหญิงกลับสูงกว่าผู้สูงอายุชาย

สำหรับ*ค่าดัชนีมวลกายที่มากเกินมาตรฐาน*นั้น ผู้สูงอายุหญิงมี น้ำหนักเกินในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ ที่น่าสังเกตคือผู้สูงอายุหญิงมีภาวะอ้วน มากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุถึงอย่างต่ำ 2 เท่า จึงพออนุมานได้ว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มวัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากภาวะอ้วนสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงวัยปลายเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการมีมวลกายต่ำมากกว่าผู้สูงอายุชาย

สำหรับการสำรวจเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุ มีลักษณะข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับดัชนีมวลกาย คือ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นในทั้งสองเพศ และค่าเฉลี่ยที่ได้อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุง อย่างไรก็ตามการสำรวจได้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าผู้สูงอายุชาย ในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งให้ข้อสรุปเบื้องต้นได้ว่าผู้สูงอายุหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวเนื่องจากภาวะอ้วนลงพุงได้มากกว่าผู้สูงอายุชาย

การสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ยืนยันความเสี่ยงนี้ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 22.62 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 28.4 ผอม ร้อยละ 13.8 ผู้สูงอายุชายน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 21.0 ผอมร้อยละ 14.2

### 3. ทุกขภาวะของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมเสี่ยง อาการผิดปกติหรือปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเจ็บป่วย การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ การเจ็บป่วยด้านสมองและจิตใจ ภาวะพึ่งพา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการเสียชีวิต เป็นทุกขภาวะของผู้สูงอายุ แม้ความเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตจะมีสัดส่วนสูงในผู้สูงวัย แต่ไม่ได้มีเหตุมาจากความชรา เพียงแต่ความชราอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเพิ่มขึ้น ความเจ็บป่วย โรค และภาวะทุพพลภาพอาจเกิดขึ้นชั่วคราว หรือต่อเนื่องไปตลอดอายุขัย ซึ่งย่อมก่อให้เกิดทุกขภาวะทั้งในผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและถ้าหากมีจำนวนมากแล้วย่อมเป็นทุกขภาระของประเทศ

การใช้ ดัชนี Disability Adjusted Life Year หรือ DALYs หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ ช่วยให้การอธิบายภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดี แต่มีความจำกัดในเรื่องการใช้ข้อมูลทำให้มีรายงานไม่แพร่หลาย การสูญเสียปีสุขภาวะเป็นจำนวนปีที่ได้จากการที่คำนวณจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงเสียคุณภาพจากการเจ็บป่วยหรือพิการ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547 และ 2549 ที่อ้างถึงรายงานคณะทำงานพัฒนาดัชนีชี้วัดภาระโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2542 ที่ระบุว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการ*สูญเสียปีสุขภาวะ* เนื่องจาก**โรคไม่ติดต่อ** ร้อยละ 11.3 จากโรคติดต่อ และร้อยละ 3.5 จากอุบัติเหตุ[4, 5] นั่นหมายถึงผู้สูงอายุมีทุกขภาวะจากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อ และที่น่าสนใจ คือจากอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถจัดการเพื่อลดความสูญเสียได้ ถ้าหากสังคมใส่ใจผู้สูงวัย สำหรับทุกขภาวะจากโรคติดต่อนั้นชี้นำถึงการควบคุม

พฤติกรรมเสี่ยง การป้องกัน คัดกรองปัญหาแต่เริ่มแรกและจากบริการเชิงรุก รวมถึงการฟื้นฟูเมื่อเจ็บป่วยให้กลับคืนสภาพเดิมหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุด

*อายุคาดหมายเฉลี่ย* ของประชากรไทยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราการตายของเพศหญิงน้อยกว่าเพศชายในช่วงอายุหรือกลุ่มวัยเดียวกัน และจำนวนปีของการเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิตของเพศหญิงจะมากกว่าเพศชาย[5] จึงมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุหญิงที่แม้จะมีจำนวนที่มากกว่าและมีอายุที่ยืนยาวกว่าเพศชาย แต่จะต้องมีเผชิญกับปัญหาสุขภาพมากและยาวนานกว่าผู้สูงอายุชาย

### 3.1 พฤติกรรมเสี่ยง ที่ต้องลด ละ เลิก

พฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างของผู้สูงอายุนำสู่การเกิดโรคเรื้อรัง หรือโดยนัยหนึ่ง คือโรคไม่ติดต่อ เช่น การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ การดื่มสุราทำให้เสี่ยงต่อโรคตับ การเคี้ยวหมากอาจก่อให้เกิดโรคในช่องปาก แม้ในปัจจุบันจะมีการรณรงค์ให้มีการลด ละ เลิก พฤติกรรมเหล่านี้อย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังพบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ และแน่นอนย่อมหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิดทุกขภาวะของผู้สูงอายุและทุกขภาระของครอบครัวและสังคมในอนาคต

**3.1.1** ***การสูบบุหรี่*** การสูบบุหรี่ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตประมาณ 5 ล้านคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่าในอนาคตอีก 25 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน การสำรวจในประเทศไทยเกี่ยวกับลักษณะการสูบบุหรี่ที่เสี่ยงต่อการเกิดทุกขภาวะ คือ *ผู้ที่สูบเป็นประจำและยังคงสูบในปัจจุบัน*พบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 1 ใน 4-5 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่เป็นประจำในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุหญิงกว่า 10 เท่าและปรากฏต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542[1-4] คือ ในสัดส่วนชายต่อหญิง ปี พ.ศ. 2542 ร้อยละ 45.1 และร้อยละ 4.8, ปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 40.9 และร้อยละ 4.3, ปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 43.3 และ ร้อยละ 4.6[4]

ข้อมูลปี พ.ศ. 2546-2547 ที่แยกตามกลุ่มวัยของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ยังเห็นภาพความแตกต่างกันและดูเหมือนจะมากกว่าเกือบ 10 เท่า ในทุกกลุ่มวัย ผู้สูงอายุชายและหญิงสูบบุหรี่เป็นประจำในสัดส่วนตามวัย ดังนี้ วัยต้นร้อยละ 42.7 และร้อยละ 5.0 วัยกลางร้อยละ 38.2 และร้อยละ 5.4 วัยปลายร้อยละ 29.5 และร้อยละ 2.6[3] ตัวเลขนี้บอกว่า การสูบบุหรี่ได้ลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น (ยกเว้นผู้สูงอายุหญิงวัยกลางที่กลับเพิ่มขึ้น) แต่ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุชายยังคงสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีตัวเลขแตกต่างกันบ้าง โดยรายงานว่าผู้สูงอายุสูบบุหรี่คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ( 6.4 ล้านคน) โดยเป็นกลุ่มวัยที่สูงมากเป็นที่สองรองจากกลุ่มวัยทำงาน[10, 11]

สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานไว้ในปี พ.ศ. 2549 ว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่ร้อยละ 19.2 เป็นที่สองรองจากผู้มีอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 25) ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุภาคเหนือ สูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 23.7 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง โดยผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีอัตราการสูบบุหรี่น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 8.3[11] ในปี พ.ศ. 2549 เช่นกัน การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุดู

คล้ายจะดีขึ้น จากตัวเลขที่บอกว่า ยังคงสูบบุหรี่ 1 ใน 5 (ร้อยละ 16.5) ผู้สูงอายุชายยังคงสูบมากกว่าผู้สูงอายุหญิง เกือบ 10 เท่า แต่เป็นที่ทราบกันดีว่าผลร้ายจากการสูบบุหรี่ยังต่อเนื่องยาวนานแม้จะหยุดสูบแล้ว ดังนั้นจำนวนผู้สูงอายุที่เคยสูบและระยะเวลาในการเลิกแล้ว จึงเป็นประเด็นที่รายงานไว้ คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงส่วนใหญ่ เลิกสูบบุหรี่ มานานไม่เกิน 10 ปี หรือเลิกสูบบุหรี่ ไม่ถึง 10 ปี ในผู้ชายและหญิง ในสัดส่วน ร้อยละ 58.7 และ 59.4 ตามลำดับ[2] และนั่นคือการสะท้อนภาพผู้สูงอายุที่ละเลิกการสูบบุหรี่แล้ว แต่ยังเสี่ยงต่อการเกิดทุกขภาวะจากการสูบบุหรี่

การสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ตัวเลขผู้*ที่ยังคงสูบบุหรี่* ลดลงเหลือร้อยละ 12.6 ซึ่งเห็นภาพว่าผู้สูงอายุสูบบุหรี่ลดลงจากการสำรวจของปี พ.ศ. 2549 และในปีล่าสุดนี้ ยังรายงานว่าผู้สูงอายุชายที่*สูบบุหรี่เป็นประจำ*ยังคงมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุหญิงเกือบ 10 เท่าเช่นเดิม ภาพการสูบบุหรี่ลดลงตามกลุ่มวัยเช่นกันกับการสำรวจครั้งก่อนๆ โดยวัยต้น มีการสูบบุหรี่มากกว่าวัยกลางและวัยปลาย[1] อย่างไรก็ตามการแม้การสูบบุหรี่จะลดลงแต่ก็คงยังมีปรากฏ และนั่นหมายถึง ผู้สูงอายุไทย อย่างน้อย 1 ใน 10 คน ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดทุกขภาระจากโรคเรื้อรัง อาทิ ถุงลมปอดโป่งพอง มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

**3.1.2 *การดื่มสุรา*** มีการรายงานการดื่มสุราของผู้สูงอายุไว้ใน การศึกษาขนาดใหญ่ ปี พ. ศ. 2546-2547 โดยรายงานการดื่มเป็น 4 กลุ่ม คือ*ไม่ดื่ม ดื่มอย่างมีสติ ดื่มอย่างเป็นอันตราย และดื่มอย่างเป็นอันตรายมาก* ใน 2 กลุ่มหลังนี้ คือ กลุ่มที่ดื่มและได้รับแอลกอฮอล์มากกว่า 40 กรัม/วัน ในชาย และ มากกว่า 20 กรัม/วันในหญิง และถือว่ากลุ่มที่ไม่เสี่ยง คือ กลุ่มที่ไม่ดื่มและดื่มอย่างมีสติ ในรายงานระบุว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศมากกว่าร้อยละ 90 เป็น*ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงในการดื่มสุรา* แต่เมื่อจำแนกพฤติกรรมเสี่ยง ตามกลุ่มวัย เพศ และปริมาณการดื่ม พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มอายุที่มากขึ้นมีการดื่มลดลง แต่กลับพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุชายวัยต้นและวัยกลาง มีพฤติกรรมการดื่มระดับอันตรายมาก สูงกว่าดื่มอย่างอันตราย และพบว่าผู้สูงอายุหญิงวัยปลายแม้จะมีสัดส่วนการดื่มลดลงจากวัยอื่น แต่ การดื่มระดับอันตรายมาก กลับไม่ลดลงในวัยปลาย (ร้อยละ 0.3 เท่ากันทั้งสองกลุ่มวัย)[3] ดังนั้นแม้จะมีการดื่มสุราลดลงตามกลุ่มวัย แต่ระดับความเสี่ยงจากปริมาณการดื่มยังเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการเกิดทุกขภาวะทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ในรายงาน ปี พ.ศ. 2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ระบุว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการ*ดื่มสุราเป็นประจำ* ร้อยละ 3.3 และ*ดื่มบางโอกาส* ร้อยละ 14.5 การดื่มบางโอกาสอาจเปรียบเทียบไม่ได้กับการดื่มอย่างมีสติในการศึกษาแรก ดังนั้นตัวเลข 3.3 จึงยังไม่ใช่ตัวเลขที่สะท้อนการลดลงของความเสี่ยงในการดื่มสุราที่แท้จริง การศึกษานี้ยังให้ภาพสอดคล้องกันอีกว่า ผู้สูงอายุชายดื่มสุราเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และมากกว่าถึง 5 เท่า[2]

ปี พ.ศ. 2549 การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ผู้สูงอายุ*ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา*ร้อยละ 18.1 การรายงานไม่ได้แยกระดับการดื่ม ดังนั้นจึงหมายรวมทั้งหมด ตัวเลขจึงสูงกว่าการศึกษาอื่น ในร้อยละที่ดื่มเป็นผู้สูงอายุชายในสัดส่วนร้อยละ 33.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุดื่มสุราและของมึนเมามากที่สุด คือ ร้อยละ 22.3 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร และภาคใต้น้อยที่สุด คือ 11.0[6] และการสำรวจล่าสุดในปี

พ.ศ. 2550[1] พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มสุราเป็นประจำ มีร้อยละ 3.0 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2549 สัดส่วนการ*ดื่มสุราเป็นประจำ*ในผู้สูงอายุชายยังสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงเกือบ 4 เท่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีสัดส่วนการดื่มสุรามากกว่าผู้สูงวัยกลางและวัยปลาย และนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำสูงกว่าในเขตเทศบาล[1]

การสำรวจทั้งหมดให้ภาพรวมที่สะท้อนทุกขภาระจากการดื่มสุราในเพศชายมากกว่าเพศหญิงชัดเจน และนอกเขตมากกว่าในเขตเทศบาล การดื่มสุราหรืออัลกอฮอล์เป็นปัญหาของประเทศ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2549 ระบุว่าประเทศไทยดื่มอัลกอฮอล์ทุกประเภทรวมกัน 8.47 ลิตร/คน/ปี มากเป็นอันดับที่ 40 ของโลก[2] แม้จำนวนผู้สูงอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำจะลดลง และลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ผลที่เกิดกับร่างกายเป็นผลสะสม และไม่ได้ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง ตับแข็งและมะเร็งตับ ลดลง นอกจากนี้รายงานในปี พ.ศ. 2550 ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงทับซ้อน คือ ผู้สูงอายุทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุราถึงร้อยละ 1.8 และพบว่าในเขตเทศบาลยังมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมนี้มากกว่านอกเขตเทศบาล พฤติกรรมเสี่ยงในทั้งสองเพศพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 6 เท่า[1]

**3.1.3** ***การเคี้ยวหมาก*** การรายงานใน ปี พ.ศ. 2550 ยังมีผู้สูงอายุที่*เคี้ยวหมากเป็นประจำ*อยู่ถึง ร้อยละ 16.2 สัดส่วนการเคี้ยวหมากลดลงจากปี พ.ศ. 2538 (ร้อยละ 26.6 )[9] แต่ข้อมูลที่เหมือนกัน คือ ผู้สูงอายุหญิงยังคงเคี้ยวหมากเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุชาย และมากกว่า เกือบ 7 เท่า และผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลเคี้ยวหมากมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขต กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายเคี้ยวหมากมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยต้น การเคี้ยวหมากอาจเป็นเหตุทำให้เกิดแผลในช่องปาก ซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งช่องปาก และแม้ว่าประชากรในปัจจุบันจะไม่นิยมการเคี้ยวหมากแล้ว แต่ยังได้รับความนิยมในผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่ง และย่อมหมายถึงทุกขภาวะที่อาจตามมาได้[1]

**3.1.4** ***การใช้ยา*** วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงจากการใช้ยา จากการเปลี่ยนแปลงเภสัชจลศาสตร์และพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ ดังนั้นการใช้ยาอาจก่อทุกขภาระในผู้สูงอายุ การสำรวจ ในปี พ.ศ. 2546-2547 ระบุการใช้ยา หมายถึง ยาที่ผู้สูงอายุใช้ทุกวันติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน พบว่าผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ใน 3 *ใช้ยาเป็นประจำ* ผู้สูงอายุหญิงใช้ยาเป็นประจำในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นประจำ 1 อย่าง มากที่สุดผู้สูงอายุชายและหญิงใช้ยา 2 อย่าง 3 อย่าง หรือมากกว่ารวมกันในสัดส่วนดังนี้ วัยต้น ร้อยละ 5.1/9.1 วัยกลางร้อยละ 7.0/11.3 วัยปลายร้อยละ 7.9/9.4[3] สะท้อนว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศใช้ยามากกว่า 2 ชนิดเพิ่มขึ้นตามอายุ และผู้สูงอายุหญิงใช้ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุชาย

### 3.2 อาการผิดปกติหรือปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

การหกล้ม การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาการขับถ่าย ปัญหาการนอนไม่หลับ ปัญหาปวดข้อ ปวดเมื่อย ปวดหลัง และปวดคอ อาการวิงเวียน และปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ เป็นอาการผิดปกติที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

**3.2.1 *การหกล้ม*** การหกล้มเป็นปัญหาที่มีสัดส่วนมากขึ้นในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตตามมา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก การสำรวจขนาดใหญ่ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าอุบัติการณ์ของการหกล้มแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป้าหมายของการสำรวจ โดยใน ปี พ.ศ. 2546-2547 การสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุชาย 1 ใน 3 และผู้สูงอายุหญิงจำนวนครึ่งหนึ่ง*เคยหกล้ม* (ร้อยละ 30.0 และ 50.0) และเฉลี่ยหกล้มประมาณ 3 ครั้ง ในเกือบทุกเพศและทุกกล่มอายุ ยกเว้นในเพศชายที่เคยหกล้มเฉลี่ย 4 ครั้ง[3] ปีพ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุบอกว่าเคยมีการหกล้มเฉพาะในรอบ 6 เดือน ร้อยละ 14.2 โดยหกล้มจำนวน 1-2 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 10) ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนจำนวนครั้งมากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุวัยปลายด้วย[2] และ ปีพ.ศ. 2550 ที่สอบถามการหกล้มในรอบ 6 เดือนเช่นกัน พบว่าผู้สูงอายุมีการหกล้มร้อยละ 10. 3 ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 12.6 และ 7.4) ผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนของการหกล้มมากกว่าวัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ 12.7, ร้อยละ 11.7 และร้อยละ 9.2 ตามลำดับ) สำหรับจำนวนครั้งในการหกล้มนั้น ร้อยละ 55.6 เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 23.7 หกล้ม 2 ครั้ง และมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 20.7[1]

ภาพที่ปรากฏ คือ การหกล้มเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุหญิงมีการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุชาย อนุมานได้ว่าสูงกว่าในทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุเกือบครึ่งมีจำนวนการหกล้มมากกว่า 2 ครั้ง

การหกล้มกับเขตที่อยู่อาศัยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงทั้งในและนอกเขตชุมชน มีสัดส่วนการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุชาย[3] สำหรับสถานที่ที่เกิดการหกล้มนั้น พบว่า มีความต่างกันจากกระบวนการสำรวจ โดยพบทั้งสัดส่วนการหกล้มนอกบ้านสูงสุด [2,3] และการหกล้มในบ้านสูงสุด[1] การหกล้มในบ้านเกิดที่บริเวณของบ้านที่ไม่ใช่ห้องรับแขก ห้องน้ำและห้องครัวในสัดส่วน ร้อยละ 2.0 และหกล้มในห้องน้ำ ร้อยละ 1.9[1]

ส่วนสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการหกล้ม จากการสำรวจปี พ.ศ. 2546-2547 คือ *การเวียนศีรษะการทรงตัวที่ไม่สมดุล* (ร้อยละ 38 และร้อยละ 41)[3] และในปี พ.ศ. 2550 คือ *การสะดุดสิ่งกีดขวางทางเดิน* (ร้อยละ 33.8) *ลื่น* (ร้อยละ 31.8) *เกิดอาการหน้ามืด* (ร้อยละ 14.0) *จากพื้นต่างระดับ*ร้อยละ 8.6 และ*หกล้มเพราะตกบันได* (ร้อยละ 2.9) [1]

ทุกขภาระที่ตามมาของการหกล้มในผู้สูงอายุอาจมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เพราะอาจมีภาวะกระดูกหักได้ง่าย จากการมีโอกาสมีโรคกระดูกพรุนเป็นต้นทุนอยู่ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้ม เกิดปัญหา เคล็ดขัดยอกสูงที่สุด รองลงมา คือ กระดูกร้าว อัมพฤกษ์[3] และพบว่า ภายหลังการหกล้ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 34.8 รักษาตัวเองอยู่ที่บ้าน และมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ต้องรักษาพยาบาลและไปรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 27.7 และร้อยละ 27.6 และที่ต้องเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาลมีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 9.9[1]

ปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการหกล้ม คือ *การทรงตัว* ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดีมีโอกาสเกิดการหกล้มได้สูง ดังนั้นการประเมินการทรงตัว จึงเป็นการตระหนักรู้เหตุปัจจัยแต่เบื้องต้น การเพิ่มมาตรการป้องกันและแก้ไขจะช่วยลดทุกขภาระจากการหกล้มได้ และจากการสำรวจการทรงตัว

โดยลุกแล้วยืนขาเดียว ซึ่งเป็นการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วงขาและความสามารถที่จะทรงตัวอยู่ได้ ในปี พ.ศ. 2549 ชี้ว่า*ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ*ลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น และเมื่ออายุมากๆ การทรงตัวทำได้ยากลำบากจนถึงยืนไม่ได้เลย ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองสามารถทรงตัวได้ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุนอกชุมชนเมือง และผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองยืนไม่ได้สูงกว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนเมือง ซึ่งหากมีการประเมินและสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา จะช่วยให้การทรงตัวดี และป้องกันการเกิดการหกล้ม[2]

เมื่อพิจารณาสาเหตุภาวะหกล้มที่เกิดในผู้สูงอายุจะเห็นว่าส่วนหนึ่งมาจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งหากตระหนักรู้ในปัญหาจะจัดการป้องกันได้ไม่ยากนัก และยังเป็นการช่วยลดทุกขภาระที่จะเกิดตามมาจากการหกล้มด้วย

**3.2.2** ***ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้*** ผู้สูงอายุมีปัญหา เกี่ยวกับการปัสสาวะหลากหลายรูปแบบ แต่เนื่องจากวัฒนธรรมทำให้ผู้ที่มีปัญหามักจะอับอาย ไม่กล้าพูดถึง และความเข้าใจผิดที่คิดว่าเป็นเพราะความสูงวัย ทำให้ทุกขภาวะเกี่ยวกับการปัสสาวะ ไม่ได้รับการเหลียวแลเท่าที่ควร การสำรวจขนาดใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการปัสสาวะในผู้สูงอายุมีค่อนข้างน้อย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำรวจปัญหาการปัสสาวะในผู้สูงอายุไว้หลายปัญหา ซึ่งพอให้ภาพได้ว่า ผู้สูงอายุหญิงมี*ปัญหาการปัสสาวะ*สูงมากกว่าผู้สูงอายุชาย และลำดับของปัญหา เรียงตามสัดส่วนที่พบได้ลดหลั่นกันดังนี้ *การปัสสาวะกลางดึก ปัสสาวะบ่อย เจ็บเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะไม่สุด การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะมีความรุนแรงลดลง ปัญหาเวลาปัสสาวะ และปัสสาวะหยุดลำบาก*[2] ซึ่งปัญหาบางปัญหาที่สำรวจสามารถแก้ไขได้ ถ้าหากมีการตระหนักรู้และได้รับการบำบัดที่เหมาะสม

**การปัสสาวะกลางดึก การปัสสาวะบ่อย การเจ็บเมื่อปัสสาวะ** เป็นปัญหา ที่มีสัดส่วนสูงในผู้สูงอายุทั้งสองเพศในกลุ่มวัยต้น ***ปัสสาวะไม่สุด*** และ***ปัสสาวะมีความรุนแรงลดลง/ไม่พุ่ง*** พบสัดส่วนสูงในผู้สูงอายุชายและหญิงในกลุ่มวัยกลาง สำหรับ ***ปัญหาเวลาปัสสาวะและปัสสาวะหยุดลำบากและการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่*** นั้น พบว่ามีสัดส่วนสูงในกลุ่มผู้สูงอายุชายวัยกลาง และกลุ่มผู้สูงอายุหญิงวัยต้น ผู้สูงอายุวัยต้น ทั้งเพศชายและหญิง มีปัญหา***การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่*** โดยสัดส่วนการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบในผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 47.4 และในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 15.8[2] หรือภาพรวมผู้สูงอายุในวัยต้นทั้งสองเพศมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างน้อย 1 ใน 5 คน

**3.2.3** ***ปัญหาการขับถ่าย*** รายงานโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบปัญหา***ท้องผูก***ในผู้สูงอายุที่แยกตามเพศและกลุ่มอายุ พบผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของปัญหาร้อยละ 22.3 ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วน ร้อยละ 18.7 และผู้สูงอายุกลุ่มวัยปลายทั้งหญิงและชายมีปัญหาสูงกว่าวัยกลางและวัยต้น สำหรับปัญหา***อุจจาระเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม***พบในผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 4.3 และผู้สูงอายุชายร้อยละ 3.0 และผู้สูงอายุกลุ่มวัยปลายทั้งหญิงและชายมีปัญหาสูงกว่าวัยกลางและวัยต้นเช่นกัน[2] แม้ความรุนแรงและสัดส่วนที่พบจะไม่สูงมาก แต่ถ้าหากมีการจัดการแก้ไขหรือแม้แต่ทำการตรวจคัดกรองอื่นๆ เพิ่ม อาจจะช่วยลดทุกขภาระของปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นและที่จะตามมาจากปัญหาการขับถ่ายได้

***3.2.4. ปัญหาการนอนไม่หลับ*** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยรายงานว่า 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุมี*ปัญหาการนอนไม่หลับ* (ร้อยละ 11.9) และเป็นปัญหาของทั้งผู้สูงอายุนอกชุมชนเมือง และในชุมชนเมืองใกล้เคียงกัน[2]

**3.2.5. *ปัญหาปวดข้อ ปวดเมื่อย ปวดหลัง และปวดคอ*** สัดส่วนของปัญหา **ปวดข้อและปวดเมื่อย**ในผู้สูงอายุค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 41.5 และร้อยละ 45.6 โดยปัญหามีสัดส่วนสูงในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองมากกว่านอกชุมชนเมือง สำหรับ ***ปวดหลัง*** พบในผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน (ร้อยละ 27.2) ทั้งในและนอกชุมชนเมืองมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ***ปวดคอ*** ที่ได้จากการสำรวจ มีร้อยละ 7.3 ทั้งในและนอกชุมชนเมืองมีสัดส่วนใกล้เคียงกันเช่นเดียวกับปวดหลัง[2] ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว และนำมาซึ่งทุกขภาวะจากการทำหน้าที่ได้ลดลง

**3.2.6 *อาการวิงเวียน*** ผู้สูงอายุที่มีอาการวิงเวียนอาจเกิดปัญหาหกล้มตามมา พบ*อาการวิงเวียน*ในผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 19.4 หรือ 1 ใน 5 คนของผู้สูงอายุ และพบในผู้สูงอายุในชุมชนเมืองในสัดส่วนใกล้เคียงกับนอกชุมชนเมือง (ร้อยละ 81.0 และ 80.4)[2]

**3.2.7 *ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ*** การสำรวจปี พ.ศ. 2550 ฉายภาพความรู้สึกของผู้สูงอายุ ที่สะท้อนสภาพอารมณ์และจิตใจที่เป็นอยู่ การมีความรู้สึกทางด้านลบ ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความรู้สึกทางลบที่สำรวจพบในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ *เป็นประจำ และเป็นบางครั้ง* พบว่าความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมีในสัดส่วนมากที่สุด คือ ***ความอยากอาหาร***ลดลง ประมาณ ร้อยละ 51.9 หรือ ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ รองลงมา คือ ***คิดมากวิตกกังวลใจ*** (ร้อยละ 48.3) ***หงุดหงิดรำคาญใจ*** (ร้อยละ 42.6) ***เหงา*** (ร้อยละ 34.7) ***ไม่มีความสุข/ เศร้าหมอง*** (ร้อยละ 24.8) ***หมดหวังในชีวิต*** (ร้อยละ 17.6) ***รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า*** (ร้อยละ 16.6) ความรู้สึกทางลบดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของความรู้สึกทางลบเหล่านี้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย[1]

**3.3 การเจ็บป่วย**

ความเสื่อมในวัยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้โดยง่ายกว่าวัยอื่น การสัมภาษณ์***การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในรอบ 1 เดือนที่ผ่าน***มา โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 30.0 สูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการเจ็บป่วยมากกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 32.1 และร้อยละ 24.8 ตามลำดับ ผู้สูงอายุภาคเหนือมีการเจ็บป่วยสูงสุดร้อยละ 33.5 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ร้อยละ 31.9 ร้อยละ 31.8 และ ร้อยละ 28.3 ตามลำดับ ส่วนกรุงเทพมหานครมีการเจ็บป่วยน้อยที่สุด ร้อยละ 17.2 และพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายสูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ[6]

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประเมินความรุนแรงด้านสุขภาพในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ที่สะท้อนออกมาในรูปแบบปัญหาต่างๆ โดยรวมขนาดปัญหาที่มีระดับความรุนแรงปานกลางจนถึงรุนแรงมาก ดังนี้ *มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว* ร้อยละ 23.2 *มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง*ร้อยละ

14.0 *ความยากลำบากในการทำงานนอกบ้านหรือทำงานบ้าน* ร้อยละ 21.4 *การป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย*ร้อยละ 21.5 *อาการผิดปกติหรือเจ็บปวดในช่องปาก* ร้อยละ 6.2 *ความรู้สึกหดหู่ เศร้าเสียใจหรือวิตกกังวล*ร้อยละ 14.7 *ความยากลำบากในการตั้งสมาธิหรือจดจำสิ่งต่างๆ* ร้อยละ 23.6 *ความยากลำบากในการร่วมกิจกรรมกับคนอื่น หรือการเข้าร่วมในสังคมชุมชน*ร้อยละ 14.4[6]

***การเจ็บป่วยในรอบ 5 ปี*** ในปี พ.ศ. 2550 การสำรวจความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงจนกระทั่งไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ในรอบ 5 ปีก่อนการสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ 63.5 หรือเกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเจ็บป่วย โดยสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงที่เคยเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 65.8 และร้อยละ 60.5 ตามลำดับ ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนการเจ็บป่วยสูงมากกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 64.1 และร้อยละ 62.0) ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยใกล้เคียงกัน ประมาณร้อยละ 65 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 62.3) กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 55.4) [1]

**3.4. การเจ็บป่วยเรื้อรัง**

ในการสำรวจจะพบทั้งการสำรวจโรคเรื้อรัง และโรคประจำตัว โดยโรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่องหรือความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย โดยผลที่อาจตามมา คือ ความพิการเหลืออยู่ ไม่สามารถแก้ไขได้ดีดังเดิม จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวจากผู้ที่มีความรู้อย่างถูกต้อง เพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพของร่างกายที่เจ็บป่วย ส่วนโรคประจำตัวหมายถึง โรคที่ป่วยติดต่อกัน ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป แล้วยังรักษาไม่หายต้องทำการรักษาต่อไป (สามารถรักษาให้หายได้) [2]

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2546-2547 ได้ทำการสำรวจ โรคและปัญหาสุขภาพ พบสภาวการณ์มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน โดยโรคที่ถูกสอบถาม คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรคปอด โรคโลหิตจาง ไตวาย และข้อเสื่อม พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโรคต่างๆ เหล่านี้สูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ ประมาณร้อยละ 5 และพบ จำนวนโรคที่เป็นในคนเดียวกันถึง 7 โรค ซึ่งให้ผลยืนยันการศึกษาในปี พ.ศ. 2542[10] และให้ภาพว่าผู้สูงอายุไทยมีการเจ็บป่วยด้วยหลายโรคพร้อมๆ กัน สูงสุดถึง 7 โรค โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ. 2549 พบว่าประชากรสูงอายุมีสัดส่วนของ*ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว*สูงสุดกว่าทุกกลุ่มวัย คือ พบ ร้อยละ 50.0 ของผู้สูงอายุ ภาคเหนือเป็นภาคที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนของผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงที่สุดกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 58.2 รองลงมา คือ ภาคกลาง ร้อยละ 51.4 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 46.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 45.5 และภาคใต้ ร้อยละ 45.3[5]

การสำรวจโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2549 ได้ตัวเลข ร้อยละ 48.0 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 50.4 และร้อยละ 47.0) ลำดับของการมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ภาคเหนือยังครองอันดับ

สูงสุด (ร้อยละ 53) ลำดับรองอื่นยังคล้ายเดิม ยกเว้นลำดับรองสุดท้ายและสุดท้ายที่สลับกัน เป็นภาคใต้ที่มีมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีร้อยละ 42.8 ผู้สูงอายุวัยเกิน 70 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มวัย และสรุปเปรียบเทียบการสำรวจจากแหล่งเดียวกันว่า จากปี พ.ศ. 2546-2549 โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมีแนวโน้มลดลงทั้งในผู้สูงอายุทั้งสองเพศ และกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 5 อันดับแรกของปี พ.ศ. 2546, 2549 และ 2549 คือ *โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร* และ*โรคระบบทางเดินหายใจ* โดยโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด และโรคต่อมไร้ท่อเพิ่มสูงขึ้นทุกปี [6]

การสำรวจขนาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2546-2547, พ.ศ. 2549 และพ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจ*โรคที่เป็นมากในคนไทย* ซึ่งเป็นเหตุทำให้เจ็บป่วยมาก หรือเสียชีวิตมาก หรือสูญเสียเวลาที่มีสุขภาพดีในช่วงชีวิตของบุคคลไปเป็นจำนวนหลายปี ผลจากการสำรวจ มีภาพโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ยังเป็น*โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ* โดยมีรายละเอียดของโรคที่สำคัญๆ ดังนี้

**3.4.1 *โรคความดันโลหิตสูง*** “ฆาตกรเงียบ” หรือ ความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีในรายงานของทุกการสำรวจ ด้วยตระหนักว่าเป็นโรคสำคัญของผู้สูงอายุ ที่สามารถป้องกัน ควบคุม รักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้เมื่อได้รับการเฝ้าระวังและบำบัดรักษาที่ถูกต้อง การสำรวจโดยการสัมภาษณ์ และ**การตรวจร่างกาย** ที่ถือว่าการมีค่าความดันซีสโตลิก (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม. ปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม. ปรอท เป็นภาวะความดันโลหิตสูง ในการสำรวจปี 2546-2547 พบผู้สูงอายุมีภาวะนี้ถึง ***ครึ่งหนึ่ง***ของผู้สูงอายุทั้งหมด และครึ่งหนึ่ง***ไม่ได้รับการวินิจฉัย*** สำหรับการสำรวจด้วยการสัมภาษณ์เพียงอย่างเดียว ในปี พ.ศ. 2549 และปีพ.ศ. 2550 พบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.3 และร้อยละ 31.7 ตามลำดับ แม้ตัวเลขจะดูลดลง แต่พิจารณาแล้วจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเอง มีความดันโลหิตสูงของทุกการสำรวจมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน เพียงแต่การศึกษาโดยการสัมภาษณ์จะไม่ให้ภาพผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยเท่านั้น

ในแต่ละกลุ่มวัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหญิงจะมีสัดส่วนของการมีความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้สูงอายุชาย[1,3] กลุ่มวัยที่สูงขึ้นพบสัดส่วนร้อยละที่มากขึ้น[1,3] ความดันโลหิตสูงพบมากในผู้สูงวัย คือ วัยต้น ร้อยละ 28.9 วัยกลาง 36.9 และวัยปลาย 34.6[1] เมื่อแยกตามเพศ ผู้สูงอายุชายและหญิงวัยต้นมีความชุก ร้อยละ 47.3 และร้อยละ 48.1 วัยกลางมีความชุก ร้อยละ 53.2 และร้อยละ 54.2 วัยต้น มีความชุก ร้อยละ 59.4 และร้อยละ 61.8[3]

สัดส่วนของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุทั้งสองเพศแปรตามที่อยู่อาศัย พบว่าในชุมชนเมืองมีมากกว่านอกชุมชนเมือง[2] การสำรวจภาวะความดันโลหิตสูงตามภาคต่างๆ พบความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมากที่สุดที่ภาคกลาง รองลงมา คือภาคเหนือ กรุงเทพมหานคร ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น[2]

ภาพที่น่ากังวลจากการมีความดันโลหิตสูง คือ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง***มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยได้รับการวินิจฉัย*** ซึ่งทำให้สัดส่วนของการรักษาด้วยยาต่ำลงไปด้วย ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ในผู้สูงอายุกลุ่มวัยเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุวัยต้นมีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษามากกว่าวัยกลางและวัยปลาย แม้แต่เมื่อได้รับการรักษายังมีภาพความต่างระหว่างเพศ คือ ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการรักษาแต่ควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้สูงกว่าเพศชาย การที่ผู้สูงอายุถึงครึ่งหนึ่งของประชากรมีความดันโลหิตสูง และไม่ได้รับการวินิจฉัย ทำให้เสียโอกาสในการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมถึงโรคต่างๆ ที่จะตามมา และความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกี่ยวพันกับภาวะทุพพลภาพนี้ยิ่งสูงขึ้น จากการที่ได้รับวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา รวมถึงการรักษาที่ไม่เพียงพอที่จะควบคุมโรคได้ ความด้อยโอกาสและความเสี่ยงเหล่านี้สามารถจัดการให้ลดลงได้ ด้วยระบบสุขภาพที่อาจต้องปรับเปลี่ยนเป็นเชิงรุกและทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

**3.4.2** ***โรคเบาหวาน*** การสำรวจเบาหวานด้วยการตรวจเลือดหลังงดอาหาร 6 ชั่วโมง และใช้เกณฑ์ 126 มก./ ดล. พบโรคเบาหวานในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย โดย*ความชุกของเบาหวาน*ลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ในเพศหญิงวัยต้นและวัยกลางมากกว่าเพศชาย คือ ในผู้สูงอายุหญิงและชาย วัยต้นร้อยละ 18.9 และร้อยละ 13.8 วัยปลายร้อยละ 15.7 และร้อยละ 12.3 แต่ในวัยปลายเพศชายกลับมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 10.1 และร้อยละ 9.2 [3] แต่ในการสำรวจปี พ.ศ. 2550 พบสัดส่วนในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าเพศชาย ถึง 1.5 เท่า (ร้อยละ 16.4 และร้อยละ 9.5) และสัดส่วนการเกิดในผู้สูงอายุวัยปลายลดลงเช่นกัน[1] ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน โดยผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนการได้รับวินิจฉัยมากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุทั้งสองเพศในวัยปลายได้รับการวินิจฉัยมากกว่าวัยกลางและวัยต้น[3] ซึ่งการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการเป็นเบาหวาน (โดยการสอบถาม) ต่ำกว่าการสำรวจแรกเล็กน้อย แต่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 13.0 และ 13.3 ตามลำดับ[2,1] ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีโรคเบาหวานมากกว่านอกชุมชนเมือง และกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการเป็นเบาหวานสูงกว่าภาคอื่น และภาคที่มีสัดส่วนน้อยกว่าภาคอื่น คือ ภาคใต้[2]

**3.4.3** ***ภาวะไขมันในเลือดสูง*** โคเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบ การศึกษาโดยการตรวจเลือดที่ใช้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่เท่ากับหรือมากกว่า 240 มก./ดล. พบ*ความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูง*ในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ โดย สัดส่วนภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงในผู้สูงอายุหญิงและชาย วัยต้น เป็นร้อยละ 32.8 และร้อยละ 20.2 วัยกลาง ร้อยละ 30.3 และร้อยละ 16.1 วัยปลาย ร้อยละ 27.4 และร้อยละ 15.8 ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีสัดส่วนการไม่ได้รับการวินิจฉัยในทุกกลุ่มวัยสูงกว่าร้อยละ 75 และยิ่งสูงวัยยิ่งไม่เคยได้รับการวินิจฉัยในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 90 ในเพศหญิงและร้อยละ 83.1 ในเพศชาย[3] การตรวจไขมันในเลือดอาจซับซ้อนมากกว่าการวัดความดันโลหิตและการตรวจระดับน้ำตาล แต่ถ้าเชื่อว่าการเฝ้าระวังภาวะไขมันในเลือดสูงจะเป็นการป้องกันด่านแรกต่อการเกิด

โรคเรื้อรังหลายโรคที่อันตรายและนำมาซึ่งการสูญเสียอย่างมากมาย จำเป็นจะต้องพัฒนาระบบการเข้าถึงซึ่งการตรวจไขมันในเลือดได้โดยสะดวกขึ้น

**3.4.4** ***โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ*** สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าโรคหัวใจ และหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2546, 2548 และ 2549 เป็นร้อยละ 26.2, ร้อยละ 28.0 และ ร้อยละ 31.1 ตามลำดับ[6]

รายงานปี พ.ศ. 2549 ชี้ว่าผู้สูงอายุร้อยละ 6.6 มีปัญหา***โรคหัวใจ***[3] ซึ่งจำนวนนี้ขยับสูงขึ้นแต่ยังใกล้เคียงกับ ปี พ.ศ. 2550 ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีโรคหัวใจ ร้อยละ 7 ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเป็นโรคนี้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 8.6 และ 5.0) ผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนโรคหัวใจสูงที่สุด คือร้อยละ 9.0 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (ร้อยละ 8.4) และผู้สูงอายุวัยต้น (ร้อยละ 5.7) [1]

การสำรวจผู้สูงอายุ***โรคหลอดเลือดหัวใจ*** พบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในตัวเลขที่น่าเป็นห่วง คือ สูงถึง ร้อยละ 36.5 หรือผู้สูงอายุ 1 ใน 3 คน เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีสัดส่วนการเป็นโรคนี้มากกว่าผู้สูงอายุนอกชุมชนเมือง ภาคที่มีสัดส่วนของโรคสูงที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือน้อยที่สุด (ร้อยละ 25.9) ภาพที่ปรากฏสื่อความว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เรียกโรคหลอดเลือดหัวใจมีสัดส่วนค่อน ข้างสูงมาก โดยจะสูงกว่ารายงานการมีโรคอื่นๆ และเมื่อรวมการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจเข้าด้วยกันแล้วจะพบว่า โรคเรื้อรังกลุ่มนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดทุกขภาวะในสัดส่วนที่สูงมากจนน่ากังวล

การสำรวจ***ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด***ในปี พ.ศ. 2546-2547 อันหมายถึงโรคความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง เบาหวาน สูบบุหรี่เป็นประจำ และน้ำหนักเกิน พบว่าผู้สูงอายุชายมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยมากกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มวัย และยิ่งอายุสูงขึ้นสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยก็เพิ่มขึ้นด้วยในทั้งสองเพศ[3] และย่อมสะท้อนว่าในอนาคตที่ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากมาย ทุกขภาระของประเทศขึ้นอยู่กับโจทย์ที่ท้าทาย คือทำอย่างไรจึงจะสามารถจัดการกับโรคนี้ ไม่ให้ขยายตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นได้

**3.4.5** ***โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต*** การสำรวจผู้สูงอายุใน 4 ภาค ในปี พ.ศ. 2549 สัดส่วนการมีโรคนี้ คือ ร้อยละ 2.2 และมีโรคในกลุ่มเดียวกัน หรือ***โรคหลอดเลือดสมอง***ที่พบอีก ร้อยละ 1.3[2] และตัวเลขเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยในการสำรวจปี พ.ศ. 2550 ที่พบผู้สูงอายุเป็นโรคอัมพาตอัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 1.8[1] พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีสัดส่วนของโรคทั้งสองสูงกว่าชุมชนนอกเมือง คือ โรคอัมพาตอัมพฤกษ์ ในเขตชุมชนเมืองมีสัดส่วนร้อยละ 2.7 หรือเป็นเท่าครึ่งของชุมชนนอกเมือง โรคหลอดเลือดสมองในและนอกชุมชนเมืองมีสัดส่วนร้อยละ 5.5 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ [2]

รายงานที่น่าสนใจ คือ สัดส่วนของ***โรคร่วม*** โดยพบ*ชุดแรก* คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ ถึงร้อยละ 1.5 *ชุดที่สอง* ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.0 และ*ชุดที่ 3* ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองตีบ และอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 0.3 โรคร่วมทั้ง 3 ชุดนี้ มีสัดส่วนในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย[1] โรคต่างๆ เหล่านี้ ถือเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะ

ทุพพลภาพได้ ปัญหาที่ตามมาจากการมีโรคเรื้อรังเหล่านี้ 1 โรค นั้นมากมายอยู่แล้ว แต่การมีโรคร่วมมากกว่าหนึ่งเช่นนี้ โอกาสที่ผู้สูงอายุไทยจะเกิดทุกขภาระสูงนั้นดูจะหลีกเลี่ยงได้ยาก

**3.4.6** ***โรคมะเร็ง*** การสำรวจมะเร็งและเนื้อร้ายในผู้สูงอายุ 4 ภาค ปีพ.ศ. 2549 มีสัดส่วนโรคนี้ ร้อยละ 0.8 ทั้งในและนอกชุมชนเมืองมีสัดส่วนเท่ากัน และพบสัดส่วนสูงในผู้สูงอายุภาคใต้และภาคกลาง เท่ากันร้อยละ 1.0 สำหรับภาคอื่นมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 0.5 [3] ต่อมาปี พ.ศ. 2550 การสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มีร้อยละ 0.5 เพศหญิงมีสัดส่วนเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ชายเล็กน้อย (ร้อยละ 0.5 และร้อยละ 0.4) และในกลุ่มวัยต่างๆ มีร้อยละการมีโรคนี้ใกล้เคียงกัน [1]

**3.4.7** ***โรคโลหิตจาง*** การสำรวจโรคโลหิตจาง โดยการตรวจเลือดในปี พ.ศ. 2546-2547 ที่ใช้ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตของผู้สูงอายุชาย ในกลุ่มวัยต่างๆ เป็นเกณฑ์และกำหนดว่า ผู้ชายที่มีภาวะโลหิตจาง คือ ผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่าร้อยละ 13 ก./ดล. ลงมา และมีฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 39 ลงมา ผู้หญิงที่มีภาวะโลหิตจาง คือ ผู้ที่มีค่าฮีโมโกลบินน้อยกว่าร้อยละ 12 ก./ดล. ลงมา และมี ฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 36 ลงมา พบความชุกของภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย และความชุกมากขึ้นในวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีสัดส่วนการไม่ได้รับการวินิจฉัยในทุกกลุ่มวัยสูงกว่าเกินร้อยละ 90[3]

**3.4.8** ***โรคข้อเสื่อม/สะโพกเสื่อม*** โรคข้อเสื่อม/สะโพกเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ให้กับผู้ที่เจ็บป่วยได้มาก โรคนี้มีสัดส่วนร้อยละ 8.4 ในผู้สูงอายุไทย พบโรคเรื้อรังนี้เกิดกับผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมากกว่านอกชุมชนเมือง (ร้อยละ 10.0 และ ร้อยละ 7.0) กรุงเทพมหานครพบสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นโรคนี้มากที่สุด (ร้อยละ 12.4) รองลงมา คือ ภาคกลาง(ร้อยละ 11.3 ) และภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ[2]

ผู้สูงอายุรับรู้วิถีของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดร่วมกับความสูงอายุ ว่ามีทั้ง ***เจ็บก่อนแก่ แก่แล้วเจ็บ และโรคชรา*** การเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังก่อนเข้าสู่วัยชราก่อให้เกิดทุกขภาระที่ยาวนานและมักมีโรครุมเร้าต่อยอด การเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังยามแก่มักรุนแรง และสำหรับโรคชราตามการรับรู้ คือ ความปกติสุดท้ายของผู้สูงวัยโดยไม่รับรู้ว่าเป็นโรค[12] ซึ่งจะคล้ายกับการรายงานสาเหตุการตายของทีมสุขภาพ ที่มักลงความเห็นว่าเสียชีวิตด้วย “โรคชรา”[13] ที่ยากจะอธิบายลักษณะเด่นของโรคว่า คืออะไร

### 3.5 การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ

โรคติดต่อที่เคยควบคุมได้ เช่น วัณโรค ได้กลับมาพร้อมการเพิ่มของประชากรสูงอายุ ด้วยผู้สูงอายุมีความพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้โรคกลับฟื้นคืนชีพขึ้นมาอีก และการระบาดของโรคติดเชื้อที่ร้ายแรง อาทิ ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก เมื่อผนวกกับความสูงอายุ อาจทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้สูงกว่าวัยอื่น สำหรับโรคเอดส์นั้นเริ่มมีความสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในแง่โรคที่เกิดกับผู้สูงอายุเองหรือเป็นผลกระทบจากโรคที่ผู้สูงอายุได้รับ

**3.5.1 *วัณโรค*** การสำรวจขนาดใหญ่ รายงานการมีวัณโรคในผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ. 2549 เป็นจำนวน ร้อยละ 0.7 โดยพบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมืองมากกว่าในชุมชนเมือง 2 เท่า (ร้อยละ 0.8 และร้อยละ 0.4) พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงมากกว่าภาคอื่น[2]

**3.5.2 *โรคเอดส์*** ผู้สูงอายุได้รับทุกข์จากโรคเอดส์ในหลายมิติ คือ เป็นผู้ป่วยเอง โดยรายงานจากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2548, 2549 และ 2550 พบผู้สูงอายุที่เป็น*โรคเอดส์ รายใหม่* จำนวน 321, 230, และ 141 ราย [7] ซึ่งหมายถึงว่ามีจำนวนผู้สูงอายุโรคเอดส์ที่จะไปรวมกับกลุ่มที่เป็นอยู่แล้วในแต่ละปี และพบว่าผู้สูงอายุชายเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง[6] ด้วยผู้สูงอายุไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งถูกละเลย จากรายงานที่ปรากฏของจังหวัดเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2541-2546 พบ*ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคนี้* 795 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด[5] และเมื่อรวมกับโรคเรื้อรังที่กลับมา เช่นวัณโรคแล้ว กลุ่มผู้สูงอายุนี้น่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อพวกนี้ด้วยซ้ำ ไม่เพียงแต่การเจ็บป่วยโดยตรง ผู้สูงอายุยังรับผลกระทบทางอ้อมจากการต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นลูกหลาน ดูแลหลานที่กำพร้าจากพ่อแม่ที่เป็นโรค เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแล ถูกรังเกียจเดียดฉันท์จากสังคม และทุกขภาระจากความยากจน การสูญเสียเงินทอง ขาดคนเกื้อหนุนและขาดที่พึ่งพิงยามชราและเจ็บป่วย

### 3.6 การเจ็บป่วยด้านสมองและจิตใจ

ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับการรู้คิดสติปัญญา มีการสำรวจในหลายรูปแบบ อาทิ การสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2547 ใช้แบบทดสอบสภาพสมองไทย (TMMSE) คัดกรองผู้ที่มี***ภาวะสมองเสื่อม*** พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง และผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วน ร้อยละ 35.2 หรือ 1 ใน 3 ผู้ชายมีสัดส่วนของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 23.8 หรือประมาณ 1 ใน 4 คน เมื่อแยกภาวะสมองเสื่อมตามกลุ่มวัยและเพศ พบว่าวัยสูงอายุตอนปลายทั้งสองเพศมีสัดส่วนภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น คือ ร้อยละ 70.3 ในผู้สูงอายุหญิง และร้อยละ 47.2 ในผู้สูงอายุชาย ซึ่งผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุชายถึงเกือบเท่าตัว กลุ่มวัยที่พบรองลงมา คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (เพศชาย ร้อยละ 38.6 และ เพศหญิง ร้อยละ 27.0) และวัยต้น (เพศชาย ร้อยละ 22.1 และเพศหญิง ร้อยละ 16.3) ซึ่งตอกย้ำว่าผู้สูงอายุหญิงมีความชุกภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างสูงและสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชายโดยเฉพาะในวัยสูงอายุตอนปลาย[3] เมื่อเทียบเคียงกับรายงานปี พ.ศ. 2545 ที่สำนักสถิติแห่งชาติรายงานว่า*มีความจำเสื่อม*สัดส่วนร้อยละ 29.8 แม้จะไม่สามารถเปรียบเทียบกันโดยตรงด้วยวิธีการสำรวจแตกต่าง แต่พบมีตัวเลขใกล้เคียงกันกับภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากการใช้แบบประเมินจากการสำรวจครั้งนี้

การสำรวจในปี พ.ศ. 2549 มีการรายงานเพียงว่า มี ***ปัญหาความจำอย่างรุนแรงเรื่องความจำไม่มี*** ในผู้สูงอายุ สัดส่วนร้อยละ 2.7 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุนอกเขตชุมชนเมืองมากกว่าในชุมชนเมือง[2] การรายงานภาวะสมองเสื่อม ในปี พ.ศ. 2547-2550 โดยศูนย์สารสนเทศ กรม

สุขภาพจิต พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มี*ภาวะสมองเสื่อม*สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2549 คือ มีจำนวน 22,253 คน รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2547 และ 2548 จำนวน 16,450 คน และ 16,289 คน ส่วน พ.ศ. 2550 น้อยที่สุด จำนวน 11,878 คน โดยเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย จำนวน 7,410 คน และ 4,468 รายตามลำดับ ใน ปี พ.ศ. 2550 กลุ่มวัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง คือ มีจำนวน 6,151 คน รองลงมา คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 2,901 คน และ ผู้สูงอายุวัยต้น 2,826 คน[7]

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การ*คาดการณ์ปัญหาสมองเสื่อม*ในผู้สูงอายุไทย โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ในปี พ.ศ. 2541 รายงานว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีประมาณ ร้อยละ 3.04 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมร้อยละ 3.4 ในจำนวนนี้จะ เป็นผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง 2 เท่า[4] และสถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ คาดประมาณความ ชุกของสมองเสื่อมโดยรายงานตัวเลขว่า ในปี พ.ศ. 2548 พบ 229,000 คน ปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็น 450,000 คน และปี พ.ศ. 2593 จะเป็น 1 ล้านคน ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะก่อทุกข์ในผู้สูงอายุ ด้วยมีการสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจแล้ว ยังมี ผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจนั้น หมายถึงทุกขภาระที่ตามมาจาก การคุกคามของภาวะสมองเสื่อม[6]

สำหรับ***ปัญหาทางด้านจิตใจ***โดยการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมี***ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า***มากที่สุด (ร้อยละ 87) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 22.6) และนอนตื่นขึ้นมา ไม่สดชื่น (ร้อยละ 20.6) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แม้การสำรวจครั้งนี้จะใช้การ สอบถามอารมณ์และความรู้สึก ไม่ได้ใช้แบบทดสอบภาวะซึมเศร้าโดยตรง แต่ปริมาณปัญหาอารมณ์ ซึมเศร้าที่พบถือว่าค่อนข้างสูง และเมื่อเปรียบเทียบแต่ละเขตแต่ละภาค พบว่า ผู้สูงอายุนอกชุมชน เมืองมีสัดส่วนการมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มี อารมณ์เศร้าสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมา คือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ ในปัญหาสุขภาพจิตที่สำรวจ พบผู้สูงอายุมีทุกขภาระจน***คิดอยากตาย*** ถึง ร้อยละ 2.6 และพบสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและนอกชุมชนเมือง กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่คิดอยากตายสูงที่สุด รองลงมา คือภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[2]

**ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น** แม้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเป็นผู้ที่มีชีวิตมายาวนาน ย่อมมีความเสื่อมของสังขารและมีความเจ็บป่วยมาเยือนเป็นธรรมดา แต่เนื่องจากความเสื่อมและ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว มักอยู่นานหรือเรื้อรัง จึงมองความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น เป็นเวรเป็นกรรม ทรมาน และสะสมรุมเร้า ที่ท้าทายให้ผู้สูงอายุต้องทำให้ตนเองคงอยู่ให้ได้ และเมื่อทุกขภาระมากเกิน กำลังทุกขภาวะที่เกิดขึ้น คือ ***ทนอยู่*** และครอบครัวยังได้รับทุกขภาระนั้น โดยการเป็นผู้ดูแลใน ลักษณะ ***เป็นบุญ***หรือ***เป็นบาป*** [12]

### 3.7 การทารุณกรรม

การทารุณกรรมผู้สูงอายุอาจเป็นสิ่งที่เกินคาดคิดในสังคมที่มีวัฒนธรรมที่ยกย่องและนับถือผู้สูงวัยเช่นสังคมไทย แต่กลับมีให้พบเห็นเป็นประจำและมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา การศึกษาทุกขภาระประเด็นนี้โดยตรงระดับชาติแทบจะไม่ปรากฏ อาจด้วยการตีความคำว่า *ทารุณกรรม*ยังหลากหลายและเห็นไม่ตรงกัน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาขนาดเล็กที่แม้จะมีกระบวนศึกษาที่แตกต่าง ได้ร่วมสะท้อนความ*มีอยู่และขนาด*ของปัญหา ซึ่งนับเป็นสิ่งที่ไม่อาจละเลยได้ การศึกษาที่พบในทุกภาคสะท้อนภาพการ*มีอยู่*ของการทารุณกรรมในผู้สูงอายุ และเกิดกับผู้สูงวัยทั้งสองเพศ[14-20] จากการศึกษาโดยใช้แบบวัดคัดกรอง พบการทารุณกรรม***ด้านจิตใจ***สูงสุด รองลงมาคือ *การ**เอาผลประโยชน์ การถูกทอดทิ้ง การล่วงละเมิดสิทธิ์*** และ***การทารุณกรรมด้านร่างกาย*** [18-19]

แม้ตัวเลขที่ปรากฏจะแตกต่างตามกระบวนการศึกษา แต่ภาพที่ปรากฏยืนยันว่าผู้สูงอายุถูกทารุณกรรมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การศึกษาเฉพาะที่ที่มีอยู่ สะท้อนให้เห็นการ***ขยายขอบเขต***การทารุณกรรมและ***ขนาดของปัญหา*** โดยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้น การทารุณกรรมทางด้านจิตใจมีแนวโน้มของสัดส่วนสูงมากกว่าด้านอื่น และสูงขึ้นมาเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2549 เป็นสัดส่วนถึงเกือบ 1-2 ใน 3 คนของผู้สูงอายุได้รับทุกขภาวะด้านนี้[18-19] และภาพการทารุณกรรมด้านจิตใจยังปรากฏต่อเนื่องชัดเจนว่ามีสัดส่วนค่อนข้างสูงกว่าด้านอื่นๆ ทั้งในการศึกษาโดยการสัมภาษณ์และโดยใช้แบบคัดกรอง[14-16,17,19-21] ไม่เพียงเท่านั้นขนาดของปัญหาด้านการอื่นๆ ก็พบมากขึ้นทุกด้าน และยังพบ*การล่วงละเมิดทางเพศ*ในผู้สูงอายุเพิ่มเติมอีก[18-21] โดยมีสัดส่วนขยับเพิ่มขึ้นเรื่อยมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา จนปี พ.ศ.2549 ล่าสุด โดยการสัมภาษณ์ และการคัดกรอง มีรายงาน*การเอาผลประโยชน์*ในผู้สูงอายุ ในสัดส่วน 1 ใน 5 ถึง 2 ใน 3 คน *การล่วงละเมิดสิทธิ์* สัดส่วน 1 ใน 10 ถึง 1 ใน 3 คน อันพอจะอนุมานได้ว่าทุกขภาระที่เกิดจากครอบครัวและสังคมน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและต้องการการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้หลักฐานที่แน่ชัดนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขที่ทันการณ์

### 3.8 ภาวะพึ่งพา

การพึ่งพาในผู้สูงอายุเป็นไปตามความสามารถในการปฏิบัติ โดยความสามารถจะค่อยๆ ลดลง โดยลดจากกิจกรรมทางสังคมก่อน ต่อมาเป็นกิจกรรมงานบ้าน และสุดท้ายคือการดูแลตนเอง ดังนั้นการพึ่งพาจึงเป็นการพึ่งพาทางสังคม การพึ่งพากิจกรรมในบ้าน และกิจกรรมการดูแลตนเอง การพึ่งพาที่ก่อให้เกิดทุกขภาวะและทุกขภาระมากที่สุด คือ การพึ่งพาทั้งหมด คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย การสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่า ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหญิง ***ในการทำงานบ้าน*** สูงกว่า ***การขับถ่าย*** และ ***กิจวัตรพื้นฐาน*** ในสัดส่วน ร้อยละ 17.5 ร้อยละ 7.1 และ 4.9 ตามลำดับ และในผู้สูงอายุชาย มีสัดส่วนลำดับตามกิจกรรมดังกล่าว ร้อยละ 10.2 ร้อยละ 4.9 และ 3.8 ตามลำดับ นั่นคือภาพที่ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะพึ่งพามากกว่าผู้สูงอายุชาย[3]

เมื่อแยกตามกลุ่มวัย พบว่า ภาวะพึ่งพาพบสูงขึ้นตามอายุ โดยการพึ่งพาของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงวัยปลายมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น สูงสุดในด้านการพึ่งพาการทำงานบ้าน คือ ประมาณเกือบ 7 เท่า ในด้านกิจวัตรประจำวันประมาณ 6 เท่า และในด้านการขับถ่าย ประมาณ 2 เท่า และพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนการพึ่งพาไม่แตกต่างกันระหว่างเขตเทศบาลและเขตชนบท แต่ผู้สูงอายุชายวัยปลายในเขตชนบทกลับมีภาวะพึ่งพาสูงกว่าในเขตเทศบาล[3]

**3.9 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ**

การสำรวจ*จำนวนวันที่ผู้สูงอายุนอนในโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือน* ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศ ทุกกลุ่มอายุมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการตรวจสุขภาพ แต่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่มีทุกขภาวะจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวน*วันนอนพักรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-7 วัน* โดยผู้สูงอายุหญิงนอนโรงพยาบาลในช่วง 1-7 วัน สูงกว่าผู้สูงอายุชายสูงอายุ แต่การนอนโรงพยาบาล 8-15 วันกลับเป็นผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และยังพบว่าผู้สูงอายุมีการนอนในโรงพยาบาลนาน 16-30 วัน และมากกว่า 30 วันด้วย ซึ่งพบสัดส่วนเท่ากันในผู้สูงอายุทั้งสองเพศ[2]

ในปี พ.ศ. 2549 เช่นกัน สำนักสถิติแห่งชาติ มีข้อมูลว่าผู้สูงอายุใช้บริการสุขภาพโดย*พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่าน*มา ร้อย 12.7 มากกว่าทุกกลุ่มวัย ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการเข้าพักรักษามากกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 13.6 และ 10.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุภาคเหนือมีการเข้าพักรักษาสูงสุด โดยมากกว่าภาคใต้ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 7.5 ผู้สูงอายุอายุยิ่งสูง สัดส่วนการเข้าพักรักษาก็ยิ่งเพิ่มตาม และผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเข้าพักรักษามากกว่าผู้สูงอายุชาย และสัดส่วนการเข้ารับการรักษานี้จะกลับกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุเกิน 75 ปี[6] ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 หน่วยงานเดิมสำรวจให้ข้อมูลว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 12.2 *เข้าพักในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์* โดยเป็นผู้สูงอายุวัยปลายสูงสุด คือ ร้อยละ 17.5 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (ร้อยละ 15.2) และผู้สูงอายุวัยต้น (ร้อยละ 9.6) ผู้สูงอายุชายเข้ารับบริการนี้สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการเข้าพักรักษามากกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 13.3 และ 9.4 ตามลำดับ ภาคที่มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษามากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 21.9 รองลงมา คือภาคเหนือ ภาคใต้ กรุงเทพมหานคร และภาคกลางน้อยที่สุดร้อยละ 12.9[7] ซึ่งข้อมูลการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลนี้ ต่างจากการศึกษาในปีพ.ศ. 2549 ในประเด็นของเพศ ภาคที่อยู่อาศัย แต่ภาพที่เหมือนกัน คือ สัดส่วนผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น และให้มีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุชายจะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

**3.10 การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย**

ข้อมูลปี พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ใช้บริการของรัฐ ร้อยละ 87.0 ซื้อยากินเองร้อยละ 2.5[4] และการสำรวจในปี พ.ศ.

2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะใช้*บริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์*มากที่สุด คือ ร้อยละ 75.5 รองลงมา คือ ใช้*สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์* ร้อยละ 11.9 และ *ซื้อยามากินเอง* ร้อยละ 3.9[2] ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากสามารถเข้าถึงสถานบริการได้ง่าย และผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองใช้บริการในสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์สูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองซื้อยากินเองมากกว่าผู้สูงอายุนอกชุมชนเมือง เมื่อเปรียบเทียบกันจะเห็นว่าตัวเลขการซื้อยากินเองมีแนวโน้มสูงขึ้น แม้การซื้อยากินเองจะเป็นวิถีสุขภาพที่เห็นได้ทั่วไปในสังคมไทย แต่ร้อยละ 3.9 เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดทุกขภาระเพราะการซื้อยาใช้เองของผู้สูงอายุ อาจนำมาซึ่งความเจ็บป่วยที่รุนแรงได้ง่ายกว่าวัยอื่น [2]

สำหรับ ***การรักษาพยาบาล***ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 86.6 ใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งหมายถึง บัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน สวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการข้าราชการบำนาญ และสวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้สวัสดิการของรัฐ/รัฐวิสาหกิจสูงกว่าในเขตเทศบาล ผู้สูงอายุ ภาคเหนือมีสัดส่วนของการใช้สวัสดิการของรัฐ/รัฐวิสาหกิจสูงที่สุด (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและกรุงเทพมหานครตามลำดับ[1]

**3.11 การเสียชีวิต**

โรคเรื้อรังเป็น*สาเหตุการเสียชีวิต*ถึงร้อยละ 60 ของประชากรโลก โรคเรื้อรังรวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต มะเร็ง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน สำหรับ*สาเหตุการเสียชีวิต*ของผู้สูงอายุ[5] ในปีพ.ศ. 2544 เรียงลำดับ การเสียชีวิต ต่อประชากร 100,000 คน สูงที่สุดคือ *โรคมะเร็ง* (218.2) *หัวใจ* (182.2) *ไต* (89.6) *เบาหวาน* (88.4) *ปอดอักเสบ* (7.3.0) *ตับ* (46.6) *อัมพาต* (34.8) และ*อุบัติเหตุจากการขนส่ง* (21.5) และการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ทุกโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นโรคมะเร็งลดลงจากปีก่อนหน้านั้น (297.6) [4]

สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่าในปีพ.ศ. 2548-2549 มีจำนวนคนเสียชีวิตประมาณ 383,000 คน เป็นผู้ชาย 211,000 คน เป็นหญิงประมาณ 171,000 คน โดยพบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญคือ ***โรคชรา***สูงเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 25.4 รองจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่มีร้อยละ 51.4[6] แม้จะมีการทบทวนการรายงานการเสียชีวิตในปีพ.ศ. 2543 ตามหลัก ICD-10 เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการรายงานสาเหตุการตาย[21] ยังพบมีรายงานการเสียชีวิตด้วย **โรคชรา**เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ

## บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

ประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุต่างตระหนักถึงความจำเป็นในการมีบริการสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ในประเทศไทยภายหลังการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ ในปี พ.ศ.

2546[22,23, 24] ปรากฏมีการพัฒนาบริการสุขภาพแนวใหม่และบริการที่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุตลอดจนมีการขยายบริการสุขภาพทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป้าหมายในการป้องกันและชะลอความชรา การสร้างเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ และเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ทั้งที่เป็นการเตรียมความพร้อมต่อภาวะสังคมผู้สูงอายุ และที่เป็นการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการระบาดของโรคเรื้อรังและปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาตามมา และในระยะนี้ปรากฏการณ์การพัฒนาบริการสุขภาพที่เริ่มมีการตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งบริการสุขภาพที่รวมอยู่กับระบบบริการสุขภาพทั่วไปของประเทศและที่มีการแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและเอกชน จากกระแสของการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพตามแนวทางพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550[25] ในระยะนี้เริ่มปรากฏศาสตร์ด้านเวชศาสตร์อายุรวัฒน์ (Anti-aging medicine) ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 มีการริเริ่มพัฒนาบริการสุขภาพด้านเวชศาสตร์อายุรวัฒน์ในประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคเอกชน และมีองค์กรดำเนินงานด้านเวชศาสตร์อายุรวัฒน์เป็นครั้งแรกในระยะนี้ [26, 27]

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพที่ปรากฏในช่วงปี พ.ศ. 2545-2551 นี้ ไม่ได้จำกัดเฉพาะเอกสารเชิงวิชาการ (technical paper) ที่เป็นรายงานวิจัยขนาดใหญ่หรืองานสังเคราะห์วรรณกรรมเท่านั้น แต่รวมถึงเอกสารที่ไม่ใช่เชิงวิชาการ (non-technical paper) ที่เป็นข้อมูลเฉพาะพื้นที่ด้วย ได้แก่ ข้อมูลจากเอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์ ตลอดจนเว็บไซต์ของสถานบริการและองค์กรสุขภาพต่าง ๆ การทบทวนวรรณกรรมในที่นี้ไม่ครอบคลุมถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุหรือในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน และบริการการดูแลระยะยาวที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษา

บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยทั้งที่มีการบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพทั่วไปของประเทศและที่มีการแยกบริการเฉพาะผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมถึงการดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีดังนี้

- บริการสุขภาพเวชศาสตร์อายุรวัฒน์: ป้องกันและชะลอชรา
- บริการสุขภาพที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ: สร้างเสริม บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเอง
    - ช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ
    - คลินิกผู้สูงอายุ
    - บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ
    - ชมรมผู้สูงอายุ
    - บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
    - บริการผู้สูงอายุกลางวัน
    - ศูนย์สร้างเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ
    - หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ

- สถานบริบาลผู้สูงอายุ
- โรงพยาบาลผู้สูงอายุ

- บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บูรณาการกับบริการสุขภาพทั่วไป: สร้างเสริม บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเอง
  - บริการสุขภาพที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ
  - บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
- บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดให้บริการโดยผ่านงานวิจัยในพื้นที่ และ
- ความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

**1. บริการสุขภาพเวชศาสตร์อายุรวัฒน์: ป้องกันและชะลอชรา**

ในช่วงปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มีบริการสุขภาพใหม่ของไทย คือ เวชศาสตร์อายุรวัฒน์ ซึ่งมีบริการในภาคเอกชน เช่น สถานพยาบาลนานาชาติสุจริตคลินิกการแพทย์ สถาบันวัยวัฒน์และความงาม เมดิไซด์ (MEDISCI) และ Medical Spa เป็นต้น มีเป้าหมายเพื่อ **"การมีอายุยืน อย่างมีคุณภาพ"** เป็นศาสตร์แห่งการป้องกันโรค ให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ตลอดช่วงอายุขัย และทำให้อายุขัยยืนยาวขึ้น มีหลักการสำคัญ คือ 1) เสริมสร้างการทำงานของร่างกาย 2) ป้องกันโรคที่เกิดจากความชรา หรือความเสื่อมของร่างกาย 3) เน้นการแพทย์แบบองค์รวม และ 4) เน้นการผสมผสานการรักษาอาศัยแนวคิดที่ว่า "สภาพร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะที่แตกต่างกัน วิธีการรักษาจึงต้องปรับให้มีความเฉพาะกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม"[28] แนวคิดนี้ไม่ได้จำกัดอยู่ที่การดูแลเมื่อสูงอายุแล้วเท่านั้น แต่ยังเป็นการเตรียมการด้านสุขภาพตั้งแต่วัยต้นด้วย

ตัวอย่างของบริการสุขภาพแบบเวชศาสตร์อายุรวัฒน์ มีดังนี้[26]

- **สถาบันวัยวัฒน์และความงาม เมดิไซด์ (MEDISCI)** "เป็นการแพทย์เชิงป้องกัน เพื่อให้อายุยืนยาว แต่แข็งแรง ไม่เป็นภาระใคร ไม่เป็นเบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ ป้องกันโรคต่างๆ มีโปรแกรมการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติก่อนที่จะเป็นโรคหรือก่อนเกิดโรค ไม่ใช่การตรวจสุขภาพประจำปีทั่วไป และมีการดูแลสุขภาพองค์รวม มีโปรแกรมปรับสมดุลของชีวิต เช่น การบำบัดด้วยฮอร์โมนส์ วิตามิน และ/หรือ อาหารเสริม มีโปรแกรมการดูแลสุขภาพทั้งภายในและภายนอก คือ ทั้งกายและจิต ด้วยวิธีการแบบผสมผสาน"
- **Medical Spa** "เป็นศูนย์ช่วยชะลอความเสื่อมความชรา มีโปรแกรมชะลอความชรา (Life extension) ที่เป็นโปรแกรมระยะยาว มีการดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีการดูแลด้านอาหาร อาหารเสริม ปรับฮอร์โมนส์ การนั่งสมาธิ การฝึกจิต การฝังเข็ม และ การปรับพฤติกรรม เป็นต้น"

บริการสุขภาพแนวป้องกันแบบเวชศาสตร์อายุรวัฒน์นี้ ถือเป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพใหม่ของสังคมไทย ได้มีการบรรจุเป็นรายวิชาในหลักสูตรระดับปริญญาเอกของจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และต่อมาได้รับการสนับสนุนจาก **ศูนย์ความเป็นเลิศทางชีววิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย**

**(Thailand Center for Excellent Life Sciences, TCELS)** ให้จัดตั้งเป็น "**ศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์นานาชาติ"** เพื่อศึกษาค้นคว้าและประยุกต์เทคโนโลยีและเวชศาสตร์อายุรวัฒน์แผนไทย หรือ "ไทยอายุรวัฒน์" เพื่อหาแนวทางปฏิบัติต้านความชราที่เหมาะสมกับคนไทย การพัฒนาศาสตร์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์ และเวชศาสตร์นาโน (Nanomedicine) จะมีบทบาทสำคัญต่อการมีอายุยืนอย่างมีคุณภาพของมนุษยชาติในอนาคต ที่บุคคลจะกำหนดอายุขัยของตนเองได้[28] แต่การใช้เวชศาสตร์อายุรวัฒน์นี้ยังมีประเด็นการตรวจวิเคราะห์เพื่อสร้างสมดุลย์ของสารเคมีในร่างกาย การแก้ไขหรือปรับสมดุลย์ ด้วยการใช้ฮอร์โมนส์ ใช้ยาหรืออาหารเสริมที่มากเกินจำเป็น หรือมีการใช้ศาสตร์ด้านนาโนเทคโนโลยีอย่างไม่เหมาะสม จึงมีข้อเสนอแนะให้นำเอาจุดเด่นด้านพุทธศาสนาเข้ามาผสมผสานเพื่อให้เกิดสมดุลย์ในการใช้บริการสุขภาพนี้อย่างเหมาะสม[26, 27,28]

## 2. บริการสุขภาพที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ: สร้างเสริม บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเอง

การขยายบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเป็นไปอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้นทั้งในภาครัฐและเอกชน ใน**ภาครัฐ** เช่น การจัดให้มีช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน และศูนย์สร้างเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ใน**ภาคเอกชน**มีการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น การจัดให้มีหอผู้ป่วยผู้สูงอายุ สถานบริบาลผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลผู้สูงอายุ ดังนี้

### 2.1 ช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ

การคำนึงถึงข้อจำกัดในการใช้บริการของผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้มีการจัดบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ จึงได้มีออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนเมษายน พ.ศ.2548 กำหนดให้**หน่วยบริการในโรงพยาบาลของภาครัฐ**ดำเนินการ 2 ประการคือ "การจัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่**แยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก** และให้มีการกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ระหว่างให้บริการด้วย"[29] โรงพยาบาลของรัฐได้มีความพยายามในการดำเนินการดังกล่าว โดยมักจะดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก การพัฒนาช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุนี้พบว่า ผู้ปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เป็นผลให้มีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่ต้องมีการทบทวนกลวิธีดำเนินงานที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวและที่เป็นไปตามหลักการอย่างเหมาะสมต่อไป

**2.2 คลินิกผู้สูงอายุ** การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครั้งแรกในปี พ.ศ. 2506 มีการดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนถึงปี พ.ศ. 2545 ประมาณว่ามีคลินิกผู้สูงอายุราว ร้อยละ 44 ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน[30] ต่อมามีการพัฒนางานคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานสำคัญ โดยกำหนดตัวชี้วัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุครบทุกอำเภอ ภายในปี พ.ศ. 2549 หรือมี “หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ”[31] และต้องจัดให้มีคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 67 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 716 แห่ง[1] มีการจัดอบรมบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานให้บริการคลินิกผู้สูงอายุจำนวน 1,122 คน และมีเอกสารเผยแพร่จำนวน 2,000 เล่ม[5] ยังมีการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จัดทำคู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ เผยแพร่แก่หน่วยงานต่างๆ มีการจัดประชุมวิชาการแก่บุคลากรทีมสุขภาพในภูมิภาคต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการจัดทำโครงการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุการพัฒนา และพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุด้วย[32] การบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุโดยทั่วไป มักจะมีห้องตรวจโรคสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้ใช้บริการกลุ่มอื่น และ/หรือจัดที่นั่งรอรับบริการแยกเฉพาะจากวัยอื่น แต่ที่มีการเสนอแนะเพื่อการปรับใช้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การตรวจคัดกรองทั่วไปและคัดกรองกลุ่มอาการสำคัญ การคัดกรองเมื่อมีข้อบ่งชี้ การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรค และมีบริการสุขภาพแบบอื่นๆร่วมด้วย เช่น บริการรับดูแลผู้สูงอายุกลางวัน และการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น การดำเนินการนี้พบว่ายังไม่บรรลุตามเป้าหมายและมีข้อจำกัด บุคลากรทีมสุขภาพผู้ปฏิบัติสะท้อนว่าไม่สามารถดำเนินการตามประกาศของกระทรวงได้ทุกข้อ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากร องค์ความรู้ สถานที่ อุปกรณ์ และอื่นๆ[31] ดังนั้นบริการ ของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่างๆ จึงเป็นไปตามความคิดริเริ่มและศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล ยังต้องการการพัฒนาบุคลากรควบคู่กับการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานบริการต่อไป

**2.3 บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ** จากกระแสพระดำรัชของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในเดือนเมษายน พ.ศ. 2547 ก่อให้เกิดการตระหนักในปัญหาฟันที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม พ.ศ. 2550 เพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ เป็นโครงการ 3 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 ด้วยการใส่ฟันเทียมให้ผู้สูงอายุ 80,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 ให้มีฟันบดเคี้ยวได้อย่างเหมาะสม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลให้กับผู้สูงอายุ โดยให้การรักษาฟันฟรี เช่น ถอนฟัน ขูดหินปูน และใส่ฟันปลอม[33] ต่อมากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ให้บริการใส่ฟันเทียม

(16 ซี่ขึ้นไป) ชนิดถอดได้สำหรับผู้สูงอายุ 30,000 คน หรือได้ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย[6] และปี พ.ศ. 2550 มีรายงานว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.6) ที่มีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีปัญหามากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล และผู้สูงอายุวัยปลายมีปัญหามากกว่าวัยกลางและวัยต้น และผู้ที่ได้รับ**บริการใส่ฟันเทียม**มีเพียงร้อยละ 36.0 ผู้สูงอายุหญิงมีการใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับการใส่ฟันเทียมน้อยกว่าวัยกลางและวัยต้น ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีปัญหามากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับการใส่ฟันเทียมน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น[1] แม้ผู้สูงอายุจะได้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น แต่ยังมีความจำกัดในด้านบุคลากรผู้ให้บริการ การจัดให้มีบริการ การเข้าถึงบริการเครือข่าย และด้านความต่อเนื่องของการให้บริการตามโครงการทำให้ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

**2.4 ชมรมผู้สูงอายุ** จากการมี**ชมรมผู้สูงอายุ**ทั่วประเทศ 3,487 ชมรม ในปี พ.ศ. 2545 ที่ดำเนินโดยเอกเทศและอยู่ในเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สถาบันการศึกษา พยาบาลต่างๆ และหน่วยงานอื่นๆ[30] ในปี พ.ศ.2548 มีเพิ่มขึ้นเป็น 4,201 ชมรมในเครือข่ายกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อีก 5,089 ชมรมในเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และอีกจำนวนมากที่ดำเนินการโดยอิสระและโดยหน่วยงานอื่นๆ [4] ความหลากหลายของชมรมผู้สูงอายุทำให้ มีการให้คำนิยามเป็น 3 ลักษณะ คือ ชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายผู้สูงอายุ และชมรมสร้างสุขภาพ โดย**ชมรมผู้สูงอายุ** หมายถึง กลุ่มคนสูงอายุและไม่สูงอายุ มารวมกัน 20 คน ขึ้นไป มีกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกและเพื่อพัฒนาชุมชน สำหรับ **เครือข่ายผู้สูงอายุ** กลุ่มคนหรือชมรมหรือองค์กรต่างๆ เป็นสมาชิกของเครือข่ายโดยสมัครใจ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ประสบการณ์ หรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยสมาชิกแต่ละเครือข่ายมีอิสระในการดำเนินงานของตน และ **ชมรมสร้างสุขภาพ** หมายถึง กลุ่มคนมารวมกัน 20 คน ขึ้นสมัครเป็น ชมรมสร้างสุขภาพ มีกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของชุมชน[34] การกำหนดเป้าหมายให้มี “หนึ่งชมรม (ผู้สูงอายุ) หนึ่งหมู่บ้าน” และมีอย่างน้อย “หนึ่งตำบล หนึ่งชมรมผู้สูงอายุสร้างสุขภาพ” คือมีชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฯ ฉบับที่ 9 กรมอนามัย กำหนดเป็นตัวชี้วัดว่า “มีผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ 60 และต่อมาใน ปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ตั้งเป้าหมายไว้ถึงร้อยละ 96[35] ดังเช่น “นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าให้ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง หรือประมาณสามล้านคนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยให้มี **หนึ่งตำบล ต่อหนึ่งชมรม ในฝัน** เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมี 3 กิจกรรมหลัก คือ การออกกำลังกาย การเยี่ยมเยียนสมาชิก และร่วมสืบสานวัฒนธรรมไทย เพื่อให้ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เกื้อกูลสังคม ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว”[36] และมีข้อเสนอว่า ควรมีกิจกรรม ทั้งที่เป็นกิจกรรมเชิงมาตรฐาน และกิจกรรมเชิงก้าวหน้าพัฒนา[34] กิจกรรมด้านภูมิปัญญาผู้สูงอายุมีการส่งเสริมมากขึ้น อาทิมีการจดทะเบียนภูมิปัญญาผู้สูงอายุเพื่อการทำประโยชน์แก่สังคมเพิ่มมากขึ้น แม้จะมีการให้คำนิยามที่ชัดเจนขึ้นและมีการขยายตัวด้านการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและมีการขยาย

กิจกรรมเพิ่มมากขึ้นในระยะนี้ แต่ยังไม่สามารถแยกกันได้ชัดเจน ซึ่งอาจจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีพลังที่มักเป็นสมาชิกหลายชมรมในเวลาเดียวกัน ทำให้ไม่กระจายครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตามที่คาดหวังได้

**2.5 บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน** การดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในทศวรรษที่ผ่านมานี้ จากอดีตที่เป็นการเยี่ยมดูแลอนามัยแม่และเด็ก และผู้เจ็บป่วยเป็นหลัก เมื่อโครงสร้างประชากรและระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลง จึงมีการเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รวมการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขยายโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ในโรงพยาบาลของรัฐขึ้น ในปี พ.ศ. 2548 มีโรงพยาบาลนำร่องทั่วประเทศ 26 แห่ง[5] และในปี พ.ศ. 2549-2550 กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กำหนดเป้าหมายการมีบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 100 และในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 65[35] และมีการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดย**การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน** เป็นการให้บริการเชิงรุกอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ในกลุ่มเป้าหมายทุกวัยรวมถึง ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้พิการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี **ผู้ให้บริการ** เป็น บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ ในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครจิตอาสา สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและ/หรือชุมชนต่างๆ โดยร่วมกับบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเข้ามามีบทบาทในงานด้านนี้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งตัวอย่างของผลจากการดำเนินงาน**โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน** ที่ริเริ่มโดยสำนักพิทักษ์และส่งเสริมผู้สูงอายุ (สทส.) ในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดทำโครงการนำร่องระหว่างปี พ.ศ. 2546-2547 ใน 8 ตำบลของ 8 จังหวัดใน 4 ภาคของประเทศ สร้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จำนวน 564 คน สามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 5,593คน และในปี พ.ศ. 2548 ขยายผลอีก 15 จังหวัดรวมเป็น 23 จังหวัด มีอาสาสมัครจำนวน 2,073 คน สามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 10,300 คน ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศได้[5]

**2.6 บริการดูแลผู้สูงอายุกลางวัน** บริการผู้สูงอายุกลางวัน เป็นบริการที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวที่บ้านในช่วงเวลาที่บุตรหลานหรือสมาชิกครอบครัวต้องออกไปทำงาน เป็นบริการที่สอดแทรกเป็นส่วนหนึ่งในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และในชุมชน อาทิ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ที่วัด ในศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชน ในสถานสงเคราะห์ และในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนบางแห่ง สถานบริการบางแห่งอาจมีการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น ผู้พิการ

หรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น[5] บริการในรูปแบบนี้ไม่มีการขยายตัวแบบเป็นทางการมากนักในระยะที่ผ่านมา อาจเนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านยานพาหนะหรือความสะดวกในการนำผู้สูงอายุไปยังศูนย์บริการ และอาจเนื่องจากมีการขยายตัวของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยชุมชนที่มีเพิ่มมากขึ้น

**2.7 ศูนย์สร้างเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ** รูปแบบของบริการสุขภาพด้านการป้องกันสร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ ถือเป็นบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นควบคู่กับการบำบัดรักษาผู้สูงอายุ ต้นแบบของสถานบริการสุขภาพในรูปแบบนี้ ได้แก่ **ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ** ซึ่งได้ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2536 จนถึงปัจจุบัน เป็นองค์กรในสังกัดสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานบริการผู้สูงอายุต้นแบบและเป็นหน่วยศึกษาและให้บริการที่เน้นด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีหน้าที่สำคัญ คือ เป็นศูนย์ฝึกอบรมแก่บุคลากรทีมสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุ ดัง**พันธกิจ** ในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้บริการรับการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการที่เอื้อต่อการพัฒนาวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ หน่วยงานของศูนย์คล้ายคลึงกับของโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปแต่มีเป้าหมายที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ การดำเนินงานในระยะที่ผ่านมา มีการพัฒนาองค์ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การพัฒนาต้นแบบการบำบัดด้วยน้ำเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุเป็นต้น[37] การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบนี้ ต้องการการพัฒนาให้มีระบบการดูแลที่เชื่อมต่อกับเครือข่ายบริการสุขภาพที่จำเป็นอื่นๆ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องครบวงจร และต้องการการศึกษาเพื่อประเมินถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการเฉพาะทางเพื่อสร้างเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในรูปแบบนี้ เพื่อการขยายผลการให้บริการรูปแบบนี้ที่แยกเฉพาะหรือที่บูรณาการในสถานบริการระดับต่างๆและในชุมชน

**2.8 หอผู้ป่วยสูงอายุ** หอผู้ป่วยสูงอายุ เป็นบริการดูแลระยะยาว ที่มีเฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่งโดยเฉพาะในภาคเอกชน เป็นบริการรับดูแลผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาว บริการที่จัดให้มี การตรวจรักษาโดยแพทย์ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสุขภาพ บริการกายภาพบำบัด การจัดนันทนาการในหอผู้ป่วย และอื่นๆ[38] ในโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากต้องดำเนินนโยบายการให้การบริการรักษาพยาบาลแบบเฉียบพลันและต้องจำหน่ายผู้ป่วยในระยะเวลาสั้น แต่ยังมีปรากฏการณ์อุดกั้นเตียงหรือการมีผู้สูงอายุครองเตียงนานในโรงพยาบาลภาครัฐเพิ่มมากขึ้น[39] ซึ่งต้องการข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และการบริการรูปแบบนี้ยังอาจมีจุดอ่อนในการนำผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามาอยู่รวมกัน บรรยากาศเช่นนี้อาจมีต่อความพึงพอใจในการทำงานของผู้ให้บริการและต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้ ต้องการการศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวที่ดีซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการศึกษาทั้งในสถาบันบริการและในชุมชน

**2.9 สถานบริบาลผู้สูงอายุ** สถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) เป็นสถานพยาบาลระยะยาวประเภทหนึ่ง ที่ให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง บริการรวมถึง การดูแลด้านร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลด้านจิตสังคม และการสนับสนุนการบำบัดรักษา ซึ่งมักเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในระดับมาก ถึงมากที่สุด โดยจัดเป็นการให้บริการในระดับสูง (high level of care) แตกต่างกับการให้บริการในบ้านพักผู้สูงอายุ (residential homes) ซึ่งมักเป็นการให้บริการในระดับน้อย (low level of care) เป็นการดูแลด้านพื้นฐานหรือปัจจัยสี่เป็นหลัก สถานบริบาลผู้สูงอายุ อาจแบ่งเป็นสถานบริบาลผู้ที่มีปัญหาทางกาย หรือผู้มีปัญหาเฉพาะ เช่น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นต้น[6, 38] ในภาครัฐยังไม่มีการจัดให้บริการที่ชัดเจน แต่มีแฝงอยู่ในบริการแบบหอผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล และในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 20 แห่งทั่วประเทศ มีนโยบายการรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุในระยะแรกเป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ต่อมาเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพาจำนวนเพิ่มมากขึ้นทำให้สถานสงเคราะห์ต้องจัดให้บริการด้านนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังเช่น บ้านพักผู้สูงอายุหรือสถานสงเคราะห์บางแห่ง ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีบริการที่ไม่เหมาะสมกับสภาพความต้องการการดูแลในระดับสูงนี้[38] สำหรับ**สถานบริบาลผู้สูงอายุในภาคเอกชน** มีการจดทะเบียนในรูปของสถานบริการพยาบาลเอกชน ประเภททั่วไป มีมากกว่า 400 แห่ง จากการสำรวจสถานบริการผู้สูงอายุ 76 แห่ง มีสถานบริบาลพยาบาล 19 แห่ง สถานรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 5 แห่ง สถานรับดูแลและจัดส่งผู้ดูแล 11 แห่ง และเป็นบ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุ 1 แห่ง ในจำนวนสถานบริบาลพยาบาล 19 แห่งนี้ มี 8 แห่งที่จดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน[6,38] สำหรับบริการรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นการปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยที่ดูแลแบบเฉียบพลันไปให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ อาจมีสภาพแวดล้อมและการจัดบริการที่ไม่เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

**2.10 โรงพยาบาลผู้สูงอายุ** โรงพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบหนึ่ง แม้จะมีการดำเนินการมามากกว่า 25 ปี[40] แต่ยังจำกัดอยู่ในภาคเอกชน ตัวอย่างของโรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง[40,41] ที่นอกจากจะมีบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุและฟื้นฟูสภาพแล้ว ยังมีบริการรับฝากดูแลผู้สูงอายุ เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว บริการรูปแบบนี้ มักให้ความใส่ใจในด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศของโรงพยาบาลที่ต้องแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป และมีการให้บริการที่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุ เช่น มีบริการตรวจโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพอย่างครบวงจร ให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนากร นักสุขศึกษา และอื่นๆ รวมถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม และมีบริการคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกการกระตุ้นการกลืน คลินิกกระตุ้นความจำ คลินิกการฝึกกิจวัตรประจำวัน คลินิกการทำงานของแขนและมือ คลินิกการออกกำลังกาย คลินิกปวด คลินิกฝึกการเดิน มีวิธีการบำบัดโดยสัตว์เลี้ยง และดนตรีบำบัด เป็นต้น[40,41] แม้แนวคิด

ของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับบริการรูปแบบนี้อาจแตกต่างจากแนวคิดเกี่ยวกับสถานดูแลผู้สูงอายุรูปแบบอื่นๆ ทำให้ได้รับความสนใจมากขึ้น การบริการในรูปแบบนี้ยังมีค่าใช้จ่ายสูงและจำกัดเฉพาะในผู้ที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น และอาจเป็นการตอบสนองต่อปัญหาการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมากกว่าเป็นความต้องการของผู้สูงอายุโดยแท้จริง จึงเป็นสิ่งท้าทายว่าควรจะมีการขยายบริการในสถาบันรูปแบบนี้เพิ่มมากขึ้นหรือจะขยายการสนับสนุนให้มีการดูแลในครอบครัวและชุมชนให้เพิ่มมากขึ้นอย่างไรในภาวะที่มีความจำกัดด้านผู้ดูแลในครอบครัวนี้

### 3. บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่รวมกับบริการสุขภาพทั่วไป: สร้างเสริม บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเอง

ในระยะที่ผ่านมามีการขยายตัวของระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นอย่างมาก ทั้งในสถานบริการและในชุมชน ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุโดยรวม ในที่นี้กล่าวถึง บริการสุขภาพที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)[7] บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

**3.1 บริการสุขภาพที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**[7] องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2536 โดยมีส่วนร่วมในการพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุให้ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพโดยผ่านศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน บทบาท อปท. เริ่มมีความชัดเจนขึ้น เมื่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 78 กำหนดให้รัฐกระจายอำนาจให้กับองค์กรท้องถิ่นในการปกครองตนเอง มีการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน จาก อปท. ทั่วประเทศ 7,853 แห่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 75 แห่ง เทศบาล 1,276 แห่ง (เทศบาลนคร 23 แห่ง เทศบาลเมือง 129 แห่ง และเทศบาลตำบล 1,124 แห่ง) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 6,500 แห่ง และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอีก 2 แห่ง ได้มีการถ่ายโอนภารกิจไปแล้ว 180 ภารกิจในจำนวน 245 ภารกิจ ยังคงเหลืออีก 64 ภารกิจที่ต้องดำเนินการต่อไป แผนงานด้านผู้สูงอายุที่ อปท. รับผิดชอบ มี 4 แผนงาน คือ การให้บริการด้านสุขภาพอนามัย การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ การส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุและผู้พิการ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านผู้สูงอายุและผู้พิการ ในปี พ.ศ. 2548 มีการจัดทำมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุใน 6 มาตรฐาน ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล 2) ด้านรายได้ 3) ด้านที่พักอาศัย 4) ด้านนันทนาการ 5) ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และ 6) ด้านการบริการทางสังคมและการสร้างเครือข่ายการเกื้อหนุน กำหนดตัวชี้วัดเป็นขั้นพื้นฐานและขั้นพัฒนา มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์บริการสารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ บริการตรวจสุขภาพที่บ้าน บริการให้ความรู้และแนะนำการดูแลสุขภาพ บริการตรวจสุขภาพประจำปี บริการให้คำแนะนำสุขภาพรายบุคคล การออกบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาฟรีที่โรงพยาบาล การให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขโดยสะดวกและรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ บริการช่วยเหลือค่า

รักษาพยาบาล บริการประกันสุขภาพ และบริการด้านกายภาพบำบัด มาตรฐานนี้เป็นการยกระดับการให้บริการผู้สูงอายุให้สูงขึ้น มีแผนการติดตามประเมินเพื่อปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำ ในระยะนี้ มีการทดลองรูปแบบการจัดสวัสดิการใหม่ที่บูรณาการกิจกรรมและบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม ในการก่อตั้งศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุของ อปท. 7 แห่ง ใน 7 จังหวัด

จากการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานตามภารกิจต่างๆของ อปท. ที่ผ่านมา พบมีผลดีกว่าเดิมเป็นส่วนมาก ถึงร้อยละ 84.80 ได้ผลเท่าเดิม ร้อยละ 14.09 และที่ได้ผลลดลงกว่าเดิมมีน้อยมาก ร้อยละ 1.11[7] แสดงถึงพัฒนาการด้านการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือ การก่อตั้งวิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น[42] ผู้ศึกษาที่เป็นผู้ปฏิบัติงานใน อปท. ทั่วประเทศ ทำการศึกษาอิสระส่วนหนึ่งที่เน้นการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งควรมีการจัดทำระบบสารสนเทศการศึกษาด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบต่อไป

**3.2 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ** ในประเทศไทยมีการขยายตัวของการพัฒนางานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาครัฐเป็นอย่างมากทั้งในชุมชนเมืองและชนบท จากการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรสนับสนุนการศึกษาวิจัย และอื่นๆ[43,44,45] จากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั่วประเทศ 12,231 แห่ง มีเป้าหมายการพัฒนาเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน/โรงพยาบาลตำบล รวม 1,000 แห่งภายในปี พ.ศ. 2552-2555[46]

จากการสังเคราะห์นวัตกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของไทย มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั่วประเทศ ร้อยละ 10-15 ของนวัตกรรมทั้งหมด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีกรณีศึกษาด้านผู้สูงอายุสูงสุด คือ 31 ใน 261 กรณีศึกษา รองลงไป คือภาคเหนือ 19 ใน 124 กรณีศึกษา และยังมีนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอีกมากในนวัตกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส [44,45] และผลการวิเคราะห์นวัตกรรมพบว่า มี**ประเด็นปัญหาที่มาของนวัตกรรม** 5 ลักษณะ[47] คือ เกิดจาก 1) ปัญหาสุขภาพทั้งด้านกายและจิตของผู้สูงอายุ 2) ปัญหาการขาดผู้ดูแล 3) การมีภูมิปัญญาหรือทุนทางสังคมที่ยังไม่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ 4) การดำเนินงานตามนโยบายที่ยังขาดพลัง และ 5) ปัญหาของระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ **เป้าหมายของนวัตกรรม** คือ เพื่อ 1) พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุภาวะปกติ/ ภาวะเสี่ยง/ ภาวะเจ็บป่วย 3) แก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้ที่เจ็บป่วยหรือพิการตามมิติต่างๆ และเพื่อ 4) พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน /การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ **วิธีการพัฒนานวัตกรรม** คือ 1) การหาแนวร่วมและค้นหาศักยภาพ/ ทุนทางสังคม 2) การทำความเข้าใจปัญหา/ความต้องการและออกแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ 3) พัฒนาศักยภาพ/สร้างเสริมพลังอำนาจ (ผู้สูงอายุ/ แกนนำ/ ชุมชน) 4) การให้บริการในคลินิกเพื่อการป้องกันและรักษาโรค 5) การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 7) การสนับสนุนกิจกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น 8) การสนับสนุนกิจกรรมจิตอาสา 9) การสนับสนุนกิจกรรมสวัสดิการ และ 10) การสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ **กลุ่มภาคี/เครือข่ายดำเนินการ** ประกอบด้วย 1) ภาควิชาชีพ และสถานบริการด้านสุขภาพใน

ชุมชนระดับต่างๆ 2) ครอบครัวและเพื่อนบ้าน 3) บุคคลแกนนำ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัคร ประธานชมรมกลุ่มต่างๆ และอื่นๆ 4) กลุ่มคน องค์กรหรือเครือข่าย (อปท. สสส. ชมรมผู้สูงอายุ วัด กลุ่มอาชีพ กลุ่มวัยต่างๆ และ 5) สถาบันวิชาการ/การศึกษา (โรงเรียน/มหาวิทยาลัย) **ผลลัพธ์นวัตกรรม** ปรากฏผลดี**ต่อ ผู้สูงอายุ ครอบครัว/ชุมชน** ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ คือ **ผู้สูงอายุ**ได้รับการดูแลโดยครอบครัว/ชุมชน มีสุขภาพดี มีการเรียนรู้/ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีภูมิปัญญา มีคุณค่าและศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลลัพธ์**ต่อรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ** ทำให้มีบริการ/ มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ และมีบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ และผลลัพธ์**ด้านองค์กร/ ภาคีเครือข่าย**มีความเข้มแข็ง ได้แก่ การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมี ศักยภาพ มีชมรม สมัชชา ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีองค์กรชุมชนดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มีแผนงานและนโยบายสุขภาพระดับท้องถิ่น มีกองทุนสวัสดิการสุขภาพ มีการสืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีของไทย และชุมชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสุขภาพชุมชน[47] ด้านบทบาทผู้สูงอายุ พบว่า มี**บทบาทในการดูแลสุขภาพชุมชน** และ**บทบาทในด้านการดูแลผู้สูงอายุ**ด้วยกันเอง[34] นับว่าการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ก่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงควรพัฒนาด้านคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

การสังเคราะห์นวัตกรรมจากกรณีศึกษา ด้านการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สรุป**กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายของการดูแล** เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ (40 ปีขึ้นไป) 2) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีภาวะเสี่ยง 3) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทั้งที่อยู่ในระยะที่ควบคุมโรคได้และในระยะที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และกลุ่มสุดท้าย คือ 4) ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือดูแล (ด้อยโอกาส) เช่น ผู้ที่ขาดผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น และในด้าน**การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย การดูแลทางคลินิก การดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนด้านสวัสดิการสังคมและอื่นๆ สำหรับ**กิจกรรมหลัก** คือ การตรวจสุขภาพ การวินิจฉัยและการคัดกรองโรค การดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้การบำบัดรักษาและส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อรับการรักษา การให้ความรู้และอบรมอาสาสมัคร การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านผู้สูงอายุและอื่นๆ[44] ยังต้องการการพัฒนาบริการเชิงรุกที่ต่อเนื่องครบวงจร และพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

**3.3 บริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ** ซึ่งรวมถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์ ที่นอกเหนือจากการให้บริการตามปกติแล้ว ยังมีการพัฒนารูปแบบการบริการรักษาและพยาบาล เช่น การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ[48,49,50,51] โรงพยาบาลโรคเรื้อรังครบวงจร[52,53] การบริการที่มีพยาบาลที่เป็นแหล่งประโยชน์ ในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล[49,54] การบริการพยาบาลที่เอื้ออาทร (เป็นมิตร) ต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน[55,56] และการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและในชุมชน[57] ดังนี้

**3.3.1** ***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นมิติใหม่ของระบบสาธารณสุขไทยในทศวรรษนี้ ที่นอกจากจะให้บริการรักษาพยาบาลแบบผสมผสานแล้ว ยังมี

การพัฒนาภาพลักษณ์องค์กรที่เน้นให้โรงพยาบาลเป็นแบบอย่างของการสร้างเสริมสุขภาพด้วย ได้แก่ การพัฒนา โครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการและบุคลากรทีมสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพ และมีการประสานงานอย่างเข้มแข็งกับชุมชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ มีแนวคิดสำคัญ คือ 1) เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ 2) เน้นบทบาทให้โรงพยาบาลเป็นผู้นำด้านสุขภาพ 3) เน้นการทำงานเป็นทีม และ 4) เน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและวิชาการ และใช้ยุทธศาสตร์ตามแนวทางของกฎบัตรออตตาวา ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อสุขภาพ และการพัฒนากิจกรรมของชุมชน ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน” ให้ประชาชนทุกวัยเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง คือ 1) มีชีวิตที่มีคุณภาพ 2) ผลผลิตในการทำงานมากขึ้น 3) การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตลดลง 4) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และ 5) ลดภาระงานของบุคลากรในการรักษาสุขภาพ นำไปสู่การมีสังคมไทยที่เข้มแข็ง[48,49] ตัวอย่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ปรากฏในโรงพยาบาลของรัฐทุกระดับหลายแห่ง อาทิ รูปแบบบริการสุขภาพพหุลักษณ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี[49] โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศ[50] โรงพยาบาลวังน้ำเขียว[51] และในโรงพยาบาลของรัฐอีกมาก แม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะไม่มีความเจาะจงกับผู้สูงอายุ แต่การบริการรูปแบบนี้ก่อให้เกิดผลดีด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้วย

### 3.3.2 *โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านโรคเรื้อรังและด้านการบำบัดเฉพาะทาง*

ปรากฏการณ์การพัฒนาบริการโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน มีโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งพัฒนาศักยภาพให้มีบริการดูแลสุขภาพเฉพาะทาง ดังกรณีตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง[52] ที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการจากการเป็นโรงพยาบาลชุมชนปกติ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านโรคเรื้อรัง ด้วยการดูแลแบบทางเลือกครบวงจร มีที่มาจาก**การมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเป็นผู้สูงอายุในชุมชน**จำนวนมาก มีความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค รักษาไม่หายขาด ผู้ใช้บริการต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ แตกต่างกับผู้ป่วยเด็กที่มักจะรักษาให้หายขาดได้และไม่เป็นเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานยังมีจำนวนไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว ประกอบกับการมีค่าใช้จ่ายค่าที่สูงขึ้น ทำให้โรงพยาบาลได้นำบำบัดแบบทางเลือกมาให้บริการ และผลจากการให้บริการในพื้นที่ทำให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงด้านการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เป็น**อัมพาต**จากโรคหลอดเลือดสมองและที่มีปัญหา**ปวด**จากโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้มีผู้ใช้บริการที่ข้ามเขตพื้นที่มาจากมาทุกภูมิภาคทั่วประเทศ เพื่อมารับการ**บำบัดทางเลือกแบบครบวงจร**ของโรงพยาบาลแห่งนี้ รวมถึงผู้ใช้บริการชาวต่างชาติด้วย โรงพยาบาลมีแผนดำเนินงานเป็น **ศูนย์ Chronic care ในอนาคต** โดยขยายงานด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น มีหน่วยบริการฟอกไต ให้การบำบัดด้วยสมุนไพร จัดบริการทัวร์สุขภาพหรือสปาสุขภาพ เป็นศูนย์ฝึกอบรมผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุ) และเป็นศูนย์ฝึกอบรมนักศึกษาฝึกงานหลักสูตรต่าง ๆ[53] เป็นมิติใหม่ของ

โรงพยาบาลชุมชนไทยที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก แต่การดำเนินการนี้อาจไม่เป็นไปตามมาตรฐานสถานบริการระดับทุติยภูมิของประเทศ[53] จึงควรทบทวนมาตรฐานให้มีความหลากหลายขึ้น และควรศึกษารูปแบบโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคเรื้อรังที่ครอบคลุมทั้งภูมิภาค เพื่อให้ผู้ใช้บริการในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก

**3.3.3** ***การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*** การริเริ่มพัฒนารูปแบบการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับวัยอื่น เริ่มปรากฏในโรงพยาบาลบางแห่ง ได้แก่

การพัฒนา***รูปแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatric resource nurse, GRN)*** ในโรงพยาบาลรามาธิบดี[49,54] ที่ริเริ่มโดยกลุ่มพยาบาลที่สนใจด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้สร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุเชื่อมโยงการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาทีมการดูแลที่มีความรู้และทักษะในการจัดระบบ/รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อพัฒนาเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและในการพยาบาลผู้สูงอายุ และเพื่อเป้าหมายการป้องกันการเกิดปัญหาที่ป้องกันได้จากการอยู่รักษาในโรงพยาบาล มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินทางการพยาบาลผู้สูงอายุ และสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ และอื่นๆ การพยาบาลผู้สูงอายุรูปแบบนี้ เป็นการพัฒนาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ และเป็นการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลผู้สูงอายุให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น

การพัฒนา***รูปแบบการบริการพยาบาลที่เอื้ออาทร (เป็นมิตร) ต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน*** โดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์[49,55,56] จากแนวคิดในการพัฒนาบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับวัยอื่น โดยไม่จำเป็นต้องมีการแยกหอผู้ป่วยสูงอายุเป็นการเฉพาะ สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การสหประชาชาติ คือ การสร้างสังคมสำหรับคนทุกวัย (Towards society for all ages) ร่วมกับการใช้แนวคิดการสร้างมาตรฐาน/การบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly services/ standards) เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ยึดหลักการที่ว่า “การดำเนินการใดๆ เพื่อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวัยอื่นด้วย” ผลการพัฒนาก่อให้เกิดโครงการ/กิจกรรม เครื่องมือและระบบการทำงาน ได้แก่ ระบบระบุผู้สูงอายุ แบบประเมินทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุด้านต่างๆ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และบริการสายด่วนสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น และได้ขยายการพัฒนาบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพชุมชนระดับปฐมภูมิ ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล รวมถึงในบ้านพักผู้สูงอายุ สังกัดองค์กรเอกชน ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสุขภาพชุมชนระดับปฐมภูมิด้วย ***ผลลัพธ์***ของโครงการนี้ นอกจากผู้สูงอายุและครอบครัว/ ผู้ดูแล นักศึกษา พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีองค์ความรู้และนวัตกรรมบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในสถาบันบริการและในชุมชนที่ขยายผลและพัฒนาต่อเนื่องได้

**3.3.4** ***การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล*** จากการพัฒนาต้นแบบการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ธัญญบุรี ทั้งในสถาบัน (hospice house) ที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ เป็นการดูแลที่บ้าน มีบริการดูแลโดยตรงและสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ต่อมามีการพัฒนาบริการการดูแลแบบประคับประคองนี้ ในโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น โครงการ good death ของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นต้น[57] และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์[57,58] การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง มีการจัดตั้งทีมการดูแล ด้านการดูแลแบบประคับประคอง กิจกรรมฝึกอบรม และบูรณาการในการบริการในหอผู้ป่วยทั่วไป การพัฒนายังมีอยู่ในวงจำกัดในโรงพยาบาลใหญ่ และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จึงควรมีการขยายการบริการให้ครอบคลุมดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายและในสถานบริการของรัฐและในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

### 3.4 บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดให้บริการโดยผ่านงานวิจัยในพื้นที่

ในระยะก่อนและหลังการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ หรือในช่วงสิบปีที่ผ่านมา มีการทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในหลากหลายลักษณะ โดยองค์กร/สถาบันบริการ เพื่อศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของพื้นที่ ควบคู่กับการพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามศักยภาพของสถาบันและวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ โครงการต่างๆ ล้วนก่อให้เกิดผลดีต่อการได้รับบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้ อาทิ การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรคและปัญหาสำคัญ การบำบัดรักษา รวมถึงการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง ตัวอย่างการวิจัยต่างๆ มีดังนี้

**3.4.1** ***การบริการแบบบูรณาการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ***[59] จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการทดลองรูปแบบการบริการแบบเบ็ดเสร็จแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ระหว่างปี พ.ศ. 2535-38 โดยสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยความร่วมมือกับ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย (Care for the Elderly in Klong-Toey Slum Project หรือ CES project) การบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน (comprehensive community-based care) ที่มีประชากร 30,000 คน มีผู้สูงอายุ 703 คน พบว่า ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ มีผู้รับได้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 348 คน รวม 5,832 ครั้ง มีผู้รับบริการทุกวัยเป็นผู้สูงอายุ 184 คน สาเหตุที่มารับบริการ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม การอักเสบ-บาดเจ็บที่ข้อหรือรอบข้อ อาการปวดหลังกระดูกต้นคอเสื่อมและปวด กล้ามเนื้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และอื่นๆโครงการนี้มีประสิทธิผลที่ดีและมีความคุ้มค่ากว่าการบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังผู้สูงอายุ และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ปัญหาในระดับรุนแรงน้อยหรือปานกลาง อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดด้านผู้ปฏิบัติงานที่ขาดความต่อเนื่อง เป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีการดำเนินการต่อมา

**3.4.2** ***แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ (ว.ส.ส.)***[60] เป็นการวิจัยเฉพาะพื้นที่ขนาดใหญ่ ที่มีการวิจัยแบบครบวงจร ประกอบด้วย โครงการวิจัย 16 โครงการ ครอบคลุม 4 ระบบ คือ ระบบสมองและการทรงตัว ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธ์ ศึกษาในชุมชน 156 แห่ง รอบโรงพยาบาลศิริราช และในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ใช้นักวิจัยมากถึง 154 คน การดำเนินการวิจัยในพื้นที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ คัดกรอง วินิจฉัยโรคและปัญหาสำคัญ อาทิ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม โรคเวียนศีรษะ โรคหูและตรวจการได้ยิน ภาวะหกล้ม โรคต้อหิน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะกระบังลมหย่อนและโรคมะเร็งปากมดลูก โรคต่อมลูกหมากโต โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งนอกจากจะมีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองอย่างง่ายและแบบประเมินที่มีมาตรฐานในหลายโครงการแล้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงและได้รับการวินิจฉัยยังได้รับการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา หรือเข้าโปรแกรมการป้องกันภาวะเสี่ยงต่างๆ ทำให้เข้าถึงบริการเฉพาะทางอย่างครบวงจร การวิจัยลักษณะเช่นนี้ นอกจากเกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้สูงอายุ ยังเป็นการสร้างนักวิจัยและพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนให้เผยแพร่ความรู้ไปยังภูมิภาคต่างๆทั่วประเทศ เพื่อการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ จึงควรมีการสนับสนุนการวิจัยแบบครบวงจรในลักษณะนี้อย่างต่อเนื่องร่วมกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันได้เพื่อการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

**3.4.3** ***การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว โดยชุมชน***[6] ของสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2549) ศึกษาการจัดบริการโดยชุมชน 4 รูปแบบใน 4 จังหวัด คือ 1) ชุมชนตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา 2) ชุมชนตำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร 3) ชุมชนตำบลบุ่งคล้า อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี และ 4) ชุมชนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการดำเนินงานทั้งสี่ชุมชน มีการให้บริการสังคมที่เด่นกว่าด้านสุขภาพ โดยด้านสุขภาพ ทุกชุมชนมีการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การออกกำลังกาย การคัดกรองโรคบางชนิด คลินิกเบาหวาน/ความดัน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น สำหรับชุมชนที่จังหวัดนครราชสีมา จะมีการให้บริการสุขภาพที่เด่น คือ มีบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง มีระบบการดูฉุกเฉินและการส่งต่อการรักษา การให้ความรู้และตรวจสุขภาพเดือนละครั้ง และมีสายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การเป็นชุมชนเข้มแข็ง ดังนั้น นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรท้องถิ่นควรเน้นการพัฒนาชุมชนที่เข้มแข็งเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่ดี

**3.4.4** ***การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ***[61] สร้างรูปแบบและระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น (JICA) และประชาชนในชุมชนต่างๆ โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย **ระยะเวลา** 4 ปี (ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2550 – ตุลาคม 2554) มีการนำแบบจำลองบริการสวัสดิการสังคมและสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุไปปฏิบัติทั่วประเทศ

กำหนดให้ภายในเดือนตุลาคม 2557 อย่างน้อยร้อยละ 15 ของตำบลในแต่ละจังหวัดต้องใช้แบบจำลองนี้ **พื้นที่นำร่อง**มี 4 ตำบล ใน 4 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงราย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดสุราษฎร์ธานี **กลุ่มเป้าหมาย** เป็น ข้าราชการส่วนกลางและท้องถิ่น และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการสวัสดิการสังคมและสุขภาพ เพื่อผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย (300 คน) ผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่อง 4 แห่ง (488,000 คน) ผู้สูงอายุในประเทศไทย ผู้นำและสมาชิกชุมชนในพื้นที่นำร่อง 4 แห่ง

ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งการศึกษาขนาดเล็ก/ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ (single site study) หรือหลายพื้นที่ทั่วประเทศ (multi-site study) ที่เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยเชิงพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยตรงดังกล่าวแล้ว ที่มีผลทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ จึงควรมีการบูรณาการการดำเนินงานวิจัยต่างๆเพื่อการกำหนดทิศทางการวิจัยและสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการทำวิจัยและการให้บริการที่มีพลังในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทและสังคมวัฒนธรรมของไทย และที่มีความคุ้มค่าในการลงทุนเพื่อสุขภาพต่อไป

## 4. ความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

จากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ในเดือน เมษายน พ.ศ. 2544 และมีการพัฒนาการโดยภาพรวมต่อเนื่องมาจนถึง ปี พ.ศ. 2551 ปรากฏหลักฐานความเป็นธรรมด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยพิจารณาจาก ความครอบคลุมของสวัสดิการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสิทธิด้านบริการสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพประจำปี การใช้บริการทางการแพทย์ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) และการใช้บริการโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)

### 4.1 ความครอบคลุมของสวัสดิการรักษาพยาบาล

ประชาชนไทยมีแนวโน้มได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2546 ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 94.9 (60.6 ล้านคน) และในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.3 (63.2 ล้านคน) ประเภทของสวัสดิการรักษาพยาบาลคือ บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) มากที่สุด ร้อยละ 76.6 รองลงมา คือ บัตรประกันสังคม/กองทุนทดแทน (ร้อยละ 12.7) และสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ มีเพียงร้อยละ 9.5 คล้ายคลึงกันกับปี พ.ศ. 2546-2550[62] มีรายงานว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้รับสวัสดิการสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ โดยผู้สูงอายุมีสวัสดิการ ร้อยละ 97.6 ในปี พ.ศ. 2545 และ ร้อยละ 97.7 ในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุชายมีสวัสดิการสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ และกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีสวัสดิการสูงกว่าทุกกลุ่ม นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสวัสดิการสูงกว่าในเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ สำหรับประเภทสวัสดิการตามลำดับ คือ มีบัตรประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการบำนาญ วิสาหกิจ-สวัสดิการ และจากนายจ้างมีน้อยสุด [6, 62,63]

**4.2 การเข้าถึงสิทธิด้านบริการสุขภาพ**

การสำรวจการเข้าถึงสิทธิผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในผู้สูงอายุทั่วประเทศ 6,000 คน พบมีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 33.1 ที่ได้รับสิทธิด้านการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ให้อย่างสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ[64] ยังต้องการการศึกษาช่องว่างของการมีหลักประกันด้านสุขภาพกับการนำสู่ปฏิบัติเพื่อการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพดังกล่าว

**4.2.1 *การตรวจสุขภาพประจำปี*** พบผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา) ตามสิทธิเพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่เพียงพอ ในปี พ.ศ. 2545 มีเพียง ร้อยละ 35.2 [62,63] และในปี พ.ศ. 2550 มีร้อยละ 45 ข้อมูลการตรวจสุขภาพทำให้เห็นภาพความเอาใจใส่สุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งขยับเพิ่มขึ้น แต่มีความแตกต่างกันตามเพศ กลุ่มวัย ประเภทของการตรวจ ภาคและเขตที่อยู่อาศัย และประเภทของการตรวจที่ยังไม่ครอบคลุม ดังรายงาน ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตมากที่สุด (ร้อยละ 64.7) รองลงไป คือ ตรวจเบาหวาน (ร้อยละ 49.3) ตรวจไขมันในเลือด (ร้อยละ 21.5) ตรวจการมองเห็น (ร้อยละ 19.1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 16) ระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 13.7) สุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 13.2) และตรวจการได้ยิน (ร้อยละ 12.7) โดย ผู้สูงอายุหญิงได้รับการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตเมืองมีการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุนอกชุมชนเขตเมือง[2] แม้ว่า สปสช. กำหนดสิทธิประโยชน์ในการตรวจสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับวัยผู้ใหญ่แต่มีข้อกำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในการตรวจรายการต่าง ๆปีละครั้ง[66] อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือมากกว่าครึ่งยังไม่ได้รับตามสิทธิ ซึ่งต้องการการพัฒนากลยุทธ์เพื่อการได้รับบริการตรวจสุขภาพที่เพียงพอมากขึ้น

**4.2.2 *การใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล*** ในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่ใช้บริการโรงพยาบาลสูงสุดและสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ (ร้อยละ 12.2) และพบสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นในกลุ่มอายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป คือ ร้อยละ 9.6 ร้อยละ 15.2 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุชายเข้ารับบริการโรงพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลใช้บริการโรงพยาบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคเหนือเข้ารับบริการโรงพยาบาลสูงสุด รองลงมา คือ ภาคอีสาน และกรุงเทพฯ มีจำนวนน้อยสุด[62] และจากผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ผู้สูงอายุใช้บริการสุขภาพของสถานบริการรัฐ ซื้อยาเอง และใช้บริการศูนย์อนามัย เป็นสัดส่วน ร้อยละ 82.8, 50.2, และ 46.3 ตามลำดับ โดยสามารถเบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด ร้อยละ 49.1[63] ซึ่งในระยะนี้เป็นระยะแรกของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย

***ด้านความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพ*** เมื่อพิจารณาถึง ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพในแนวราบ ซึ่ง หมายถึง การใช้บริการสุขภาพควรเท่าเทียมกันสำหรับคนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่เท่ากัน หรือ เรียกว่า ความเป็นธรรมในแนวราบ (horizontal equity) ในผู้สูงอายุที่มีบัตรทองในจังหวัดยากจนแห่งหนึ่ง[65] พบว่า ***ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกและการใช้บริการผู้ป่วยใน*** ขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลัก โดยผู้สูงอายุเพศหญิง โดยเฉพาะที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย มีสัดส่วนในการใช้บริการผู้ป่วยนอก

และบริการผู้ป่วยในสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และสูงกว่าผู้ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ และสถานบริการระดับปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความเป็นธรรมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้ป่วยนอก ความเป็นธรรมด้านการใช้บริการผู้ป่วยในนั้น นอกจากจะขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพแล้ว ยังขึ้นกับเขตที่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความถี่ในการใช้บริการมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท การลดปัจจัยด้านกายภาพที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการผู้ป่วยในทั้งการรักษาแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น นโยบายการมีบริการรถฉุกเฉินในทุกชุมชน อาจช่วยเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึง ***บริการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือผู้ป่วยหนัก***ในระดับหนึ่ง[65] แต่ครอบครัวยังต้องร่วมรับภาระดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วย

การใช้บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะห้าปีนี้ มีความก้าวหน้าด้านการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก อาทิ ***บริการตรวจรักษาและผ่าตัดตาครบวงจร*** จากผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการมองเห็นและรอการผ่าตัดกว่า 100,000 คน และผู้ป่วยรายใหม่ 60,000 คน สปสช.โดยร่วมกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดให้มีโครงการผ่าตัดตาต้อกระจกและผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก สืบต่อจากโครงการแก้วตาดวงใจ ซึ่งตั้งเป้าหมาย ทำการผ่าตัดผู้ป่วย 80,000 ราย ใน ปี พ.ศ. 2550 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2549-31 ธันวาคม พ.ศ. 2550) ใช้งบประมาณ 480 ล้านบาท มีบริการค้นหาผู้ป่วย ตรวจคัดกรอง วินิจฉัย ดูแลรักษาในพื้นที่ ส่งต่อการรักษาผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ รวม 73 แห่งที่เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศ[66] เป็นบริการเชิงรุกและดูแลต่อเนื่องครบวงจร โดยคาดว่าจำนวนผู้รอการผ่าตัดจะหมดไปในอีก 3 ปีข้างหน้า

นอกจากนี้ ***สิทธิในการรักษาโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของ*** สปสช. โดยเฉพาะ 5 ใน 8 โรคสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ โรคหัวใจ ผ่าตัดต้อกระจก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรคเอดส์ และโรควัณโรค[67] ล้วนมีอานิสงค์ต่อผู้สูงอายุ เช่นกัน และต่อมาได้เพิ่ม***การรักษาโรคไตวายเรื้อรัง*** ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 30 ตุลาคม 2550 เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยโรคไตที่มีบัตรทองทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์ในการล้างไต ฟอกเลือด ผ่าตัดเปลี่ยนไตฟรี จากโรงพยาบาล 23 แห่ง ทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป และขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศภายในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551[67] ทำให้ผู้สูงอายุร่วมกับวัยอื่นเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่ยังอาจมีช่องว่างในการนำสิทธิประโยชน์นี้สู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมและเป็นรูปธรรม

### 4.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลใช้จ่ายงบประมาณต่อหัวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นเงิน 18,020 บาท จากผู้ใช้สิทธิ 1,970,520 คน โดยมีค่าใช้จ่ายต่อหัวด้านการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเฉลี่ย 622 บาท จากผู้ใช้สิทธิ 2,533,680 คน หรือเป็นผู้สูงอายุหนึ่งในสามที่ได้รับบริการดังกล่าว สำหรับค่าใช้จ่ายต่อหัวด้านค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ 36,000 บาท ในจำนวนผู้ใช้สิทธิ 22,349 คน และค่าใช้จ่ายต่อหัวด้านเบี้ยยังชีพคนละ 300 บาทต่อเดือน เป็นเงิน 3,600 บาทต่อหัว จากผู้ใช้

สิทธิ 1,500,000 คน[68] เป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการลงทุนด้านการตรวจสุขภาพ และค่าใช้จ่ายลักษณะนี้จะมีเพิ่มขึ้นมากในอนาคต ถ้าไม่มีการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เพียงพอตั้งแต่วัยต้น

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแม้จะมีเพิ่มขึ้น ด้านความครอบคลุมของสวัสดิการรักษาพยาบาล แต่การเข้าถึงสิทธิด้านบริการสุขภาพที่สะดวกและรวดเร็วยังมีน้อย การตรวจสุขภาพประจำปียังไม่เป็นที่พอใจและไม่ครอบคลุมทุกรายการตามที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้เสนอแนะไว้ โดยเฉพาะการตรวจเฉพาะทาง เช่น การคัดกรองปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุชายและหญิงในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ[32, 66,69] สำหรับการใช้บริการโรงพยาบาลขึ้นกับภาวะสุขภาพและความสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ยังขาดข้อมูลของการใช้บริการของแผนกต่างๆของกลุ่มผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยอื่นซึ่งคาดว่าการใช้บริการหรือการครองเตียงของกลุ่มผู้สูงอายุในแผนกต่างๆของโรงพยาบาลน่าจะมีเพิ่มขึ้นเช่นกัน

**ข้อเสนอแนะ**

ภาวะสุขภาพทางบวกของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มดีขึ้น ในขณะที่ภาวะสุขภาพทางลบก็มีเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยลดลงจากกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพปานกลาง ปัจจัยทางบวกน่าจะเป็นผลมาจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและโดยภาพรวมของประเทศที่ดีขึ้น แม้จะยังไม่เพียงพอ สำหรับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านการศึกษา เศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่มีภาวะวิกฤติเพิ่มขึ้น อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางลบของผู้สูงอายุ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจึงควรดำเนินควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆอย่างสมดุล โดยมีข้อเสนอแนะการศึกษาภาวะสุขภาพและบริการสุขภาพของไทย ดังนี้

**ด้านการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการสังเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย**

- **ด้านการศึกษาวิจัยหลัก**ที่เป็นการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้น **ควรมีการกำหนดดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพหลัก** ที่ประกอบด้วย ดัชนีชี้วัดสุขภาวะ และทุกขภาวะ ซึ่งเปรียบเสมือนเหรียญสองด้านที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ (สุขและทุกข์) ของผู้สูงอายุไทยทั้งที่เป็นภาพรวมที่เหมือนกันและที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม
- **ด้านการกำหนดดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพหลักนั้น** ควรมีการกำหนดคำนิยาม การใช้เครื่องมือวัด วิธีการประเมิน และการประมวลผล ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อสามารถสรุปและแปลผลที่เทียบเคียงกัน และสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละช่วงเวลาได้ชัดเจนขึ้น เช่น การกำหนดช่วงอายุ เขตพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุชายและหญิงหรืออื่นๆ

- **ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพเฉพาะ** ได้แก่ ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพตามนโยบายเฉพาะ หรือตามภาวะสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานตามนโยบายที่อาจมีการพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์เป้าหมายที่วางไว้ และสะท้อนความหลากหลายของพื้นที่เพื่อการดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและตามบริบทของสังคมวัฒนธรรมและทุนทางสังคมของแต่ละท้องถิ่น
- **การกำหนดดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่เป็นดัชนีหลักและเฉพาะนั้น ควรมีการดำเนินการเป็นวาระแห่งชาติ** โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรที่รับผิดชอบในการจัดทำสถิติข้อมูล องค์กรสนับสนุนการวิจัยด้านผู้สูงอายุ องค์กรดำเนินการหรือผู้ปฏิบัติตามนโยบายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรวิชาการด้านผู้สูงอายุ และองค์กรภาคประชาชนที่จะมีผลกระทบจากการให้ข้อมูลตามดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพนี้ด้วย
- การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ศึกษาในเขตเมืองและในชุมชน ซึ่งควรศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ เช่นกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพา กลุ่มเฉียบพลัน/โรคเรื้อรัง และกลุ่มด้อยโอกาส รวมถึงควรศึกษาให้ครอบคลุมผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพระดับต่างๆ และในแผนกต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และกลุ่มโรคต่างๆ เพื่อเชื่อมโยงภาพภาวะผู้สูงอายุทั้งในสถาบันและต่อเนื่องในชุมชนของไทย

**ด้านการพัฒนาระบบและรูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ**

- การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่แยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุหรือที่บูรณาการในระบบบริการสุขภาพทั่วไปสำหรับคนทุกวัย ยังมีคำถามด้านความเหมาะสม ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และความคุ้มค่า ที่ควรทำการศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบทั้งสองนี้หรือควรดำเนินการเป็นสัดส่วนอย่างไรจึงจะเพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต
- ควรสนับสนุนให้มีการทำวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและผลลัพธ์ของการดำเนินการเพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมทั้งในสถาบันและชุมชน ในภูมิภาคต่างๆของไทย
- ควรศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเวชศาสตร์อายุรวัฒน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและชะลอความชรา และศึกษาถึงความคุ้มค่าและผลลัพธ์ระยะยาวในการให้บริการรูปแบบนี้เพื่อการจัดทำนโยบายต่อไป

- จากการขยายตัวของโรคเรื้อรังในประชากรไทยและในผู้สูงอายุ การพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงความซับซ้อนตามวิถีโคจรของโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกับความสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องการบริการสุขภาพทั้งแบบเฉพาะทางและที่บูรณาการแบบอย่างเป็นองค์รวมด้วย
- ควรมีการประสานและบูรณาการการดำเนินงานพัฒนาบริการสุขภาพของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและจัดทำระบบสารสนเทศการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกันได้ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน เช่น ประสานข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัยและคัดกรองโรคสำคัญของผู้สูงอายุ เป็นต้น
- ควรจัดทำแผนที่การวิจัยหรือแหล่งข้อมูลเชื่อมโยงการวิจัย โครงการพัฒนาบริการสุขภาพ แผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุ ศักยภาพของสถานบริการสุขภาพและของชุมชน เพื่อการจัดระบบการส่งต่อหรือให้บริการเฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อประสานการดำเนินการในพื้นที่
- ควรสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในสถาบันและในชุมชน ควบคู่กับการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อการเข้าถึงสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ
- ควรขยายสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพต่างๆ เช่น การตรวจสุขภาพ สมรรถภาพการได้ยิน เป็นต้น
- ผลการประเมิน ตรวจร่างกาย และคัดกรองบางอย่างที่พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างแพทย์เฉพาะทางและเวชปฏิบัติทั่วไปนั้น และจากความขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ จึงควรพัฒนาแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับบุคคลทั่วไปเพื่อการส่งต่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป และควรมีบริการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการเฉพาะทางที่จำเป็น เช่น การตรวจและรักษาโรคตา การตรวจการได้ยิน เป็นต้น
- การพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพทั่วไปให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรหรือสภาวิชาชีพแต่ละสาขาวิชาที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดทำหลักสูตรมาตรฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ และจัดทำนโยบายให้มีการอบรมหรือศึกษารายวิชาในหลักสูตรระดับต่างๆ
- ควรขยายการศึกษาด้านการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาพยาบาล และเทคโนโลยีที่สนับสนุนการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในอนาคต เช่น การออกแบบมือถือที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การออกแบบกายอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนย้าย

และการเคลื่อนไหวได้โดยสะดวกและที่สามารถจ่ายได้เพื่อการมีชีวิตที่อิสระแม้ในภาวะพึ่งพา เป็นต้น

**ด้านระบบข้อมูลและสารสนเทศผู้สูงอายุ**

- **ควรมีองค์กรหลัก** เช่น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำหน้าที่จัดระบบฐานข้อมูลแหล่งเก็บและรวบรวมเครื่องมือ/ แบบประเมินผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน แนวปฏิบัติ มาตรฐานการให้บริการ มาตรฐานสถานบริการ และอื่นๆ โดยเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลงานวิจัยของสถาบันต่างๆ ทั้งข้อมูลภาควิชาชีพ และภาคประชาชนเพื่อการพัฒนาและใช้ประโยชน์ร่วมกัน
- **ด้านระบบข้อมูลผู้สูงอายุ** แม้จะมีแผนการดำเนินการที่เป็นระบบมากขึ้น และมีหลายข้อมูลที่สำรวจในประชากรไทยทุกวัย แต่ข้อมูลบางส่วนยังไม่มีการวิเคราะห์แยกกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการทบทวนแนวทางการจัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุโดยภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุด
- เพื่อให้ได้ภาพ**การดูแลของผู้สูงอายุในสถานบริการของรัฐและเอกชน**ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ควรจัดทำสถิติข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบกับวัยอื่นในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในแผนกต่างๆ ของสถาบันบริการสุขภาพของทั้งภาครัฐและเอกชน ว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นมากน้อยเพียงใด และสถานบริการของรัฐและเอกชนมีการปรับเปลี่ยนนโยบายการจัดบริการหอผู้ป่วยแบบวิกฤติหรือเฉียบพลัน เป็นการดูแลระยะกึ่งวิกฤติ หรือหอผู้ป่วยเรื้อรัง หรือการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการดูแลระยะยาวหรือมีการให้บริการโดยสอดแทรกอยู่ในบริการทั่วไปอย่างไร
- **การจัดทำระบบสารสนเทศ**ด้านภาวะสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น ควรมีระบบเชื่อมโยงและประมวลผลข้อมูลที่เป็นภาพรวมและสามารถเปรียบเทียบข้อมูลเฉพาะพื้นที่ได้

# บรรณานุกรม


1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย 2550. Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย 2549. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญยรัตนพันธ์. บรรณาธิการ. การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. 2549. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 2549. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
4. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547.** สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ การทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2547.
5. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ การทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548.** 2549. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549.** 2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา. http://www.thaitgri.org.
7. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บรรณาธิการ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550.** มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) โดยการสนับสนุนของกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี. http://www.thaitgri.org.
8. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. ในชุด **สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543.** กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
9. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. บรรณาธิการ. **การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538.** โดยคณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. บรรณาธิการ. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2542. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิสชิ่ง.

11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547.
12. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. **การศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุและครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา. 2550.
13. เกศกัญญา จิรัตถิติกุล. ความชุกและปัจจัยทำนายการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. 2548.
14. ดัชนี สุวรรณคม. การทำร้ายผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2548.
15. โรจนี จินตนาวัฒน์ กนกพร สุคำวัง ศิริรัตน์ ปานอุทัย. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุสตรี. **วารสารสภาการพยาบาล** 2549; 21(3): 31-46.
16. กิ่งดาว การะเกด. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการทารุณกรรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. 2549.
17. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ ศิริอร สินธุ โรจนี จินตนาวัฒน์ และวารี กังใจ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2544; 2(3): 3-12.
18. มารยาท รุจิวิทย์ และ ศิริพร ศรีวิชัย. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 2547; 12(1): 21-30.
19. ภัณฑิลา อิฐรัตน์ กฤตยา แสวงเจริญ จิราวรรณ แท่นวัฒนกุล นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2547; 5(3): 2-10.
20. พรพิมล นวนกุล ศศิพัฒน์ ยอดเพชร อัญชลี ชูตระกูล. บทบาทของผู้นำชุมชนในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2549; 7(2): 60-65.
21. วรรษา เปาอินทร์. สาเหตุการตาย ICD - 10. เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง เครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพประชากรไทย. ในโครงการเครือข่ายนักวิจัยสถานะสุขภาพ ในเครือข่ายพลังปัญญาทางสุขภาพ. วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545. โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
22. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. 2550. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2550.
23. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

24. พระรา ชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.
25. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.
26. กฤษฎา ศิรามพุช. รหัสลับแห่งอายุยืนยาว (Anti-aging medicine). **วารสารใกล้หมอ** 2549; 30(7): 26-33.
27. ศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์นานาชาติ (International Anti-Aging Medicine Center, IAAMC). http://www.interagingmed.com. 26/10/2008.
28. กฤษฎา ศิรามพุช. The life extension revolution …. ปรัชญาแพทย์ยุคใหม่เพื่ออายุขัย 120 ปี. **วารสารใกล้หมอ** 2549; 30(5): 26-32.
29. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **รวมกฎหมาย/ประกาศ/ระเบียบที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.** 2548. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
30. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร บรรณาธิการ. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย.** รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
31. “หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ” เอกสาร ตอนที่ 32 หน้า 51. http://intranet.opp.go.th/src/fls/22102008171152126 11.doc. 21/11/2008
32. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. 2548. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
33. สปสช ชี้สิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุ. มิติชนรายวัน 14 พฤษภาคม 2547 หน้า 10. http://www.dmh.go.th/sty_libnews/view.asp?id=108 19/12/2550.
34. มนู วาทิสุนทร, 2546. การบรรยาย เรื่อง เพื่อคุณภาพผู้สูงวัยในอนาคต จากความรู้สู่ชุมชน. ใน เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง “โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากความรู้สู่การปฏิบัติ. กองส่งเสริมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 5 มิถุนายน 2546. ณ โรงแรมนภาลัย จังหวัดอุดรธานี.
35. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กรมอนามัย พ.ศ. 2549, 2550. http://dohic.anamai.moph.go.th/ 21/10/2008.
36. ดึงผู้เฒ่าผู้แก่เข้าชมรมผู้สูงอายุ. **ผู้จัดการ**. 8/04/47.
37. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. http://www.agingthai.org.th/. 21/10/2008.
38. ศิริพันธ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. โครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถาน

บริบาลผู้สูงอายุ. 2550. โดย เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนเพื่อการวิจัย (สกว.).

39. ผู้สูงอายุไทย 1 ใน 2 สุขภาพไม่ดี ครองเตียง รพ. มากถึงร้อยละ 28. **คมชัดลึก.** 7/2/2007. http://www.komchadluek.net. 16/07/2008.
40. โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2. http://www.kluanamthai.com/webnt/html/webknt/html. 21/10/2008.
41. มุมมองใหม่ โรงพยาบาลผู้สูงอายุ. **วารสารใกล้หมอ** 2550; 31(1): 100-103.
42. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น. http://cola.kku.ac.th. 25/11/2008.
43. สงวน นิตยารมภ์พงศ์. **บริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งนอกโรงพยาบาล: ยุทธศาสตร์สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขไทย.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ในการประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศครั้งที่ 2 “ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ สู่ปฏิบัติการ . . . งานสุขภาพชุมชน.” 2550.
44. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะฯ. **บทสังเคราะห์นวัตกรรมสู่ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพชุมชน.** 2550. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: อุษาการพิมพ์.
45. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะฯ. **กรณีศึกษานวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ): การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. 2550.** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
46. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแผนการลงทุนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2552-2555 ภายใต้แผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2552-2554. 2551. http://bps.ops.moph.go.th/presentplan.pdf. 21/11/2008.
47. กิตติภูมิ ภิญโย และไพจิตรา ล้อสกุลทอง. การสังเคราะห์กรณีศึกษานวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนของไทย. 2551.
48. สำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ: มิติใหม่ของระบบสาธารณสุข. **จดหมายข่าวการสร้างเสริมสุขภาพ** 2543; (2): 1, 6-7.
49. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. **นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลผู้สูงอายุ.** 2548. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
50. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศ. http://www.abhaiherb.org. 20/11/2008.
51. โรงพยาบาลวังน้ำเขียว. http://hospital.moph.go.th/wangnamkheaw/ 20/11/2008.

52. เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ วรรณภา ศรีธัญรัตน์ ปะราลี โอภาสนันท์ วิลาวรรณ คล้ายหิรัญ. **รายงานการศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการโดยผู้ดูแล: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2551.

53. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการพัฒนาบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ.** พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุงจากมารตรฐานระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เล่ม 1 มาตรฐานระบบบริการ. 2551. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

54. ประคอง อินทรสมบัติ. 1-2-3 ในการดูแลผู้สูงอายุ: Team care for hospitalized geriatric patients. **วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2546; 4(4): 35-7.

55. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. **การพัฒนางานประจำสู่นวัตกรรม: การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ.** 2550. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

56. ดวงพร หุ่นตระกูล. การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2549.

57. วาสินี วิเศษฤทธิ์ และ จิตรศิริ ขันเงิน. สังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทย. **วารสารสมาคมพฤฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2549; 7(3): 12-21.

58. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2542.

59. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ. **วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย** 2543; 1(2): 67-79.

60. นันทา มาระเนตร์. งานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุกับภาควิชาอายุรศาสตร์. **Siriraj Med J** 2006; 58: 1121-1125.

61. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น (JICA). โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ. http://www.ttkwebdesign.com/ctop/content/data_project_th.htm

62. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย 2550.

63. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย 2545.

64. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด. การเข้าถึงสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของผู้สูงอายุ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2550; 8(3): 46-59.

65. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค). **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2549; 15(5): 685-96.

66. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. http://www.nhso.go.th/NHSOFront/selectViewItemAction.do?folder_id=000. 19/12/2007.

67. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคนอื่นๆ. ผลงานดีๆ ของสุขภาพคนไทย 2551. ใน **สุขภาพคนไทย 2551,** หน้า 86. นครปฐม กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2551.

68. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ. การสร้างและขยายโอกาสการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ. **รายงานทีดีอาร์ไอ** กันยายน 2550; (50): 10. http://www.info.tdri.or.th. 12/10/2551.

69. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

# ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

วรเวศม์ สุวรรณระดา

**1. บทนำ**

แม้ว่าการเข้าสู่วัยชราภาพของบุคคลจะมิใช่ความเสี่ยง เนื่องจากทุกคนสามารถหยั่งรู้ได้อย่างแน่นอนว่าตนเองจะเข้าสู่วัยชราเมื่อไร อีกทั้งทุกคนยังรู้ได้อย่างแน่นอนอีกว่า สมรรถภาพของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชราภาพแล้วจะมีแนวโน้มอ่อนด้อยถอยลงไปตามสภาพ แต่จะมากจะน้อยหรือจะเร็วจะช้าเพียงไรนั้น ก็คงจะมีความไม่แน่นอนอยู่บ้างแตกต่างไปตามบุคคล แต่ทว่าในช่วงเวลาของการใช้ชีวิตยามชราภาพของแต่ละบุคคลนั้นคงจะปฏิเสธไม่ได้ว่ามีความไม่แน่นอนหรือความผันผวนดำรงอยู่หลายประการ ขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวของผู้สูงอายุเอง ยกตัวอย่างเช่น ด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุอาจเจ็บป่วยขึ้นมาอย่างปัจจุบันทันด่วน หรือสมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอยลงกะทันหันจนไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องของชีวิตประจำวันได้ ด้านการเกื้อหนุนจากบุตรหลาน บุตรหลานเองอาจจะประสบปัญหาด้านหน้าที่การงานหรือการเงินอันเนื่องจากมาจากภาวะทางเศรษฐกิจที่ผันผวนจนไม่สามารถเกื้อหนุนบุพการีได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งยังมีกรณีที่บุตรหลานที่ทิ้งขว้างพ่อแม่ของตนยามชราภาพ ด้านอายุคาดหมายที่มีชีวิตของผู้สูงอายุ ช่วงเวลาใช้ชีวิตยามชราภาพอาจจะยาวเกินกว่าที่คาดประมาณไว้เนื่องจากตนเองมีสุขภาพดีและได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างดีจนทำให้เงินทองที่เก็บหอมรอมริบมาในอดีตไม่ค่อยพอใช้ เป็นต้น ความไม่แน่นอนเหล่านั้นล้วนส่งผลต่อภาวะทางเศรษฐกิจและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด ด้วยเหตุดังกล่าว บุคคลมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมการจัดการกับการใช้ชีวิตยามชราภาพของตนตั้งแต่อยู่ในวัยทำงานของตนเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและความเป็นอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีในช่วงบั้นปลายของชีวิต

ในการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง “ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ” ในครั้งนี้ คำว่าภาวะทางเศรษฐกิจจะหมายความรวมถึงรายได้ ค่าใช้จ่าย การออม และการถือครองทรัพย์สินของผู้สูงอายุและ/หรือครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ ด้านรายได้จะพิจารณาทั้งในเรื่องของระดับรายได้และแหล่งที่มาของรายได้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว แหล่งรายได้ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้จากการทำงาน รายได้จากเงินออมหรือทรัพย์สินที่สะสมมาตั้งแต่ในวัยทำงาน รายได้จากการเกื้อหนุนของครอบครัว และรายได้จากหลักประกันประเภทต่างๆ โดยรัฐบาลหรือบุคคลอื่นๆ เช่น นายจ้าง ชุมชน เป็นต้น วรรณกรรมที่ทำการทบทวนนั้นจะเป็นวรรณกรรมที่เขียนขึ้นระหว่างปีพ.ศ. 2545-2550 ในบางกรณีอาจจะมีวรรณกรรมที่เผยแพร่ในปีพ.ศ. 2551 รวมอยู่ด้วยเนื่องจากงานบางชิ้นตีพิมพ์ล่าช้ากว่าปีที่ทำการศึกษาวิจัยและมีเนื้อหาเกี่ยวโยงกันกับงานก่อนหน้าอย่างใกล้ชิด แหล่งที่มาของวรรณกรรมที่ใช้ในการทบทวนได้แก่ วิทยานิพนธ์ บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานวิจัย และรายงานการสำรวจ ซึ่งมีทั้งเป็นบทความที่เขียนขึ้นในเชิงวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และรายงานที่นำเสนอข้อมูลสถิติหรือข้อเท็จจริงที่ยังไม่มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมใดๆ อีกทั้งในการทบทวนนี้ ผู้เขียนจะพยายามนำรายละเอียดสำคัญที่เป็นประเด็นหลักมานำเสนออีกครั้งเพื่อให้ผู้อ่านเห็นภาพรวมของสถานการณ์

ปัจจุบันและประเด็นปัญหาไปพร้อมกับองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาแต่ละชิ้น เช่นเดียวกันจะนำเสนอเฉพาะตารางหรือรูปภาพที่เป็นข้อมูลสำคัญ

องค์ประกอบของบทความนี้ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ ส่วนที่สอง รายได้ของประชากรวัยสูงอายุ ส่วนที่สาม การทำงานของผู้สูงอายุกับรายได้จากการทำงาน ส่วนที่สี่ การสร้างหลักประกันด้านรายได้อย่างเป็นทางการ ซึ่งจะนำเสนอประเด็นสถานการณ์ปัจจุบันของการสร้างหลักประกันด้านรายได้โดยรัฐบาล ปัญหาเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ข้อเสนอการสร้างระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อความครอบคลุม ส่วนที่ห้า การบริโภคของประชากรวัยสูงอายุ ส่วนที่หก บทบาทของชุมชนกับภาวะทางเศรษฐกิจของประชากรวัยสูงอายุ ส่วนที่เจ็ด การเตรียมพร้อมทางการเงินเพื่อยามชราภาพ และส่วนสุดท้ายเป็นบทส่งท้ายเพื่อนำเสนอองค์ความรู้ที่ยังขาดอยู่หรือที่ยังไม่ชัดเจนเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

## 2. รายได้ของประชากรวัยสูงอายุ

รายได้ของประชากรวัยสูงอายุนั้นมาจากหลากหลายแหล่ง แหล่งรายได้ที่สำคัญได้แก่ รายได้จากการทำงาน รายได้จากเงินออมหรือทรัพย์สินที่สะสมมาตั้งแต่ในวัยทำงาน รายได้จากการเกื้อหนุนจากครอบครัว และรายได้จากหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการประเภทต่างๆ ผู้สูงอายุแต่ละท่านอาจจะมีแหล่งรายได้มากกว่าหนึ่งแห่ง ยิ่งมีมากเท่าไร นั่นหมายความว่าผู้สูงอายุมีตาข่ายรองรับไม่ให้อยู่สภาวะยากจนอย่างปลอดภัยมากเท่านั้น ในส่วนนี้จะนำเสนอผลการศึกษาที่จับประเด็นความยากจนของประชากรวัยสูงอายุ โดยจะพิจารณาในภาพรวมของรายได้ว่ามีประชากรกลุ่มเสี่ยงมากน้อยเพียงไร จากนั้นจะนำเสนอต่อในประเด็นสาเหตุของความยากจนของประชากรวัยสูงอายุ ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ และแหล่งรายได้ของประชากรวัยสูงอายุ ในประเด็นหลังนี้จะนำเสนอเฉพาะในภาพรวม วรรณกรรมที่ศึกษาด้านรายได้จากการทำงานและรายได้จากหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการประเภทต่างๆจะทำการรวบรวมไว้ในส่วนถัดไป

### 2.1 ความยากจนของประชากรวัยสูงอายุ

การพิจารณาภาวะทางเศรษฐกิจในภาพรวมของประชากรวัยสูงอายุวิธีหนึ่งได้แก่การวิเคราะห์จากสถานการณ์ความยากจนของผู้สูงอายุ การศึกษาที่นำเสนอสถานการณ์ความยากจนในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุอย่างเป็นระบบได้แก่ รายงานการประเมินความยากจน ปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) งานชิ้นดังกล่าวได้ทำการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน โดยใช้แนวคิดความยากจนเชิงสัมบูรณ์ (Absolute Poverty) เพื่อคำนวณหาจำนวนผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ต่ำกว่า “เส้นความยากจน” ซึ่งกำหนดโดยใช้สัดส่วนความต้องการในการบริโภคอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผนวกกับความต้องการสินค้าอื่น โดยพิจารณาว่ามีจำนวนผู้สูงอายุยากจนคิดเป็นสัดส่วนเท่าไรเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มเปรียบเทียบ เส้นความยากจนของประเทศไทยที่ใช้

อยู่โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจัดทำขึ้นโดยใช้แบบแผนการบริโภคอาหารของประชาชนทั่วไปเป็นเกณฑ์ และกำหนดสัดส่วนการบริโภคอาหารคิดเป็นร้อยละ 60 ของการบริโภครวม ในการประมาณการดังกล่าวนั้นจะใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นหลัก จากการศึกษาของงานชิ้นดังกล่าวพบว่า เส้นความยากจนในปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2547 2549 และ 2550 เท่ากับ 1,525 1,661 และ 1,705 บาทต่อคนต่อเดือน จากเส้นความยากจนดังกล่าวพบว่า ในระดับประเทศมีจำนวนผู้สูงอายุที่ยากจนในปีพ.ศ. 2547 มีประมาณ 1,181.9 พันคน และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2549 เป็นจำนวน 1,226.7 พันคน และในปี พ.ศ.2550 มีจำนวน 1,193.3 พันคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17, 20 และ 22 ต่อจำนวนคนยากจนรวมทุกรุ่นอายุในปีนั้นๆ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น (ดูตารางที่ 1) [(1)]

**ตารางที่ 1** ***สัดส่วนและจำนวนคนจน จำแนกตามเขตพื้นที่และอายุประชากรตามกลุ่มวัย***

| เขตพื้นที่ | อายุตามกลุ่มวัย | สัดส่วนคนจน (ร้อยละ) | | | จำนวนคนจน (พันคน) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **2547** | **2549** | **2550** | **2547** | **2549** | **2550** |
| **เขตเมือง** | วัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) | 6.56 | 5.09 | 5.01 | 264.7 | 190.3 | 179.9 |
| | วัยแรงงาน (15-59 ปี) | 3.56 | 2.64 | 2.35 | 491.8 | 337.0 | 305.0 |
| | ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) | 7.76 | 6.76 | 6.39 | 176.2 | 150.6 | 151.0 |
| | **รวม** | **4.64** | **3.62** | **3.36** | **932.8** | **677.9** | **635.9** |
| **เขตชนบท** | วัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) | 17.28 | 14.72 | 12.71 | 1,970.8 | 1,712.1 | 1,458.4 |
| | วัยแรงงาน (15-59 ปี) | 12.17 | 9.66 | 8.54 | 3,109.3 | 2,590.5 | 2,285.2 |
| | ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) | 17.23 | 17.29 | 15.63 | 1,005.7 | 1,076.1 | 1,042.2 |
| | **รวม** | **14.22** | **12..04** | **10.66** | **6,085.8** | **5,378.7** | **4,785.8** |
| **ทั่วประเทศ** | วัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) | 14.48 | 12.38 | 10.87 | 2,235.5 | 1,902.4 | 1,638.3 |
| | วัยแรงงาน (15-59 ปี) | 9.15 | 7.39 | 6.52 | 3,601.2 | 2,927.6 | 2,590.2 |
| | ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) | 14.58 | 14.51 | 13.21 | 1,181.9 | 1,226.7 | 1,193.3 |
| | **รวม** | **11.16** | **9.55** | **8.49** | **7,018.6** | **6,056.7** | **5,421.7** |

**ที่มา** ตาราง 3-9 ใน “รายงานการประเมินความยากจนปี 2550” โดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551)

การศึกษาอีกชิ้นหนึ่งที่ได้นำเสนอภาพของความยากจนของประชากรวัยสูงอายุ ได้แก่ รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการสำรวจนี้ได้สอบถามผู้สูงอายุถึงรายได้ที่ได้รับในรอบปีก่อนปีที่ทำการสัมภาษณ์ รายได้ในที่นี้หมายถึงเงินที่ได้รับจากการทำงานหรือได้รับจากบุคคลอื่น หรือได้รับจากดอกเบี้ยเงินออม การสำรวจนี้พบว่าในประชากรผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2550 จำนวน 7,020,959 คน มีจำนวนผู้สูงอายุยากจนที่มีรายได้น้อย

กว่า 20,000 บาทต่อปี (หรือประมาณ 1,667 บาทต่อเดือน) คิดเป็น 2,396,302 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 34.13 คน ความแตกต่างของการประมาณการของการศึกษาสองชิ้นนี้มีสาเหตุที่เป็นไปได้คือนิยามของรายได้ ซึ่งกรณีของงานชิ้นแรกนั้นจะนับรวมรายได้ทั้งที่เป็นเงินและสิ่งของแล้วเปรียบเทียบมูลค่าทุกรายการเป็นเงินตรา จึงทำให้ดูเหมือนว่ามีจำนวนผู้สูงอายุยากจนมีสัดส่วนน้อยกว่า อีกสาเหตุหนึ่งก็คือ การแบ่งชั้นรายได้ในการสำรวจประชากรสูงอายุ ในข้อถามของการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยแบ่งออกเป็นชั้นที่กว้างจนไม่สามารถทำให้ใช้เส้นความยากจนเข้ามาเปรียบเทียบเพื่อหาจำนวนผู้สูงอายุได้[2]

**2.2 สาเหตุของความยากจนของประชากรวัยสูงอายุ**

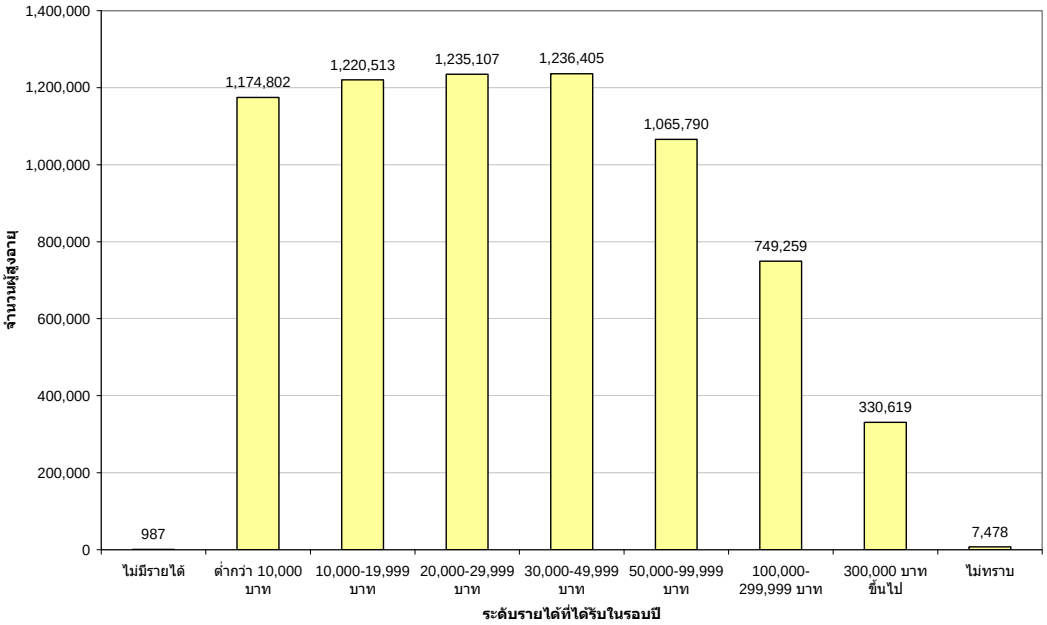
ประเด็นสาเหตุของความยากจนในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุนั้นมีการศึกษาอยู่บ้าง วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2549) ซึ่งใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมจากหมู่บ้านที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 หมู่บ้านในเขตชนบทและชุมชนเมืองในภูมิภาคต่าง ๆ ได้ชี้ให้เห็นถึงสาเหตุของความยากจนของประชากรวัยสูงอายุว่ามิได้เกิดจากปัจจัยเดียว จากสาเหตุต่าง ๆดังกล่าวนั้นทำให้สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุยากจนออกได้เป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ยากจนเมื่อมีอายุมากแล้ว กับกลุ่มที่ยากจนตั้งแต่เด็กหรือตั้งแต่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่มแรกนั้นมีสาเหตุมาจากลูกไม่อยู่ในครัวเรือนอาจจะเนื่องมาจากการย้ายออกไปทำงานหรือเสียชีวิต จึงทำให้ขาดการเกื้อหนุนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตจากลูก รวมไปถึงสาเหตุที่เกิดจาการมิได้เตรียมการเพื่อยามชราภาพเนื่องจากมองการณ์สั้นหรือมีรสนิยมรักสนุก ส่วนกลุ่มหลังนั้นสาเหตุเกิดจากการมีลูกมากทำให้รายได้ไม่พอใช้ต่อเนื่องกันมา หรือโชคร้ายมีคนในบ้านป่วยหรือเสียชีวิตทำให้ต้องขายที่ดินเพื่อรักษาพยาบาลหรือทำศพ หรือเคยทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมแต่ไม่มีที่ดินทำกินหรือมีแต่มีไม่พอ [3]

**2.3 ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของประชากรวัยสูงอายุ**

รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาตินั้นนอกจากจะให้ภาพของความยากจนเชิงสัมบูรณ์ (หรือจำนวนคนยากจน) ของประชากรวัยสูงอายุแล้ว ยังชี้ให้เห็นถึงสถานะในปัจจุบันของความยากจนเชิงเปรียบเทียบ (Relative Poverty) โดยพิจารณาจากความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของประชากรวัยสูงอายุได้อีกด้วย รูปภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงการกระจายรายได้ระหว่างประชากรวัยสูงอายุโดยพิจารณารายได้ที่รับได้รอบปี ซึ่งรวมถึงรายได้จากการทำงาน รายได้ที่รับจากบุคคลอื่น และรายได้จากทรัพย์สิน จะเห็นได้ว่า ประชากรวัยสูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อปีขึ้นไปมีอยู่เพียงประมาณร้อยละ 15.38 ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุที่ยากจนมีอยู่ประมาณร้อยละ 34.13 ในภาพรวมจึงอาจกล่าวได้ว่ามีความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ภายในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุด้วยกันในระดับหนึ่ง ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ควรจะทำการศึกษาต่อไปในเชิงลึก เพื่อที่จะค้นหาว่าความเหลื่อมล้ำนี้มีสาเหตุมาจากอะไร ซึ่งจะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสมรรถภาพในการทำงาน การได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว การถือครองทรัพย์สินระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ข้อมูลที่มีอยู่แล้วและมีศักยภาพใน

การศึกษาในประเด็นนี้คือ ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

**รูปภาพที่ 1 *จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้ที่ได้รับในรอบปีที่แล้ว***




ที่มา ส่วนหนึ่งของข้อมูลในตารางที่ 11 ของตารางที่ 12 รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

**2.4 แหล่งรายได้ของประชากรวัยสูงอายุ**

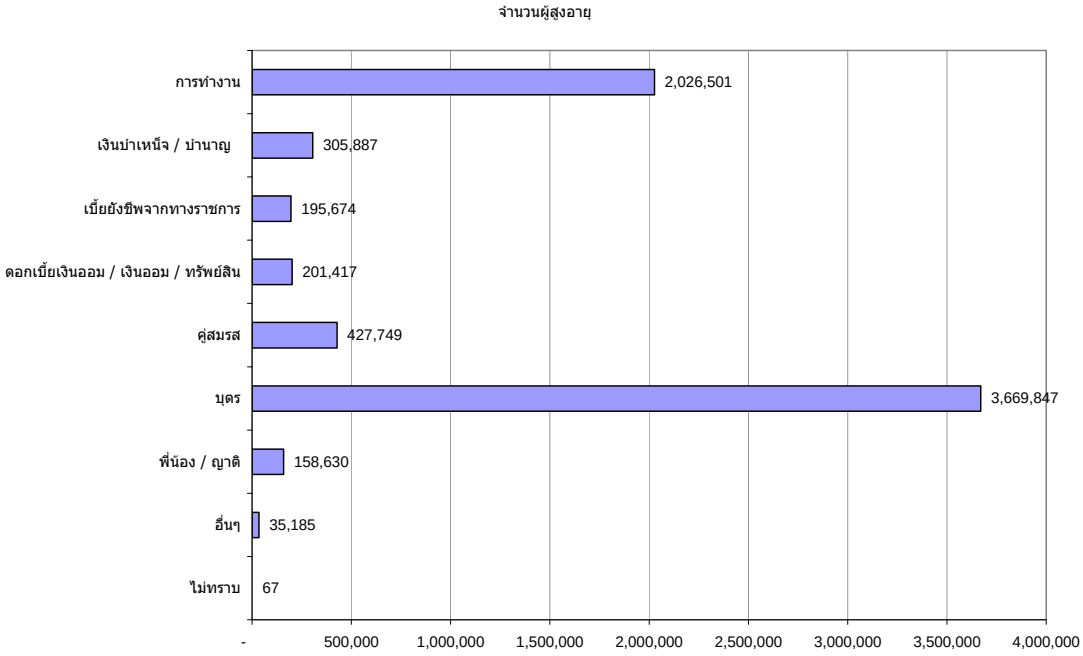
ดังที่ได้เกริ่นไว้ข้างต้นแล้วว่า รายได้ของประชากรวัยสูงอายุนั้นมาจากหลากหลายแหล่ง แหล่งรายได้ที่สำคัญได้แก่ รายได้จากการทำงาน รายได้จากเงินออมหรือทรัพย์สินที่สะสมมาตั้งแต่ในวัยทำงาน รายได้จากการเกื้อหนุนจากครอบครัว และรายได้จากหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการประเภทต่างๆ รายได้จากเงินออมหรือทรัพย์สินที่สะสมมาตั้งแต่ในวัยทำงานจัดเป็นรายได้ประเภทที่ช่วยเกลี่ยการใช้ทรัพยากรภายในช่วงชีวิตของบุคคลๆหนึ่งระหว่างช่วงเวลา หากยึดแนวคิดแบบทฤษฎีวงจรชีวิตหรือ Life Cycle Hypothesis เป็นหลัก แต่ละคนจะทำงานในวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานเพื่อหารายได้โดยเก็บรายได้ส่วนหนึ่งไว้ในรูปการออมเพื่อนำมาใช้บริโภคในยามชราภาพเนื่องจากไม่มีรายได้หรือรายได้ลดน้อยลงเนื่องจากสมรรถภาพหรือโอกาสในการทำงานมีน้อยลง รายได้จากการเกื้อหนุนจากครอบครัวจัดเป็นการกระจายรายได้ใหม่ (redistribution) ระหว่างรุ่น (รุ่นบุตรหลานในวัยทำงานไปสู่รุ่นพ่อแม่ในวัยชรา) ภายในครัวเรือน หรืออาจมองเป็นโครงข่ายคุ้มครองทางสังคมภายในครอบครัวก็ได้ ในส่วนของรายได้จากหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการโดยรัฐบาลนั้นมีลักษณะทั้งที่ช่วยเกลี่ยการใช้ทรัพยากรภายในช่วงชีวิตของบุคคลๆ หนึ่งระหว่างช่วงเวลา หรือช่วยกระจายทรัพยากรระหว่างรุ่นและระหว่างคนที่มีรายได้ต่างกัน (จากคนเสีย

ภาษีมากไปสู่คนเสียภาษีน้อยหรือไม่เสียภาษี) ในระดับสังคม ขึ้นอยู่กับว่ารูปแบบทางการเงินการคลังของการสร้างหลักประกันดังกล่าวเป็นอย่างไร เป็นแบบบังคับออม (Force Saving) เป็นแบบการประกันสังคม (Social Insurance) หรือเป็นแบบสวัสดิการสังคม

รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ได้ให้ภาพของแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน ในด้านของจำนวนของแหล่งรายได้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้จากหลายแหล่ง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้หรือทรัพย์สินจากแหล่งรายได้หรือทรัพย์สินจากแหล่งเดียวมีเพียงร้อยละ 14.8 จากสองแหล่งร้อยละ 30.8 และจากสามแหล่งและมากกว่า 3 แหล่งขึ้นไปมีร้อยละ 27.2 เมื่อพิจารณาแหล่งรายได้พบว่า มากกว่าร้อยละ50 ตอบว่ามาจากบุตรหญิงหรือบุตรชายที่สมรสแล้ว จากการทำงานร้อยละ 37.8 จากเงินออมร้อยละ 31.7 จากเบี้ยยังชีพร้อยละ 24.4 จากคู่สมรสร้อยละ 23.3 จากบุตรโสดร้อยละ 15 จากญาติร้อยละ 9.4 และจากบำนาญหรือบำเหน็จร้อยละ 5.4 จะเห็นได้ว่าแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุคือครอบครัวโดยเฉพาะบุตร ในรายงานเดียวกันนี้ยังย้ำให้เห็นว่า แหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุคือครอบครัวเมื่อสอบถามถึงแหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดกับผู้สูงอายุ ดังที่รายงานไว้ในรูปภาพที่ 2 มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตคือบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) คิดเป็นร้อยละ 52.3 ข้อเท็จจริงนี้คงสะท้อนค่านิยมของคนไทยในเรื่องของความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการีผู้ให้กำเนิด แต่ทว่าหากย้อนดูตัวเลขการคาดประมาณประชากรโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) พบว่า อัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุหรือ Potential Support Ratio ซึ่งเป็นดัชนีที่แสดงให้เห็นถึงจำนวนคนในวัยแรงงานที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน พบว่ามีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2543 ประเทศไทยมีอัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.43 ลดลงเป็น 0.26 ใน ปี 2558 และเมื่อถึงปี 2573 จะลดลงเหลือเพียง 0.15 เท่านั้น[4] หรืออีกนัยหนึ่งก็คือจากเดิมมีประชากรวัยแรงงาน 6 คนช่วยกันเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ในอนาคตอันใกล้นี้จะกลายเป็นประชากรวัยแรงงาน 2.5 คนช่วยกันเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน จากผลการประมาณการดังกล่าวสามารถอนุมานได้ว่าในอนาคตผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาครอบครัวได้ยากขึ้นหรือการพึ่งพานั้นอยู่บนพื้นฐานของภาระของครอบครัวที่จะหนักขึ้น

แน่นอนว่า เราคงจะมองผู้สูงอายุในฐานะผู้พึ่งพาหรือผู้รับตลอดคงจะเป็นไปไม่ได้ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งท่านได้ทุ่มเททำงานในวัยทำงาน เก็บหอมรอมริบเงินทองทรัพย์สินต่างๆ และนำเงินนั้นมาสนับสนุนการใช้ชีวิตของบุตรหลานด้วยเช่นกัน จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 11.5 ที่ให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่บุตรส่วนมากจะเป็นการช่วยเหลือบุตรที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันมากกว่าบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน[2]

**รูปภาพที่ 2** ***แหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุ***




**ที่มา** ส่วนหนึ่งของข้อมูลในตารางที่ 11 ของรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนั้นแล้วจากข้อมูลข้างต้นยังพบว่า รายได้จากเงินออมที่สะสมมาตั้งแต่วัยทำงานมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุส่วนหนึ่งด้วยเหมือนกัน แต่จากการศึกษาของ กอบศักดิ์ ภูตระกูล (2551) ได้วิเคราะห์ไว้ว่า ในครัวเรือนผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 50 จะใช้สินทรัพย์ที่มีอยู่หมดภายใน 5 ปี[(5)] ประเด็นนี้จะเชื่อมโยงกับเรื่องของการออมตั้งแต่วัยทำงาน ผู้เขียนจะเก็บประเด็นนี้ไว้กล่าวในส่วนที่เจ็ดในเรื่องของการเตรียมพร้อมทางการเงินเพื่อยามชราภาพ ในส่วนถัดไปจะพิจารณารายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญเป็นลำดับที่สองรองจากรายได้จากการเกื้อหนุนจากบุตร และรายได้จากหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพจากบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะจากรัฐบาล

แนวโน้มที่ได้กล่าวข้างต้นนั้นมีความสอดรับกับการศึกษาของมัทนา พนานิรามัย (2550) ซึ่งได้ทำการศึกษาปิดงบดุลเมื่อบุคคลหนึ่งๆเกิดการขาดดุลด้านรายได้ (เมื่อการบริโภคมีมากกว่ารายได้จากแรงงาน) ในวัยเด็กและวัยสูงอายุ ระหว่างปี 2524-2547 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ผลจากการประมาณการบัญชีการโอนประชาชาติหรือ National Transfer Accounts โดยใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การศึกษานี้พบว่า แต่เดิมวิธีการปิดงบดุลของกลุ่มผู้สูงอายุนั้นกระทำโดยการจัดการด้านสินทรัพย์ (Asset-based reallocation) หรือโดยการออมหรือลดเงินออมมากถึงร้อยละ 74 ส่วนที่เหลือถูกปิดจากเงินโอนภาคเอกชน แต่ทว่าบทบาทของเงินโอนภาครัฐในการปิดงบดุลรายได้ในผู้สูงอายุมีไม่มากนัก ทว่าในช่วงที่ผ่านมาพบว่า

ความสามารถในการปิดงบดุลโดยการจัดการด้านสินทรัพย์มีน้อยลง ผู้สูงอายุต้องหันมาพึ่งเงินโอนภายในครัวเรือนมากขึ้น ขณะที่บทบาทของเงินโอนภาครัฐในการปิดงบขาดดุลมีมากขึ้นตามโครงการของรัฐบาลที่จัดให้มีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพที่มากขึ้น[6] การศึกษาชิ้นนี้มีนัยเชิงนโยบายที่น่าสนใจต่อประเทศไทยในฐานะประเทศที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งอัตราเจริญพันธุ์รวมมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก กล่าวคือ ในสภาพการที่ผู้สูงอายุหันหน้ามาพึ่งเงินโอนภายในครัวเรือนมากขึ้น แต่ในอนาคตจะมีผู้สูงอายุไม่น้อยที่พึ่งบุตรหลานไม่ได้หรือมีบุตรหลานน้อย ในอนาคตบทบาทของรัฐบาลในการสนับสนุนการปิดงบดุลคงจะเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องนี้จะอยู่ในส่วนที่สี่ ขณะเดียวกันคงจะกล่าวได้ว่าหากเราอาศัยรัฐบาลเพียงอย่างเดียวอาจจะเกิดปัญหาได้ เนื่องจากวิธีการที่รัฐบาลเลือกใช้ในการปิดงบดุลโดยการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพในรูปแบบของบำนาญนั้นมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในแง่ของแรงจูงใจในการทำงานและหรือแรงจูงใจในการออม ซึ่งก็จะไปมีผลกระทบต่อการปิดงบดุลโดยการจัดการด้านสินทรัพย์ ในแง่ของนโยบายสาธารณะด้านการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ เราคงจะต้องพิจารณาถึงความสมดุลในการใช้แนวทางทั้งสามในการช่วยผู้สูงอายุในการปิดงบดุล

**3. การทำงานของผู้สูงอายุกับรายได้จากการทำงาน**

ในส่วนที่สามนี้จะได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการทำงานกับรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุ ดังที่ทราบกันแล้วว่า ในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยนั้น สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยแรงงานนั้นมีแนวโน้มจะคงที่และลดลงไปเรื่อย ๆโดยเปรียบเทียบ ดังนั้นจากนี้ต่อไปประเด็นการทำงานของผู้สูงอายุนั้นจะมีความสำคัญ ทั้งในระดับจุลภาค (ในแง่ของการได้มาซึ่งแหล่งรายได้เพื่อรักษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ) และระดับมหภาค (ในแง่ที่จะรักษาระดับผลผลิตหรือรายได้ในภาพรวมของประเทศต่อไป) การศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของผู้สูงอายุนั้นนับว่าอยู่ในช่วงเริ่มต้น ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการทำงานของผู้สูงอายุนั้นโดยหลักแล้วมีอยู่ในรายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ แต่ในรายงานนั้นมิได้หยิบยกกรณีของแรงงานสูงอายุขึ้นมาดูเป็นพิเศษ ในปี พ.ศ. 2550 มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาเรียบเรียงเฉพาะเรื่องแรงงานสูงอายุ โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จึงทำให้เห็นภาพของสถานการณ์แรงงานสูงอายุของประเทศไทยได้ชัดขึ้น การทบทวนในส่วนนี้จะแบ่งออกเป็นสองส่วนย่อยได้แก่ การทบทวนการศึกษาหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาวะการทำงานของผู้สูงอายุ และการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการแรงงานสูงอายุและแนวทางการส่งเสริมการมีงานทำในผู้สูงอายุ

**3.1 สถานการณ์ปัจจุบันของการทำงานของประชากรวัยสูงอายุ**

การศึกษาเรื่องสภาวะการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบันที่สำคัญ ได้แก่ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2550) ซึ่งได้นำเสนอภาพรวมของสถานการณ์แรงงานสูงอายุของประเทศไทยในเรื่องสำคัญๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน สภาวะการมีงานทำ ลักษณะและ

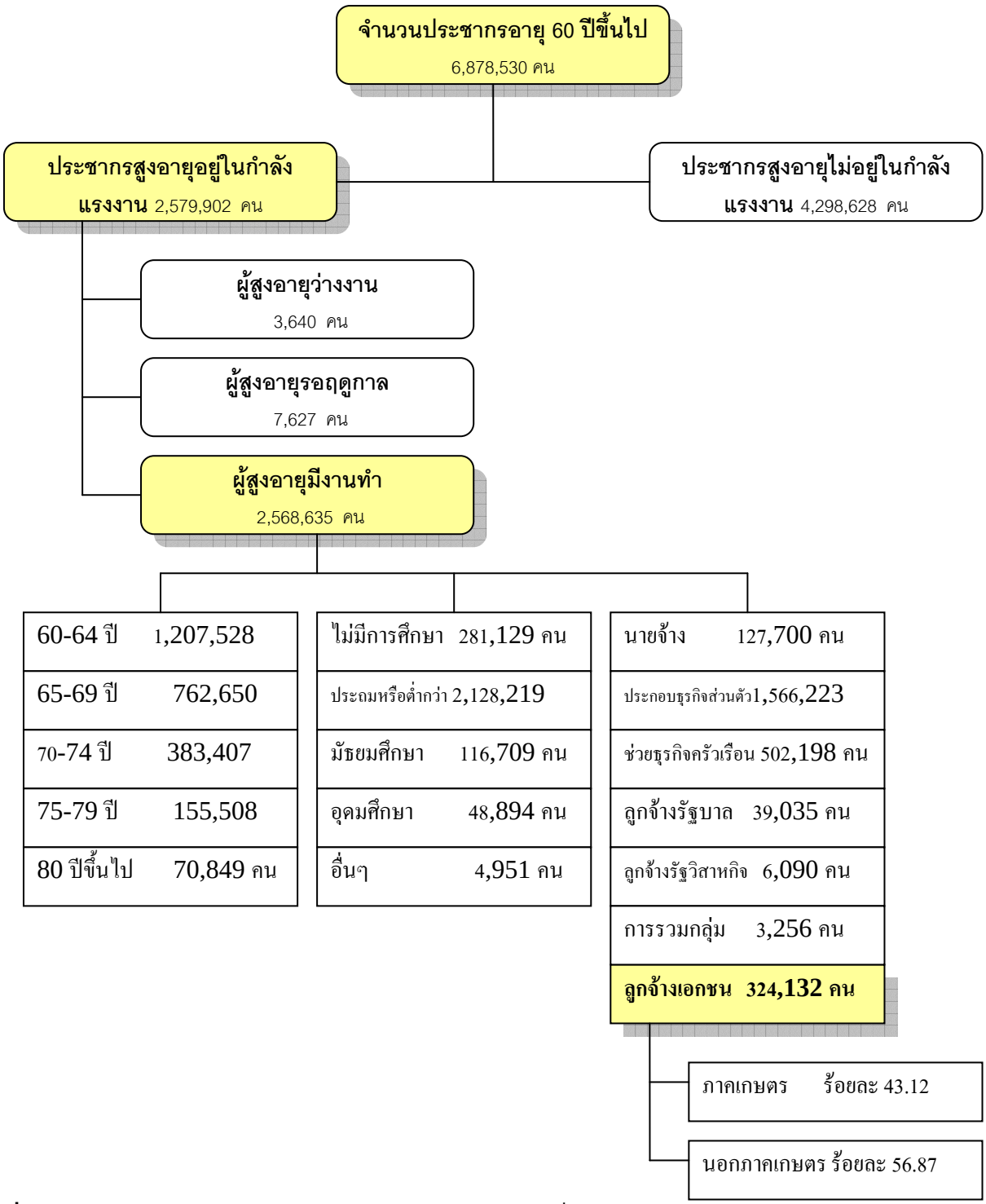
สถานภาพการทำงาน จำนวนชั่วโมงทำงาน และรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุ และงานศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551ข) ซึ่งนำเสนอภาพรวมที่คล้ายคลึงกัน และที่สำคัญคือใช้ฐานข้อมูลสำคัญของประเทศไทยในเรื่องของภาวะการทำงานของผู้สูงอายุเดียวกัน นั่นก็คือ การสำรวจภาวะทำงานของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ นอกจากนั้นยังมีการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ซึ่งมีข้อถามเกี่ยวกับสถานการณ์ทำงานของผู้สูงอายุในปัจจุบันอีกด้วย เพื่อมิให้เกิดการซ้ำซ้อนจะใช้ผลการศึกษาในกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2550) เพื่อให้เห็นภาพในปัจจุบันอย่างเป็นระบบ ดังที่ได้สรุปในรูปภาพที่ 3

ในปีพ.ศ. 2549 จากข้อมูลการสำรวจภาวะทำงานของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติประมวลในกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2550) พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 6,878,530 คน ในจำนวนนั้นเป็นประชากรสูงอายุที่อยู่ในกำลังแรงงานทั้งสิ้น 2,570,902 คนและไม่อยู่ในกำลังแรงงาน 4,298,628 คน เนื่องจากกำลังแรงงานทั้งหมดในปีเดียวกันมี 36,867,150 คน คิดเป็นอัตราการมีส่วนร่วมของแรงงานสูงอายุร้อยละ 7.00 ซึ่งเพิ่มจากในอดีตอย่างเห็นได้ชัด ในปี พ.ศ. 2529 และพ.ศ. 2539 อัตราการมีส่วนร่วมของแรงงานสูงอายุเท่ากับร้อยละ 3.65 และ 5.13 ตามลำดับ ในจำนวนกำลังแรงงานผู้สูงอายุมีผู้สูงอายุมีงานทำคิดเป็นร้อยละ 99.56 ในจำนวนผู้มีงานทำนั้นส่วนมากจะอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นช่วงแรก (60-64 ปี) เกือบร้อยละ 83 เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า และส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 60 มีสถานภาพการทำงานประเภทประกอบธุรกิจส่วนตัว รองลงมาประมาณร้อยละ 20 เป็นผู้สูงอายุทำงานช่วยธุรกิจครัวเรือน และถัดจากนั้นทำงานเป็นลูกจ้างเอกชนประมาณร้อยละ 13 ในกลุ่มหลังนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นลูกจ้างนอกภาคเกษตร หากเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีงานทำทั้งหมดจะพบว่า มีเพียงประมาณร้อยละ 14.3 ที่ทำงานในฐานะลูกจ้าง [(7)] ทั้งนี้พึงสังเกตว่า จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ในภาพรวม ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่ทำงานจะทำงานในภาคเกษตร (ร้อยละ 57.6) มากกว่านอกภาคเกษตร (ร้อยละ 42.4) รูปภาพที่ 3 นั้นพิจารณาเฉพาะลูกจ้างเอกชนในและนอกภาคเกษตร มิได้พิจารณาในภาพรวม จึงมีสัดส่วนที่แตกต่างกัน

จากข้อมูลการสำรวจภาวะทำงานของประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้ทำการประมวลในกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2550) พบว่า หากจำกัดเฉพาะประชากรสูงอายุที่ทำงานเป็นลูกจ้างเอกชนแล้ว ในปี พ.ศ. 2549 จำนวนชั่วโมงทำงานของเพศชายอยู่ที่ 42.6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพศหญิง 40.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ขณะที่พบความแตกต่างระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานของผู้สูงอายุในภาคเกษตรและนอกภาคเกษตร กล่าวคือ ในภาคเกษตร จำนวนชั่วโมงทำงานของเพศชายอยู่ที่ 36.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพศหญิง 34.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนนอกภาคเกษตร จำนวนชั่วโมงทำงานของเพศชายอยู่ที่ 46.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพศหญิง 45.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในด้านของค่าจ้างเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ทำงานเป็นลูกจ้างเอกชน ในภาพรวมเท่ากับ 4,097 บาทต่อเดือน แต่ค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือน จะมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดทั้งตามระดับการศึกษา และภาคอุตสาหกรรม ที่ทำงานอยู่ กล่าวคือ ค่าจ้างเฉลี่ยของกลุ่มไม่มีการศึกษา 2,431 บาทต่อเดือน ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 3,960 บาทต่อเดือน มัธยมศึกษา 11,149 บาทต่อเดือน อุดมศึกษา 36,280 บาทต่อเดือน

ส่วนค่าจ้างในภาคเกษตร เพศชายเท่ากับ 2,414 บาทต่อเดือน เพศหญิงเท่ากับ 2,046 บาทต่อเดือน นอกภาคเกษตร เพศชายเท่ากับ 6,342 บาทต่อเดือน เพศหญิงเท่ากับ 4,245 บาทต่อเดือน

**รูปภาพที่ 3** ***สถานการณ์การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2549***




**ที่มา** สรุปจาก กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2550) ซึ่งใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะทำงานของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากสถานการณ์ปัจจุบันดังกล่าว ในรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ได้สอบถามถึงความต้องการการทำงานของผู้สูงอายุ โดยสอบถามทั้งผู้ที่ทำงานและไม่ได้ทำงาน (ในรอบสัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์) พบว่า ร้อยละ 50.0 ของผู้สูงอายุในวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 23.1 ของผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และเพียงร้อยละ 8.9 ของผู้สูงอายุวัยปลายมีความต้องการที่จะทำงาน ความต้องการการทำงานของผู้สูงอายุคงกระจุกตัวอยู่ในวัยต้นซึ่งมีสมรรถภาพร่างกายสูงกว่าโดยเปรียบเทียบ ในการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) ซึ่งได้สอบถามผู้สูงอายุประมาณ 400 คนจาก 12 จังหวัดทั่วประเทศ ร้อยละ 90 เห็นว่ารัฐบาลควรส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ สาเหตุสำคัญก็คือ เพื่อการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรือเพื่อใช้ความสามารถและประสบการณ์ที่ตนเองมีอยู่ งานที่ทำนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นงานประจำเต็มเวลา อาจจะเป็นงานครึ่งเวลา บางเวลา หรืองานประเภทรับไปทำที่บ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเห็นว่าประเภทของงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้แก่ งานประเภทบริการสังคม หรืองานด้านศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้าน รองลงมาเป็นประเภทงานให้คำปรึกษา งานวิชาการ [8]

**3.2 ความต้องการจ้างแรงงานวัยสูงอายุ**

การศึกษาในด้านของความต้องการจ้างแรงงานวัยสูงอายุโดยตรงในประเด็นที่ว่า ในปัจจุบันสถานประกอบการเอกชนหรือหน่วยงานราชการมีความต้องการจ้างแรงงานผู้สูงอายุหรือไม่ ลักษณะของงานเป็นประเภทใดนั้นแทบจะยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน งานศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) ได้ระบุไว้ว่า หน่วยงานราชการเป็นแหล่งการจ้างงานสำคัญของแหล่งงานประเภทในระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีวุฒิปริญญาตรีขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ปรึกษา วิชาการเป็นงานที่ต้องการแรงงานผู้สูงอายุที่มีความสามารถและประสบการณ์ [8] ส่วนการศึกษาอีกชิ้นหนึ่งของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) ได้สอบถามถึงความต้องการรับผู้สูงอายุเข้าทำงานในองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวน 33 แห่งทั่วประเทศ มีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ต้องการรับผู้สูงอายุเข้าทำงานถึงร้อยละ 69.7 โดยต้องการรับในฐานะอาสาสมัครโดยมีการจ่ายค่าตอบแทนแบบครึ่งอัตราของอัตราตามที่กฎหมายกำหนด ทักษะของผู้สูงอายุที่องค์กรพัฒนาเอกชนต้องการมากที่สุดได้แก่ ภาษาต่างประเทศ รองลงมาเป็นเรื่องของทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม หรือการเกษตรอินทรีย์[9] แต่น่าเสียดายในการศึกษาดังกล่าวนั้นมิได้ทำการศึกษาถึงการจ้างผู้สูงอายุในองค์กรในปัจจุบัน

**4. การสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการ**

นอกจากการทำงาน เงินออมในรูปแบบต่างๆตั้งแต่วัยทำงาน และการเกื้อหนุนจากครอบครัวแล้ว เราคงปฏิเสธแหล่งที่มาของเงินเพื่อการใช้ชีวิตยามชราภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการจากรัฐบาลไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย ภายใต้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรอย่างต่อเนื่อง อัตราเจริญพันธุ์รวมมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสืบเนื่องมาจากการไม่แต่งงาน การแต่งงานช้า การมี

บุตรน้อย หรือการตัดสินใจไม่มีบุตร ซึ่งจะส่งผลให้ในอนาคตครอบครัวจะมีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ การที่ประชากรจำนวนหนึ่งไม่มีบุตรทำให้ช่องทางของหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างไม่เป็นทางการจากบุตรหลานขาดหายไป ยังมิพักจะต้องกล่าวถึง กรณีที่ประชาชนมองการณ์สั้นหรือมีนิสัยใช้จ่ายฟุ่มเฟือยไม่สนใจการออม จนทำให้ละเลยการวางแผนทางการเงินที่ดีในวัยทำงาน เมื่อพิจารณาถึงภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ปัจจัยต่างๆเหล่านั้นทำให้เราต้องหันมาให้ความสำคัญถึงประเด็นการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการโดยรัฐบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

รูปแบบของการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพโดยรัฐบาลนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็นสองประเภท ประเภทแรกได้แก่ ระบบบำนาญแบบผู้รับไม่มีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบ หรือ Non-contributory System ภายใต้ระบบนี้รัฐบาลจะใช้งบประมาณที่ได้มาจากภาษีอากรเป็นแหล่งเงินทุนในการจ่ายเงินบำนาญให้กับผู้สูงอายุ รัฐบาลอาจจะจ่ายให้กับผู้สูงอายุทุกคนแบบครอบจักรวาล (Universal Coverage) หรือให้กับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มก็ได้ ประเภทที่สองได้แก่ระบบบำนาญแบบผู้รับมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบ หรือ Contributory System ภายใต้ระบบนี้เฉพาะผู้ที่มีส่วนร่วมจ่ายเท่านั้นที่จะมีสิทธิในการรับเงินบำนาญ ระบบบำนาญแบบหลังนี้ยังสามารถแบ่งออกได้เป็นอีก 2 ระบบตามความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเก็บเงินสมทบและเงินบำนาญ ซึ่งได้แก่ระบบบำนาญแบบ Pay-as-you-go (ระบบ PAYG) และระบบบำนาญแบบ Funded System ระบบ PAYG จะมีการโอนเงินจากประชาชนวัยทำงานไปยังผู้สูงอายุ กล่าวคือรัฐบาลจะจัดเก็บเงินสมทบจากประชาชนวัยทำงาน แล้วนำเงินนั้นมาจ่ายเป็นเงินบำนาญให้กับผู้สูงอายุ ประชาชนวัยทำงานดังกล่าวนั้นเมื่อแก่ตัวลง ก็จะได้รับเงินบำนาญจากคนรุ่นต่อไปที่จะกลายมาเป็นประชาชนวัยทำงาน ข้อดีของระบบ PAYG ได้แก่ สามารถจัดหาแหล่งเงินเพื่อผู้สูงอายุในปัจจุบันได้ไม่ยากลำบาก และแก้ไขปัญหาเงินเฟ้อได้จากการปรับเงินสมทบ แต่ข้อเสียคือ ระดับของเงินสมทบและเงินบำนาญจะได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ปัญหาดังกล่าวอาจจะนำมาซึ่งปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างรุ่นได้ หากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปเป็นสังคมชราภาพ ขณะที่ระบบบำนาญแบบ Funded System นั้นจะเป็นระบบบำนาญที่รัฐบาลบังคับให้ประชาชนออมเงินในช่วงวัยทำงาน เมื่อเจ้าตัวเกษียณอายุการทำงาน รัฐบาลจะนำเงินออมพร้อมกับผลตอบแทนที่ได้มาจ่ายเป็นเงินบำนาญ หากกล่าวว่า ระบบ PAYG จะเน้นหลักการช่วยเหลือกันระหว่างรุ่นแล้ว ระบบบำนาญแบบ Funded System จะเป็นระบบที่เน้นการบังคับออมส่วนบุคคลเป็นสำคัญ ข้อดีของระบบนี้คือ ระบบนี้ไม่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และไม่ก่อให้เกิดปัญหาความแตกต่างกันระหว่างรุ่นในการแบกภาระดูแลผู้สูงอายุ แต่ข้อด้อยก็มี อาทิเช่น อาจจะประสบปัญหาความเสี่ยงในการบริหารจัดการเงินออม อีกทั้งเงินเฟ้ออาจจะทำให้เงินบำนาญที่จะได้รับยามชราภาพมีมูลค่าน้อยลงจนไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตได้ นอกจากนั้นแล้วในการเริ่มต้นระบบบำนาญของประเทศโดยใช้ระบบนี้จะก่อให้เกิดปัญหามีผู้ที่ออมเงินไม่ทันขึ้นในสังคม[10]

**4.1 สถานการณ์การสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพโดยรัฐบาลในปัจจุบัน**

ปัจจุบันประเทศไทยมีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพโดยรัฐบาลทั้งสองระบบ การศึกษาที่ทำการเรียบเรียงสถานการณ์การสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพโดยรัฐบาลในปัจจุบันไว้อย่างเป็นระบบได้แก่ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2549) การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ประชากรกลุ่มวัยทำงานที่มีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการได้แก่ กลุ่มข้าราชการทหารและพลเรือน ข้าราชการส่วนท้องถิ่นและข้าราชาการกรุงเทพมหานคร ลูกจ้างประจำของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชนที่เป็นสมาชิกประกันสังคม และครูโรงเรียนเอกชน

ข้าราชการส่วนกลางรับบำเหน็จบำนาญอย่างเดียว หรือรับทั้งบำเหน็จบำนาญและสิทธิประโยชน์จากการเป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (เงินสะสม เงินสมทบ เงินประเดิม เงินชดเชย และผลประโยชน์ตอบแทนจากกองทุนเงินสะสมและเงินสมทบ) เงินบำเหน็จบำนาญส่วนแรกเป็นระบบบำนาญแบบที่ไม่ต้องสมทบร่วม แหล่งของเงินมาจากงบประมาณแผ่นดิน ส่วนที่สองเป็นระบบบำนาญแบบต้องสมทบร่วมมีบัญชีรายตัว ข้าราชการส่วนท้องถิ่นและข้าราชการกรุงเทพมหานครรับเงินบำเหน็จบำนาญเหมือนกับเงินบำเหน็จบำนาญของข้าราชการส่วนกลาง (ไม่รวมส่วนที่ได้จาก กบข.) แหล่งที่มาของเงินนั้นมาจากเงินสมทบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรายได้ประจำปีองค์กรปกรองส่วนท้องถิ่น (ตามกฎหมายไม่เกินร้อยละ 3) ซึ่งจะสมทบอยู่ในกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่นและข้าราชการกรุงเทพมหานคร พนักงานรัฐวิสาหกิจรับหลักประกันในรูปของเงินก้อนจากการองทุนสำรองเลี้ยงชีพของรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง ลูกจ้างเอกชนที่เป็นสมาชิกประกันสังคมได้รับเงินบำเหน็จหรือบำนาญจากกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นระบบบำนาญแบบต้องร่วมจ่าย เงินบำนาญซึ่งรับเมื่ออายุ 55 ปีขึ้นไปและสมทบเงินมาแล้ว 180 เดือนขึ้นไปนั้น จะคำนวณจากค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย ส่วนครูโรงเรียนเอกชนนั้นต้องเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสงเคราะห์ครูและครูใหญ่โรงเรียนเอกชน ซึ่งครูจะต้องสมทบเงินร่วมกับผู้รับใบอนุญาตและรัฐบาล เงินที่รับจากกองทุนเมื่อเกษียณอายุจะเป็นเงินบำเหน็จ [3]

จะเห็นได้ว่าประชาชนส่วนที่เหลือนั้นยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพใดๆ จากการศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2549) และวรเวศม์ สุวรรณระดา (2551) ได้ชี้ให้เห็นว่า มีประชาชนกว่าสองในสามของประชาชนวัยแรงงานที่ขาดหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างประชาชนที่มีและไม่มีหลักประกัน[3,10] นอกจากนั้นแล้วระหว่างกลุ่มที่มีหลักประกันด้านรายได้อย่างเป็นทางการด้วยกัน ยังมีความแตกต่างกันในแง่ของความมั่นคงอีกด้วย กล่าวคือมัทนา พนานิรามัย (2546) ได้ชี้ให้เห็นว่า การจ่ายเงินก้อนให้แก่ผู้สูงอายุในรูปแบบของบำเหน็จ ดังเช่นกรณีของกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนสงเคราะห์ครูหรือครูใหญ่โรงเรียนเอกชน หากผู้สูงอายุไม่บริหารจัดการเงินอย่างดี เงินก้อนดังกล่าวอาจไม่เพียงพอใช้จนถึงสิ้นอายุขัย ซึ่งจะทำให้ความมั่นคงในวัยสูงอายุย่อมมีปัญหาตามมาด้วย[11] ต่างจากข้าราชการหรือสมาชิกกองทุนประกันสังคมจะได้รับเงินบำนาญเป็นรายเดือนจนสิ้นอายุขัย ดังนั้นประชาชนกลุ่มนี้จะอยู่ในสภาพที่มั่นคงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ประชาชนผู้ที่ไม่มีหลักประกันดังกล่าวข้างต้น เมื่อเข้าสู่วัยชราภาพและขาดรายได้สำหรับการยังชีพ ประเทศไทยมีระบบอีกระบบหนึ่งซึ่งเรียกว่าระบบการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมา เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุหรือเบี้ยยังชีพมีเจตนารมณ์ที่มุ่งช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ด้อยโอกาสโดย รัฐบาลโดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปของเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ท้องถิ่นเป็นผู้คัดเลือกผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของประชาคม โดยคุณสมบัติพื้นฐานของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพนั้น ประการแรกจะต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประการที่สองต้องมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ **หรือ**ถูกทอดทิ้ง **หรือ**ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู **หรือ**ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได ทั้งนี้มีเงื่อนไขว่าผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐจะเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน ปัจจุบันจะจ่ายเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท/คน โดยมีระเบียบเอื้อว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพทางการคลังสามารถเพิ่มจำนวนเงินได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน 1,000 บาท/เดือน/คน หรืออาจเพิ่มจำนวนผู้ได้รับเบี้ยยังชีพโดยใช้งบประมาณของตนเองได้ด้วย[12,13]

จากการศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2550) ซึ่งได้แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการด้านหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพโดยรัฐบาล พบว่า หากพิจารณาขนาดของงบประมาณในปีพ.ศ. 2549 ที่รัฐบาลใช้ไปกับการสร้างโครงข่ายคุ้มครองทางสังคมให้กับประชาชนในด้านผู้สูงอายุ ผู้เป็นหม้ายและบุตร ผู้ทุพพลภาพ สุขภาพ ครอบครัว ตลาดแรงงาน ว่างงาน ที่อยู่อาศัย และด้านอื่นๆ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 180,038.06 ล้านบาท รัฐบาลใช้เงินไปในเรื่องของเบี้ยยังชีพและเงินสำหรับบำเหน็จบำนาญที่จัดให้มีโดยรัฐบาลรวมทั้งสิ้น 68,634.75 ล้านบาท หรือคิดเป็นเงินถึงร้อยละ 38.12 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่มีข้อสังเกตว่า เกือบร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการชราภาพของข้าราชการกลุ่มต่างๆ การใช้จ่ายเงินเพื่อกลุ่มที่เหลือซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศยังมีไม่มากนัก[14]

นอกจากรัฐบาลแล้ว นายจ้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานประกอบขนาดใหญ่เป็นอีกผู้หนึ่งที่จัดให้มีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพให้กับลูกจ้างของตนเองโดยสมัครใจ ซึ่งมักจะอยู่ในรูปแบบของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ จากข้อมูลของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพไทย ในปี 2551 พบว่ามีนายจ้างที่จัดให้มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพรวม 8,949 ราย และมีจำนวนลูกจ้างที่มีเงินสะสมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพรวมทั้งสิ้น 2,011,127 คน [15]

### 4.2 ปัญหาเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากก่อนการประกาศของนายกรัฐมนตรีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะเมื่อต้นปี พ.ศ. 2552 ให้ผู้สูงอายุทุกคน (ยกเว้นข้าราชการบำนาญและผู้สูงอายุที่รับเงินเดือนประเภทอื่นจากรัฐบาล) ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพนี้ ระบบนี้เป็นระบบแบบคัดเลือก ซึ่งมีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญคือเรื่องของประสิทธิภาพของการคัดเลือกอย่างตรงเป้าหมาย หรือ Targeting Efficiency จากการประมาณการของ สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ

เศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ (2551) ใน "รายงานการประเมินความยากจนปี 2550" ในจำนวนผู้สูงอายุยากจน (พิจารณารายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน) มีเพียงร้อยละ 38.14 ที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อีกร้อยละ 61.86 ไม่ได้รับ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ไม่ยากจนกลับมีผู้ได้รับเบี้ยยังชีพมากถึงร้อยละ 23.80 ของผู้สูงอายุที่ไม่ยากจน การศึกษาอีกชิ้นหนึ่งอันได้แก่ "รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2" โดยวิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ (2552) ได้นิยามผู้สูงอายุด้อยโอกาสแคบกว่าการศึกษาชิ้นแรก กล่าวคือมิได้ดูเพียงความยากจนด้านการเงินเท่านั้น แต่ยังพิจารณาไปถึงการอยู่อาศัยและการได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรอีกด้วย การศึกษาดังกล่าวใช้ข้อมูลดิบจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การศึกษานี้พบว่า

- **นิยามแบบที่ 1** *ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อปี และไม่ได้อยู่กับบุตรและไม่ได้รับการเกื้อหนุนด้านวัตถุหรือการติดต่อจากบุตร* ตามนิยามนี้จะมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในจำนวนนั้นมีถึงร้อยละ 63.2 ที่มิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ
- **นิยามแบบที่ 2** *ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อปี และไม่ได้อยู่กับบุตรและไม่ได้รับการเกื้อหนุนด้านวัตถุหรือการติดต่อจากบุตรและอยู่คนเดียว* ตามนิยามนี้จะมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 0.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในจำนวนนั้นมีถึงร้อยละ 54.9 ที่มิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กระบวนการคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพนั้นมีการคัดเลือกผิดอยู่มากพอสมควร[16] การคัดเลือกผิดเกิดขึ้นได้อย่างไร ผลการศึกษาในงานวิจัยของ วรเวศม์ สุวรรณระดา (2550) และวรเวศม์ สุวรรณระดา และอาภาพรรณ คำวชิรพิทักษ์ (2552) ชี้ให้เห็นว่าปัญหาของระบบเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุมีหลายจุดตั้งแต่คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับที่กำหนดไว้ในระเบียบ ไปจนถึงกระบวนการคัดเลือก[12,13] รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

**ประเด็นคุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับ** ดังที่ระบุไว้ในส่วนที่ 4.1 นับว่ามีความหมายกว้างมากจนเอื้อให้มีการตีความเข้าข้างตนเอง อีกทั้งคำว่า "**หรือ**" ก็ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ผู้ด้อยโอกาสที่แท้จริงมารับเบี้ยยังชีพ ตัวอย่างเช่น "รายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ" นั้นรวมกรณีที่รับบำนาญทุกเดือนหรือขาดรายได้ที่เป็นตัวเงินแต่มีอสังหาริมทรัพย์ด้วยหรือไม่ หรือกรณีคุณสมบัติ "ถูกทอดทิ้ง" นั้นรวมกรณีที่ลูกๆ ออกไปทำงานต่างถิ่น ไม่ได้ดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุโดยตรง แต่ส่งเงินมาให้ใช้หรือไม่ **ประเด็นกระบวนการคัดเลือกผู้สูงอายุขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.)** โดยระเบียบแล้วกำหนดให้ อปท. ใช้กลไกประชาคมในการคัดเลือก แต่ปรากฏว่าในการปฏิบัติจริง แม้จะอิงระเบียบเดียวกัน แต่รูปแบบของการคัดเลือกก็มีความเข้มงวดแตกต่างกันมาก มีทั้ง อปท. ที่ให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่คำนึงถึงคุณสมบัติของแต่ละคน บางพื้นที่ให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยกระจายอำนาจให้ชุมชนเป็นผู้คัดเลือก บางพื้นที่เข้มงวดมากให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แต่จะมีคณะกรรมการระดับหมู่บ้านและระดับท้องถิ่นเป็นผู้กลั่นกรองอีกครั้งหนึ่ง **วิธีการเรียงลำดับผู้สูงอายุผู้มีสิทธิในบัญชีรายชื่อ** บ้างก็ดูความลำบาก บ้างก็ใช้อายุเป็นหลัก บ้างใช้ความคิดเห็นของ

ประชาคมตัดสิน **การตีความคำว่าประชาคม**ก็มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น บางพื้นที่ให้ตัวแทนแต่ละครัวเรือนมา บางพื้นที่ไม่ได้จำกัดจำนวนสมาชิกของแต่ละครัวเรือน ความแตกต่างของการตีความระเบียบหรือการคัดเลือกที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่นอกจากทำให้การคัดเลือกไม่ตรงเป้าแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาว่าผู้สูงอายุที่ยากไร้เหมือนกัน ได้รับการปฏิบัติไม่เหมือนกันในแต่ละพื้นที่ด้วย [12,13] ความอ่อนแอของระบบการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านของการรับเงินเบี้ยยังชีพนี้จึงนำมาซึ่งข้อถกเถียงต่าง ๆมากมายเกี่ยวกับรูปแบบที่น่าจะเป็นของระบบหลักประกันด้านรายได้อย่างเป็นทางการโดยรัฐบาลดังที่จะกล่าวถึงในส่วนถัดไป

**4.3 ข้อเสนอการสร้างระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อความครอบคลุม**

เนื่องจากประเทศไทยยังคงขาดความเป็นธรรมในแง่ของการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว อีกทั้งจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยผู้สูงอายุ ซึ่งด้านการเงินเป็นด้านที่ประชาชนให้ความคิดเห็นว่าควรเตรียมการมากที่สุด[17] แต่จากรายงานการศึกษาแนวทางการส่งเสริมการออมของกลุ่มผู้มีงานทำ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) กลับพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ขาดการเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิต ผู้มีงานทำไม่ได้วางแผนในการดำเนินชีวิตคิดเป็นร้อยละ 52.4 ของผู้มีงานทำที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง[18] หากเหตุการณ์เป็นดังนี้ ในอนาคตเขาเหล่านั้นจะตกอยู่ในสภาพที่ขาดหลักประกันด้านรายได้ที่สร้างโดยตนเองจนไม่สามารถปิดการขาดงบดุลที่เกิดขึ้นอันเกิดจากรายได้จากการทำงานน้อยกว่าค่าใช้จ่ายการบริโภคได้ แม้ในปัจจุบันเองประชากรผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยก็ตกอยู่ในสภาพดังกล่าว จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า ร้อยละ 34.1 ของประชากรวัยสูงอายุมีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท อีกทั้งร้อยละ 31.3 ของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ออมหรือสะสมเงินทองหรือทรัพย์สินทั้งในรูปสังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์ [2]

จากความกังวลดังกล่าว ในการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2551 ได้มีการอภิปรายกันในประเด็นการเพิ่มรายได้ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญผู้สูงอายุ เรื่องของการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ โดยมีข้อเสนอจากที่ประชุมครั้งนั้นว่า ประการแรก รัฐต้องเร่งจัดทำระบบบำนาญผู้สูงอายุไทยโดยเร็วโดยเป็นระบบบำนาญบนพื้นฐานที่ครอบคลุมทุกคน โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันเมื่อสูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่ยังไม่อยู่ในระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ หรือกองทุนประกันสังคม เป็นต้น โดยมีหลักการสำคัญคือ (1) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมสำคัญในการออม โดยมีการออมภาคบังคับ เริ่มตั้งแต่เริ่มทำงานระยะแรก เช่น เริ่มต้นเมื่ออายุ 25 ปี (2) ให้รัฐมีหน้าที่สมทบเงินออมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการออมของประชาชน และจัดสรรงบประมาณเป็นกองทุนตั้งต้นเหมือน กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) (3) ให้องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการเป็นกลไกการดำเนินงาน ทั้งนี้จะต้องออกเป็นกฎหมาย ประการที่สอง ผู้ยากไร้และด้อยโอกาสที่ไม่สามารถจะออมได้ให้รัฐยกเว้นการออม และให้รัฐส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มนี้สามารถพัฒนาจนพึ่งตนเองและมีส่วนร่วมในการออมได้ และประการที่สาม การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้และด้อยโอกาส ควรดำเนินการต่อไปจนกว่าจะหมดความจำเป็น [19]

กล่าวได้ว่า จากความไม่ครอบคลุมของระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน ความอ่อนแอของระบบเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ การเกื้อหนุนจากบุตรหลานมีแนวโน้มลดลง การขาดการเตรียมการทางการเงินที่ดีตั้งแต่วัยทำงาน รวมไปถึงความคิดเห็นของประชาชนที่มีความต้องการให้มีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ สามารถสรุปได้ว่ามีความจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องมีการจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติซึ่งควรจะครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างถ้วนหน้า นงนุช สุนทรชวกานต์ (2551) ได้เปรียบเทียบข้อเสนอระบบบำนาญโดยนักวิชาการ [20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31] ดังในตารางที่สรุปไว้ในภาคผนวก ซึ่งพอที่จะสรุปลักษณะโดยรวมของข้อเสนอได้คือ ยกเว้นของ ILO (2004a) และ (2004b) ซึ่งเสนอว่าระบบบำนาญควรเป็นแบบประชาชนไม่ต้องมีส่วนสมทบร่วม หรืออีกนัยหนึ่งก็คือใช้ระบบเบี้ยยังชีพในปัจจุบันเป็นฐานแล้วขยายความครอบคลุมให้ไปสู่ประชาชนวัยสูงอายุทุกคนอย่างถ้วนหน้า ข้อเสนอส่วนใหญ่ที่เสนอโดยนักวิชาการของไทยเสนอว่าควรเป็นระบบบำนาญแบบประชาชนมีส่วนสมทบร่วม อีกทั้งแทบทุกข้อเสนอเห็นตรงกันว่าจะต้องจัดตั้งกองทุนในระดับชาติและรัฐบาลควรจะต้องมีส่วนร่วมในทางการเงินการคลังต่อกองทุนบำนาญที่จัดตั้งขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่ทำให้เกิดข้อแตกต่างระหว่างข้อเสนออยู่ ข้อแตกต่างที่สำคัญ เช่น ความครอบคลุมของกองทุนบำนาญนั้นควรจะครอบคลุมประชาชนทุกคนหรือเฉพาะผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันที่เหลือ (กล่าวคือยกเว้นกลุ่มข้าราชการและสมาชิกประกันสังคม) อัตราเงินสมทบและ/หรือระดับเงินบำนาญที่กำหนดสูงต่ำแตกต่างกัน ดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอในภาคผนวก โดยสรุปแล้วข้อเสนอของแนวทางการสร้างหลักประกันด้านรายได้โดยรัฐบาลโดยความคิดเห็นของนักวิชาการนั้น อาจกล่าวได้ว่า ได้แสดงทิศทางที่ควรจะมุ่งหน้าต่อไปสำหรับประเทศไทยในอนาคตแล้วในระดับหนึ่ง ในการที่จะนำข้อเสนอต่าง ๆไปปฏิบัตินั้นยังคงมีประเด็นที่เหลืออยู่อันได้แก่ ประการแรก การออกแบบระบบบำนาญแห่งชาติในรายละเอียดรวมไปถึงการบริหารจัดการกองทุน ในส่วนนี้มีการศึกษาวิจัยต่อยอดจากข้อเสนอต่าง ๆข้างต้นภายใต้โครงการ “การออกแบบระบบบำนาญแห่งชาติ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2) โดยความร่วมมือของนักวิชาการคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย โดยการสนับสนุนของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประการที่สอง กระบวนการส่งต่อสู่หน่วยงานราชการที่เป็นผู้รับผิดชอบ และประการสุดท้าย แต่สำคัญที่สุดคือ การตัดสินใจทางการเมือง

**5. การบริโภคของประชากรวัยสูงอายุ**

เนื่องจากประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอยู่เรื่อย ๆ ซึ่งนั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุกำลังจะกลายเป็นผู้บริโภคกลุ่มใหญ่

การศึกษาประเด็นการบริโภคของประชากรวัยสูงอายุนอกจากจะให้องค์ความรู้ด้านชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไปหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ยังจะให้ประโยชน์ในแง่ของทิศทางของธุรกิจและอุตสาหกรรมในอนาคตอีกด้วย แต่น่าเสียดายว่าการศึกษาด้านนี้ยังมีไม่มากนัก การศึกษาที่ผ่านมามักจะวิเคราะห์การบริโภคของประชากรวัยสูงอายุเชิงเปรียบเทียบกับรายได้หรือสินทรัพย์ ยกตัวอย่างเช่น ความยากจนสัมบูรณ์ที่กล่าวถึงในส่วนที่ 2 ของบทความนี้ เป็นการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจำเป็นพื้นฐานกับรายได้ของผู้สูงอายุ มิได้เจาะลงไปถึงลักษณะเฉพาะหรือรูปแบบของการบริโภคของผู้สูงอายุ เป็นต้น

งานวิจัยที่น่าสนใจชิ้นหนึ่งที่เชื่อมโยงได้กับรูปแบบการบริโภคของประชากรวัยสูงอายุ ได้แก่ การศึกษาของ พรพิมล พันธ์พิมาย (2550) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการประมาณการอุปสงค์ต่อสินค้าแต่ละกลุ่มของครัวเรือนไทยโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2547 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้แบบจำลอง Quadratic Almost Ideal Demand System (QUAIDS) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน อันได้แก่ ภูมิภาค การครอบครองที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการบริโภค อายุ การศึกษา และสถานภาพการทำงานของหัวหน้าครัวเรือน ขนาดและโครงสร้างของครัวเรือน (จำนวนเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุในครัวเรือน) ว่ามีอิทธิพลต่อสัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อสินค้าและบริการ 11 กลุ่มอย่างไร ซึ่งสินค้าและบริการที่ว่านั้นได้แก่ อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์บริโภคภายในบ้าน อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์บริโภคภายนอกบ้าน เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาสูบ เครื่องนุ่งห่มและรองเท้า การเดินทางและการสื่อสาร ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล (ของใช้และบริการส่วนบุคคล)การบันเทิงและการอ่าน การศึกษา เบ็ดเตล็ดและที่อยู่อาศัย [32]

การศึกษาดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงรูปแบบของการบริโภคของครัวเรือนผู้สูงอายุประเภทอยู่กัน 2 คน ผลการศึกษาพบว่า ครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่กัน 2 คนมีแนวโน้มใช้เงินไปกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายด้านอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ (บริโภคในบ้าน) และค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางและการสื่อสารในสัดส่วนที่สูงไม่ว่าจะอยู่ในภูมิภาคใด และพบค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางจะสูงมากเป็นพิเศษ (มากกว่าร้อยละ 20) ในครัวเรือนของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ อีกทั้งเมื่อพิจารณาสัดส่วนดังกล่าวตามระดับรายได้ครัวเรือนของผู้สูงอายุ พบแนวโน้มที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งยังพบว่า ครัวเรือนที่มีรายได้มากสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์จะลดลง ในขณะที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางและการสื่อสารจะสูงขึ้น ในภาพรวมของประเทศ สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลอยู่ที่ประมาณร้อยละ 6 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

สาเหตุของการขาดองค์ความรู้ในด้านนี้มิได้มีสาเหตุมาจากการขาดข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการจัดเก็บข้อมูลการบริโภคครัวเรือนในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอ จากข้อมูลดังกล่าวนั้นเราอาจจะดึงเฉพาะ “ครัวเรือนผู้สูงอายุ” ออกมาเพื่อให้เห็นลักษณะเฉพาะของการบริโภคของผู้สูงอายุ ครัวเรือนผู้สูงอายุในที่นี้ขึ้นอยู่กับว่าจะให้นิยามอย่างไร (อย่างเช่น กรณีของกระทรวงสวัสดิการของประเทศญี่ปุ่นได้ให้นิยามของครัวเรือนผู้สูงอายุว่า ครัวเรือนที่มีเฉพาะสมาชิกอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปหรือครัวเรือนที่มีสมาชิกที่มีอายุตั้งแต่

65 ปีขึ้นไปกับเด็กที่ยังไม่ได้สมรสอายุไม่ถึง 18 ปีในครัวเรือน) ประเด็นที่อาจจะศึกษาโดยอาศัยข้อมูลชุดนั้นยกตัวอย่างเช่น ลักษณะการบริโภคสินค้าประเภทต่างๆตั้งแต่สินค้าบริโภคทั่วไป สินค้าคงทนถาวร บริการประเภทต่างๆ ความแตกต่างของรูปแบบการบริโภคของครัวเรือนผู้สูงอายุกับครัวเรือนประเภทอื่น ความแตกต่างระหว่างพื้นที่ เป็นต้น

**ตารางที่ 3** สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการบริโภคสินค้าและบริการ 11 กลุ่มของครัวเรือนผู้สูงอายุ 2 คน

| กลุ่ม | | อาหารและเครื่องดื่ม (ในบ้าน) | อาหารและเครื่องดื่ม (นอกบ้าน) | แอลกอฮอล์และยาสูบ | เครื่องนุ่งห่มรองเท้า | ค่ารักษาพยาบาล | การเดินทางและการสื่อสาร | ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล | การบันเทิงและการอ่าน | การศึกษา | เบ็ดเตล็ด | ที่อยู่อาศัย |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ภูมิภาค** | กทม. | 0.230 | 0.092 | 0.011 | 0.009 | 0.059 | 0.114 | 0.015 | 0.022 | 0.035 | 0.027 | 0.385 |
| | ภาคกลาง | 0.210 | 0.048 | 0.021 | 0.025 | 0.067 | 0.181 | 0.024 | 0.028 | 0.023 | 0.032 | 0.340 |
| | ภาคเหนือ | 0.215 | 0.028 | 0.009 | 0.027 | 0.065 | 0.225 | 0.022 | 0.021 | 0.020 | 0.058 | 0.313 |
| | ภาคอีสาน | 0.201 | 0.024 | 0.015 | 0.030 | 0.065 | 0.227 | 0.022 | 0.026 | 0.025 | 0.045 | 0.320 |
| | ภาคใต้ | 0.246 | 0.050 | 0.016 | 0.039 | 0.062 | 0.189 | 0.020 | 0.019 | 0.018 | 0.027 | 0.313 |
| **ระดับรายได้ครัวเรือนต่อเดือน** | 5,000 | 0.367 | 0.065 | 0.015 | 0.032 | 0.036 | 0.070 | 0.025 | 0.022 | 0.011 | 0.017 | 0.340 |
| | 10,000 | 0.270 | 0.067 | 0.017 | 0.030 | 0.053 | 0.134 | 0.022 | 0.023 | 0.017 | 0.028 | 0.339 |
| | 20,000 | 0.187 | 0.031 | 0.013 | 0.020 | 0.072 | 0.221 | 0.020 | 0.024 | 0.031 | 0.043 | 0.337 |

**ที่มา:** สรุปจากตาราง 4.4 และ 4.5 ใน พรพิมล พันธ์พิมาย (2550)

**6. บทบาทของชุมชนกับภาวะทางเศรษฐกิจของประชากรวัยสูงอายุ**

นอกจากตัวผู้สูงอายุเองโดยการทำงานหรือการออม การเกื้อหนุนจากครอบครัว และการสร้างหลักประกันที่เป็นรายได้อย่างเป็นทางการโดยรัฐบาลแล้ว กรณีของประเทศไทย “ชุมชน” มีส่วนในการสร้างภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุให้เข็มแข็งด้วยเช่นกัน ตัวอย่างหนึ่งของประเทศไทยที่เป็นรูปธรรมได้แก่ กลุ่มสัจจะลดรายจ่ายวันละบาท ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันระหว่างสมาชิกในชุมชนอย่างสมัครใจเพื่อระดมเงินร่วมกันจัดทำสวัสดิการประเภทต่างๆให้กับสมาชิกบนพื้นฐานของความมีสัจจะและความไว้เนื้อเชื่อใจกัน โดยจัดทำในรูปแบบของกองทุนระดับหมู่บ้านหรือตำบล การระดมเงินทุนจากสมาชิกนั้นจะจัดทำในรูปแบบของเงินสัจจะวันละ 1 บาท สวัสดิการประเภทต่างๆที่จัดให้มี

นั้นจะเป็นไปตามความต้องการและการตกลงกันภายในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น เงินคลอดบุตร ค่าเยี่ยมไข้ ค่าทำศพ ทุนการศึกษา เป็นต้น หลายกลุ่มได้มีการผนวก “บำนาญ” เข้าไปเป็นหนึ่งในสวัสดิการด้วย การศึกษาของวรเวศม์ สุวรรณระดา (2549) และวรเวศม์ สุวรรณระดา (2550ข) ได้ยกให้เห็นตัวอย่างของ”กลุ่มสัจจะลดรายจ่ายวันละบาท”ในจังหวัดสงขลาซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความก้าวหน้าในเรื่องของการจัดตั้ง”กลุ่มสัจจะลดรายจ่ายวันละบาท”ปัจจุบันมีจำนวนกลุ่มมากกว่าร้อยกลุ่มและมีจำนวนสมาชิกกว่าแสนคนทั้งจังหวัดสงขลา [33, 34]

แต่ละกลุ่มจะใช้กฎกติกาต่างๆร่วมกันดังต่อไปนี้ สมาชิกต้องสมัครใจที่จะทำสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อทำกองทุนสวัสดิการภาคประชาชน โดยพื้นฐานแล้ว สามารถเข้าเป็นสมาชิกได้ตั้งแต่แรกเกิด ต้องเป็นผู้ไม่มีประวัติเสียทางการเงิน และต้องเสียค่าสมัครเป็นสมาชิก คนละ 20 บาท ค่าสมัครจะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ วิธีสัจจะให้สัจจะไว้ที่บ้านวันละ 1 บาท และทุกวันที่ 1 ของเดือน เวลาบ่าย 2 โมง ให้นำเงินสัจจะมารวมกัน ณ ที่ทำการที่คณะกรรมการกำหนดไว้ เงินสัจจะลดรายจ่ายวันละบาทจะถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน กล่าวคือ 20% เป็นกองทุนกลาง 30% จัดสรรไปที่กองทุนกู้ยืม ทำวิสาหกิจ ทำธุรกิจที่ไม่เอาเปรียบสังคม หรือทำอาชีพที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมไม่ทำลายคุณภาพชีวิต การกู้ยืมเงินกองทุนสวัสดิการนี้ไม่มีดอกเบี้ย นอกจากนั้นมีข้อกำหนดว่า ในการกู้ยืมเงิน ผู้ยืมจะต้องมีแผนอย่างชัดเจนและต้องปฏิบัติตามแผนนั้นๆอย่างเคร่งครัด และอีก 50% จะเก็บไว้เพื่อจ่ายสำหรับสวัสดิการ 9 เรื่อง ซึ่งรายละเอียดนั้นสรุปไว้ในตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า หากไม่นับสวัสดิการประเภทที่ได้รับเมื่อเสียชีวิต ผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์อย่างเห็นได้ชัดจากสวัสดิการชุมชนในลักษณะนี้ในเรื่องของเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลและบำนาญ [33,34]

กรณีของจังหวัดสงขลาที่กล่าวข้างต้น หากพิจารณาเฉพาะเงินบำนาญ สมาชิกจะได้รับก็ต่อเมื่อจ่ายเงินสัจจะติดต่อกัน 15 ปี โดยที่กำหนดเงินบำนาญต่ำสุดไว้ที่ 300 บาท สมาชิกที่จ่ายเงินสัจจะเป็นระยะเวลานานจะได้รับเงินบำนาญมากขึ้น โดยที่เงินบำนาญสูงสุดถูกกำหนดไว้ที่ 1,200 บาท เงินสัจจะขาเข้ากองทุนคิดเป็นเงินเพียงเดือนละ 30 บาท แต่เมื่อรับเงินบำนาญจะได้แน่ๆอย่างน้อยเดือนละ 300 บาท หากเทียบเคียงระบบดังกล่าวกับการออมเงิน นับว่าเป็นการออมที่ให้ผลตอบแทนทางการเงินสูงมาก ระบบนี้ได้รับความสนใจและความคาดหวังจากรัฐบาลและสังคมในการใช้เป็นกลไกในการแก้ปัญหาการสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุของประเทศ เนื่องจากมีจุดเด่นที่อยู่บนฐานคิดของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ขณะเดียวกันในทางวิชาการเกิดข้อกังวลต่างๆมากมาย โดยเฉพาะประเด็นความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว จากการประเมินลักษณะเชิงเศรษฐศาสตร์และสถานะทางการเงินการคลังในอนาคตในการศึกษาของ วรเวศม์ สุวรรณระดา (2549) (2550ข) และ(2551) ซึ่งชี้ให้เห็นข้อกังวลต่อกองทุนในลักษณะดังกล่าว [33, 34, 35]

**ตารางที่ 4 สวัสดิการที่สมาชิกกลุ่มสัจจะลดรายจ่ายวันละบาทจังหวัดสงขลาได้รับ**

| ประเภท | รายละเอียด | | | |
|---|---|---|---|---|
| เกิด | ให้ลูก 500 บาท แม่นอน รพ.ได้คืนละ 100 บาทไม่เกิน 5 คืน ปีละไม่เกิน 2,000 บาท | | | |
| เจ็บ | นอน รพ.ได้คืนละ 100 บาท ปีละไม่เกิน 10 คืน | | | |
| ตาย | สัจจะ 180 วันขึ้นไป หากเสียชีวิตได้รับค่าทำศพ ตามจำนวนวันที่เป็นสมาชิก | | | |
| | จำนวนวันที่เป็นสมาชิก | จำนวนเงินค่าทำศพ | จำนวนวันที่เป็นสมาชิก | จำนวนเงินค่าทำศพ |
| | 180 วัน | 2,500 | 1,460 วัน | 15,000 |
| | 365 วัน | 5,000 | 2,920 วัน | 20,000 |
| | 730 วัน | 10,000 | 5,840 วัน | 30,000 |
| ทุนการศึกษา | ยืมกองทุน 30 % | | | |
| คนด้อยโอกาส | กองทุนจ่ายให้ นำฝากสัจจะ | | | |
| สวัสดิการคนทำงาน | คนละ 130 บาทต่อวัน (ฝากออม100 บาท 30 บาทฝากสัจจะ) | | | |
| สวัสดิการเงินกู้ | ตายกองทุนจ่ายให้ในวงเงินไม่เกิน 30,000 บาท และกู้มาแล้วไม่น้อยกว่า 365 วัน | | | |
| สวัสดิการเงินฝาก | ตายจ่ายให้ 50% แต่ไม่เกินวงเงิน 15,000 บาท กองทุนจะฝากเงินเข้าบัญชีทายาทเดือนละ 100 บาทไปเรื่อยๆ | | | |
| บำนาญ | จำนวนปีที่เป็นสมาชิก | เงินบำนาญต่อเดือนที่ได้รับ | จำนวนปีที่เป็นสมาชิก | เงินบำนาญต่อเดือนที่ได้รับ |
| | 15 ปี | 300 | 40 ปี | 800 |
| | 20 ปี | 400 | 45 ปี | 900 |
| | 25 ปี | 500 | 50 ปี | 1,000 |
| | 30 ปี | 600 | 55 ปี | 1,100 |
| | 35 ปี | 700 | 60 ปี | 1,200 |

**ที่มา:** ปรับปรุงจากกรอบที่ 1 หน้า 29-30 ในวรเวศม์ สุวรรณระดา (2550ข)

ข้อกังวลประการแรก ได้แก่ เรื่องสมดุลระหว่างเงินสัจจะวันละหนึ่งบาทกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ เนื่องจากกองทุนเก็บเงินสัจจะเพียงวันละ 1 บาท โดยสมาชิกมีสิทธิรับสวัสดิการมากมายขึ้นอยู่กับสถานการณ์ โดยที่เงินบำนาญจะเป็นสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกได้รับอย่างแน่นอน (ไม่นับรวมกรณีตายก่อนวัยอันควร) เงินบำนาญพื้นฐานที่ทางกองทุนได้จัดไว้สำหรับสมาชิกเป็นเงิน 300 บาทต่อ

เดือน เพียงคำนวณคร่าวๆและง่ายๆว่า หากสมัครเป็นสมาชิกเมื่ออายุ 45 ปีจ่ายเงินสัจจะวันละบาท เป็นเวลา 15 ปีจะจ่ายเงินรวมเป็นเงินทั้งหมด 5,475 บาท หากสมาชิกคนนี้รับเงินบำนาญเดือนละ 300 บาทจากอายุ 60 ปีจนถึง 80 ปี เงินบำนาญที่ได้รับคิดเป็นเงิน 72,000 บาท ความแตกต่างระหว่างเงินสัจจะวันละบาทกับเงินบำนาญในกรณีนี้ค่อนข้างสูง คำถามที่เกิดขึ้นภายใต้กฎกติกาในลักษณะนี้ก็คือ ประการที่หนึ่ง จะต้องได้รับผลตอบแทนในการบริหารเงินกองทุนจะต้องเป็นสักเท่าใดจึงจะสามารถจ่ายสิทธิประโยชน์ในลักษณะนี้ได้ ประการที่สอง กฎกติกาลักษณะนี้จะส่งผลระยะยาวต่อกองทุนอย่างไร

ข้อกังวลประการที่ 2 ได้แก่ เรื่องการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาในลักษณะแบบสมัครใจกับสมาชิกใหม่ โดยพื้นฐาน กองทุนชุมชนเปิดรับสมาชิกบนพื้นฐานของความสมัครใจ ไม่มีสภาพบังคับใดๆทางกฎหมายให้ประชาชนทุกคนมาเข้าเป็นสมาชิก ประชาชนในพื้นที่ที่ให้ความเชื่อถือกับระบบนี้จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกไปเรื่อยๆหรือไม่ ท้ายที่สุดอาจมีเฉพาะสมาชิกวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุมาเป็นสมาชิกเพื่อหวังเงินบำนาญ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสถานะทางการเงินของกองทุนในระยะยาว

ข้อกังวลประการที่ 3 ได้แก่ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ระดับพื้นที่ สมมติว่ากองทุนสามารถทำให้ประชาชนทั่วจังหวัดมาเป็นสมาชิกกองทุนจนกลายเป็นกองทุนชุมชนระดับจังหวัด อุปสรรคของกองทุนชุมชนมิได้หมดไปเนื่องจากโครงสร้างอายุของประชากรในจังหวัดเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสำหรับกองทุนชุมชนเป็นความไม่แน่นอนยากที่จะหลีกเลี่ยง เมื่อโครงสร้างอายุสมาชิกของกองทุนมีแนวโน้มเปลี่ยนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับระดับประเทศ สัดส่วนของสมาชิกสูงอายุรับเงินบำนาญต่อสมาชิกทั้งหมดมีแนวโน้มสูงขึ้น สมดุลระหว่างเงินสมทบกับเงินบำนาญอาจจะเสียไปจนทำให้เกิดปัญหาด้านสถานะทางการเงินในระยะยาว

การที่ประเทศไทยจะมี “ชุมชน” ซึ่งมีส่วนร่วมกับภาคส่วนอื่นๆในการสร้างภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุให้เข้มแข็งเป็นเรื่องดี แต่ทว่าโดยศักยภาพของชุมชนดังที่ได้กล่าวแล้วนั้น การสร้างความเข้มแข็งโดยใช้เครื่องมืออย่าง “บำนาญ” ซึ่งเป็นผลประโยชน์ระยะยาวนั้นค่อนข้างจะมีอุปสรรค การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในระดับพื้นที่นั้นเป็นตัวแปรที่ทำให้ฐานะทางการเงินของกองทุนระดับชุมชนสั่นคลอนได้ดังที่อาจเกิดขึ้นในระดับประเทศ ดังนั้นบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งทางด้านภาวะทางเศรษฐกิจของชุมชนนั้นพึงจำกัดอยู่ในเรื่องผลประโยชน์ในระยะสั้นมากกว่า เช่น เงินช่วยค่ารักษาพยาบาล เงินคลอดบุตร เงินฌาปนกิจ เป็นต้น อีกประเด็นหนึ่ง ในสังคมผู้สูงอายุนั้น การสร้างความมั่นคงในความหมายที่กว้างกว่าการเสริมความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุกับครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลชั่วคราวหรือถาวรนั้น เป็นประเด็นที่ชุมชนอาจจะต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นมากกว่าการช่วยเหลือในรูปแบบตัวเงิน เนื่องจากชุมชนสามารถที่จะแสดงบทบาทดังกล่าวได้ดีกว่ารัฐบาล การทบทวนการศึกษาในรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว ผู้เขียนขอส่งต่อให้กับบทอื่นๆในรายงานการทบทวนวรรณกรรมเล่มนี้

**7. การเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อยามชราภาพ**

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยสูงอายุจะใช้ชีวิตยามชราภาพอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอย่างมีศักดิ์ศรีได้อย่างไรนั้นเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ในสภาวการณ์ที่การเกื้อหนุนจากครอบครัวมีแนวโน้มแผ่วลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางครอบครัวและรสนิยมของประชาชน การทำงานเพื่อให้มีรายได้มาจุนเจือในบั้นปลายชีวิตอาจจะเป็นสิ่งที่จำเป็นแต่ก็คงมีข้อจำกัด การสร้างหลักประกันด้านรายได้จากรัฐบาลให้ครอบคลุมนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นเช่นเดียวกันแต่จะเพียงพอต่อการดำรงชีวิตหรือไม่นั้นเป็นประเด็นที่คงต้องอภิปรายกันต่อไป ดังนั้นเงื่อนไขจำเป็นสำหรับการเตรียมการเพื่อใช้ชีวิตยามชราภาพนั้นคงจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องเตรียมพร้อมทางการเงิน มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยซึ่งได้ทำการสัมภาษณ์ครัวเรือนตัวอย่างที่มีอายุ 18-59 ปีครัวเรือนละ 1 ราย ได้จำนวนประชากรตัวอย่าง 9,000 ราย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 91.4 เห็นว่า ควรมีการเตรียมการเพื่อวัยผู้สูงอายุ เห็นว่าไม่แน่ใจร้อยละ 4.9 และให้ความเห็นว่าไม่ควรเตรียมการมีร้อยละ 3.7 ซึ่งในกลุ่มที่เห็นว่าควรและกลุ่มที่ไม่แน่ใจในการเตรียมการเพื่อวัยผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับด้านต่างๆ ที่ควรเตรียมการ โดยพบว่าด้านการเงินเป็นด้านที่ประชาชนให้ความคิดเห็นว่าควรเตรียมการมากที่สุดคือร้อยละ 98.8 รองลงมาคือด้านสุขภาพ และที่อยู่อาศัย ร้อยละ 96.9 และร้อยละ 96.5 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ 57.6 ได้เตรียมการโดยการออมหรือสะสมเงินทอง ทรัพย์สินให้เพียงพอใช้ในวัยสูงอายุ ร้อยละ 32.3 ยังมิได้เตรียมการด้านการเงิน และร้อยละ 10.1 นั้นไม่เคยคิดเลย [19]

แต่ทว่าจากการศึกษาเรื่องการออมในประเทศไทยโดยกอบศักดิ์ ภูตระกูล และคณะ (2548) ซึ่งวิเคราะห์ปัญหาการออมในประเทศไทยอย่างเป็นระบบทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค ในระดับมหภาคนั้นพบว่า การออมภาคครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง สาเหตุสำคัญมากจากแนวโน้มการออมโดยเฉลี่ยของประชาชน (Average Propensity to Save) หรืออัตราการออมต่อรายได้ของครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง ขณะเดียวกันก็พบว่า การออมที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงขึ้นลงนั้นไปในทิศทางที่ตรงกันข้ามกับการเปลี่ยนแปลงของการบริโภคของครัวเรือน ที่สำคัญคือค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคสินค้าประเภทคงทนถาวรประเภทยานพาหนะ เครื่องมือสื่อสาร สินค้าเพื่อการสันทนาการประเภทเครื่องเสียง การถ่ายภาพ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ มีแนวโน้มเติบโตในอัตราที่สูงมากกว่าสินค้าประเภทอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาของ กอบศักดิ์ ภูตระกูล และคณะ (2548) ในระดับจุลภาคโดยใช้ข้อมูลจาก การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีต่างๆ การสำรวจทัศนคติต่อหนี้สินและการออมของธนาคารแห่งประเทศไทย และการสำรวจการเข้าถึงทางการเงินของธนาคารแห่งประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 28 ตอบว่าตนเองออมเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉินและยามชราภาพ ร้อยละ 54 ตอบว่าไม่ และอีกร้อยละ 17 ตอบว่าไม่แน่ใจ[36]

อีกทั้งในการศึกษาของ กอบศักดิ์ ภูตระกูล (2551) ได้แสดงให้เห็นพฤติกรรมการออมของครัวเรือนไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวกับการออมเพื่อการชราภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้นไปอีก ผลการ ศึกษาพบว่า ครัวเรือนออมเพื่อใช้ในยามฉุกเฉิน (ร้อยละ 36) ใช้จ่ายยามชราภาพ (ร้อยละ 25) และเพื่อบริหารรายรับรายจ่าย (ร้อยละ 19) แต่กระนั้นก็ตามเมื่อพิจารณาปัญหาในระยะยาวพบว่า มีกว่าร้อยละ 32 ที่มีการออมต่ำกว่าระดับที่เหมาะสม อีกทั้งในกลุ่มประชากรวัย 50-60 ปีมีประชากรที่ออมไม่พอมากที่สุด คือประมาณร้อยละ 37.8 นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังได้คาดประมาณว่า ในครัวเรือนผู้สูงอายุนั้น กว่าร้อยละ 50 จะใช้สินทรัพย์หมดภายใน 5 ปี อีกทั้งยังพบว่า ความรู้ทางการเงินของประชาชนนั้นยังมีไม่มากนัก จึงทำไม่สามารถออมเงินในรูปแบบที่เหมาะสมได้[(5)]

สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) ในเรื่องการส่งเสริมการออมของกลุ่มผู้มีงานทำ ส่วนหนึ่งของการศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลประชากรกลุ่มผู้มีงานทำที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปจาก 15 จังหวัดทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น 2,028 คน จากการสำรวจนี้ เมื่อให้ผู้มีงานทำประเมินตนเองเกี่ยวกับการออมพบว่า มีผู้มีงานทำไม่น้อยที่ขาดการเตรียมการทางการเงินที่ดี โดยที่ร้อยละ 60.7 สามารถออมเงินได้ ร้อยละ 39.3 เป็นผู้มีปัญหาด้านการออม (โดยที่ร้อยละ 26.4 เป็นพวกใช้จ่ายหมดพอดีไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 9.0 ต้องกู้หนี้ยืมสิน) ขณะที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งว่า ร้อยละ 3.0 เป็นกลุ่มที่ออมได้แต่ไม่ยอมเก็บออม สาเหตุหลักของคนกลุ่มหลังนี้คือ ต้องการซื้อสินค้าหรือบริการใหม่ๆอยู่เสมอ และมีทั้งในกลุ่มที่รายได้สูงและรายได้ต่ำ ส่วนกลุ่มที่ใช้จ่ายหมดพอดีหรือกลุ่มที่ต้องกู้หนี้ยืมสินนั้น สาเหตุหลักมาจากภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่สูงแต่รายได้ที่ได้รับนั้นต่ำ ในด้านวัตถุประสงค์ในการออม พบว่า วัตถุประสงค์สำคัญในการออมของผู้มีงานทำที่ออมได้คือ เพื่อใช้ในยามฉุกเฉิน เพื่อค่าใช้จ่ายของบุตรหลาน และเพื่อใช้จ่ายยามชราภาพ [(18)] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกอบศักดิ์ ภูตระกูล (2551) นอกจากนั้นแล้วยังพบหลักฐานที่น่ากังวลอีกประการหนึ่งคือ ผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดหลักประกันด้านรายได้อย่างเป็นทางการจากรัฐบาล มีแนวโน้มที่จะทำการออมแบบผูกพันระยะยาวไม่มากนัก ในขณะที่ผู้ที่เป็นแรงงานในระบบกลับมีแนวโน้มที่จะออมแบบผูกพันระยะยาวมากกว่า อีกนัยหนึ่งคือ ผู้ที่มีหลักประกันอยู่แล้วยิ่งพยายามหาหลักประกันให้มีมากขึ้น แต่ผู้ที่ขาดหลักประกันกลับไม่ได้เตรียมความพร้อม สาเหตุหนึ่งคงมาจากความไม่แน่นอนของกระแสรายได้ของคนกลุ่มหลัง อีกทั้งในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษานั้น กว่าร้อยละ 70 ขาดความรู้ทางด้านการเงิน

เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2550) ซึ่งได้ศึกษาลงลึกเฉพาะกลุ่มสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมีความเห็นว่าการเกษียณอายุเป็นเรื่องไกลตัว วัตถุประสงค์ของการออมที่สำคัญได้แก่ ออมเพื่อการศึกษาของบุตรหลาน จุดประสงค์รองลงมาคือ ออมเพื่อยามชราภาพ ขณะที่รูปแบบการออมมีแนวโน้มเป็นประเภทที่ความเสี่ยงต่ำ อีกทั้งความเข้าใจด้านการลงทุนหรือการเงินนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำและไม่ถูกต้อง [(37)]

ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาของกอบศักดิ์ ภูตระกูล (2551) หรือการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) พบว่า รูปแบบในการเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อการชราภาพของประชาชนนั้นอาจจะยังไม่เหมาะสมนัก กล่าวคือ ส่วนใหญ่จะถือ

ครองทรัพย์สินในรูปแบบของเงินฝาก ซึ่งก็ตรงกับวัตถุประสงค์หลักในการออมของผู้ออมคือเพื่อใช้จ่ายในยามฉุกเฉิน แต่การออมในรูปแบบดังกล่าวให้ผลตอบแทนทางการเงินต่ำ[5,18] ดังนั้นนัยสำคัญจากการศึกษาทั้งสามชิ้นข้างต้นคงจะสอดคล้องกับสิ่งที่ กอบศักดิ์ ภูตระกูล และคณะ (2548) ได้เสนอปิดท้ายบทความเป็นข้อเสนอแนะไว้ว่า ประชาชนควรจะลดพฤติกรรมในการบริโภคโดยเฉพาะสินค้าประเภทคงทนถาวร ซึ่งต้องกู้หนี้ยืมสินมาซื้อหา อีกทั้งยังควรเปลี่ยนทัศนคติต่อการออม ไม่ควรคิดว่า “บริโภคก่อน ออมทีหลัง” นอกจากเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมแล้ว ความรู้ทางด้านการเงินก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเตรียมการเพื่อการใช้ชีวิตยามชราภาพ[36]

**8. สรุปและข้อเสนอเพื่องานวิจัยในอนาคต**

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ รายได้ การทำงานกับรายได้จากการทำงาน การสร้างหลักประกันด้านรายได้อย่างเป็นทางการ การบริโภคของประชากรวัยสูงอายุ บทบาทของชุมชนกับภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และการเตรียมพร้อมทาง การเงินเพื่อยามชราภาพ ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา กล่าวได้ว่าในวงวิชาการมีความตื่นตัวในเรื่องนี้เป็นอย่างมาก นับจำนวนวรรณกรรมหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องเท่าที่รวบรวมได้มีมากถึง 35 ชิ้น การศึกษาทั้งหมดทำให้เห็นภาพที่เป็นเอกภาพประเด็นหนึ่งคือ การพึ่งตนเองเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ และการเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยทำงานเป็นเงื่อนไขจำเป็นในการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจยามชราภาพ แต่ทว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรและครอบครัวทำให้การพึ่งพาการเกื้อหนุนจากบุตรหลานฝ่ายเดียวเริ่มมีความยากลำบากขึ้น บทบาทของรัฐบาลในการสร้างเสริมภาวะทางเศรษฐกิจ ไม่แต่เฉพาะการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุหรือการส่งเสริมการออมเท่านั้นที่ถูกคาดหวังจากสังคมส่วนรวม แต่การสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพในรูปแบบของระบบบำนาญนั้นก็ถูกคาดหวังอย่างมากด้วยเช่นกัน รัฐบาลสามารถทำหน้าที่ผู้ประกันความไม่แน่นอนส่วนนี้ในระยะยาวได้ดีกว่าภาคส่วนอื่นของสังคม แต่อย่างไรก็ตามชุมชนเองก็ควรจะมีส่วนร่วมสร้างความมั่นคงในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน แต่จุดเน้นควรจะเป็นเรื่องของสิทธิประโยชน์ในระยะสั้น หรืออีกนัยหนึ่งคือ กลไกชุมชนจะเป็นกลไกเพื่อช่วยลดรายจ่ายให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวได้ดีกว่าการสร้างหลักประกันด้านรายได้ในระยะยาวอย่างเช่นบำนาญ

การศึกษาในช่วงที่ผ่านมานั้นจะให้น้ำหนักไปกับเรื่องการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ สาเหตุเนื่องมาจากประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องที่เร่งด่วนและควรเร่งจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติ อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่ามีประเด็นที่เกี่ยวกับภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่ควรจะต้องศึกษาลงลึกไปอีก ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้:

**1.รายได้ของประชากรวัยสูงอายุ** ควรศึกษาถึงแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุโดยละเอียด และควรวิเคราะห์ถึงความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำระหว่างระดับรายได้และแหล่งที่มาของรายได้ รวมถึงองค์ประกอบของความเหลื่อมล้ำให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

**2.การทำงานกับรายได้จากการทำงาน** ควรมีข้อมูลผู้สูงอายุในฐานะผู้ใช้แรงงานในเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ต่อถึงการ match หรือ mismatch กับอุปสงค์แรงงานผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น สมรรถภาพในการทำงาน ระดับความรู้ ทักษะทั่วไป ทักษะพิเศษ เป็นต้น นอกจากนั้นควรมีการศึกษาอย่างเป็นระบบเรื่องของความต้องการจ้างงานผู้สูงอายุ

**3. การสร้างหลักประกันด้านรายได้อย่างเป็นทางการ** การศึกษาในด้านนี้รุดหน้าไปมาก ปัจจุบันการศึกษาได้ก้าวหน้าไปถึงการจัดทำข้อเสนอเพื่อจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ดีนั่นมิได้หมายความว่าไม่จำเป็นต้องศึกษาอีกแล้ว การศึกษาในลักษณะติดตามประเมินผลระบบบำเหน็จบำนาญประเภทต่างๆที่มีอยู่และที่กำลังจะเกิดขึ้นมีความจำเป็นในแง่ที่จะทำให้มีองค์ความรู้เพื่อประกอบการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูประบบต่อไปในอนาคต

**4. การบริโภคของประชากรวัยสูงอายุ** เป็นประเด็นที่เราสามารถศึกษาลงลึกได้ในทันที เนื่องจากฐานข้อมูลที่มีพร้อม ดังที่กล่าวแล้วว่า การศึกษาในด้านนี้ที่สำคัญคือ การศึกษาลักษณะเฉพาะของการบริโภคของครัวเรือนผู้สูงอายุ เพื่อพิจารณาคุณภาพชีวิต ความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวของธุรกิจหรืออุตสาหกรรมในสังคมผู้สูงอายุ นอกจากนั้น การบริโภคสินค้าหรือบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ น่าจะจับตามองเป็นพิเศษโดยการศึกษาเฉพาะ เช่น การบริโภคด้านสุขภาพ บริการดูแลระยะยาว บริการด้านท่องเที่ยว บริการประเภทสันทนาการเป็นต้น

**5. บทบาทของชุมชนกับภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ** การศึกษาที่สำคัญคือบทบาทของชุมชนในการช่วยผู้สูงอายุหรือครอบครัวในการลดรายจ่ายด้านการดูแล หรืออีกนัยหนึ่งก็คือบทบาทของชุมชนกับการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุนั่นเอง

# ภาคผนวก

**ตารางที่ 1** ***เปรียบเทียบข้อเสนอหลักประกันด้านรายได้***

| ข้อเสนอของ | **กลุ่มนโยบายการออม** | **ILO** | **รศ.ดร.พีรสิทธิ์และคณะ** | **ศ.ดร.ดิเรก** | **ผศ.ดร.วรเวศม์** | **ดร.วรวรรณ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ขนาดการครอบคลุม | ระดับชุมชน | ระดับประเทศ | ระดับประเทศ | ระดับประเทศ | ระดับประเทศ | ระดับประเทศ |
| แหล่งที่มาของเงินบำนาญ | บำนาญมาจากการออมของตนเท่านั้น | บำนาญไม่ได้มาจากการออมของตนเท่านั้น | | | | |
| | | บำนาญไม่ได้มาจากการออมเลย | บำนาญมาจากการออมและการสมทบหรืออุดหนุนจากรัฐ | | | |
| ชื่อเรียก | กองทุนชราภาพ | Universal Scheme | กองทุนบำนาญแห่งชาติ | แผนความคุ้มครองทางสังคมเพื่อครอบคลุมผู้สูงอายุ | ระบบบำนาญแห่งชาติ | หลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุ |
| กลุ่มเป้าหมาย | แรงงานนอกระบบที่ไม่มีระบบบำเหน็จบำนาญรองรับ | ประชาชนทุกคน | ประชาชนทุกคน | แรงงานนอกระบบที่ไม่มีระบบบำเหน็จบำนาญรองรับ | แรงงานนอกระบบที่ไม่มีระบบบำเหน็จบำนาญรองรับ | ประชาชนทุกคน |
| ผู้รับบำนาญ | สมาชิกที่เป็นแรงงานนอกระบบอายุเกษียณ 60-65 ปี | ประชาชนทุกคนที่มีอายุเกิน 6 ปี | ประชาชนทุกคนที่มีอายุ 60 ปี | แรงงานนอกระบบอายุเกิน 60 ปี | แรงงานนอกระบบอายุเกิน 60 ปี | - ปี 2551 ประชาชนทุกคนที่มีอายุเกิน 60 ปี<br>- ตั้งแต่ปี 2555 ประชาชนทุกคนที่มีอายุเกิน 65 ปี |

**ตารางที่ 2** ***เปรียบเทียบข้อเสนอหลักประกันด้านรายได้ (ต่อ)***

| ข้อเสนอของ | **กลุ่มนโยบายการออม** | **ILO** | **รศ.ดร.พีรสิทธิ์และคณะ** | **ศ.ดร.ดิเรก** | **ผศ.ดร.วรเวศม์** | **ดร.วรวรรณ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| แหล่งที่มาของบำนาญ | สมาชิกที่อายุ 20 ถึง 65 ปี<br>(มีข้อเสนอแนะให้รัฐช่วยสมทบแต่ก็ไม่ได้มีความชัดเจนนัก) | ภาษีจากรัฐโดยการขึ้น VAT เช่น 1.7 % | - ประชาชนทุกคนที่อายุตั้งแต่ 15-59 ปี<br><br>- รัฐสมทบให้ทุกเดือนเท่ากับจำนวนที่ประชาชนแต่ละคนออม | แรงงานนอกระบบออมตั้งแต่อายุ 15 ถึง 59 ปี (ออม 45 ปี) หรืออย่างช้าตั้งแต่อายุ 25 หรือ 30 ปี แต่ต้องออมเป็นระยะเวลา 30 ปี<br><br>- รัฐสมทบให้ทุกเดือนที่มีการออมจำนวน 120 บาทต่อคนต่อเดือน | แรงงานนอกระบบออมตั้งแต่อายุ 25 ถึง 59 ปี ยกเว้นให้ผู้ที่เข้าโครงการ เมื่ออายุ 51-54 ปี ในปี พ.ศ. 2551 จะได้รับบำนาญเมื่อออมครบ 10 ปี และรัฐช่วยอุดหนุนกองทุน | ในปี พ.ศ. 2551 ประชาชนทุกคนที่อายุตั้งแต่ 20-59 ปี<br>ในปีพ.ศ. 2555 ประชาชนทุกคนที่อายุ ตั้งแต่ 20-64 ปี<br><br>- รัฐสมทบเริ่มต้นปี 2551 ให้ 1,000 ล้านบาท และสมทบทุกปี 1/3 ของการจ่ายบำนาญ |
| อัตราสมทบจากสมาชิก | 50 บาทต่อคนต่อเดือน และออมสูงสุดได้ไม่เกิน 500 (หรือ 1,000) บาท ต่อคนต่อเดือน | ประชาชนไม่ต้องสมทบ | 3% ของรายได้ | 3% ของรายได้ | จ่ายคนละ 300 บาทต่อคนต่อเดือน ทุกๆ 5 ปี หลังจากนั้นปรับอัตราการจ่ายเพิ่มขึ้นอีก 50 บาทต่อคนต่อเดือน | <u>แบบที่ 1</u> ออมเดือนละ 90 บาท ปรับเงินออมตามอัตราเงินเฟ้อทุก 5 ปี<br><u>แบบที่ 2</u> ออมเดือนละ 150 บาท ปรับเงินออมตามอัตราเงินเฟ้อทุก 5 ปี |

**ตารางที่ 2** ***เปรียบเทียบข้อเสนอหลักประกันด้านรายได้ (ต่อ)***

| ข้อเสนอของ | **กลุ่มนโยบายการออม** | **ILO** | **รศ.ดร.พีรสิทธิ์และคณะ** | **ศ.ดร.ดิเรก** | **ผศ.ดร.วรเวศม์** | **ดร.วรวรรณ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราบำนาญ | รับจากเงินออมสะสมของตนบวกผลตอบแทนกองทุน | 1,000 บาท ต่อคนต่อเดือน (ปรับตามเงินเฟ้อ)<br><br>แนวคิด : คิดจาก 25% ของเงินค่าจ้างรายเดือนโดยเฉลี่ย | 1,000 บาท ต่อคนต่อเดือน<br><br>แนวคิด : คิดจากการสำรวจพบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปีหรือเดือนของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 6,000 บาท ในพ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นมูลค่า 10,000 บาทในอีก 20 ปีข้างหน้า | 1,300 บาท ต่อคนต่อเดือน<br><br>แนวคิด : คิดจาก 23% ของรายได้ของชายอายุ 60 ปี โดยเฉลี่ยนั้นไม่เข้าใจ | - รุ่น 25 ปี 1,500 บาทต่อปีหรือเดือน?/รุ่น 30 ปี 1,400 บาท/รุ่น 35 ปี 1,300 บาท/<br>- รุ่น 40 ปี 1,200 บาท/รุ่น 45 ปี 1,100 บาท/รุ่น 50 ปี 1,000 บาท ปรับมูลค่าอัตราเงินเฟ้อทุกปีจนกระทั่งเริ่มรับบำนาญ และให้รับคงที่ตลอดชีวิตเท่ากับบำนาญปีแรกที่แต่ละรุ่นเริ่มรับบำนาญ<br>แนวคิด : คำนวณได้ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นพื้นฐานโดยรวมของครัวเรือนเดี่ยวแบบเฉลี่ยทุกคนนี้คือ 1,385 บาท ต่อคนต่อเดือน | <u>แบบที่ 1</u> รับ 600 บาทต่อคนต่อเดือน (ปรับอัตราเงินเฟ้อทุกปี)<br>แนวคิด : ค่าอาหารเพื่อยังชีพที่คำนวณจากความต้องการสารอาหารขั้นต่ำ<br><u>แบบที่ 2</u> รับ 900 บาทต่อคนต่อเดือน (ปรับอัตราเงินเฟ้อทุกปี)<br>แนวคิด : ค่าใช้จ่ายพื้นฐานรวมทั้งอาหารและสิ่งอื่นที่จำเป็นในการดำรงชีวิตตามการคำนวณเส้นความยากจนโดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 1,200 บาทต่อคนต่อเดือน |

**ตารางที่ 2** ***เปรียบเทียบข้อเสนอหลักประกันด้านรายได้ (ต่อ)***

| ข้อเสนอของ | **กลุ่มนโยบายการออม** | **ILO** | **รศ.ดร.พีรสิทธิ์ และคณะ** | **ศ.ดร.ดิเรก** | **ผศ.ดร.วรเวศม์** | **ดร.วรวรรณ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| เงื่อนไขการรับบำนาญ | รับหลังเกษียนและต้องส่งเงินไม่ต่ำกว่า 10 ปี ขอหยุดส่งได้ เสียชีวิตระหว่างออม ระหว่างเกษียณให้ทายาทรับไปทุพพลภาพขอรับเงินไปได้เลย | ทุกคนที่มีอายุเกิน 65 ปี รับไปทันทีที่แผนเริ่มใช้ | ทุกคนที่มีอายุเกิน 65 ปีและต้องเป็นสมาชิกอย่างน้อย 1 ปี (คือการจัดตั้งกองทุน ปี 2549 และเริ่มจ่ายเงินปี 2550) | ออม 45 ปี (หรือแบบ 30 ปี) | ออมต่อเนื่อง 10 ปี | ทุกคนที่มีอายุเกิน 60 ปี จ่ายทันทีที่แผนเริ่มใช้ |
| วิธีการจัดเก็บเงินออม | สมาชิกส่งเงินให้ชุมชน | | ผ่านธนาคาร หรือสถาบันการเงินเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน | | สมาชิกจ่ายเงินโดยช่องทางต่างๆที่อย่างสะดวก เช่น การจ่ายผ่านโทรศัพท์มือถือ ร้านค้าสะดวกซื้อ ไปรษณีย์ | - ลูกจ้างถูกหักเงินออมเหมือนภาษีและให้กรมสรรพากรนำส่งกองทุน และออมแทนบุตรภรรยาที่ไม่มีรายได้<br>- คนไม่เป็นลูกจ้างออมผ่าน อบต. เทศบาล เขต |
| ผู้บริหารกองทุน | ระดับตำบลโดยตั้งคณะกรรมการจากหมู่บ้านและตำบล | | ประมูลโดยธนาคาร หรือสถาบันการเงินอยู่ในการกำกับของธนาคารแห่งประเทศไทย หรือกระทรวงการคลัง | | | กองทุนบำนาญระดับชาติ นิติบุคคล มีคณะกรรมการบริหารมืออาชีพ |

**ตารางที่ 2** ***เปรียบเทียบข้อเสนอหลักประกันด้านรายได้ (ต่อ)***

| ข้อเสนอของ | **กลุ่มนโยบายการออม** | **ILO** | **รศ.ดร.พีรสิทธิ์ และคณะ** | **ศ.ดร.ดิเรก** | **ผศ.ดร.วรเวศม์** | **ดร.วรวรรณ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| แรงจูงใจ | การช่วยเหลือในรูปสวัสดิการอื่น ๆ ต่อสมาชิก | | | | ให้สิทธิบำนาญทุพพลภาพบำนาญตกทอด<br>ให้รางวัลผู้ที่มีวินัย | |
| ข้อดี<br>ข้อด้อย | <u>ข้อดี</u> - ชุมชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ กำหนดระเบียบและเงื่อนไขของกองทุนเอง<br><u>ข้อด้อย</u> - ไม่สามารถครอบคลุมทุกคนถ้วนหน้า เพราะบางชุมชนที่ไม่เข้มแข็งอาจไม่สามารถรวมตัวกันได้ แม้ในชุมชนที่รวมกันได้แต่ก็ไม่ได้มีทุกคนที่เข้าร่วม เนื่องจากให้มีการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ | <u>ข้อดี</u> - ไม่ต้องจ่ายค่าจัดเก็บเงินออมซึ่งอาจมีค่าบริหารจัดการสูงมาก<br><u>ข้อด้อย</u> - รัฐมีปัญหาในอนาคต เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ประชากรวัยทำงานต้องรับภาระหนัก วิธีนี้จะไม่ประสบผลสำเร็จในระยะยาว | <u>ข้อดี</u> - บำนาญที่จ่ายมากพอให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างสบาย นอกจากใช้เพื่อการยังชีพแล้ว ยังให้ครอบคลุมเพื่อสันทนาการ เสี่ยงโชคบริจาคด้วย<br><u>ข้อด้อย</u> - การจัดเก็บการออมภาคบังคับตามฐานรายได้ของประชาชนโยเฉพาะแรงงานนอกระบบนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะยากจะรู้รายได้ของคนกลุ่มนี้ | <u>ข้อดี</u> - ช่วยให้รัฐประหยัดงบประมาณในการให้ความช่วยเหลือบ้าง รัฐจ่ายน้อยกว่าต้องจ่ายให้ทุกคนแบบไม่สมทบ<br><u>ข้อด้อย</u> - การจัดเก็บการออมภาคบังคับตามฐานรายได้ของประชาชนโดยเฉพาะแรงงานนอกระบบนั้น เป็นสิ่งที่เป็น | <u>ข้อดี</u> - คนทุกรุ่นอายุสามารถได้ประโยชน์จากการเข้าร่วม<br>- หากเป็นเพียงการอุดหนุนกองทุนบ้าง<br>รัฐก็ไม่ต้องรับภาระมาก แต่ถ้ารัฐต้องเข้าไปอุ้มกองทุนในระยะยาว รัฐก็จะไม่มีเงินพอ | <u>ข้อดี</u> – ให้ทุกคนได้รับบำนาญถ้วนหน้า<br>- ระยะเวลาการออมที่ยาว ทำให้ใช้กองทุนมั่นคงนานขึ้น |

**ตารางที่ 2** ***เปรียบเทียบข้อเสนอหลักประกันด้านรายได้ (ต่อ)***

| ข้อเสนอของ | **กลุ่มนโยบายการออม** | **ILO** | **รศ.ดร.พีรสิทธิ์ และคณะ** | **ศ.ดร.ดิเรก** | **ผศ.ดร.วรเวศม์** | **ดร.วรวรรณ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ข้อดีข้อด้อย (ต่อ) | - การเป็นกองทุนขนาดเล็ก มีสมาชิกน้อย มีความเสี่ยงสูง จากการที่ไม่สามารถเกลี่ยเงินออมจากคนหนุ่มสาวมาเป็นบำนาญให้ผู้สูงอายุ<br>- กองทุนขนาดเล็กอาจไม่สามารถได้ประโยชน์ในการบริหารจัดการด้วยต้นทุนต่ำเหมือนกรณีกองทุนขนาดใหญ่<br>- บำนาญเกิดจากเงินออมของตนเอง คนรวยออมได้มากก็จะมีบำนาญมาก ถ้าคนจนออมได้น้อยพอเกษียณก็ไม่มีเงินพอใช้อยู่ดี คือคนจนก็ไม่ดีขึ้นมาก | - เงินที่นำมาใช้ ถ้ามาจากการขึ้นภาษีทางอ้อม สุดท้ายคนจนเดือดร้อนมากขึ้น<br>-นำไปสูความไม่มีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจ และเศรษฐกิจอาจเข้าสู่ภาวะถดถอย เพราะบำนาญคือเงินโอนระหว่างประชากรต่างรุ่นจึงไม่ทำให้มีการออมและสะสมทุนเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ<br>- หลักเกณฑ์การกำหนดเงินบำนาญไม่มีเหตุผลสนับสนุนชัดเจน | - การให้จัดเก็บทุกคนตามสัดส่วนของรายได้ ซึ่งไม่มีเพดานจำกัดเงินออมและจ่ายบำนาญเสนอ แต่ก็เสนอให้มีการจ่ายเงินบำนาญเท่ากันทุกคน รัฐแบกภาระคนจนไม่ไหว กองทุนคงไม่มีเงินจ่ายและคนรวยก็จะไม่ยอมจ่ายเงินมากกว่าแต่ได้เงินเท่ากับคนจนอย่างแน่นอน และถึงแม้ยอมให้ออมมากได้มาก รัฐก็ไม่สามารถสมทบเงินที่เป็นสัดส่วนของมหาเศรษฐีได้ และกองทุนไม่สามารถจ่ายเงินบำนาญ<br>- ให้รัฐสมทบให้เท่ากับจำนวนคนที่ออมและให้จ่ายเงินบำนาญสูง รัฐต้องรับภาระหนัก ในระยะยาวที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยน | ไปได้ยาก เพราะยากที่จะรู้รายได้ที่แท้จริงของคนกลุ่มนี้<br>- รัฐต้องรับภาระมากในการสมทบ ในระยะยาวที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยน คนหนุ่มสาวแบกภาระหนักมาก<br>- ข้อมูลด้านรายได้ที่นำมาใช้ในการคำนวณต่างๆ เป็นรายได้ที่รวมทั้งค่าแรง ทรัพย์สินต่างๆ และการโอนค่ารายได้ ทั้งของคนวัยทำงาน และผู้สูงอายุที่คำนวณออกมาจึงอาจสูงไป | - <u>ข้อด้อย</u> - การจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติเฉพาะกลุ่มแรงงานแรงงานนอกระบบที่ยังไม่มีสวัสดิการอื่นใดรองรับนี้ อาจทำให้มีความยุ่งยากในการจัดการตรวจสอบเงื่อนไขของผู้ที่จะเข้าร่วม<br>- การจัดเก็บเงินออมเริ่มต้นที่เท่ากันของคนแต่ละรุ่นอาจทำให้คนรุ่นอายุน้อยๆรู้สึกถึงภาระในการจ่ายมากกว่าที่จะผลประโยชน์ในอนาคตที่ยาวไกล | <u>ข้อด้อย</u> - รัฐต้องรับภาระมากในการสมทบถึง 1 ใน 3 ในระยะยาวที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป คนหนุ่มสาวแบกภาระหนักมาก รัฐอาจจะไม่มีเงินพอ<br>- จ่ายเงินเมื่ออายุ 20 ปี นั้นเหมือนเป็นเวลาที่เร็วเกินไป และการบังคับให้ทุกคนต้องออมถึงอายุ 65 ปี นั้น จะเป็นภาระที่หนักของประชาชนเช่นกัน |

**ตารางที่ 2** ***เปรียบเทียบข้อเสนอหลักประกันด้านรายได้ (ต่อ)***

| ข้อเสนอของ | กลุ่มนโยบายการออม | ILO | รศ.ดร.พีรสิทธิ์ และคณะ | ศ.ดร.ดิเรก | ผศ.ดร.วรเวศม์ | ดร.วรวรรณ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ข้อดี<br>ข้อด้อย<br>(ต่อ) | | | คนหนุ่มสาวแบบภาระหนักมาก<br>- กระทบเศรษฐกิจมหภาค<br>- ข้อมูลที่นำมาใช้ประมาณการรายได้รายจ่าย ศักยภาพการออมของประชาชนกว่า 60 ล้านคนทั่วประเทศ ตลอดจนการประเมินความมั่นคงของกองทุน โดยอิงบนการสำรวจคนไม่ถึง 3,000 คน จาก 6 จังหวัด จึงมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูล | | | - การจัดเก็บเงินออมในจำนวนที่เท่ากันของประชากรทุกวัยตามแบบของ ผศ.ดร.วรเวศม์ นี้จะทำให้ประชากรที่อายุน้อยไม่เกิดความเต็มใจในการส่งจ่ายเงินออม<br>- จำนวนเงินบำนาญเพียง 600 บาทอาจไม่เพียงพอให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี |

**แหล่งที่มา** : ตารางเปรียบเทียบหลักประกันด้านรายได้ ในนงนุช สุนทรชวกานต์ (2551), รายงานการสังเคราะห์รูปแบบการออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ, ใน การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี 2551 ประเด็นการเพิ่มรายได้ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญผู้สูงอายุไทย, หน้า 85-109, คณะกรรมการจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุปี 2551 สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

# บรรณานุกรม


1. สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม, 2551. รายงานการประเมินความยากจน ปี 2550 ,สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ
2. สำนักงานสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชามติ 1, 2551. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2549. “หลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุกับความยากจนในประเทศไทย”,สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550. “การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543 – 2573”.
5. กอบศักดิ์ ภูตระกูล, 2551. การออมกับอนาคตของครัวเรือนไทย: ปัญหาที่มีทางออก, เอกสารประกอบในสัมมนาเชิงปฏิบัติการรายเดือน, 1 กุมภาพันธ์ 2551, (เอกสารดาวน์โหลดได้จากโฮมเพจ http://www.bot.or.th/Thai/EconomicConditions/Semina/MonthlyWorkshop/Pages/WorkShop_2551.aspx)
6. มัทนา พนานิรามัย, 2550. การเปลี่ยนแปลงในวิธีการปิดงบดุลรายได้ในประเทศไทย, รายงานการวิจัยเพื่อนำเสนอในสัมมนาประจำปี พ.ศ. 2550 ของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทสไทย เรื่อง จะแก้ไขปัญหาความยากจนอย่างไร แข่งขัน สวัสดิการ หรือแจกจ่าย
7. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2550. สถานการณ์แรงงานสูงอายุของประเทศไทย. กระทรวงแรงงาน.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551. “รายงานฉบับสุดท้ายการศึกษาวิจัยแนวทางและมาตรการส่งเสริมการมีงานทำในผู้สูงอายุ”, โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ไปสู่การปฏิบัติ, ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551. “รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาตลาดแรงงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ, ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2551. “ระบบบำนาญแห่งชาติ”, ศูนย์บริการเอกสารวิชาการ โครงการตำราวิจัยลำดับที่ 8 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. มัทนา พนานิรามัย, 2546. การสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. ในระบบประกันสังคมและคุณภาพชีวิตของไทย: ภาพสะท้อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
12. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2550. “การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

สำหรับผู้งอายุในประเทศไทย, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

13. วรเวศม์ สุวรรณระดา และอาภาพรรณ คำวชิรพิทักษ์, 2552. ปัญหาเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ, พิมพ์ครั้งที่ 1, สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2550. คนไทยพร้อมจะจ่ายค่ารัฐสวัสดิการหรือ ?, รายงานการวิจัยเพื่อนำเสนอในสัมมนาประจำปี พ.ศ. 2550 ของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย เรื่อง จะแก้ไขปัญหาความยากจนอย่างไร แข่งขัน สวัสดิการ หรือแจกจ่าย
15. เว็บไซท์กองทุนสำรองเลี้ยงชีพไทย (http://www.thaipvd.com)
16. วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ, 2551. “รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)”, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยการ, 2550, รายงานการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550.
18. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551. “รายงานฉบับสุดท้าย การศึกษาแนวทางการส่งเสริมการออมของกลุ่มผู้มีงานทำ”, โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ไปสู่การปฏิบัติ, ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
19. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551. “การเพิ่มรายได้ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญผู้สูงอายุไทย”.
20. นงนุช สุนทรชวกานต์, 2551. “รายงานการสังเคราะห์รูปแบบการออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ” เอกสารประกอบเรื่องการเพิ่มรายได้ การส่งเสริมการออมและระบบบำนาญผู้สูงอายุไทย สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
21. กลุ่มนโยบายการออม สำนักงานนโยบายการออมและการลงทุน, 2548. รายงานการศึกษาโครงการนำร่อง การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการและชราภาพของชุมชนโดยกลไกชุมชน. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลังร่วมกับสถาบันการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาชองชุมชน (สรพช.) โดยการสนับสนุนของโครงการร่วมมือเพื่อพัฒนาความคุ้มครองทางสังคม, ธันวาคม.
22. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2550. *ข้อเสนอภาพรวมนโยบายการคลังเพื่อสังคมและสุขภาวะและมาตรการเพื่อผู้สูงอาย*, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร.

23. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. วิเคราะห์นโยบายขยายความคุ้มครองทางสังคมในประเทศไทยที่กำลังเคลื่อนสู่สังคมผู้สูงอายุ, บทความยังไม่ได้ตีพิมพ์.
24. พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคณะ, 2549. กองทุนเพื่ออนาคต: ขนาดและการบริหารจัดการ ระยะที่ 2, ขุดโครงการระบบปกป้องทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, กรุงเทพฯ.
25. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์และคณะ, 2551. “หลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทย”. รายงานฉบับสมบูรณ์สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
26. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2550 (ก). “การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติในประเทศไทย”, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
27. สมชัย ฤชุพันธ์ และสุรัสวดี หุ่นพยนต์, 2548ก, โครงการศึกษาความเสี่ยงและความคุ้มครองทางสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบในประเทศไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง โดยการสนับสนุนของกระทรวงแรงงาน กองทุน ASEM และธนาคารโลก.
28. สมชัย ฤชุพันธ์ และสุรัสวดี หุ่นพยนต์, 2548ข, รายงานการศึกษาความเหมาะสมของระบบการออมเพื่อสวัสดิการและชราภาพสำหรับแรงงานนอกระบบโดยผ่านกลไกชุมชน. ภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงแรงงาน กระทรวงการคลัง และธนาคารโลก.
29. สุวัฒนา ศรีภิรมย์, 2551. แนวทางในการจัดระบบการออมเพื่อเพิ่มสวัสดิการให้กับสังคมและแรงงานนอกระบบ “ระบบการออมเพื่อสวัสดิการ และการชราภาพ” เอกสารประกอบการประชุม มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม.
30. International Labour Organization (ILO) 2004a, Techinical Note on the Extension of Social Security to the Informal Economy in Thailand, Bangkok.
31. International Labour Organization (ILO) 2004b, Thailand Social Security Priority and Needs Survey, Bangkok.
32. พรพิมล พันธ์พิมาย. 2550. การวิเคราะห์รูปแบบค่าใช้จ่ายในการบริโภคของครัวเรือน, วิทยานิพนธ์หลักสูตรเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปีการศึกษา 2550.
33. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2549. “รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการกองทุนสวัสดิการภาคประชาชน จังหวัดสงขลา-แนวทางการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชน รัฐบาลกลางและ อปท.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).
34. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2550. “กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและลำปาง ระบบสวัสดิการภาคประชาชนนโยบายการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐบาล”, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กทม.

35. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2551. “แบบจำลองสำหรับคาดการณ์ความยั่งยืนทางการคลังของระบบบำนาญที่ดำเนินการในระดับกองทุนชุมชน”, รายงานฉบับสมบูรณ์, ได้รับทุนสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สัญญาเลขที่ TGRI51010), ตุลาคม 2551.
36. กอบศักดิ์ ภูตระกูล ธรรมนูญ สดศรีชัย และเกียรติพงศ์ อริยปรัชญา, 2548. การออมในประเทศไทย: ความพอเพียงและความเสี่ยง, Discussion Paper, ธนาคารแห่งประเทศไทย, พฤศจิกายน 2548. (บทความเดียวกับ Pootrakool, Kobsak et.al (2005), Long-term Saving in Thailand – Are we saving enough and what are the risks?)
37. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550, ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อวิถีชีวิตและทิศทางการออมในอนาคต, รายงานเสนอต่อกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มีนาคม 2550.

# ครอบครัวและผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

**บทนำ**

สังคมไทยให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่ดูแล คุ้มครองและตอบสนองความต้องการของบุคคล ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สถาบันครอบครัวจึงเป็นเสมือนทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการป้องกัน แก้ไข ปัญหา และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน แต่จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวเผชิญกับปัญหานานับปการ อาทิ ความยากจน การหย่าร้าง ความรุนแรง และการทอดทิ้งสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ เด็ก และผู้สูงอายุ และเมื่อรวมกับการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกที่ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อสมาชิกในครอบครัวอ่อนแอลง ซึ่งเป็นภาวะการที่สังคมต้องให้ความสนใจและดำเนินการป้องกันและแก้ไข และส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถมีความเข้มแข็งและทำหน้าที่ในฐานะสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว เฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็ก คนพิการ และผู้สูงอายุได้

ครอบครัว และผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่เกี่ยวพันและแยกออกจากกันได้ยาก ผู้สูงอายุมีความผูกพันกับครอบครัวตั้งแต่เกิดกระทั่งตาย ซึ่งโดยทั่วไป สังคมให้ความสำคัญกับการกระทำหน้าที่ตามบทบาท (role functional approach) ซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและผู้สูงอายุ โดยคาดหมายว่าครอบครัวควรมีบทบาทในการอุปการะดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุควรได้ปฏิบัติบทบาทตามความคาดหวังของสังคม ภายใต้พื้นฐานของแนวคิดและแนวปฏิบัติตามประเพณีวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งหากแต่ละฝ่ายได้ปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมคาดหวังแล้ว คาดว่าการเกื้อกูลระหว่างกันจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น และทำให้ครอบครัวได้ทำหน้าที่หลักของตนได้อย่างสมบูรณ์

ดังนั้น การสังเคราะห์ผลการวิจัยเรื่องนี้ ได้จัดทำขึ้นภายใต้ความเชื่อดังกล่าว โดยในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (2545-2550) มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับครอบครัวและผู้สูงอายุ จำนวน 74เรื่อง แต่เมื่อนำมาพิจารณาถึงความเป็นตัวแทนและการนำมาผลอ้างอิงได้แล้ว สามารถนำมาใช้ในการสังเคราะห์ได้เพียง 35 เรื่อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็น การอยู่อาศัยในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสุขของผู้สูงอายุ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว การดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้สูงอายุในการเกื้อกูลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ ผลกระทบจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ที่มีต่อผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1. การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว**

เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อคำว่า ครอบครัวและผู้สูงอายุ จึงขอนำเสนอข้อมูล การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครัวเรือนเป็นพื้นฐานก่อน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.4 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีเพียงร้อยละ 28.6 เท่านั้นที่อาศัยในเขตเทศบาล ซึ่งหากพิจารณาตามภาค ผู้สูงอายุร้อยละ 33.6 อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 23.6 อาศัยอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 20.9 อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 12.7 ภาคใต้ และ ร้อยละ 9.2 อยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด คือ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 275,716 คน ถัดมาเป็นเชียงใหม่ 188,344 คน และขอนแก่น จำนวน 185,790 คน [(1)]

เมื่อพิจาณาถึงลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวและตามสถิตินั้น ร้อยละของผู้สูงอายุตามลักษณะของการอยู่อาศัย ที่ได้จากการสำรวจ ปี พ.ศ.2550 นั้น พบว่า สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว มีการอยู่อาศัยเฉพาะสามีและภรรยา ร้อยละ 17.0 มีพ่อแม่และลูกอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 10.1 และมีพ่อหรือแม่และลูกอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 3.0 แต่ในลักษณะที่อยู่ด้วยกันเป็นแบบครอบครัวขยายมีมากถึงร้อยละ 58.3 คือมีการอยู่อาศัยทั้งปู่/ย่า/ตา/ยาย/ลูก/หลาน นอกจากนี้ ยังพบว่า แนวโน้มการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุนั้น มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 7.5 ในปัจจุบัน และผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีและภรรยาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.6 เป็น 17.0 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลาน และต้องรับภาระในการเลี้ยงหลานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 เป็นร้อยละ 3.1 [(2)]

ซึ่งพบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 58.3 ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยวมีเพียงร้อยละ 31.0 [(2)] อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านๆ มา พบว่า ครอบครัวขยายที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 61.4 ในปี 2546 เหลือร้อยละ 58.3 ในปี 2550

ส่วนลักษณะการอยู่อาศัยนั้น มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 7.5 ในปี 2550 และการอยู่อาศัยกับหลาน ในลักษณะครอบครัวโดด มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 3.1 ในปี 2550 ดังสถิติ (ตาราง)

**ตาราง ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย พ.ศ.2546-2550**

| ลักษณะการอยู่อาศัย | 2546 | 2547 | 2548 | 2549 | 2550 |
|---|---|---|---|---|---|
| ครอบครัวเดี่ยว | 28.9 | 29.1 | 28.0 | 30.0 | 31.0 |
| ครอบครัวขยาย | 61.4 | 60.4 | 61.6 | 59.5 | 58.3 |
| อยู่คนเดียว | 6.7 | 7.4 | 7.4 | 7.3 | 7.5 |
| ปู่/ย่า ตา/ยาย และหลาน | 2.7 | 3.0 | 2.9 | 3.0 | 3.1 |
| อยู่กับคนที่ไม่ใช่ญาติ | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประเทศไทย (ไตรมาส 3) พ.ศ.2546-2550 ,
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การจำแนกคุณลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัวดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมิได้อยู่กับครอบครัวที่มีทั้งบุตร/หลานอาศัยอยู่ร่วมด้วยทั้งหมด มีจำนวนหนึ่งที่อยู่คนเดียวและอยู่เฉพาะกับคู่สมรสเท่านั้น ดังนั้น คำว่า ครอบครัวและการอยู่อาศัยในครอบครัว จึงครอบคลุมลักษณะของผู้สูงอายุตามลักษณะที่อยู่อาศัยทุกประเภทที่กล่าวมาด้วย

**2. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวโดยทั่วไปมีแบบแผนการดำเนินกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่แตกต่างกัน ซึ่งพิจารณาได้จากการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ทำกิจกรรมที่ทำให้ได้ออกกำลังกาย ได้แก่ การทำอาหาร การเดินเล่นรอบๆ บ้าน การทำความสะอาดบ้าน การปลูกต้นไม้หรือทำไร่ ทำสวน ทำนา และการซักรีดเสื้อผ้า กิจกรรมที่ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การไปทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ ฟังธรรมทำบุญที่บ้าน และที่วัด [3]

ในส่วนของการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุมีลักษณะของการบริโภคอาหารที่แตกต่างกันไม่มากนักโดยในวันหนึ่ง ๆ จะรับประทานอาหารประเภทแป้ง เนื้อสัตว์ ไข่ ผักผลไม้ นม ไขมัน ครบหมู่ อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเหมือนกันมาก ที่สุด ได้แก่ น้ำพริก โดยรับประทานกับผักต้มและปลาทูหรือปลาทอดอื่น ๆ ส่วนมากดื่มกาแฟโอวัลตินหรือไมโลดื่มทุกวัน ไม่ดื่มสุรา ออกกำลังกายด้วยวิธีเดิน เช่น เดินเล่นตอนเช้า เป็นต้น วันละ 10 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทุกวัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะนอนกลางวันวันละ ½ - 3 ชั่วโมง ระยะเวลาของการนอนนั้นแตกต่างกัน นอนหลับดีและหลังจากตื่นนอนแล้วจะรู้สึกสดชื่น [4]

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแออัดและมีฐานะยากจน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากที่กล่าวมาคือ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเก็บของเก่าในตลาดและชุมชนเมือง รายได้หลักของครอบครัวเฉลี่ย 200-500 บาทต่อสัปดาห์ ซึ่งไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวมีสมาชิกอยู่อาศัยมากกว่า 1 รุ่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดมักถูกทอดทิ้งจากบุตรหลานให้อยู่ตามลำพัง และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ภูมิหลังของครอบครัวมาจากครัวเรือนเกษตรกรรมที่อยู่ในชนบทรอบนอก สาเหตุสำคัญของการอพยพย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เนื่องจากปัญหาการล้มเหลวทางการผลิตในภาคเกษตรกรรม ปัญหาหนี้สิน ขนาดการถือครองที่ดิน และการสูญเสียที่ดินแก่นายทุน [5]

การศึกษารูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้ตัวชี้วัดจากการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติแล้ว ยังมีการศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมเป็นกรอบในการพิจารณาทำให้สามารถแบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 8 กลุ่ม ดังนี้ [6]

1. กลุ่มที่มีความจริงจังกับชีวิต กล้าเผชิญความจริงและให้ประโยชน์กับลูกหลาน ไม่ยอมหยุดนิ่ง ยึดติดกับค่านิยมดั้งเดิม ยึดมั่นในจารีตประเพณี ซึ่งกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 13 ของประชากรที่ศึกษา

2. กลุ่มที่ไม่สนใจอะไรในชีวิต ไม่ชอบการทำกิจกรรม ไม่ร่วมงานชุมชนหรือชมรมใดๆ ชอบสิ่งเดิมๆ ยอมหยุดนิ่ง ไม่ติดตามข่าวสาร มองโลกในแง่ร้าย ไม่เชื่อเรื่องดวงชะตา และไม่สนใจอนาคตเป็นกลุ่มที่มีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 1

3. กลุ่มที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสังคมภายนอกไม่สนใจเหตุบ้านการเมือง มองโลกในแง่ร้าย ไม่ติดตามข่าวสาร ยอมหยุดนิ่ง ชอบนอนหลับพักผ่อน ชีวิตโดดเดี่ยว และไม่ชอบสังคม มีน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น

4. กลุ่มที่ไม่ยึดมั่นในจารีตประเพณี ชีวิตที่หยุดนิ่ง ไร้ความสุข ยอมหยุดนิ่ง มีชีวิตที่โดดเดี่ยวอ้างว้าง ไม่สนใจข่าวสาร ไม่รักครอบครัวและลูกหลาน และไม่มีความสุข และไม่กระตือรือร้น มีร้อยละ 21.80 เป็นเพศหญิงมากที่สุด

5.กลุ่มรักสนุก สนใจเทคโนโลยี ไม่สนใจลูกหลาน ชอบพบปะผู้คน ชอบงานรื่นเริง และชอบการท่องเที่ยว กระตือรือร้น มีร้อยละ 15.8 และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

6. กลุ่มหัวโบราณล้าสมัย ไม่ชอบเทคโนโลยีสมัยใหม่ ไม่ใส่ใจสุขภาพ ชอบสิ่งเดิมๆ ยึดมั่นในจารีตประเพณี ไม่รักการอ่าน ไม่ชอบกีฬา ซึ่งพบว่ามีร้อยละ 10.8 และเป็นเพศหญิงมากที่สุด

7. กลุ่มที่มั่นใจในตนเอง ไม่เชื่อเรื่องโชคชะตา ไม่ชอบเดินทาง ไม่พิถีพิถันทันสมัย ไม่สนใจเทคโนโลยีสมัยใหม่มีร้อยละ 10.3

8. กลุ่มหัวสมัยใหม่ สนใจเทคโนโลยีสมัยใหม่ รักลูกหลานและครอบครัว ชอบสังคม เล่นกีฬา ใส่ใจดูแลสุขภาพ บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด มีร้อยละ 27.0 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ซึ่งการศึกษารูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าวนี้ สามารถนำมาอธิบายให้เห็นถึงคุณลักษณะ ความสนใจ และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

การศึกษาที่ต่างจากที่กล่าวมาเป็นการศึกษารูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุเกิน 100 ปี ซึ่งพบข้อมูลที่สำคัญ คือ [7]

มีการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้จะทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่การนอนทั้งกลางวันและกลางคืนหลับสนิท การรับประทานอาหารขึ้นอยู่กับความชอบ ช่วยงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในครอบครัว พูดคุยกับลูกหลานได้ทุกเรื่องและคุยกับเพื่อนที่มาเยี่ยม ลูกหลานดูแลสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตามความจำเป็น บางครั้งลูกหลานพาไปเที่ยวนอกบ้าน ลูกหลานหรือผู้ดูแลจะคอยช่วยเหลือตามความจำเป็น กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด เวลาส่วนใหญ่จะหมดไปกับการนอน ระบบขับถ่ายเริ่มมีปัญหา บางท่านชอบอาหารรสจัด ไม่รับประทานอาหารเสริมพิเศษ ช่วยขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไม่ค่อยพูดกับลูกหลานและผู้สูงอายุเพราะมีปัญหาด้านการได้ยิน ลูกหลานและผู้ดูแลช่วยเหลือสิ่งที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหมด และไม่สามารถออกไปนอกบ้าน

รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางกายภาพ คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล มีรูปแบบการดำรงชีวิตคล้ายคลึงกันในด้านภาวะทางสุขภาพ รายได้ ที่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว กิจกรรมทาง

สังคมที่ไม่สามารถทำได้ และความปลอดภัย แต่ลักษณะที่อาศัยแตกต่างกันคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมักอยู่ในบ้านที่ใกล้กับบ้านหลังอื่นๆ หรือเป็นอาคารพาณิชย์ ส่วนผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมักอยู่ในบ้านเดี่ยวหรือบ้านที่มีพื้นที่บริเวณกว้าง ลักษณะร่วมทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยรูปแบบการดำรงชีวิตที่เป็นปัจจัยร่วมสำคัญ คือ ผู้สูงอายุมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ในเรื่องการรักษาความสะอาด การดูแลเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมีความรู้สึกอึดอัดใจว่าตนเป็นภาระแก่ลูกหลาน แต่ยอมรับว่าลูกหลานและผู้ดูแลมีความสำคัญกับตนเอง มีความสุขเมื่อได้อยู่กับลูกหลานและไม่มีเป้าหมายว่าจะทำอะไรในชีวิต

กล่าวโดยสรุป แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางและสภาพร่างกายปกติ ส่วนใหญ่มีกิจกรรมในชีวิตในกิจวัตรประจำวันของตนเอง มีบ้างที่มีบทบาทในการช่วยสมาชิกในครอบครัวและมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนแบบแผนการดำเนินชีวิตมุ่งหวังประกอบอาชีพและหารายได้เพื่อจุนเจือครอบครัวเป็นหลัก ส่วนผู้สูงอายุที่อายุเกิน 100 ปี และมีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยบุตรหลานเป็นผู้ดูแล ข้อมูลดังกล่าวนี้ มีจุดร่วมที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับการดูแลจากครอบครัวตามสถานภาพทางร่างกายและความสามารถที่มีอยู่

**3. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ**

สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทตามสถานภาพในครอบครัวของตน ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติ (Kinship Recantation ship) ดังนั้นการแสดงบทบาทจึงอยู่ภายใต้ความคาดหวังและจารีตทางสังคม สมาชิกในครอบครัวต้องมีการแสดงบทบาทให้เป็นตามที่สังคมคาดหวังไว้ ภายใต้ความรู้ความสามารถของครอบครัวนั้นๆ กล่าวคือ บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐาน และเพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุให้เป็นไปตามเป้าหมายและความคาดหวังของครอบครัวและสังคม ดังนั้น บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งได้ 4 บทบาท คือ บทบาทในการดูแลและตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้

**1) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย** โดยทั่วไปเป็นการดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และช่วยเหลือด้านแรงงาน ซึ่งมีการแบ่งวิธีการดูแลตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเตรียมอาหาร การซื้อของใช้ส่วนตัว การจัดเตรียมยาให้รับประทาน การทำความสะอาดบ้านเรือนและเครื่องนุ่งห่ม ซึ่งเป็นการทำหน้าที่โดยปกติวิสัย สำหรับสมาชิกทุกคนโดยผู้สูงอายุถูกนับเป็นสมาชิกหนึ่งของครอบครัว ดังนั้น การดูแลต่างๆ จึงเป็นเรื่องที่ทุกคนดำเนินการในชีวิตประจำวัน แต่รูปแบบการดูแล มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง

การดูแลสำคัญที่เป็นหัวใจที่แต่ละครอบครัวปฏิบัติ คือ การดูแลเรื่องอาหาร โดยบางครอบครัวมีการจัดหาอาหารและดูแลเรื่องอาหารให้ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ บางครอบครัวยกให้เป็นหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ประกอบอาหารสำหรับสมาชิกในครอบครัว โดยอาหารที่รับประทานเป็นอาหารปกติโดยทั่วไป ส่วนอาหารพิเศษซึ่งย่อยง่ายและเหมาะสำหรับผู้สูงอายุนั้น นิยมทำเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องการดูแลเป็นพิเศษ [9] สิ่งที่ครอบครัวได้ปฏิบัติในระดับมาก คือ การป้องกันการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และการส่งเสริมด้านสุขภาพ ได้แก่ การไม่จัดหาสิ่งที่เป็นโทษต่อร่างกายให้ผู้สูงอายุ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลัง [10] ผงชูรส และอาหารสีฉูดฉาด [11] ซึ่งนับว่าครอบครัวได้ให้ความสนใจและใส่ใจต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

***การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา หลงลืม*** หมายถึง ผู้ที่มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ปัญหาการหลงลืม หรือ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พบว่า นอกจากครอบครัวมีบทบาทในการดูแลกิจวัตรประจำวันแล้ว บางครอบครัวยังมีบทบาทในเรื่องเกี่ยวกับการช่วยค้นหาสิ่งของที่ผู้สูงอายุมักนำไปซ่อนไว้แล้วลืม การจัดการกับความปั่นป่วน หรือการไม่หลับไม่นอนของผู้สูงอายุ การดูแลเมื่อผู้สูงอายุตะโกนเสียงดัง การทำความสะอาด เมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะ หรือขับถ่ายเลอะเทอะโดยไม่ตั้งใจ และการช่วยดูแลผู้สูงอายุรับประทานอาหารทางสายยาง บางครอบครัวมีบทบาทการดูแลยังรวมถึงผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้อีกด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่นอนอยู่กับที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย กับผู้สูงอายุที่สามารถเคลื่อนไหวและติดต่อกับผู้อื่น แต่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ตลอดเวลา เป็นกลุ่มโรคสมองเสื่อม ซึ่งพบในเกือบทุกชุมชน ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอย่างมาก นอกจากการหาอาหารให้รับประทานแล้ว ยังต้องรับภาระในการทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย ป้อนอาหาร และการดูแลอื่น ๆ

***การดูแลด้านสุขภาพอนามัย*** ลักษณะการดูแลทั้งเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วย โดยถ้าไม่เจ็บป่วยผู้สูงอายุที่ทำงานมาก ก็จะมีอาการปวดเมื่อย และจะขอให้ลูกหลานมาบีบนวดให้ ถ้าผู้สูงอายุเจ็บป่วย ลูกหลานจะพาไปพบแพทย์จะคอยมาบอกเตือนหรือกระตุ้นให้ทานยาตรงตามเวลา แต่โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ถึงอย่างไร ผู้สูงอายุเหล่านี้ก็มีโรคประจำตัวเหมือนกัน แต่ไม่เป็นทุกคน โดยโรคหนักๆ ที่เป็น เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน อัมพาต อัมพฤกษ์ ไทฟอยด์ หรือโรคประจำตัวแต่ไม่หนัก เช่น โรคเกี่ยวกับตา โรคเกาต์ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดเข่า [8]

***การดูแลเมื่อเจ็บป่วย*** ซึ่งเป็นการดูแลที่สำคัญและมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุไม่ว่าจะพิจารณาความคาดหวังของผู้สูงอายุ หรือจากสัดส่วนการเกื้อกูลที่ปรากฏอยู่ คือการมีบทบาทดูแลด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่เอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย หรือจำเป็นต้องติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพาไปพบแพทย์ และรับภาระค่ารักษาพยาบาล [12] แต่ยังมีผู้สูงอายุบางรายที่ยังสามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง โดยให้เหตุผลว่ายังมีสุขภาพแข็งแรง ช่วยตนเองได้ ซึ่งในกลุ่มนี้ รู้จักที่จะดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ลักษณะการออกกำลังก็จะเดินภายในบ้านหรือการทำงานบ้าน สังเกตเห็นว่านอกจากสมาชิกจะช่วยดูแลผู้สูงอายุแล้ว ตัวผู้สูงอายุเองก็รู้จักดูแลรักษาสุขภาพของตนเองด้วยเช่นกัน อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวได้เอาใจใส่ให้คำแนะนำผู้สูงอายุ เช่น แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ โดยนำเอาคำแนะนำจากหมอมาแนะนำต่อให้กับผู้สูงอายุได้

ฟัง อีกทั้งในเรื่องการออกกำลังกาย การเต้นแอโรบิค การทำงานบ้าน การสอบถามเมื่อเห็นผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการป่วยหนักก็จะพาไปตรวจสุขภาพทั้งที่อนามัยและโรงพยาบาล โดยจะสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุอยู่สม่ำเสมอ [8]

**2) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ** เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจและอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าแลอารมณ์อ่อนไหวง่าย ผู้สูงอายุบางกลุ่มต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการด้านจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นสัมผัสไม่ได้แต่รู้สึกได้ ดังนั้นบทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส โดยพฤติกรรมที่ส่งเสริมระดับมาก ได้แก่ การให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุโดยถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของครอบครัว การแสดงความรัก การชื่นชมยินดีเมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนพฤติกรรมที่ครอบครัวส่งเสริมระดับปานกลาง ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ [13] เป็นลักษณะการสนใจเอาใจใส่ ชักชวนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ พาไปเที่ยวนอกบ้าน ทั้งไปทำบุญกิจกรรมทางศาสนา ไปท่องเที่ยวทั้งในประเทศและต่างประเทศ ไปรับประทานอาหารนอกบ้านและไปร่วมกิจกรรมสังคมต่าง ๆ เป็นพฤติกรรมที่ครอบครัวกระทำต่ำสุด ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวต่างก็พยายามเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุก็ยอมรับว่าบุตรหลานมีภาระต้องไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้ และมีเวลาให้กับผู้สูงอายุน้อยลง ก็พยายามช่วยตนเองและช่วยงานบ้านเท่าที่จะทำได้ ส่วนบุตรหลานก็มีความเข้าใจว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการคนมาดูและเอาใจใส่มีความเครียด และจู้จี้ ขี้บ่น น้อยใจ เอาแต่ใจตัวเอง แต่ก็ยอมรับได้ และมีความเข้าใจว่าการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นวัฒนธรรมที่ถือปฏิบัติกันมา เป็นสิ่งที่ดีและจะต้องปฏิบัติให้คงอยู่ต่อไป [8] สิ่งที่ครอบครัวส่วนใหญ่ปฏิบัติระดับมาก คือ การสอบถามความเป็นอยู่อย่างสม่ำเสมอ และการดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกหว้าเหว่ หรือถูกทอดทิ้ง [14]

**3) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ** บทบาทของครอบครัวด้านนี้ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทั้งค่าใช้จ่ายในบ้านและค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือควบคุมดูแลธุรกิจ ทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านการเงินจากบุตรหลานหลากหลายลักษณะ เช่น บางรายได้รับเป็นประจำ จากบุตรที่ไปทำงานที่ไกล ๆ บางรายจะไม่ได้สม่ำเสมอจะได้รับตามโอกาสที่บุตรหลานมาเยี่ยมบ้าน หรือให้ตามความจำเป็น เช่น นำบุตรมาฝากให้เลี้ยงดู จึงต้องส่งเงินมาช่วย แต่ผู้สูงอายุบางรายได้รับเป็นเสื้อผ้า สิ่งของเล็กๆ น้อยๆ แต่ได้รับสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบุตรหลานที่อยู่ใกล้จะมาดูแลสม่ำเสมอ ไม่ได้รับเป็นเงิน นอกจากนั้นสมาชิกในครอบครัวที่มีงานทำได้ให้เงินไว้ใช้จ่าย หรือมาดูแลเยี่ยมเยือนในวันหยุดหรือเวลากลางคืน หรือเวลาเจ็บป่วย พาไปพบแพทย์ และช่วยหรือซื้ออุปกรณ์ในการดูแลให้ [8] ซึ่งนับว่าการตอบสนองด้านเศรษฐกิจนี้ นับรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายต่างๆ ของผู้สูงอายุอีกด้วย

ในด้านการหารายได้เพิ่มแก่ครอบครัวนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่มีบทบาทระดับมาก ซึ่งรายได้เหล่านี้ส่วนหนึ่งนำมาอุปการะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเช่นกัน พฤติกรรมที่ครอบครัวมี

บทบาทระดับปานกลาง ได้แก่ การให้ผู้สูงอายุจัดการทรัพย์สินต่างๆ ตามความต้องการ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุอย่างพอเพียง และการร่วมกันวางแผนการออมเงินได้ส่วนหนึ่งเพื่อไว้ใช้จ่ายกรณีจำเป็น สำหรับพฤติกรรมที่ครอบครัวสนับสนุนระดับน้อยที่สุด คือ การให้ผู้สูงอายุทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามความต้องการ [13] อย่างไรก็ตาม บทบาทของครอบครัวในการตอบสนองผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจนี้ มีข้อมูลไม่มากนัก และเป็นบทบาทที่ซ้ำซ้อนกับการเกื้อกูลและตอบสนองในด้านอื่นๆ

**4) บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสังคม** เป็นบทบาทที่ครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมกิจกรรมของครอบครัว เพื่อรับรู้ข่าวสาร เพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่ การสนับสนุนให้ได้ทำงานอดิเรกตามสมควร การสนับสนุนให้มีการเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามสมควรแก่วัยของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลเป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคม และเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวได้ให้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมภายในเครือเรือน เช่น ปีใหม่ วันเกิด ฯลฯ และการสนับสนุนให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือประเพณีประจำปีที่ชุมชนท้องถิ่นจัดขึ้น แต่พบว่าการสนับสนุนผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงกับได้รับการตอบสนองต่ำที่สุด และผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 44.3 ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลให้เข้าเป็นสมาชิกและทำกิจกรรมในชมรมหรือสมาคมต่างๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า ได้รับการสนับสนุนให้เข้าเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมในระดับน้อย ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลเห็นว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติเอง [13], [14] และ [15]

การเกื้อกูลเพื่อส่งเสริมให้มีส่วนร่วมทางสังคมที่ชัดเจนมักเป็นการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่นๆ และพบในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง แต่ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโอกาสได้รับฟังข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งน่าจะนำไปสู่การสรุปที่ว่า การเกื้อกูลผู้สูงอายุด้านสังคมมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ โดยในชนบทเป็นลักษณะการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบที่เป็นกิจกรรมในชุมชนโดยตรง แต่ในเมืองมักเป็นรูปแบบของการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ที่เข้าถึงได้ดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท [8]

จากบทบาทของครอบครัวที่กล่าวมานี้จะเห็นว่า ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการตอบสนองในด้านต่างๆ โดยมีสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้แก่ บุตรหลานหรือญาติ สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เป็นผู้ครองบทบาทและปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนในการดูแล

## 4. การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน โดยการรับหน้าที่เริ่มจากการที่บิดามารดาวัยสูงอายุ มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และการนึกคิด หรือมีภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมโทรม จนไม่สามารถเคลื่อนไหวในภาวะที่ปกติ หรือมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้

น้อย สมาชิกในครอบครัวจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและดูแล โดยสมาชิกเหล่านี้อาจมีภารกิจอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติ หรือว่างจากภารกิจก็ได้ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การมีบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น เป็นเรื่องที่มิได้มีการเตรียมการไว้ก่อนล่วงหน้า มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปอย่างเป็นธรรมชาติ และนอกจากนั้นมีข้อสังเกตว่า การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลนั้นเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยและผู้ที่พึ่งพิง ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายการเดินทางหรือเรื่องอื่น ๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น คือหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับอุปการะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ [16] บางกรณีการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลเกิดจากสมาชิกในครอบครัวจะใช้วิธีการทำความตกลงกันภายในครอบครัว หรือระหว่างพี่ๆ น้องๆ หลานๆ ที่จะหาผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล หรือมีการตกลงผลัดเปลี่ยนกันระหว่างบุตร หลานเขย สะใภ้ [8]

ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ การมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูกตเวที การเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา พี่น้องคนอื่นแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวใหม่ นอกจากนั้น การเข้ามาเป็นเขยหรือสะใภ้และมีบ้างที่เข้ารับบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ดูแลเดิม[12]

การศึกษาพบข้อมูลสำคัญบางประการได้แก่ การที่ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 10 มีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ภรรยารับภาระดูแลสามี และเป็นจำนวนมากที่ทั้งคู่ต่างเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน จึงทำให้คาดได้ว่า อนาคตเมื่อต่างมีอายุมากขึ้นและต่างเข้าสู่วัยภาวะพึ่งพิงย่อมเกิดปัญหาด้านผู้ดูแลแน่นอน นอกจากนั้นผลการศึกษา พบว่ามีผู้ดูแลที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich Roles) คือ การที่ต้องมีบทบาทหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของการเป็นภรรยา แม่บ้าน และสตรีทำงานเพื่อหารายได้ และเป็นผู้ดูแลบุตร และบุพการีพร้อมกัน [9] โดยพบว่า กลุ่มนี้ที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ส่วนใหญ่มีฐานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีบทบาทดูแลบิดามารดาของตน หรือมีฐานะเป็นสะใภ้ หรือเขยดูแลบิดามารดาของคู่สมรส และยังรับบทบาทเป็นบิดามารดาของบุตร หรือมีภาระในการดูแลบุตรของตน ซึ่งบางครอบครัวหมายความรวมถึงการดูแลหลานอีกด้วย อาจกล่าวได้ว่า เป็นการรับภาระการดูแลบุคคลหลายช่วงอายุ เป็นบทบาทเชิงซ้อนที่สังคมจะต้องพิจารณาบรรเทาปัญหาของกลุ่มนี้ลงบ้าง

**ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว**

การกระทำหน้าที่สำคัญของผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ตลอดจน ดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการช่วยเหลือทั่วไปด้านการใช้แรงและกำลัง อาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายการดูแลคือเพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุถึงปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต

หน้าที่การดูแลเรื่องอาหาร เป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งการจัดหาอาหารนี้การจัดการดูแลภายในครัวเรือนสำหรับ

สมาชิกทุกคนและมิได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพเป็นแม่หรือย่าหรือยาย มักจะมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน อาทิ หน้าที่จัดหาอาหารและปรุงอาหาร สำหรับทุกคนในบ้านที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นในภาพรวมการจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น มิได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใดถือเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องกินอยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นการเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่น ๆ ในครัวเรือน ส่วนการจัดหาเครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้อื่น ๆ นั้นบุตรหลานจัดหาให้เป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1- 2 ครั้ง เฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์หรือวันขึ้นปีใหม่

หน้าที่ของผู้ดูแลประการสุดท้าย คือ การสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ การได้รับการยกย่องเห็นความสำคัญเป็นความต้องการที่มีรากฐานมาจากความสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดจากวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอ่อนไหวและน้อยใจง่าย เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการได้รับการตอบสนองโดยการยอมรับนับถือจึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนต่อสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างมาก พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นรูปธรรม ได้แก่ การให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งบทบาทนี้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่พูดคุย แสดงความใกล้ชิดและให้ความสำคัญในการตัดสินใจ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าข้อมูลด้านนี้ไม่มีการศึกษาเชิงปริมาณที่จะสามารถชี้ให้เห็นขนาดของการดำเนินการของผู้ดูแลได้

**ความสามารถในการดูแล**

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่สภาวะปกติและผู้ที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ และการใช้ความสามารถที่แตกต่างกัน แต่การศึกษาที่ผ่านมา โดยให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.3 ประเมินว่ามีความสามารถในระดับกลาง ร้อยละ 32.6 ระดับสูง และร้อยละ 17.6 ระดับต่ำ โดยหากพิจารณาความสามารถในการดูแลเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลสามารถประเมินความเพียงพอในการพักผ่อนของผู้สูงอายุได้สูงกว่ากิจกรรมอื่นๆ โดยมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เมื่อผู้สูงอายุหลงลืม การจัดการปัญหาผู้สูงอายุที่ทำร้ายและว่ากล่าวบุคคลอื่นอย่างรุนแรงได้ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดหาทรัพยากรเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรืออุปกรณ์ในการช่วยเหลือในระดับปานกลาง [12] อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลต่างพึงพอใจกับความสามารถของตนในการดูแลการดูแลผู้สูงอายุ โดยรับรู้ถึงความจำกัดของทรัพยากรบางอย่าง หรือบางรายรู้สึกว่าตนยังทำไม่ได้เต็มที่หรือทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร แต่ในภาพรวมผู้ดูแลทั้งหมดต่างมีความเต็มใจในการดูแล และประเมินคุณภาพการดูแลว่าได้ทำอย่างดีที่สุดแล้ว

ส่วนความสามารถของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสมองเสื่อม พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้สูงอายุ ส่วนสมรรถภาพสมองและปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล[17]

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ดูแลนั้น พบว่า ความสามารถในการดูแล การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและระดับการศึกษา สามารถอธิบายการทำหน้าที่ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอธิบายการทำหน้าที่ได้ดีที่สุด ส่วนความสามารถในการดูแลนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและรายได้ของผู้ดูแล สามารถอธิบายความสามารถในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้ของผู้ดูแลอธิบายความสามารถในการดูแลได้ดีที่สุด[9]

**5. ความสุขของผู้สูงอายุ**

ประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุไทยมีไม่มากนัก แต่เป็นประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานี้ (พ.ศ.2545-2550) และเป็นประเด็นที่เจาะลึกถึงความรู้สึก ความเชื่อและทัศนคติของผู้สูงอายุ เพราะความสุขเป็นเรื่องของความรู้สึกองค์รวมเชิงอัตวิสัย (subjective) อาจเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ความสุขเป็นผลมาจากปัจจัยภายในและภายนอก ปัจจัยภายในเป็นเรื่องของจิตใจ เช่น การมีความสุขเนื่องจากมีศีลธรรม สมาธิ ปัญญา ความรู้สึกพอเพียงไม่โลภ [19] และความสุขซึ่งเป็นผลพวงมาจากปัจจัยภายนอก เช่น มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีครอบครัวที่อบอุ่น การมีสุขภาพดี[20]

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความหมายของชีวิตที่มีความสุขนั้น แม้จะมีแตกต่างกันบ้างแต่ผู้สูงอายุก็มองว่าเป็นสภาวะของความสุขสำราญทั้งกายและใจ ความสงบและความพอเพียง โดยเปรียบคุณค่าของการมีชีวิตที่มีความสุขเหมือนกับการมีบุญ ความสุขทางใจสำคัญกว่าความสุขทางกาย ความสุขของแต่ละคนเป็น อัตวิสัยและอยู่บนฐานของการเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีสถานะใกล้เคียงกับตนความเชื่อที่เกี่ยวกับความสุขได้แก่ ความเชื่อในเรื่องชะตาชีวิตหรือวาสนา และความเชื่อเรื่องเวรกรรม องค์ประกอบของชีวิตที่มีความสุขได้แก่ การมีสุขภาพดี (คือไม่มีโรคเรื้อรังและแข็งแรงพอที่จะทำกิจกรรมที่ต้องการ) มีพออยู่ พอกิน ได้ทำบุญ ได้ช่วยเหลือผู้อื่น และอยู่ในชุมชนที่ดี การปฏิบัติตนเพื่อให้ชีวิตมีความสุข ได้แก่ การรักษาสุขภาพ การทำบุญและปฏิบัติธรรม การทำตามความคาดหวังทางสังคมต่อผู้สูงอายุ บริบททางสังคมวัฒนธรรมของความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบเครือข่ายญาติใกล้ชิดกัน ระบบสังคมและครอบครัวที่มีให้คุณค่าเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุภายใต้อิทธิพลของพระพุทธศาสนา สังคมเกษตรกรรมที่ต้องพึ่งพิงกันเป็นชุมชนเก่าแก่ที่อยู่กันแบบกระจุกและมีขนาดเล็ก[21]

เมื่อพิจารณาต่อว่า ผู้สูงอายุมีความสุขในระดับใด มีการศึกษาเฉพาะในจังหวัดชัยนาท ได้แก่ ความฝืดเคือง ทางเศรษฐกิจ รูปแบบการอยู่อาศัย สถานะทางสุขภาพ สภาวะแวดล้อมทางสังคมในชุมชน การบริโภคนิยม ความยากจนเชิงเปรียบเทียบ และความรู้สึกพอเพียง สมถะ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีระหว่าง 55-58 ปี ในจังหวัดชัยนาทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.7 ซึ่งสูงกว่าค่ากึ่งกลาง ไม่ทุกข์ไม่สุขเพียงเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยความสุขของทุกตัวมีค่า 4.6-7.0 ค่าเฉลี่ยต่ำสุดของความสุข คือ ความรู้สึกยากจนมากกว่าเพื่อนบ้าน และจากการถือครองทรัพย์สินครบทั้ง 4 อย่าง ได้แก่ โทรศัพท์ (ทั้งโทรศัพท์มือถือและโทรศัพท์บ้าน) เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ และรถยนต์

ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ที่มีความสุขที่สุด ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีหนี้สิน มีสุขภาพดีมาก ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคมดีมาก (ความรู้จักคุ้นเคยกับเพื่อนบ้าน ความเชื่อมั่นในการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในยามวิกฤต ความไว้เนื้อเชื่อใจกันระหว่างเพื่อนบ้าน และความรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สิน) และผู้ที่รู้สึกไม่ยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้าน แต่ที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ การบริโภคนิยม หรือมีจำนวนทรัพย์สิน/ ของใช้ถาวรมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากที่สุดเช่นเดียวกัน และการอาศัยอยู่กับบุตรไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในประเด็นการอยู่อาศัยกับบุตรนี้ ผู้ศึกษาได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรไม่มีผลต่อระบบความสุข อาจเป็นเพราะถึงแม้ผู้สูงอายุจะไม่ได้อยู่กับบุตรในครัวเรือนเดียวกัน แต่ก็มีบุตรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนในบริเวณใกล้เคียงกัน ทำให้บุตรสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิดเช่นกัน ซึ่งลักษณะเช่นนี้พบในเขตชนบทไทย นอกจากนี้ บุตรหลานที่เป็นผู้ย้ายถิ่นออกไปทำงานที่อื่นยังคงมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การส่งเงินกลับมาให้ผู้สูงอายุ การติดต่อสื่อสารในรูปแบบต่างๆ หรือการกลับมาเยี่ยมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น และมีการพบว่าในบางกรณีผู้สูงอายุไม่ต้องการให้บุตรอยู่พึ่งพาพ่อแม่ เพราะถือว่าเป็นภาระอย่างหนึ่ง ควรจะออกไปหางานทำ [22]

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุไทย** พบว่า ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท และพบว่าปัจจัยภายในที่วัดด้วยความรู้สึกยากจนเชิงเปรียบเทียบเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากกว่าปัจจัยภายนอก ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความสุขกว่าผู้สูงอายุที่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือเมื่อต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของเพื่อนที่ดี มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ด้อยกว่า การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเช่นเดียวกัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของทรัพย์สินจำนวนสินทรัพย์สูงที่สุด (โทรศัพท์ เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ และรถยนต์/ รถกระบะ/รถตู้) มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของทรัพย์สินเพียง 1 รายการ หรือ 2 รายการ หรือ 3 รายการ หรือไม่มีทรัพย์สินใดเลย ความรู้สึกภายในจิตใจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขมากกว่าปัจจัยภายนอก เมื่อควบคุมด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุครอบครองทรัพย์สินถาวรจำนวนเท่ากันพบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนไม่ยากจนมีความสุขมากที่สุด รองลงมาคือ รู้สึกยากจน

พอๆ กันเพื่อนบ้าน ก็รู้สึกว่าตนยากจนกว่าเพื่อนมีความสุขน้อยที่สุข ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าเกือบทั้งหมดของผู้ที่รายงานว่า ที่ตนไม่ยากจนเพราะรู้สึกพอเพียง มีความสมถะ[22]

บทสรุปจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การไม่เป็นหนี้ การมีสุขภาพดี การอยู่ในสภาพแวดล้อมชุมชนที่ดี มีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน เกื้อกูลช่วยเหลือกัน ไม่รู้สึกกังวลต่อความปลอดภัย และอาชญากรรม ย่อมนำไปสู่นโยบายได้ และจากข้อค้นพบที่ว่า ความรู้สึกพอเพียงของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อระดับความสุขมากกว่าปัจจัยภายนอก นำไปสู่นโยบายได้เช่นกัน โดยมุ่งเน้นให้ความรู้เรื่องการฝึกจิตใจตามหลักศาสนาพุทธเกี่ยวกับความสันโดษในวัตถุ คือ ความยินดีในของของตนเองที่ได้มาด้วยความเพียร และความชอบธรรม หรือความรู้สึกอิ่ม รู้จักพอ คนที่ไม่เคยรู้สึกพอ อาจก่อให้เกิดความโลภ เอาเปรียบผู้อื่น ทำให้ไม่สามารถค้นพบความสุขที่แท้จริงได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในประเทศที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจของประชาชนสูง

ถึงแม้การศึกษาได้พบเรื่องเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุก็ตามแต่จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ไปตามกาลเวลา ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้คนในปัจจุบันให้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือ เมื่อสภาพสังคม เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม สภาพวิถีชนบทเปลี่ยนเป็นวิถีเมือง ทำให้ต่างมีชีวิตที่เร่งรีบ ต้องทำทุกอย่างแข่งกับเวลา รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจเป็นสิ่งผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันหาเงินจุนเจือครอบครัว จึงมักต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน หรือไปหางานทำต่างถิ่น ที่เป็นเมืองขนาดใหญ่ หรือเป็นสังคมอุตสาหกรรม ที่มีแหล่งงานรองรับมากกว่าถิ่นที่อยู่อาศัยเดิม จนทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่ร่วมกันน้อยลง แต่เดิมที่เคยรับประทานข้าวพร้อมกัน ก็เปลี่ยนเป็นต่างคนต่างรับประทาน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวจึงเปลี่ยนแปลงไป มีความห่างเหินกัน การที่สมาชิกต้องทำหน้าที่ทำมาหาเลี้ยงครอบครัว ควบคู่ไปกับการดูแลพ่อแม่จึงถือเป็นภาระหนักของผู้ที่ต้องรับหน้าที่นี้เป็นอย่างมาก บางคนทำด้วยความเต็มใจ แต่สำหรับสมาชิกในครอบครัวบางคนมองว่าการทำหน้าที่การดูแลตอบแทนผู้มีพระคุณ ทดแทนคุณบิดามารดา เป็นการทำตามหน้าที่ทางสังคมที่คาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ยามแก่เฒ่า หากผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวนี้ ทำไปอย่างไม่เต็มใจ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย จนแบกรับภาระการดูแลไม่ไหว จึงขาดการใส่ใจ สนใจ ละเลยที่จะดูแล จนนำไปสู่การทอดทิ้งและเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

**6. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว**

หากกล่าวถึงการกระทำความรุนแรงต่อบุคคลแล้ว การกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุมักเป็นประเด็นที่สังคมไม่ได้คำถึงว่าการกระทำต่างๆ ทั้งที่เกิดจากบุคคลภายในครอบครัว นอกครอบครัวหรือสังคมว่าเป็นลักษณะของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุแต่อย่างไร ซึ่งคำว่า ความรุนแรง อาจพิจารณาได้ถึง การละเลย ทำร้าย และแสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย และที่พบนั้นมักเป็นการศึกษาในลักษณะข้างเคียง เช่น การทอดทิ้ง หรือละเลยผู้สูงอายุ และความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่มีต่อสถานการณ์ความรุนแรงในด้านต่างๆ ซึ่งมิใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

ผลการศึกษา[23] เกี่ยวกับอุบัติการณ์และความรุนแรงในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวประมาณร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ พฤติกรรมในด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นการกระทำระดับรุนแรงมาก มีดังต่อไปนี้[24]

1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การจับขัง กักกัน ผูกมัดร่างกาย การตวาด ขู่ตะคอก แช่งประณาม และการทำให้ขายหน้า เสียเกียรติ

2) ด้านร่างกาย ได้แก่ การทำให้บาดเจ็บ และการไม่ดูแลให้ได้รับยาที่จำเป็นหรือได้รับยาเกิน ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

3) ด้านการเงินและทรัพย์สิน ได้แก่ การยึด ครอบครอง ขายจำนองทรัพย์สินของผู้สูงอายุโดยไม่ยินยอม และการหลอกหลวง ขโมย บังคับ ขู่เข็ญเงินและทรัพย์สินของผู้สูงอายุ

4) ด้านการทำร้ายทางเพศ ได้แก่ การล่วงเกิน บีบบังคับ ข่มขู่ หรือข่มขืนทางเพศ และการกระทำเปิดเผยหรือล่วงเกินร่างกายของผู้สูงอายุ

5) ด้านการทอดทิ้ง ได้แก่ การผลักไสจากบ้าน ไม่สนใจดูแลในกรณีที่ผู้สูงอายุพิการหรือไม่สามารถดูแลกิจวัตรตนเองได้ การทอดทิ้งไม่ให้ค่าใช้จ่าย การทอดทิ้งและทิ้งภาระให้ดูแลหลาน/เหลน และการไม่ดูแลหรือสนับสนุนในการดูแลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย

ส่วนการรับรู้ระดับความรุนแรง ผู้สูงอายุร้อยละ 51.9 รับรู้พฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวในระดับมาก ร้อยละ 44.4 รับรู้ระดับปานกลาง และรับรู้น้อยเพียงร้อยละ 3.7[24] โดยความรุนแรงที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุด เป็นความรุนแรงด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การถูกทำให้เกิดความสะเทือนใจ ทำให้หวาดกลัว โดดเดี่ยว อับอาย รู้สึกทำให้เป็นตัวตลก การใช้คำพูดที่รุนแรง หยาบคายกับผู้สูงอายุ ด่าว่า ดูถูกดูแคลน ข่มขู่ การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเหมือนเป็นเด็กเล็กๆ การกล่าวโทษผู้สูงอายุในทางเสียหาย การเหยียดหยามความสามารถ การเรียกชื่อผู้สูงอายุโดยไม่ให้เกียรติ การกีดกันไม่ให้พบเพื่อน ญาติ ผู้ใกล้ชิด และการกระทำอื่นๆ ที่กระทบกระเทือนต่อความสงบทางจิตใจของผู้สูงอายุ โดยจำแนกพฤติกรรมการทำร้ายจิตใจต่อผู้สูงอายุในรายละเอียดพบว่าพฤติกรรมความรุนแรงด้านจิตใจและอารมณ์ แบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1) ลักษณะพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุในลำดับต้นๆ ได้แก่ ไม่รับฟัง หรือเพิกเฉยต่อความคิดเห็น การแสดงความรำคาญ ไม่พาไปร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือสถานที่ต้องการจะไป เช่น ไปวัด การพูดตะคอก การโต้เถียง ติเตียนผู้สูงอายุ ไม่ใส่ใจที่จะพูดคุย หรือเล่าเรื่องราวต่างๆ ให้ฟัง และผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้เลือกกระทำสิ่งใดๆด้วยตนเอง[25] ซึ่งหากพิจารณาถึงขนาดของการประสบปัญหา การทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุนั้น พบว่ามีผู้สูงอายุเพียงจำนวนน้อยที่ประสบปัญหานี้ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ไม่เคยถูกทำร้ายจิตใจ โดยหากพิจารณาพฤติกรรมจำแนกตามพื้นที่แล้วพบว่า พฤติกรรมการถูกดุด่า ดูถูก และการแสดงความเบื่อหน่ายเพราะเห็นเป็นภาระเกิดขึ้นในกรุงเทพฯ มากกว่าภูมิภาค ส่วนการถูกกีดกันในการแสดงความคิดเห็นพบในภูมิภาคมากกว่า ส่วนการถูกไล่ไม่ให้อยู่อาศัยมีเฉพาะในภูมิภาคเท่านั้น[26]

2) การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่ไม่เชื่อฟัง โต้เถียงไม่เคารพ[23], [24], [25], [26] และ [27] และส่วนใหญ่ผู้กระทำ ได้แก่ ลูก หลาน คู่สมรส โดยบุคคลที่ทำร้ายจิตใจมากที่สุดทั้งในภูมิภาคและในกรุงเทพฯ คือผู้ที่ใกล้ชิดที่สุด ได้แก่ ลูกซึ่งสัดส่วนในภูมิภาคมีมากกว่าใน

กรุงเทพฯ รองลงมาคือ หลาน / ญาติพี่น้อง คู่สมรส และเพื่อนบ้าน คนรู้จัก ส่วนคนไม่รู้จักและอื่นๆ มีจำนวนน้อยที่สุด[23]

3) การทำร้ายร่างกายในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การทำให้เกิดความเจ็บปวด บาดเจ็บ เช่น ทุบตี ผลักไส หยิก กัด จิก การล่วงเกินทางเพศ (หมายถึง การละเมิดทั้งทางกาย วาจา การกระทำใดเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ขัดต่อความปกติของผู้สูงอายุไปจนถึงการข่มขืน) การถูกจำกัดบริเวณ คุมขัง การตบตี ผลักไส การเขย่า การขู่ด้วยอาวุธ พบว่า ร้อยละ 95.0 ผู้สูงอายุไม่เคยถูกทำร้าย กลุ่มตัวอย่างในภูมิภาคมีสัดส่วนการถูกทำร้ายสูงกว่ากรุงเทพฯ การถูกทำร้ายลำดับแรกคือ การถูกบังคับขู่เข็ญ และการถูกตบตี มีในกรุงเทพฯ มากกว่าภูมิภาค ส่วนการถูกฉุดกระชาก ไม่ให้อาหาร และการถูกกักขังมีในภูมิภาคมากกว่าในกรุงเทพ ฯ โดยบุคคลที่ทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งในภูมิภาคและกรุงเทพฯ ระบุได้แก่ ลูกและคู่สมรส เป็นส่วนมาก ซึ่งในภูมิภาคลูกเป็นบุคคลที่ทำร้ายร่างกาย รองลงมาคือ คู่สมรส ส่วนกรุงเทพฯ อันดับหนึ่ง คือ คู่สมรส รองลงมาคือ ลูก ที่เหลือจะเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นหลานญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และคนไม่รู้จัก[26]

สำหรับพฤติกรรมความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นรองลงมา ได้แก่ 1) ด้านการทอดทิ้ง ลักษณะพฤติกรรมที่เกิดส่วนใหญ่ คือ ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่ให้ค่าใช้จ่ายบ้าง ทอดทิ้งและทิ้งภาระให้ดูแลหลาน/เหลน1) ด้านความรุนแรงต่อผู้สูงอายุด้านการเงินหรือทรัพย์สินที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ได้แก่ การใช้สิ่งของส่วนตัวของผู้สูงอายุโดยไม่ขออนุญาต การหลอกลวง ขโมย บังคับขู่เข็ญเงินและทรัพย์สินและการยึดครอบครอง ขายจำนองทรัพย์สินของผู้สูงอายุโดยไม่ยินยอม 3) ด้านการทำร้ายทางเพศซึ่งลักษณะพฤติกรรมคือ การดูภาพโป๊หรือลามกจากสื่อต่างๆ อย่างเปิดเผยโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุ การกระทำเปิดเผยหรือล่วงเกินทางร่างกายผู้สูงอายุ และ1) ด้านร่างกายต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การไม่ดูแลให้ได้รับยาหรือได้รับยาเกินขนาด ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และการทำร้ายร่างกายให้บาดเจ็บ โดยพฤติกรรมต่างๆ มาจากสาเหตุปัจจัยสำคัญดังต่อไปนี้

**1) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ** การกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมลักษณะ พูดบ่น จู้จี้ หงุดหงิด โมโหง่าย ดุด่าลูกหลานบ่อยๆ เล่นการพนันหวย หรือเสี่ยงโชคต่างๆ

**2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำ** ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่นำไปสู่ความรุนแรงของผู้กระทำ ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ดื่มสุรา เล่นการพนัน หวย หรือเสี่ยงโชคต่างๆ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือผู้กระทำมีปัญหาและความเครียด ได้แก่ ผู้กระทำดื่มสุรา ผู้กระทำมีปัญหาทางเศรษฐกิจ และการเล่นการพนัน หวย เสี่ยงโชคต่างๆ โดยมีผู้ศึกษาพบพฤติกรรมที่สามารถพยากรณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว มี 4 ลักษณะ ได้แก่ บุคลิกภาพของผู้กระทำ ผู้กระทำมีปัญหาและความเครียด บุคลิกภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมที่นำไปสู่ความรุนแรงของผู้กระทำ โดยสามารถพยากรณ์ความรุนแรงผู้สูงอายุได้ร้อยละ 25.1 [24]

**3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านครอบครัว** พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงมากที่สุดได้แก่ ครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งทะเลาะกัน และปัญหาสมาชิกเจ็บป่วย

นอกจากนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ ปัญหาและความเครียด และพฤติกรรมที่นำสู่ความรุนแรงของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ [23]

สำหรับการปรับตัวของผู้สูงอายุ พบว่ามีวิธีการปรับตัวแตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 93.0 เลือกใช้วิธีปรับตัวแบบหลีกเลี่ยง/และหรือใช้กลไกทางจิต คือ เงียบ พยายามระงับสติอารมณ์ ถือว่าเป็นกรรมเก่า และวางเฉยต่อปัญหาคาดว่าจะดีเอง รองลงมา ร้อยละ 91.2 ใช้วิธีปรับตัวแบบหลีกเลี่ยงและหาทางผ่อนคลาย คือ การทำบุญตักบาตรหรือกิจกรรมทางศาสนาให้ใจสงบ การทำให้อารมณ์ดีโดยพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น หางานอดิเรก การดูโทรทัศน์ฟังเพลง การฝึกการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจด้วยวิธีต่างๆ และการสมัครเข้าชมรมผู้สูงอายุหรืออาสาบำเพ็ญประโยชน์ ร้อยละ 91.2 เลือกใช้วิธีปรับตัวแบบกลไกทางจิตและเกิดผลกระทบ คือ การแสดงอารมณ์ออกมา เช่น การทะเลาะวิวาท ดุด่า บ่น การร้องไห้ เก็บกดไว้คนเดียว ตำหนิตนเอง เรื่องที่เกิดเพราะงานมีส่วนทำให้เกิด ตำหนิผู้ที่มีส่วนให้เกิดความรุนแรง รับประทานยานอนหลับหรือยาระงับประสาท ประชดโดยแยกตัว ไม่พูด สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เพื่อคลายเครียด สำหรับวิธีการปรับตัวที่ผู้สูงอายุเลือกใช้น้อยที่สุด ร้อยละ 81.1 คือวิธีการแบบเผชิญหน้านำสู่การแก้ปัญหา ได้แก่ พิจารณาปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้กระทำ ปรึกษาคนในครอบครัวหรือญาติสนิท ปรึกษาพูดคุยกับผู้อื่น เช่น คนในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญ ผู้นำชุมชน[24]

สิ่งที่น่าสนใจในความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนี้ ได้แก่ การไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวแต่อย่างใด

**7. การดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ของผู้สูงอายุ**

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้นเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบต่อครอบครัวไทยอาจลดลง มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 ในอีก 15 ปีข้างหน้า ทำให้ผู้สูงอายุขาดที่พึ่งพิง และจะมีเด็กกำพร้าพ่อแม่จากโรคเอดส์มากขึ้น [28] นอกจากนี้ ผลการสำรวจของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ปี 2549 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์นับจากปี 2527-2549 จำนวนสูงถึง 299,519 คน นอกจากนี้ ยังพบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเอดส์เองด้วย ทั้งจากติดเองตอนแก่ หรือกลุ่มที่ติดเอดส์เคลื่อนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ อันเนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น โดยผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปเป็นเอดส์ถึงร้อยละ 5 และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1 จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 6.2 ล้านคน[29]

ในครอบครัวเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นเรื่องที่ปฏิบัติกันเป็นปกติ โดยบุตรให้ความอุปการะบิดามารดา และขณะเดียวกันบิดามารดาก็ให้ความอุปการะดูแลบุตรด้วยเช่นกัน จากการสำรวจผลกระทบจากการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ของบุตรวัยผู้ใหญ่ต่อบิดามารดาสูงวัยพบว่า กลุ่มที่บิดามีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.5 กลุ่มที่เป็นมารดา ร้อยละ 53.2 และที่เป็นทั้งบิดาและมารดา ร้อยละ 60.4 [30] ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพเป็นบิดารับภาระดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม เพื่อทำความเข้าใจสภาพการณ์ทั่วไปและประสบการณ์ร่วมของผู้สูงอายุ จึงมีผู้แยกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ลูกวัยทำงานเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ลูกติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ลูกวัยทำงานเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์และมีลูกวัยทำงานที่ติดเชื้อ

ผลการศึกษายืนยันว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์มีจำนวนมากอย่างมีนัยสำคัญ โดยร้อยละ 83 สูญเสียลูกวัยทำงานไปด้วยโรคเอดส์ ร้อยละ 22 กำลังดูแลลูกที่ป่วย และในทั้งสองกรณีมีหลานอยู่ด้วยเกือบครึ่งหนึ่งของครัวเรือนที่ทำการสำรวจ[31] ซึ่งการแบ่งดังกล่าว จะทำให้สามารถพิจารณา ทั้งบทบาทการเกื้อกูลและผลกระทบที่มีต่อผู้สูงอายุได้ชัดเจนขึ้น

**บทบาทของผู้สูงอายุในการเกื้อกูลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์** ผู้สูงอายุที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ มีฐานะค่อนข้างยากจน แต่ทุกคนยังมีการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข บ้างทำอาชีพรับจ้าง มีรายได้พออยู่ไปวันๆ ใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย กินน้อยใช้น้อย ลูกๆ มีครอบครัวของตนเองอยู่รวมกับพ่อแม่บ้าง แยกกันไปอยู่ต่างหากบ้าง ส่วนใหญ่ได้รับเงินจุนจากลูกๆ ที่มีชีวิตอยู่อย่างสบาย บางคนไม่ต้องทำงานแล้ว เนื่องจากลูกๆ คอยเลี้ยงดู ตายายเพียงช่วยเฝ้าบ้าน เลี้ยงหลานให้ โดยค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงหลาน พ่อแม่ของหลานเป็นผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุบางคนกล่าวว่า ช่วงชีวิตก่อนที่เอดส์จะเข้าสู่ครอบครัวตนเองนั้น “เป็นช่วงชีวิตที่ดีที่สุด” ของตนด้วย เมื่อลูกติดเชื้อและปรากฏอาการป่วย ผู้สูงอายุบางส่วนย้ายจากครอบครัวของลูกที่ดูแลตนไปอยู่บ้านที่ลูกป่วย เพื่อช่วยดูแลรักษาพยาบาลลูกและช่วยเลี้ยงหลาน แต่บางส่วนซึ่งเป็นส่วนใหญ่รับลูกหลานกลับมาอยู่กับตน (ส่วนใหญ่ลูกๆ เป็นฝ่ายย้ายกลับไปอยู่กับพ่อแม่เมื่อรู้ตัวว่าติดเชื้อและป่วย) [32]

ภาระหน้าที่ของผู้สูงอายุในการดูแลบุตร ประกอบด้วยการดูแลรักษาพยาบาล การพาไปพบแพทย์ การจัดหาอาหาร การป้อนอาหาร การทำความสะอาดร่างกายและปรนนิบัติในการดำเนินชีวิตทุกเรื่อง สิ่งที่เป็นข้อสังเกตที่สำคัญในการเกื้อกูลบุตรของผู้สูงอายุ คือ สถานที่ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์อาศัยอยู่ขณะเสียชีวิต และสมาชิกในครัวเรือนขณะนั้น ทำให้ทราบว่าใครที่อยู่ดูแลหรือคอยให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ผลที่ออกมาโน้มเอียงอย่างชัดเจนว่า บุตรที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์อาศัยอยู่กับบิดามารดา หรืออยู่ใกล้ๆ บิดามารดา มีเพียงร้อยละ 6 ที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมื่อเสียชีวิต ซึ่งบุตรที่ยังโสดที่เสียชีวิตอาศัยอยู่กับบิดาและ/หรือมารดาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตกว่า ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับ ร้อยละ 71.9 ของบุตรที่แต่งงานแล้ว ในทางตรงกันข้ามบุตรที่แต่งงานแล้วที่เสียชีวิตมักอาศัยอยู่ใกล้ๆ กับบิดามารดามากกว่าบุตรที่ยังโสด [30] แสดงให้เห็นว่าบิดามารดาซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ได้มีบทบาทการเกื้อกูลดูแลบุตรจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยและการดูแล ถึงแม้การศึกษาที่ค้นพบไม่ได้ระบุว่าเป็นการดูแลของผู้สูงอายุโดยตรงก็ตาม แต่ข้อมูลอาจอนุมานได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มใหญ่ที่รับบทบาทนี้ โดยค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วยครั้งแรกจนกระทั่งเสียชีวิต คือ 1 ปี และมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8 เดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยนี้ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มบุตรวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา กลุ่มที่กลับมาอยู่เมื่อเริ่มป่วย และกลุ่มที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา ส่วนใหญ่บุตรที่ป่วยมักมีการป่วยเป็นระยะๆ มากกว่าจะมีอาการป่วยต่อเนื่องเป็นระยะยาว ในภาพรวมนั้นช่วงอาการป่วยหนักที่ต้องการการดูแลในกิจวัตรส่วนตัว มักมีระยะเวลาที่ไม่นาน คือมีค่ามัธยฐาน

ไม่เกิน 1 เดือน และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการป่วยหนักน้อยกว่า 2 เดือนเล็กน้อย โดยมีความต่างกันเล็กน้อยในกลุ่มบุตรที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาและไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาตั้งแต่เริ่มมีอาการ[30]

ความช่วยเหลือทางการเงินที่ได้รับโดยตรงจากบิดามารดา ในกลุ่มบุตรวัยผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ พบว่า บิดามารดาได้ช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในช่วงระหว่างที่ป่วยคิดเป็นร้อยละที่สูงมาก ทั้งนี้กว่า 3 ใน 5 บิดามารดาให้ความช่วยเหลือทางการเงินมากพอสมควร (ประมาณ 5,000 บาทหรือมากกว่า) มากกว่าครึ่งหนึ่งของบุตรที่เสียชีวิตบิดามารดาเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักในช่วงที่ป่วย ในกรณีที่บิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสูงกว่าบิดามารดาที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก และพบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเช่นเดียวกัน เห็นได้ชัดว่าบิดามารดาที่ยากจนมักเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า หรือเสียค่ารักษาในจำนวนที่น้อยกว่า หรือไม่ค่อยได้เป็นในเรื่องค่าใช้จ่ายเทียบกับบิดามารดาที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจปานกลางหรือดีกว่า[30]

นอกจากนั้น ผลกระทบในแง่บวก พบว่า ปฏิกิริยาในทางบวกที่ได้รับในช่วงที่บุตรป่วย ร้อยละ 95 ของบิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า ชาวบ้านในชุมชนได้มาเยี่ยม และเกือบ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า คนในชุมชนนำอาหารมาให้ กว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 36) รายงานว่าเพื่อนๆ และเพื่อนบ้านช่วยดูแลบุตรที่ป่วย และช่วยเรื่องพาหนะหรือเป็นเพื่อนในการไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 38) ในขณะที่ น้อยกว่า 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าถูกนินทาจากผู้อื่น และ 1 ใน 5 ระบุว่าเพื่อนบ้านบางรายเลี่ยงที่จะไม่มาเยี่ยมในช่วงที่บุตรป่วย แต่น้อยรายที่จะไม่คุยด้วย [30]

กล่าวโดยสรุป บทบาทของผู้สูงอายุในการเกื้อกูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสมาชิกในครอบครัว สรุปได้ 5 ประเด็นหลัก [33] ประกอบด้วย

1. ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุมักซักถามข้อมูลการติดโรค/ การป่วย/ ช่วยรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และช่วยปรับความเข้าใจกับชุมชนที่มีต่อสมาชิกครอบครัว
2. ด้านอารมณ์-จิตใจ ผู้สูงอายุเป็นหลักในการให้กำลังใจและความห่วงใยเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย
3. ด้านเวลาและแรงงาน ผู้สูงอายุให้เวลาและแรงงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องการรักษาโรค ดูแลอาหารการกิน ดูแลงานบ้าน และดูแลหลาน
4. การสนับสนุนด้านการเงิน ผู้สูงอายุต้องหารเงินเพื่อช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์และจ่ายเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย และหลาน
5. ด้านสังคม ผู้สูงอายุช่วยในการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

**ผลกระทบจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ที่มีต่อผู้สูงอายุ** การดำเนินงานด้านเอดส์และผู้สูงอายุ ไม่มีการกำหนดให้ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์เป็นกลุ่มเป้าหมายชัดเจน ที่จะต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ เมื่อผู้สูงอายุไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในทุกระดับ ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบทั้ง

ทางตรงและทางอ้อมจึงต้องเผชิญกับปัญหาเพียงลำพังด้วยทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจึงรุนแรง

ผลกระทบที่มีต่อผู้สูงอายุมีหลายด้าน โดยเริ่มจากเมื่อรับบาทในการดูแล มีข้อมูลสำคัญที่ชี้ชัดว่า การติดเชื้อและการสูญเสียลูกวัยทำงานส่งผลให้สมาชิกครัวเรือนที่เหลือภาระการดูแลลูกที่ติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้สูงอายุชายหญิงไม่เพียงแต่ต้องรับบทบาทในการดูแลลูกที่ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องอุปการะหลานด้วย โดยพบว่า ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 51 ที่ต้องดูแลหลานที่พ่อหรือแม่เสียชีวิต โดยในจำนวนนี้ มีถึงร้อยละ 21 สูญเสียทั้งพ่อและแม่ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 37 ที่ต้องเป็นผู้ปกครองหรือดูแลหลานที่กำพร้าแต่เพียงผู้เดียว [34] ลูกหลานที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์แสดงความปรารถนาชัดเจนว่าอยากอยู่กับปู่ย่าตายายของตนมากกว่าญาติคนอื่น ทั้งนี้เนื่องจากความรักและความเมตตาสงสารที่ได้รับจากปู่ย่าตายาย ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทเป็นที่พึ่งของหลานเป็นสำคัญ

***ผลกระทบที่มีต่อผู้สูงอายุ*** พบว่า เอชไอวี/เอดส์ ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคมต่อผู้สูงอายุ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ปัญหาความยากจนที่มีอยู่เดิมและหนี้สิน เป็นผลกระทบที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กำลังประสบปัญหาอยู่ และก่อให้เกิดความเดือดร้อนมากที่สุด ร้อยละ 36.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 17.6 มีฐานะด้อยกว่ามาก ร้อยละ 41.7 มีฐานะเศรษฐกิจของครัวเรือนยากจนและร้อยละ 10.6 มีฐานะยากจนมาก เกือบร้อยละ 66 กล่าวว่า มีฐานะทางการเงินค่อนข้างลำบาก

***ผลกระทบทางด้านสุขภาพ*** ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากบิดามารดาและผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากเป็นผู้สูงวัย จึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะอ่อนล้าทางกาย (physical strain) จากการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วย โดยพบว่า เกือบ 3 ใน 4 ของกลุ่มบิดามารดาเป็นผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า เคยมีอาการกระสับกระส่ายหรือวิตกกังวล มากกว่า 2 ใน 3 ที่มีอาการนอนไม่หลับ และกว่าครึ่งหนึ่งของบิดามารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยรายงานว่า มีอาการเหนื่อยอ่อน รวมทั้งอาการอื่นๆ ที่พบได้แก่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดท้อง และอ่อนเพลีย ซึ่งมารดามักมีปัญหาสุขภาพมากกว่าบิดา เนื่องจากรับภาระหรือมีส่วนดูแลกิจวัตรส่วนตัวของบุตรโดยเฉพาะในฐานะผู้ดูแลหลักมากกว่าบิดา จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์กับบิดามารดาที่ไม่ได้สูญเสียบุตรด้วยโรคเอดส์ (กลุ่มควบคุม) พบว่าการสูญเสียบุตรมีผลกระทบที่บั่นทอนสุขภาพในบั่นทอนสุขภาพในระยะยาวมากกว่า กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตนั้นมักรายงานว่า สุขภาพทรุดโทรมลงกว่าเดิมมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในบิดาและมารดา

***ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ***นั้น การสูญเสียบุตรชายหญิงด้วยโรคเอดส์ เป็นประสบการณ์ที่สร้างความสะเทือนใจ นำไปสู่ความเศร้าโศกเสียใจไม่มีที่สิ้นสุด พบว่า กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์รายงานว่า ตนเองไม่มีความสุขในปัจจุบัน รวมทั้งบอกว่ามีความสุขน้อยลงในช่วง 3 ปีที่แล้วมากกว่ากลุ่มควบคุม

***ผลกระทบทางด้านสังคม*** ได้แก่ การถูกกีดกันทางสังคม และการแยกตัวจากสังคม ซึ่งแม้ว่าปัจจุบันปัญหาการตีตราจากสังคมที่นำไปสู่การแยกตัวทางสังคมจะพบน้อยกว่าในระยะเริ่มต้นของการระบาดของโรคเป็นอย่างมาก แต่ปัญหานี้ยังคงมีอยู่ ซึ่งพบว่าสาเหตุหลัก

คือความกลัวที่จะติดโรคจากผู้ติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 12ยังคงมีความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดีกับเพื่อนบ้าน [35] ผลกระทบที่ตามมา คือ การต้องรับภาระดูแลตนเอง เนื่องจากเมื่อลูกป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ผู้สูงอายุจึงต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเองและมีผลกระทบทางด้านอื่นๆ ตามมา นอกจากนั้น ยังมีการถูกประณามและกีดกันทางสังคม เนื่องจากเพื่อนบ้านรังเกียจที่มีผู้ติดเชื้ออยู่ในครอบครัว ประกอบกับผู้สูงอายุไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนทำให้ห่างเหินไปโดยปริยาย และผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์เนื่องจากผู้สูงอายุที่ดูแลหลานที่ติดเชื้อขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลอย่างถูกวิธี รวมทั้งมีภาระค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพตามประเพณี ซึ่งถือว่าเป็นการให้เกียรติผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย ตลอดจนผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งความเครียด ความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยและความเศร้าโศกเมื่อผู้ป่วยซึ่งเป็นลูกเสียชีวิตไปก่อนวัยอันควร [34]

กล่าวโดยสรุป ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ผลกระทบทางด้านร่างกายที่ต้องแบกภาระการดูแลลูกหลาน 2) ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดความรู้สึก “หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ” บางคนทุกข์ระทมใจ 3) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การเจ็บไข้ได้ป่วยของลูกๆ ส่งผลถึงภาวะเศรษฐกิจต้องใช้เงินจำนวนมาก และ 4) ผลกระทบทางด้านสังคม ถูกมองจากชาวบ้านด้วยสายตารังเกียจ หวาดกลัว ไม่ไว้วางใจ ฯลฯ [32]

**8. ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว**

สิ่งที่ผู้สูงอายุสะท้อนออกมาจากความรู้สึก เป็นความต้องการที่มีต่อผู้ดูแลดังกล่าวนี้ คือ สมาชิกในครอบครัว ดังนั้น ความต้องการของผู้สูงอายุจึงควรนำมาเพื่อพิจารณา เพื่อทำความเข้าใจและหาทางตอบสนองของผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งความต้องการมีดังนี้

**1) การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจ** หมายถึง ผู้ดูแลควรมีวิจารณญาณที่ดีในการรู้ความต้องการของผู้สูงอายุ รู้ขั้นตอนในการดูแลต่างๆ และพบว่าหากผู้ดูแลมีการใช้แนวทางหรือวิธีการดูแลที่ดี มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ก็จะทำให้ทำให้การดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ แต่หากผู้ดูแลใช้การควบคุม บังคับ ไม่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุก็จะได้รับการดูแลที่ไม่มีคุณภาพ

**2) ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลยอมรับอารมณ์แปรปรวนในผู้สูงอายุ** โดยที่ผู้ดูแลต้องเข้าใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย และไม่ควรถือสาตอบโต้กับการแสดงอารมณ์นั้นๆ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การเข้าใจลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุซึ่งอยู่ร่วมกันมานานในฐานะบุคคลในครอบครัวเดียวกันนั้น จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้ถึงลักษณะเฉพาะตัวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลรู้ใจผู้สูงอายุมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกใจและตรงความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด[18]

**3) การดูแลด้วยความเต็มใจ** เป็นการกระทำที่ส่งผลถึงการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ พอใจ ลักษณะการเต็มใจ คือ ผู้ดูแลปฏิบัติ การไม่รังเกียจในสิ่งสกปรกอันเป็นของน่ารังเกียจ การเอาใจใส่ดูแลในกิจกรรมการดูแลด้วยความเอาใจใส่ การตอบสนองความต้องการทันที ซึ่งพบมากที่สุด

**4) ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารที่ดีและให้เกียรติผู้สูงอายุ** การสื่อสารกันด้วยการพูดเป็นส่วนประกอบสำคัญและจำเป็นในการดูแล เนื่องจากการสื่อสารที่ดีในการดูแลผ่านไปด้วยราบรื่น และก่อให้เกิดความสบายใจทั้งตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล การพูดคุยที่ดีของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ และรับรู้ถึงเจตนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะการพูดคุยที่ดี ประกอบด้วย ลักษณะการพูด 2 ลักษณะ คือ การไม่พูดในเชิงลบ การพูดในสิ่งที่ดี คือ ถ้อยคำที่ฟังแล้วรู้สึกสบายใจ

**5) ต้องการให้ปฏิบัติด้วยความเคารพและผูกพัน** ผู้สูงอายุให้ความคิดเห็นว่าสิ่งที่ต้องการจากบุตรหลาน คือ การปฏิบัติดูแลที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่เคารพของคนในครอบครัว ไม่ได้ถูกทอดทิ้งยามเจ็บป่วย บุตรหลาน เครือญาติ และเพื่อนฝูงยังคงมีความรักและความผูกพันกับผู้สูงอายุ และเป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุพการีที่ได้เลี้ยงดูให้เติบโตมา จะส่งผลให้ผู้สูงอายุปลื้มใจและอบอุ่น

**6) ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยม มาอยู่ใกล้ ๆ ในยามเจ็บป่วย** จะได้พึ่งพาและรู้สึกอบอุ่นใจ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และการสูญเสียตามวัย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่นใจ ความเคารพนับถือ และการไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน [18]

## 9. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเสริมสร้างความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยแสวงหานวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแล เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2. การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการนำแนวคิดที่อ้างอิงมาจากต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมไทย ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อค้นคว้าแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย และพัฒนาขึ้นเป็นทฤษฎีต่อไป

3. การศึกษาในประเด็นหลักสำคัญที่ยังขาด และควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม คือ

3.1 ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ

3.2 ความสุข ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

3.3 การดำรงชีวิตในครอบครัว โดยตนเองของผู้สูงอายุ

3.4 การเพิ่มรายได้ การประกอบอาชีพเสริม และการแก้ไขปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุในครอบครัว

3.5 บทบาทผู้สูงอายุในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ทุพพลภาพ ขาดผู้อุปการะ ผู้ติดยาเสพติด และปัญหาอื่นๆ

3.6 การเกื้อกูลโดยภาครัฐที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับบุตรและสมาชิกในครอบครัว

4. การขาดแคลนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในวัฒนธรรมไทย ศาสนา และด้านสังคมวิทยา มีระดับเข้าขั้นวิกฤต ซึ่งจำเป็นต้องเพิ่มการศึกษาในประเด็นดังกล่าวนี้ในระยะต่อไป

การที่จะทำผลการวิจัยสู่การผลักดันผลนโยบายต่อไปนั้น ควรมีการศึกษาในระดับกว้าง และเป็นโครงการใหญ่ จะได้นำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดนโยบายและสู่การปฏิบัติต่อไป

# บรรณานุกรม


1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551**. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551. **คุณภาพชีวิตคนไทย 2550 สถิติ: ตัวชี้วัดการขับเคลื่อนสังคม.** กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. สุนันทา ศรีศิริ, 2546 . **กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในเขตภาคกลางของประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
4. สมพงษ์ จูศิริ, 2545. **วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา**. (วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
5. บรรพต ศรีจันทร์นิตย์, 2546. **การพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
6. ศศิพรรณ กัญญะสิงห์, 2547. **รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่.** เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. กชกร สังขชาติ และ สมโภชน์ อเนกสุข, 2548. **รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยอายุเกิน 100 ปี**. ชลบุรี : ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
8. เล็ก สมบัติ, 2549. **ภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน**. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก๊อปปี้(ประเทศไทย).
9. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548 . **ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
10. สาวิตรี ทยานศิลป์, 2549**. เตรียมพร้อมเพื่อให้พร้อมตอนแก่**. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.cf.mahidol.ac.th/autopage/file/SatAugust2008-15-50-19-14 เตรียมพร้อมเพื่อให้พร้อมตอนแก่.pdf
11. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, โกวิทย์ พวงงาม และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549. **การพัฒนาหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ.**กรุงเทพฯ:มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
12. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547. **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. ประอรนุช เชื่อถือ, 2548. **ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

14. ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว, 2546. **การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย**. (สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา). เลย : สถาบันราชภัฏเลย

15. บัญชา ศรีสมบัติ, พรรณยุพา นพรัก และภาณุวัฒน์ ภักดีวงศ์. **บทบาทครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก.** พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร.

16. Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H. , 1992. “The spouse: A factor in recovery after myocardial infarction.” In **Heart & Lung: Journal of Critical Care**, 1, 30-38.

17. เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548 . **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.** (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

18. พัชรินทร์ คำอินทร์, 2548. **ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว**. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

19. *พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต)*, มปป. **ความสุข 5 ชั้น** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http:///www.Budpage.com/ba32.shtml

20. ประเวศ วะสี. 2548. **มรรค 12 สู่ประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข ถ้าปรารถนาความอยู่เย็นเป็นสุข ก็ต้องใช้ดัชนีวัดความอยู่เย็นเป็นสุข**. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

21. พีระศักดิ์ ศรีฤาชา, 2545. **ชีวิตที่มีความสุขของผู้สูงอายุในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น : กรณีศึกษาบ้านไก่นา อำเภอเมือง.** วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 11, ฉบับที่ 1, มกราคม-กุมภาพันธ์ 2545 หน้า 54

22. รศรินทร์ เกรย์, อนุชาติ พวงสำลี, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา บรรณาธิการ, 2550. **หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของคนไทย**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

23. พัทรินทร์ บุญเสริม, 2547. **ความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุในเขตอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ** ออนไลน์ http://www.jvkk.go.th/researchnew/datails.asp?code=764

24. ภัณฑิรา อิฐรัตน์ และคณะ, 2545. **ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

25. นุชนาฏ ยูฮันเงาะ, 2545. “การกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุในสังคมไทย.” **วารสาร มฉก. วิชาการ** 7, 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2514)

26. คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2549. **รายงานการสำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

27. พรพิมล นวนกุล, 2549. **บทบาทของผู้นำชุมชนในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น**. (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

28. http://www.bangkokhealth.com/healthnews_htdoc/healthnews_ detailsp?Number = 16722

29. http://www.moe.go.th/new_site /node/20/224/news_sec_detail/1263

30. จอห์น โนเดล และคณะ, 2547. **ผลกระทบจากการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ของบุตรวัยผู้ใหญ่ต่อบิดามารดาสูงวัย.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, น.22.

31. องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ, 2548. **สู้ด้วยรัก: ผู้สูงอายุกับโรคเอดส์ในประเทศไทย**, น.9.

32. พรรณี ปิ่นทอง และ ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2546. **ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเอดส์ : สภาพชีวิตและสวัสดิการที่ต้องการ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย .

33. ศรีวรรณ์ สรงแก้ว, 2546. **บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดบุรีรัมย์**, นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

34. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, http://g2.thaingo.org /writer /view. php?id=593

35. ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ วณิชา พึ่งชมภู , 2549. **โครงการเอชไอวี/เอดส์และผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือของไทย**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, น.9.

# บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ

ศิริวรรณ ศิริบุญ

## 1. คำนำ

การที่ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการคาดหวังให้เข้าไปมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล เกื้อหนุนผู้สูงอายุ เนื่องจากเหตุผลสำคัญสามประการคือ ประการแรก-แนวโน้มของการขยายตัวของประชากรสูงอายุและความต้องการการเกื้อกูลสนับสนุนที่เพิ่มสูงขึ้น[1] ประการที่สอง-โอกาสของความมั่นคงหรือความไม่เพียงพอของการเกื้อกูลสนับสนุนภายในครัวเรือนหรือครอบครัวอาจเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบของครัวเรือนจากครัวเรือนขยายเป็นครัวเรือนเดี่ยว จำนวนบุตรและจำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนลดลง แรงกดดันในสังคมที่ทำให้ลักษณะของแรงงานในครัวเรือนลดลงเพราะผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น การขยายตัวของเขตเมืองและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีพอย่างอิสระของผู้สูงอายุ ตลอดจนวัฒนธรรม-ทัศนคติ-รูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนแปลง[2,3,18] ประการที่สาม-แนวทางของนโยบายหลักระดับชาติที่กำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัว[4,5]

การดูแลผู้สูงอายุถือเป็นบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ที่มีพื้นฐานมาจากบรรทัดฐานสำคัญ 3 ประการคือ การต่างตอบแทน (reciprocity) ความเสมอภาค (equity) และความรับผิดชอบของสังคม (social responsibility)[6] ภายใต้กรอบแห่งบรรทัดฐานทางสังคม สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายสังคมซึ่งจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามขนาดของเครือข่าย ก็จะจำแนกได้เป็นเครือข่ายรวม (Total Network) และเครือข่ายย่อย (Partial Network) หรือถ้าจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ก็จะแบ่งเป็นเครือข่ายตรง (Direct Network) และเครือข่ายอ้อม (Indirect Network)[7]

อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ระดับคือ ระดับครอบครัวและระดับชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวนับเป็นสถาบันสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ เนื่องจากระบบสวัสดิการสังคมหลายด้านของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรในวัยสูงอายุ ดังนั้น การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากครอบครัวจึงทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นทางเศรษฐกิจหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆของผู้สูงอายุเป็นไปได้ดี[8] แต่เนื่องจากเป็นที่คาดการณ์กันว่าเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติจะมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (community-based approach) และการเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น “พี่เลี้ยง” และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง[9]

ในบทความนี้ การทบทวนบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็นต่างๆ 6 ประเด็นได้แก่ 1) การให้คำนิยามหรือความหมายของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ 3) เครือข่ายการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน 4) ภาระหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุ 5) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อผู้สูงอายุ และ 6) ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เนื่องจากการทบทวนบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งครอบคลุมเอกสารของทางราชการและรายงานการวิจัย ผลการทบทวนปรากฏว่า ประเด็นสำคัญของการทบทวนบางประเด็นโดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีผลงานวิจัยค่อนข้างน้อยเนื่องจากการถ่ายโอนภาระงานด้านผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบเพิ่งเริ่มดำเนินการเมื่อไม่นานมานี้

**2. ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ความหมายและขอบเขต**

การที่จะพิจารณาว่าชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทและหน้าที่ต่อผู้สูงอายุอย่างไรและมากน้อยเพียงใดนั้นสิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นประเด็นแรกคือ “ชุมชน” และ “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายถึงอะไร สำคัญอย่างไร และเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเด็นใด สำหรับ **“ชุมชน”** นั้น สามารถพิจารณาได้ 3 สถานะคือ 1) หน่วยของถิ่นที่อยู่ (Territorial Unit) 2) หน่วยของจิตใจและวัฒนธรรม (Psychological Unit) และ 3) หน่วยองค์กรทางสังคม (Social Organization Unit)[10] ซึ่งความชัดเจนในสถานะของชุมชนจะทำให้บทบาทหน้าที่และการดำเนินงานของชุมชนที่มีต่อสมาชิกของชุมชนมีความชัดเจน ในกรณีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุพบว่า ขอบเขตของการดำเนินงานชุมชนในเขตชนบทมีความชัดเจนกว่าในเขตเมือง โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่เช่น กรุงเทพมหานคร เพราะขอบเขตพื้นที่ชุมชนในเขตชนบทคือระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน ซึ่งความหมายของชุมชนถูกนิยามไว้อย่างชัดเจนตามเขตการปกครอง ในขณะที่เขตเมืองนั้น ขอบเขตของความเป็นชุมชนมีความซับซ้อนมากกว่า หลายพื้นที่พบว่าคนในพื้นที่ไม่สามารถระบุได้ว่าตนเป็นสมาชิกของชุมชนใด เพราะคำจำกัดความของความเป็นชุมชนยังไม่ชัดเจน หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวเนื่องกับชุมชน ให้คำนิยามชุมชนในเขตเมืองต่างกัน สำนักว่าการกรุงเทพมหานครนิยามว่า ชุมชน หมายถึง ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง เคหะชุมชน หมู่บ้านจัดสรร และชุมชนเมืองที่สำนักงานกรุงเทพมหานครกำหนดขึ้นโดยทำเป็นประกาศของกรุงเทพมหานคร ในขณะที่สำนักงานการเคหะแห่งชาติให้ความหมายว่า ชุมชนเมือง หมายถึง พื้นที่ที่มีการอยู่อาศัยหนาแน่น ซึ่งความไม่ชัดเจนในขอบเขตของชุมชนได้ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในชุมชนด้วย[11] การศึกษาวิจัยเรื่องของชุมชนกับผู้สูงอายุเท่าที่มีในปัจจุบันมีการแบ่งชุมชนตาม 2 แนวคิดหลักคือ [12]

1. ชุมชนในฐานะหน่วยทางสังคม ซึ่งเปรียบเหมือนระบบย่อยที่มีศักยภาพในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกของชุมชนทั้งทางกาย จิตใจ และชีวิตทางสังคม เป็นเครือข่าย

ของการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกซึ่งประกอบด้วยสถานภาพ บทบาทของบุคคล กลุ่มคน และสถาบัน โดยมีความสัมพันธ์ทั้งในแนวตั้งและแนวราบ

2. ชุมชนในฐานะที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมทั้งมวล โดยสมาชิกของชุมชนจะมีความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีความผูกพัน มีความรู้สึกร่วมกัน มีสายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกชุมชน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีค่านิยม บรรทัดฐานทางสังคม วิถีชีวิต จารีตประเพณี กฎเกณฑ์ทางสังคม เป้าหมายทางสังคม และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

สำหรับ **"องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น"** นั้น มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าหมายถึง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เมืองพัทยา เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง และกรุงเทพมหานคร การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้นเป็นเพราะถึงแม้การเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศในปี พ.ศ. 2475 มาสู่ระบอบประชาธิปไตยจะมีจุดมุ่งหมายชัดเจนที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปกครอง แต่การบริหารราชการแผ่นดินก็ยังเป็นการรวมศูนย์อำนาจการปกครองไว้ที่ส่วนกลาง มิได้กระจายอำนาจการปกครองไปสู่ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง[13] การดำเนินงานยังคงให้ความสำคัญและให้น้ำหนักกับการบริหารราชการส่วนกลาง (ระดับกระทรวง ทบวง กรม) และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค (ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน) มากกว่าการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น (เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และ องค์การบริหารส่วนตำบล) ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุในท้องถิ่นเท่าที่ผ่านมาส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของการบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมากกว่าที่จะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 นับเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่บ่งชี้อย่างชัดเจนถึงการให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองและการบริหารจัดการไปสู่ท้องถิ่นอย่างจริงจัง ดังที่ปรากฏความตามมาตรา 78 หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

*มาตรา 78 รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นและระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น*

- ยิ่งไปกว่านั้น กฎหมายรัฐธรรมนูญปี พุทธศักราช 2540 ยังได้กำหนดหลักการสำคัญของการปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ในหลายมาตรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมวด 9 การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีทั้งหมด 9 มาตรา ตั้งแต่มาตรา 282 ถึง มาตรา 290 ทั้งนี้โดยมีหลักการสำคัญในเรื่องสิทธิในการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น (มาตรา 282 และ 283 วรรคหนึ่ง) ความเป็นอิสระของท้องถิ่น (มาตรา 228 และ 285) การกำกับดูแลการปกครองท้องถิ่น (มาตรา 283 วรรคสอง) และการกำหนดให้ราษฎรในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปกครองและการบริหารกิจการท้องถิ่น (มาตรา 46, 286, 287,289, 290) และที่สำคัญยิ่งก็คือในมาตรา 284 ได้ระบุ

อย่างชัดเจนว่าให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [14]

เพื่ออนุวัตตามมาตรา 284 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ขึ้น ซึ่งมีสาระสำคัญในการกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ และตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการ เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและรายงานต่อรัฐสภา [15]

เมื่อพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ผ่านความเห็นชอบจากรัฐสภาและประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในการปกครองของประเทศ อำนาจรัฐที่เคยรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางและภูมิภาคได้ถูกจัดความสัมพันธ์ใหม่ โดยให้มีการถ่ายโอนไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (devolution)[16] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้าง บทบาท และภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้โดยแนวทางการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงานด้านผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์รัฐตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 [4] และ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2525-2544) และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) [5]

**3. บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ**

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุหลายทฤษฎีไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) หรือ ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) มีสาระสำคัญที่สอดคล้องกันว่ากิจกรรมทางสังคมมีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น กระฉับกระเฉง กระตือรือร้น มีพลัง (active aging) ไม่เหงา มีเพื่อน มีสังคม ไม่คิดมาก มีผลงาน รู้สึกภาคภูมิใจ เกิดผลดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม การมีกิจกรรมหรือมีบทบาทในสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัว มีงานอื่นมาทดแทนงานเดิม ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่ายังมีคุณค่า มีประโยชน์ เป็นที่ยอมรับของสังคม สร้างคุณค่าให้ตนเอง รักษาความเป็นตัวตนของตนเอง [19,20,21,22] การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อการมีกิจกรรมหรือชีวิตทางสังคมที่อยู่นอกเหนือกรอบของครอบครัวจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของชุมชน โครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยชี้แนะให้เห็นว่า ผู้สูงอายุต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานวันสูงอายุ วันสงกรานต์ งานบุญ

และอื่นๆซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 50) ที่ตั้งไว้ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด (เพียงร้อยละ 25.1) และต่ำกว่าเป้าหมายในแผนฯอย่างมาก

ส่วนภาคอื่นๆมีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนของผู้สูงอายุสูงกว่าเป้าหมายของแผนฯโดยมีภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุด (ร้อยละ 85.8)[23]

นอกเหนือจากความต้องการกิจกรรมทางสังคมแล้ว ผลการศึกษาที่รวบรวมได้จากงานวิจัยหลายโครงการพบว่าปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาทางสุขภาพอนามัย โดยปัญหาทางเศรษฐกิจนับเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุด ทั้งนี้เพราะความสามารถในการผลิตของผู้สูงอายุลดลงตามสมรรถภาพของร่างกายที่ค่อยๆเสื่อมถอยลง ยิ่งอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมเพิ่มมากขึ้น[24] อัตราการเข้าสู่แรงงานและอัตราการทำงานของกลุ่มประชากรสูงอายุที่พร้อมจะทำงานยังอยู่ในระดับต่ำ สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 โดยศึกษาผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการสำรวจพบว่า อัตราการเข้าสู่แรงงานของผู้สูงอายุทั้งหมดมีประมาณร้อยละ 41.7 โดยกรุงเทพมหานครมีอัตราการเข้าสู่แรงงานของประชากรสูงอายุต่ำที่สุด คือประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร และภาคใต้มีอัตราการเข้าสู่แรงงานของประชากรสูงอายุสูงที่สุด (ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมดในภาคใต้) การหาอัตราการทำงานหรืออัตราการว่างงานในผู้สูงอายุที่พร้อมจะทำงาน แสดงว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.6) ของผู้สูงอายุที่พร้อมจะทำงานได้ทำงานในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ อีกร้อยละ 14.4 ว่างงาน (คือไม่ได้ทำงาน แต่ต้องการทำงาน) โดยอัตราการว่างงานสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและต่ำที่สุดในภาคใต้ [25] นอกจากนี้ เป้าหมายในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 คือ อัตราการทำงานของกลุ่มประชากรสูงอายุที่พร้อมจะทำงาน (กำลังทำงานหรือต้องการทำงานแต่ไม่มีงานทำ) ควรมากกว่าร้อยละ 90 ของอัตราการทำงานของกลุ่มประชากรอายุ 40-59 ปี ผลการสำรวจภาวะการทำงานไตรมาสที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2550) ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า โดยรวมอัตราการทำงานของประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 86 ของอัตราการทำงานในกลุ่มประชากรอายุ 40-59 ปี ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนต่ำที่สุด (ร้อยละ 83.2) ส่วนกรุงเทพมหานคร ภาคกลางและภาคใต้ มีค่าอัตราส่วนนี้สูงใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 88[26]

การศึกษาหลักประกันยามชราภาพในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับบำเหน็จ/บำนาญในช่วง 1 ปีก่อนวันสัมภาษณ์ หรือผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคม/กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ/กองทุนประกันอื่นๆสำหรับยามชราภาพหรือผู้ที่กำลังทำงานแต่จะเลือกรับบำเหน็จหรือบำนาญเมื่อออกจากงานหรือเกษียณ พบว่า ในทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีหลักประกันยามชราภาพสูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 10) ที่ตั้งไว้ในแผนผู้สูงอายุเล็กน้อย โดยร้อยละ 13.8 ของผู้สูงอายุมีหลักประกันยามชราภาพ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนที่มีหลักประกันยามชราภาพสูงที่สุด (ร้อยละ 24.1) และภาคใต้ต่ำที่สุด (ร้อยละ 9.2) [25] การศึกษาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอและไม่ได้รับสวัสดิการรายได้ต่อ

ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอ พบว่าสัดส่วนที่ไม่ได้รับสวัสดิการรายได้ของผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงสูงกว่าร้อยละ 30[23]

เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยจากหลายแหล่งยืนยันว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ในประเด็นดังกล่าวนี้ ผลการศึกษาในหลายชุมชนพบว่า ชุมชนได้ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุในรูปของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้และการมีกองทุนในชุมชน ซึ่งหมายถึง เงินจากทุกแหล่งเพื่อเป็นทุนเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ ผลการศึกษาภายใต้โครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) พบว่า สัดส่วนหมู่บ้านที่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้ในช่วงปี พ.ศ.2545 ถึง 2549 มีประมาณร้อยละ 60 ของหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถาม ภูมิภาคที่มีสัดส่วนของหมู่บ้านที่มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเสริมรายได้สูงที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (65%) รองลงมาคือภาคเหนือ (60%) ภาคใต้ (58%) และภาคกลาง (52%) ตามลำดับ สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุกับกลุ่มกิจกรรมเสริมรายได้นั้น ในระดับประเทศมีหมู่บ้านประมาณร้อยละ 60 รายงานว่าผู้สูงอายุในหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มกิจกรรมเสริมรายได้ ซึ่งผลการประเมินแสดงว่าผ่านการประเมินเพราะในปี พ.ศ.2549 เป้าหมายของการดำเนินการที่ตั้งไว้คือร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่า สัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงกันในทุกภูมิภาคของประเทศคือ ภาคเหนือ (62%) ภาคใต้ (61%) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (60%) และภาคกลาง (59%)[23] ผลการศึกษาสัดส่วนของหมู่บ้านที่มีกองทุนในชุมชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 36 ของหมู่บ้านทุกหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถามรายงานว่ามีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (เป้าหมายคือ ร้อยละ 20) เมื่อจำแนกผลการศึกษาตามรายภาคพบว่า ภาคเหนือ (40%) ภาคกลาง (39%) และภาคใต้ (38%) เป็นพื้นที่ที่รายงานว่ามีกองทุนผู้สูงอายุในหมู่บ้านเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่รายงานว่าหมู่บ้านมีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนที่ต่ำที่สุด (27%) ถึงแม้สัดส่วนของหมู่บ้านที่มีกองทุนผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันในระดับภูมิภาค แต่สำหรับหมู่บ้านที่มีกองทุนพบว่า จำนวนปีที่ตั้งกองทุนเพื่อผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันในระดับภูมิภาค เพราะแต่ละหมู่บ้านมีกองทุนผู้สูงอายุในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันคือโดยเฉลี่ยประมาณ 5 ปี[25]

นอกเหนือจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแล้ว สุขภาพก็เป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งของผู้สูงอายุ โดยปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการถดถอยของสมรรถนะร่างกาย ภาวะทุพพลภาพและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ถึงแม้ผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 จะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพของตนเองดีขึ้น[25] แต่ผลการวิจัยหลายโครงการพบสอดคล้องกันว่าถึงแม้ผู้สูงอายุไทยจะมีอายุยืนยาว แต่ช่วงชีวิตที่อยู่ในระยะที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีภาวะทุพพลภาพที่ต้องการพึ่งพายังอยู่ในระดับสูง ภาวะนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น[18] และผู้สูงอายุหญิงจะมีอายุคาดหวังที่ปราศจากปัญหาสุขภาพและปราศจากภาวะทุพพลภาพสั้นกว่าผู้สูงอายุชาย ระดับของทุพพลภาพมีความแตกต่างกันตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรส ผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องรายได้ มีระดับของภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น[43] นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีประมาณร้อยละ 3.1 สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพนอนติดเตียงพบว่าร้อยละ 50 มีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 25 ไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติ และมีถึงหนึ่งในห้าที่มีภาวะทุพพลภาพเกิน 6 เดือน[66] กว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุและโดยเฉลี่ยมีมากกว่า 1 โรค ประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และร้อยละ 15 มีภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้าน ขณะเดียวกันร้อยละ 0.8 และร้อยละ 0.2 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ โดยภาพรวมมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 และ 38 สำหรับเพศชายและหญิงตามลำดับที่ต้องการการดูแลและมีผู้ดูแล ในขณะที่ร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแต่ขาดผู้ดูแลในบ้านจำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ[52]

ในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพสามารถแบ่งระบบดูแลอย่างคร่าว ๆ ได้เป็น 2 ระบบ คือ การดูแลด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal care givers) ได้แก่ ครอบครัว ญาติมิตร และเครือข่ายในชุมชน และการดูแลด้วยผู้ดูแลที่ทำงานเป็นอาชีพ (formal care givers) ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนก็ได้ ทั้งนี้อาจเป็นการดูแลที่บ้าน (home care) หรือดูแลในสถานที่เฉพาะ[71] สำหรับการดูแลด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการโดยฉพาะในส่วนของชุมชนนั้นกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ร่วมกับภาคประชาชนในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2550 เห็นชอบให้มีการขยายผลโครงการให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2550พบว่ามีอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนทั่วประเทศจำนวน 4,577 คนสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุจำนวน 37,495 คน[84] นอกจากนี้ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุยังได้ริเริ่มให้มีการดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยเป็นโครงการนำร่องใน 7 จังหวัดทุกภูมิภาคได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี และในปี พ.ศ. 2550 ได้ดำเนินการแล้วเสร็จใน 3 จังหวัดคือ ขอนแก่น พัทลุง และสกลนคร โดยมีกิจกรรมทางด้านสุขภาพได้แก่การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายและโภชนาการ[85]

กล่าวโดยสรุป ผลจากการทบทวนบทบาทของชุมชนที่มีต่อการเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่า ชุมชนได้เข้าไปมีส่วนในการเกื้อหนุนและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุในหลายด้านโดยฉพาะในด้านที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพอนามัย เป็นที่น่าสังเกตว่า การให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยชุมชนเริ่มมีรูปแบบที่เปลี่ยนไปจากการเกื้อหนุนที่ไม่เป็นทางการหรือการช่วยเหลือกันในระดับบุคคลมาเป็นการให้การเกื้อหนุนในรูปของกลุ่มหรือองค์กรที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น ไม่ใช่การให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นครั้งคราว อาทิ เช่น การจัดให้มีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ การมีกิจกรรมเสริมรายได้เพื่อผู้สูงอายุ การมีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การมีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

**4. เครือข่ายการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน**

ชุมชนให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุผ่านทางเครือข่ายทางสังคมหลายเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรในชุมชุน สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือ

สมาคมต่าง ๆที่น่าจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเอง การรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ[86] ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้วการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นส่วนใหญ่[27] สำหรับกลุ่มหรือสมาคมในชุมชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจหลายโครงการพบว่า กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี สหกรณ์เกษตร สหกรณ์ออมทรัพย์/กลุ่มออมทรัพย์ เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญ[28,29,30] ในบรรดากลุ่มต่าง ๆเหล่านี้ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์และชมรมผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายและมีสมาชิกมากที่สุด

กล่าวโดยสรุป เครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้นมีเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) องค์กรเอกชนและองค์กรอิสระ ซึ่งมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1) **เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน** นับเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อการให้การเกื้อหนุนหรือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ พบว่ามีความผูกพันระหว่างครอบครัว/เครือญาติกับเพื่อน/เพื่อนบ้านจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ว่าผู้ใดเป็นเครือญาติ และผู้ใดเป็นเพื่อน/เพื่อนบ้าน เพราะความผูกพันที่ลึกซึ้งเป็นเวลานานก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นเฟ้น[31] ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้น่าจะเป็นจริงในสังคมชนบท แต่สังคมในเขตเมืองที่มีความสัมพันธ์กันแบบทุติยภูมิ (secondary group) มีลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ต่างคนต่างอยู่และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อยนั้น บทบาทของเพื่อน/เพื่อนบ้านในการดูแลผู้สูงอายุน่าจะมีน้อยกว่าในเขตชนบท[24]

2) **ผู้นำชุมชน** เครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชนจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ยกเว้นเครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้หรือได้รับจากครอบครัวและเครือญาติ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกะทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การดูแลเมื่อตกทุกข์ได้ยาก การให้ข่าวสารและการแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น[31]

3) **วัดและองค์กรทางศาสนา** วัดและองค์กรทางศาสนานับเป็นสถาบันทางสังคมในชุมชนที่ทำหน้าที่เป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่สำคัญยิ่งในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ผลงานวิจัยของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ชี้แนะให้เห็นว่า ผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเห็นสอดคล้องต้องกันว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่ควรส่งเสริมให้แก่ผู้สูงอายุ คือกิจกรรมทางศาสนา การเข้าวัด ฟังธรรม ทำบุญ และส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณี เพราะกิจกรรมต่าง ๆเหล่านี้มีบทบาทหน้าที่ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับการยอมรับได้รับการยกย่องจากชุมชนและแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบที่สำคัญก็คือ การดำเนินงานของชุมชนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้น สังคมหรือชุมชนควรร่วมกันดูแล

ผู้สูงอายุภายใต้ระบบ “บวร” โดยมี บ้าน วัด และโรงเรียน เป็นองค์กรหลักในการหล่อหลอมจิตใจ สร้างจิตสำนึกให้มีการดูแลและเอาใจใส่ผู้สูงอายุ[23] ทั้งนี้เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและกิจกรรมทางด้านสังคมของชุมชน[32] และวัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมและได้ “ชีวิตทางสังคม” จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น[33] นอกจากนั้นวัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค และที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งพิง วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่อย่างเป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนและทำหน้าที่เหมือนบ้านพักคนชราไปด้วยในตัว[34]

การศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ และคณะ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) ที่อาศัยอยู่ใน “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะเป็นการอาศัยอยู่ในวัด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในวัดเป็นผู้สูงอายุชายซึ่งมักบวชเป็นพระ แม้ผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยใน ”ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะมีน้อย แต่ราว 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุหญิงเหล่านี้อาศัยอยู่ในวัดในฐานะชี ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าวัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่นอกเหนือจากครอบครัว[35]

ในปี พ.ศ. 2546 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มแนวคิด “วัดส่งเสริมสุขภาพ” โดยมีเป้าหมายให้วัดทำหน้าที่เป็นสถานที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินและตัวชี้วัดซึ่งในปี พ.ศ. 2550 มีวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่นทั่วประเทศ 299 วัด และมีวัดผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐาน 825 วัด ในปี พ.ศ. 2551 มีการกำหนดเป้าหมาย 1 อำเภอ 1 วัดส่งเสริมสุขภาพ[17] ซึ่งโครงการดังกล่าวนี้มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกายและใจ

การศึกษาเกี่ยวกับจำนวนวัดที่จัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ.2545-2549 จากข้อมูลที่ได้รับกลับจากสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด 70 จังหวัด รายงานว่ามีวัดทั้งสิ้น 30,419 วัด สำนักสงฆ์ 12,703 แห่ง มูลนิธิทางศาสนาพุทธ 210 แห่ง ส่วนข้อมูลจากสำนักวัฒนธรรมจังหวัด 69 จังหวัด รายงานว่ามีโบสถ์คริสต์ 1,606 โบสถ์ มูลนิธิทางศาสนาคริสต์ 38 แห่ง และมี 3,166 มัสยิด เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั้งหมด ปรากฏว่า องค์การทางศาสนาที่มีการจัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุมากที่สุด คือมูลนิธิทางศาสนาคริสต์ รองลงมาคือโบสถ์คริสต์และมูลนิธิทางศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 68.4, 18.2 และ 15.7 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า วัดและสำนักสงฆ์ มีสัดส่วนที่จัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุต่ำกว่าองค์กรของศาสนา และเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนขององค์การทางศาสนาที่จัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ พบว่า มูลนิธิทางศาสนาคริสต์ก็ยังคงมีสัดส่วนที่จัดโครงการ/กิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุสูงที่สุด คือ ร้อยละ 71.0 รองลงมาคือมูลนิธิทางศาสนาพุทธ และโบสถ์คริสต์ตามลำดับ คือ ร้อยละ 25.7 และ 22.2 สำหรับวัดและมัสยิด มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 19 โดยรวมทั่วทั้งประเทศ สัดส่วนขององค์กรศาสนาที่จัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 4.3 ขณะที่สัดส่วนองค์กรทางศาสนาที่จัดโครงการ/กิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 19.7 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากการรายงานของสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดและสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด ซึ่งอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะทางวัดหรือมูลนิธิอาจไม่ได้รายงานกิจกรรมทุกกิจกรรมที่จัดทำเพื่อผู้สูงอายุให้กับสำนักงาน

ทั้ง 2 แห่งทราบ และกิจกรรมหลายประเภทเป็นกิจกรรมที่วัดหรือองค์กรทางศาสนาจัดขึ้นโดยไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณ การดำเนินการไว้ล่วงหน้า และหลายกรณีเกิดจากเงินบริจาค[23] ถึงแม้จะยังมีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับข้อมูล แต่ผลการศึกษาก็ชี้แนะให้เห็นว่าวัดและองค์กรทางศาสนาในฐานะของเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนเป็นองค์กรที่มีส่วนสำคัญในการให้การดูแลเกื้อหนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

4) **ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา** ชมรมผู้สูงอายุนับเป็นการรวมตัวของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนโดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินการ ชมรมผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ชมรมเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ มีระเบียบข้อบังคับ สถานที่ และเงินทุน การจัดกิจกรรมจัดขึ้นตามความต้องการและความสนใจของสมาชิกเป็นหลัก ชมรมผู้สูงอายุได้รับการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2505 (สมัยนั้นเรียกชุมนุมผู้สูงอายุ) โดยมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์ โรงพยาบาลประสาทพญาไท จากความคิดริเริ่มของศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร[36,37] แต่การดำเนินงานในระยะนั้นยังค่อนข้างจำกัดอยู่ในวงแคบ การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเริ่มขยายวงกว้างขึ้นในปี พ.ศ.2525 โดยกระทรวงมหาดไทยได้มีหนังสือไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในระดับภูมิภาค อย่างไรก็ตามในระยะแรกชมรมผู้สูงอายุยังไม่เป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่เป็นที่รู้จักของผู้สูงอายุ การสำรวจโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2529 โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไม่มีความคิดเกี่ยวกับกลุ่มหรือชมรมสำหรับผู้สูงอายุ[38] ในระยะแรกของการดำเนินงานจะเป็นการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจากส่วนกลางจึงเป็นเหตุให้ขาดความสนใจอย่างแท้จริงจากระดับชุมชน ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินงานหลายรูปแบบ ทั้งที่ดำเนินการเป็นเอกเทศ แบบอยู่ในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย แบบอยู่ในเครือข่ายของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัดและบางชมรมก็อยู่ในเครือข่ายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[83] ด้วยเหตุนี้การรายงานจำนวนชมรมผู้สูงอายุจึงมีความแตกต่างกัน

ในปี พ.ศ.2539 บรรลุ ศิริพานิช และคณะ[39] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องชมรมผู้สูงอายุและรายงานว่ามีชมรมผู้สูงอายุตามทะเบียนรายชื่อรวมทั้งสิ้น 3,487 ชมรม แต่จากรายงานของส่วนอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รวบรวมจำนวนชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 59 จังหวัดจากทั้งหมด 75 จังหวัด ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2542 พบว่ามีจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งสิ้นถึง 18,521 ชมรม[40] ในช่วงปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2550 มีชมรมผู้สูงอายุที่จดทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,200 ชมรม และเพิ่มเป็น 4,019 ชมรม ในปี พ.ศ. 2547 จำนวน 8,231 ชมรม ในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 11,398 ชมรม ในปี พ.ศ. 2549 และ จำนวน 13,652 ชมรม ในปีพ.ศ. 2550 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2551 ข้อมูลการจดทะเบียนจำนวนชมรม ผู้สูงอายุ ของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยมีชมรมผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 15,230 ชมรม ซึ่งในความเป็นจริงน่าจะมีชมรมผู้สูงอายุมากกว่านี้ เพราะหลายชมรมตั้งอย่างไม่เป็นทางการและอยู่ภายใต้การสนับสนุนหรือดูแลขององค์กรอื่น [41]

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามชุมชนที่ดำเนินการโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2550 แสดงว่า ประมาณร้อยละ 57 ของหมู่บ้านทั่วประเทศที่ตกเป็นตัวอย่างรายงานว่ามีชมรมผู้สูงอายุและมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่รายงานว่าชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านไม่เคยจัดกิจกรรมใดๆเลย ภูมิภาคที่ชมรมผู้สูงอายุไม่เคยจัดกิจกรรมเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (7.8%) รองลงมาคือภาคกลาง (7.0%) ภาคเหนือ (6.3%) และภาคใต้ (5.0%) ตามลำดับ สำหรับหมู่บ้านที่รายงานว่าชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมก็มีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ เพราะประมาณร้อยละ 65 ของหมู่บ้านทั่วทั้งประเทศรายงานว่าชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมทุกปี ภูมิภาคที่รายงานว่าชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกปีเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคือภาคกลาง (72.1%) รองลงมาคือภาคเหนือ (69.0%) ภาคใต้ (64.4%) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (54.4%) ตามลำดับ[23]

ถึงแม้จะมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย แต่ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยและพบว่า ผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 43.9) ต่ำที่สุดในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 4.6) ประมาณร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุรายงานว่าชมรมไม่มีกิจกรรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนที่รายงานว่าชมรมไม่มีกิจกรรมสูงกว่าภาคอื่นๆ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยประมาณ 1 ใน 5 เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมภาคเหนือมีผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมในสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนกรุงเทพฯต่ำที่สุด คือมีเพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ผู้สูงอายุและร่วมกิจกรรมของชมรม[25]

การศึกษาการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในมุมมองของผู้สูงอายุและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนช่วยเหลือเผื่อแผ่ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันจึงถือเป็นการ “เติมเต็มให้กัน” อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้วยกันก็ยังคงมีข้อจำกัดที่ดูแลได้เฉพาะผู้ที่เป็นสมาชิก เพราะในความเป็นจริงผู้สูงอายุด้อยโอกาสจะไม่เข้าชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตกเป็นตัวอย่างมีการเสนอแนะว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มต่างๆในชุมชนควรเข้าร่วมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่ควรรอให้ถึงอายุ 60 ปี เพราะการได้เข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมก่อนวัยสูงอายุนั้น เป็นการเตรียมปรับตัวเองให้เข้ากับสังคมสูงอายุ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอื่นๆในสังคม อาทิเช่น คนวัยหนุ่มสาว ที่จะเข้ามาช่วยด้านงานทะเบียน งานการเงิน และงานบัญชี ซึ่งภาครัฐควรเข้าไปส่งเสริมให้คนกลุ่มอื่นเข้ามาช่วยชมรมผู้สูงอายุ และให้ความรู้แก่ผู้ที่เข้ามาช่วยสนับสนุนงานของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการให้ความเห็นว่า ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครผู้สูงอายุ ถึงแม้จะเป็นกลุ่มที่ “ทำงานด้วยใจ” และทำงานในรูปของอาสาสมัคร แต่บุคคลเหล่านี้ก็มีภาระในด้านค่าใช้จ่าย อาทิเช่น ค่าน้ำมันรถ ค่ายานพาหนะ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐควรให้การสนับสนุนงบประมาณหรือปัจจัย รวมทั้งให้มีมาตรการในการป้องกันอันตรายและคุ้มครองอาสาสมัคร สำหรับชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่เป็น

อาสาสมัครในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน ควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ อนามัย การฝึกอบรมอาชีพ การพัฒนาอาชีพ การให้คำแนะนำและหลักจิตวิทยา รัฐควรให้การสนับสนุนอุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการให้การดูแลหรือฝึกอบรมให้แก่ผู้สูงอายุ และประเด็นสำคัญก็คือ ส่วนราชการควรให้ความสนใจและสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมและจัดกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุในหลายๆหมู่บ้านและแต่ละชมรมก็เป็นเอกเทศและอาจไม่ได้ติดต่อกัน ผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเสนอแนะว่าควรมีพื้นที่หรือศูนย์ระดับอำเภอที่ชมรมผู้สูงอายุในทุกๆหมู่บ้านได้มีโอกาสพบปะ ติดต่อสังสรรค์ หรือแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน และเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งที่ทำให้ อบต. ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน จึงควรให้มีสภาผู้สูงอายุในแต่ละตำบลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสนำเสนอสิ่งที่ตนต้องการและสนใจ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุ รัฐควรเข้าใจว่ายุทธศาสตร์ในการจัดการควรให้เป็นไปตามธรรมชาติเขตภูมิศาสตร์และท้องถิ่นเป็นผู้กำหนด ไม่ใช่กำหนดยุทธศาสตร์โดยรัฐ การมีสภาผู้สูงอายุในท้องถิ่นจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในบทบาท สิทธิ และหน้าที่ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ไม่ใช่การทำตามรูปแบบ หรือคำสั่งการที่กำหนดโดยรัฐเท่านั้น และโดยเหตุที่ปัจจุบันมี AGENET รวมทั้งมีองค์การเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหลายองค์กรจึงควรมีการประชุมปรึกษาหารือและดำเนินการด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง[23]

นอกเหนือจากชมรมผู้สูงอายุแล้ว กลุ่มที่น่าจะเข้ามามีบทบาทในการเกื้อหนุนและดำเนินการด้านผู้สูงอายุในชุมชนคือ **“คลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชน”** โครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชนเป็นโครงการที่ริเริ่มดำเนินการเมื่อไม่นานมานี้ โดยเป็นการพยายามสร้างคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความรู้และประสบการณ์สั่งสมมานานเพื่อให้สามารถพัฒนาตนและถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่สมาชิกในชุมชนได้รับรู้และสืบสานต่อไปไม่ให้สูญหาย โครงการนี้เริ่มนำร่องในปีพ.ศ.2548 ที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีพ.ศ.2549 ได้มีการขยายเพิ่มต่อไปอีก 8 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงราย ลำพูน บุรีรัมย์ มหาสารคาม สุพรรณบุรี เพชรบุรี พัทลุง และสงขลา และในปีพ.ศ.2550 ขยายออกไปอีก 4 จังหวัด คือ แพร่ สกลนคร จันทบุรี และตรัง โครงการนี้นับเป็นอีกโครงการหนึ่งที่พยายามสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นคลังปัญญาในท้องถิ่นกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและหน่วยงานต่างๆในระดับจังหวัด[42] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผลการศึกษาเชิงประจักษ์ถึงสัมฤทธิผลของคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชนว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใด

5) **กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์** กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกมากที่สุด โดยข้อเท็จจริงแล้วกลุ่มนี้ไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในขณะที่มีชีวิตอยู่ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางด้านสันทนาการหรือส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ แต่เป็นการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่างสมศักดิ์ศรีพอควรและสมาชิกในครอบครัวไม่ต้องลำบากด้านการเงิน การฌาปนกิจสงเคราะห์ได้รับความนิยมทั่วไปในสังคมไทยมาเป็นเวลานาน แต่ในระยะหลังเกิดปัญหาการทุจริต

รัฐบาลจึงออกพระราชบัญญัติการฌาปนกิจสงเคราะห์ปี พ.ศ.2517 โดยให้มีการจดทะเบียนเป็นสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์กับทางราชการ (กรมประชาสงเคราะห์ในขณะนั้น)[40] ในปี พ.ศ.2541 มีสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ที่จดทะเบียน 3,206 แห่ง มีสมาชิก 6,230,704 คน จำนวนเงินสงเคราะห์ 4,057 ล้านบาท[44] ด้วยกระบวนการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลาง ปัจจุบันกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยมีพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด (พมจ.) ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ในปี พ.ศ. 2551 มีกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์รวมทั้งสิ้น 3,309 กลุ่มที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายและมีสมาชิกรวมทั้งสิ้นประมาณ 7.7 ล้านคน[45] อย่างไรก็ตามสถิติดังกล่าวเป็นสถิติจากการจดทะเบียนและจำนวนสมาชิกอาจไม่ใช่ผู้สูงอายุทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนในระดับหมู่บ้านยังมีการจัดตั้งกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ขึ้นเองในรูปของความไว้เนื้อเชื่อใจกันอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งไม่มีตัวเลขจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก และยังคงปรากฏว่ามีปัญหาด้านการทุจริต การหลอกลวงและการฉ้อโกงอยู่อย่างเนืองๆ[46]

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหลายรายมีความกังวลใจเกี่ยวกับการจัดงานศพของตนเองและนับเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลอย่างสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องของปัญหาการทุจริต ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐจึงได้กำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในเรื่องการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี โดยปรากฏความตาม “ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546” [4] ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก. วันที่ 31 ธันวาคม 2546[47] ในมาตรา 11(12) ของพระราชบัญญัตินี้ ระบุสิทธิการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ดังปรากฏรายละเอียดในประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี เมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2547[48] ซึ่งการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีนี้นับเป็นการดำเนินงานด้านจิตวิทยาสังคมที่ได้มีส่วนเกื้อกูลผู้สูงอายุที่ยากจนและครอบครัวทางด้านจิตใจได้ระดับหนึ่งเพราะอย่างน้อยเป็นหลักประกันว่าเมื่อเสียชีวิต ร่างของผู้สูงอายุจะไม่ถูกทอดทิ้งแต่จะมีพิธีศพตามหลักความเชื่อ ศาสนา และประเพณี

6) **องค์กรเอกชนและองค์กรอิสระ** ในปัจจุบัน องค์กรเอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้เพราะหน่วยงานภาครัฐมีข้อจำกัดทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และการบริหารจัดการ จากการสำรวจของกรมประชาสงเคราะห์ ในปี พ.ศ.2538 พบว่า มีองค์กรสวัสดิการสังคมภาคเอกชนที่ปฏิบัติงานเพื่อผู้สูงอายุในชุมชนเพียง 29 แห่งเท่านั้น[49] แต่ในปี พ.ศ.2540-2541 พบว่ามีหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการทั้งทางสังคมและ/หรือทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุถึง 554 แห่ง แต่เมื่อส่งแบบสำรวจทางไปรษณีย์ปรากฏว่ามีหน่วยงานเอกชนตอบกลับมาเพียง 78 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่องค์กรเหล่านี้เป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ดำเนินงานในรูปธุรกิจแสวงหากำไร คิดค่าบริการประมาณ 400-800 บาทต่อวัน รองลงมาคือสถานสงเคราะห์ สถานดูแลและพักฟื้น สถานพยาบาลและสถานดูแลพักฟื้นปนกัน สถานสงเคราะห์และสถานดูแลและพักฟื้นปนกัน และรูปแบบอื่นๆ เช่น ศูนย์สงเคราะห์และมูลนิธิ[50] ในปี พ.ศ. 2550 มีความพยายามที่จะศึกษาการให้บริการขององค์กรเอกชนแก่ผู้สูงอายุโดย

การจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ แต่ก็พบว่าไม่ได้รับความร่วมมือและอัตราการตอบกลับต่ำมาก ซึ่งผลการสำรวจหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการผู้สูงอายุของภาคเอกชนส่วนใหญ่จำกัดอยู่เพียงเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองขนาดใหญ่ รูปแบบการดำเนินงานเป็นลักษณะของธุรกิจแสวงหากำไรซึ่งทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องใช้จ่ายสูงมากในการขอรับบริการ ประเด็นที่ควรจะต้องให้ความสนใจอย่างยิ่งคือ การที่อัตราการตอบกลับอยู่ในระดับต่ำส่วนหนึ่งน่าจะสะท้อนให้เห็นว่า หน่วยงานภาคเอกชนไม่ให้ความสนใจในเรื่องการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ความสามารถของหน่วยงานภาครัฐในการควบคุมดูแลหน่วยงานภาคเอกชนอยู่ในระดับที่ไม่น่าพึงพอใจ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการควบคุมกำกับดูแลรูปแบบมาตรฐาน คุณภาพ และความเป็นธรรมในการคิดค่าบริการผู้สูงอายุจากหน่วยงานภาคธุรกิจเอกชนได้ สถานการณ์ดังกล่าวนี้บ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษา ออกแบบระบบ และพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยภาคเอกชนให้มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป [51,52]

การศึกษาสัดส่วนขององค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่มีการจัดงบประมาณและ/หรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2550 สรุปว่าสัดส่วนขององค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่จัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 62.6 ซึ่งต่ำกว่าสัดส่วนขององค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่จัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 84.6 ทั้งนี้โดยองค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ในภาคเหนือมีการจัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 67.9) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 65.7) ต่ำที่สุดคือ ภาคใต้ (ร้อยละ 54.0) หากเมื่อพิจารณาการจัดโครงการเพื่อผู้สูงอายุ กลับพบความแตกต่างกล่าวคือ องค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ในภาคใต้มีสัดส่วนของการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 93.6) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 90.9) ส่วนองค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ไม่มีการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุมากที่สุด คือ องค์กรฯ ในกรุงเทพมหานครคิดเป็นร้อยละ 26.6 การที่องค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ในภาคใต้มีการจัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุน้อย แต่มีการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุสูงที่สุด อาจเป็นเพราะบางกิจกรรมจัดขึ้นโดยไม่ต้องใช้งบประมาณขององค์กรฯ

นอกเหนือจากการจัดงบประมาณหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยทั่วไปแล้ว กิจกรรมที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทสำคัญคือการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถซื้อบริการได้ ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นกรมที่มีภารกิจสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบคุ้มครองประชาชนด้านบริการสุขภาพอันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถพิทักษ์สิทธิ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานกระทรวง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า ปัจจุบัน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยังไม่ได้กำหนดมาตรการเกื้อหนุนเอกชนให้จัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม เท่าที่เป็นอยู่คือ ให้คำแนะนำแก่เอกชนที่สนใจจัดบริการดังกล่าว

เท่านั้น[23] นอกจากนี้ การศึกษาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานการบริการ (ด้านสุขภาพและสังคมของภาคเอกชน) จากพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541[53] กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ.2545[54] และกฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานบริการ พ.ศ. 2545 [55] จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขยังมิได้ออกกฎหมายที่เป็นการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ หากแต่ใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งตาม พรบ. สถานพยาบาลนั้นก็ได้มีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรมแก่บุคคลทั่วไปที่เข้ารับบริการซึ่งหมายรวมถึงผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีการประกาศกฎเพื่อการควบคุมกำกับและการทำมาตรฐานสถานบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ[23]

สำหรับองค์กรอิสระที่ให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะให้บริการในด้านสถานสงเคราะห์คนชราโดยดำเนินงานในรูปของมูลนิธิที่ไม่หวังผลกำไร[56] บริการสวัสดิการที่องค์กรอิสระจัดขึ้นส่วนใหญ่เป็นบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการพื้นฐานที่จำเป็นในการสงเคราะห์ผู้ไร้ที่พึ่ง บริการทางสุขภาพ บริการนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา การฌาปนกิจ และชมรมผู้สูงอายุ องค์กรอิสระที่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย เช่น สภากาชาดไทย Helpage international และองค์กรทางศาสนาต่างๆ การให้การดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในรูปของการสงเคราะห์ทั้งในชุมชนและสถานบริการ ซึ่งยังคงจำกัดอยู่ในบางพื้นที่ การให้การดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในรูปของสถานบริการมากที่สุดโดยส่วนใหญ่แฝงไว้กับวัดทางพุทธศาสนาหรือจัดตั้งโดยองค์กรของศาสนาคริสต์ สถานบริการมีทั้งที่ไม่เก็บค่าใช้จ่ายและเสียค่าบริการบางส่วนตามเศรษฐานะของผู้สูงอายุ สำหรับการให้บริการชุมชนยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับองค์กรที่ให้บริการ เช่น การให้เงินอุดหนุนรายเดือน การสนับสนุนซ่อมแซมที่พักอาศัย และการช่วยเหลือด้านอาหารและเครื่องอุปโภค เป็นต้น[57]

**5. ภาระหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุ**

ภาระหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุเป็นภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะจากส่วนกลาง โดยลักษณะการถ่ายโอนมี 3 แบบคือ 1) ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ และ 3) ภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดไว้ 6 ด้านคือ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และด้านศิลปะวัฒนธรรม จารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยภารกิจงานด้านผู้สูงอายุที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดไว้ชัดเจนในภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต[58] ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจให้ท้องถิ่นดำเนินการแล้ว 180 ภารกิจจาก 245 ภารกิจ ยังไม่ได้ถ่ายโอนอีก 65 ภารกิจ จากการรับภารกิจต่างๆมาดำเนินการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการประเมินผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 12 (14) โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบ

ประสิทธิภาพของผลการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 โดยสอบถามจากประชาชนที่เป็นตัวแทนของการศึกษา ผลการประเมินระบุว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะในภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนจากส่วนราชการให้ประชาชนทั่วไปได้รับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 84.80 ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหนึ่งที่รวมอยู่ในชุมชนย่อมได้รับบริการสาธารณะบางประเภทจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย[59]

ในปี พ.ศ. 2551 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศจำนวน 7,853 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยองค์กรต่างๆหลายองค์กรคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เมืองพัทยา และ กรุงเทพมหานคร[70] ซึ่งแต่ละองค์กรมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุดังนี้

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติว่าด้วยระเบียบบริหารแห่งราชอาณาจักรสยาม พ.ศ. 2476 อำนาจหน้าที่ของ อบจ. ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการจังหวัด พ.ศ.2498 มาตรา 31 และมีพัฒนาการมาโดยลำดับจนกระทั่งได้มีการตราพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2542 เพื่อนำมาใช้ในการบริหาร อบจ. ในปัจจุบัน[13] และโดยอาศัยความตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ของ อบจ. ในการจัดระบบการบริหารสาธารณะไว้ 29 ประการ ซึ่งการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุนับเป็นภารกิจประการหนึ่งของ อบจ. [60]

2. เทศบาล ถือเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นในเขตชุมชนที่มีความเจริญและใช้ในการบริหารเมืองเป็นหลัก สำหรับสังคมไทย เทศบาลเป็นรูปแบบการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นในเขตเมืองที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2476 โดยคณะผู้เปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 ได้ตรากฎหมายจัดระเบียบการบริหารประเทศขึ้น จัดตั้งองค์การปกครองท้องถิ่นในรูปเทศบาลขึ้นเป็นครั้งแรก เรียกว่า พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 โดยจำแนกรูปเทศบาลเป็น 3 ระดับคือ เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร และได้เริ่มจัดตั้งเทศบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2478[61] พระราชบัญญัติการจัดตั้งและบริหารงานเทศบาลได้รับการแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. 2542 จึงมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติเทศบาล (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2546[13] เพื่อใช้ในการบริหารงานเทศบาลในปัจจุบันให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ให้เทศบาลดำเนินภารกิจด้านผู้สูงอายุไว้ว่า เทศบาลมีอำนาจหน้าที่ “ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ” [62] และตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้เทศบาลมีอำนาจและหน้าที่ “การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส”[63]

3. องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นองค์กรที่ได้รับการกล่าวถึงเมื่อไม่นานมานี้แต่ อบต.ไม่ใช่องค์กรที่เกิดขึ้นใหม่ อบต.เกิดขึ้นครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ.2499[64] อย่างไรก็ตามภาระหน้าที่ของ อบต.มีความชัดเจนขึ้นนับตั้งแต่มีพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 สำหรับประเด็นเรื่องผู้สูงอายุในมาตรา 67(6) แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวได้บัญญัติไว้ว่า อบต. มีหน้าที่ต้อง “ส่งเสริม พัฒนา สตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ”[68,69] แต่ความ

เข้าใจในความหมายของบทบาทหน้าที่ อบต. นั้น ไม่ได้มีการตีความหรืออธิบายความไว้เป็นบรรทัดฐาน[65] ในปี พ.ศ. 2540 สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขศึกษา พบว่าความเข้าใจของ อบต.ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะกิจกรรมที่คุ้นเคยมาแต่เดิม เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานประเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ/ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ นอกจากนั้น อบต.มีบทบาทเพียงทำหน้าที่เป็นกรรมการพิจารณาจัดสรรงบสงเคราะห์ราษฎรซึ่งได้จากกรมประชาสงเคราะห์เป็นรายปีเพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ที่พึ่งและอยู่ในภาวะยากลำบาก แต่ในแง่ของการพัฒนาผู้สูงอายุไม่ปรากฏว่ามีกิจกรรมใดๆที่ อบต.คิดและทำขึ้น ซึ่งเมื่อสอบถามถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งขึ้นบ้างในบางพื้นที่ ส่วนใหญ่ของ อบต.ก็เพียงแต่รับรู้ว่ามีชมรมดังกล่าวและยังมีความรู้สึกว่าเป็นชมรมที่ตั้งขึ้นโดยโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยจึงเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่ของ อบต. ยิ่งไปกว่านั้น แม้จะได้ทราบกิจกรรมต่างๆที่ชมรมจัดขึ้นและได้ไปร่วมด้วยในบางครั้ง แต่ก็ในฐานะแขกรับเชิญมากกว่าจะร่วมเป็นเจ้าของชมรมที่จะมีบทบาทร่วมค้นหาปัญหาและกำหนดแผนงาน กิจกรรมและทรัพยากรเพื่อพัฒนาประชากรสูงอายุ[65] อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่ได้มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบต. อย่างชัดเจนแล้ว การศึกษาการดำเนินงานของ อบต. ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินปรากฏว่า ใน ปี พ.ศ. 2546 อบต.หลายแห่งมีการพัฒนางานด้านต่างๆโดยเฉพาะงานด้านผู้สูงอายุอย่างชัดเจน รวดเร็ว และมีความต่อเนื่องจน อบต. หลายแห่งได้รับการยกย่องให้เป็น “Best Practices ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” [67]

4. เมืองพัทยา เป็นการปกครองท้องถิ่นไทยรูปแบบหนึ่งที่ได้เคยทดลองใช้การจัดการปกครองแบบผู้จัดการเมือง (City Manager) เพียงแห่งเดียวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 จนถึงปี พ.ศ. 2542 ปัจจุบันการบริหารจัดการเมืองพัทยาใช้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. 2542 โครงสร้างเมืองพัทยาคล้ายรูปแบบเทศบาลโดยมีการเลือกตั้งนายกเมืองพัทยาโดยตรง ซึ่งตามมาตรา 62 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวนี้ อำนาจหน้าที่ของเมืองพัทยามีทั้งสิ้น 14 ประการ [64] แต่ไม่ได้ระบุถึงหน้าที่ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุดังเช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น อย่างไรก็ตาม เมืองพัทยาได้ดำเนินการตามภารกิจการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ในส่วนของการบริหารงานเมืองพัทยาที่ประกอบด้วยหน่วยงานทั้งสิ้น 9 หน่วยงานนั้น การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกองสวัสดิการสังคม ซึ่งแบ่งส่วนงานเป็น 2 ฝ่ายคือ 1) ฝ่ายพัฒนาชุมชนและส่งเสริมสวัสดิการสังคมและ 2) ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ ภารกิจหลักของกองสวัสดิการสังคมมีทั้งหมด 22 ภารกิจและการสงเคราะห์คนชรา คนพิการและทุพพลภาพถือเป็นภารกิจหลักของกองสวัสดิการสังคม ระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง 2551 เมืองพัทยาได้จ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุภายใต้ “โครงการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ” มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 52 ราย ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 44 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 22 ราย และปี พ.ศ. 2551 จำนวน 59 ราย นอกจากนี้ ยังมีโครงการสงเคราะห์อุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการและผู้สูงอายุที่บกพร่องด้วย[87]

5. กรุงเทพมหานคร เดิมมีฐานะเป็นเทศบาลนครกรุงเทพ ทั้งนี้โดยเทศบาลนครกรุงเทพในจังหวัดพระนครรวมทั้งเทศบาลนครธนบุรีในจังหวัดธนบุรีจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกตาม

พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2476 ในปี พ.ศ. 2514 ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 24 มีการรวมจังหวัดพระนครและจังหวัดธนบุรีเข้าเป็นจังหวัดเดียวกันเรียกว่า “จังหวัดนครหลวงกรุงเทพธนบุรี” และในปี พ.ศ. 2515 ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 335 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2515 มีการจัดการปกครองจังหวัดนครหลวงกรุงเทพธนบุรีใหม่เป็น “กรุงเทพมหานคร” อำนาจหน้าที่ของกรุงเทพมหานครมีการบัญญัติไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติจัดระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 มาตรา 98 ซึ่งไม่ได้มีการระบุภาระหน้าที่งานด้านผู้สูงอายุไว้โดยตรง ดังเช่นที่ปรากฏในอำนาจหน้าที่ของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล[13]

ในการทำงานด้านผู้สูงอายุนั้น กรุงเทพมหานครได้มีการแบ่งแยกงานไปตามสำนักที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีสำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักพัฒนาสังคมและสวัสดิการเป็นหน่วยงานหลัก สำนักอนามัยทำหน้าที่ดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกของศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งมีอยู่ 68 แห่ง สำนักงานแพทย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยมีโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัด 9 แห่งและมีวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ทั้งสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์มีเครือข่ายเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุโดยผ่านสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุซึ่งในปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุภายใต้การสนับสนุนทั้งหมด 257 ชมรม ส่วนสำนักพัฒนาสังคมเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในด้านการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ สำนักพัฒนาสังคมแต่เดิมคือสำนักพัฒนาชุมชนและได้เปลี่ยนชื่อภายหลังจากการปฏิรูปโครงสร้างหน่วยงานของกรุงเทพมหานครปี พ.ศ.2548 นอกจากดูแลงานด้านการพัฒนาชุมชนแล้ว สำนักพัฒนาชุมชนยังได้รับโอนงานในด้านผู้สูงอายุมาเป็นงานเพิ่มเติมจากสำนักสวัสดิการสังคมด้วย เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม พบว่างานด้านสุขภาพดูจะก้าวหน้าไปกว่าด้านอื่นๆ งานในด้านสังคมส่วนใหญ่จะเน้นในด้านการสงเคราะห์หรือการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบกับปัญหาหรืออยู่ในภาวะยากลำบาก ปัจจุบันกรุงเทพมหานครให้ความสนใจกับประเด็นด้านผู้สูงอายุมากขึ้น โดยในปีพ.ศ.2550ได้มีการประกาศปฏิญญากรุงเทพมหานครด้านผู้สูงอายุและในขณะนี้มีการพยายามบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ โดยเตรียมการที่จะกำหนดแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร[23]

**6. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อผู้สูงอายุ**

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อรัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมน (เบี้ยยังชีพ) พ.ศ.2536 เพื่อให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนเดือนละ 200 บาท[40] เมื่อพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ผ่านความเห็นชอบจากรัฐสภาและประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 และมาตรา 30 กำหนดให้มีการถ่ายโอนงานบริการสาธารณะให้แก่ท้องถิ่น ทำให้เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ท้องถิ่นได้เข้าไปมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดแผนงานสวัสดิการผู้สูงอายุไว้ 4 แผนคือ 1) แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย 2) แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและการสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรผู้สูงอายุ 3)

แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ 4) การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) และผู้พิการ[3]

ในส่วนของการปฏิบัติตามแผนพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากไม่ได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรงแต่ดำเนินการเพียงการสนับสนุนงบประมาณแก่กลุ่ม หน่วยงานและองค์กรในชุมชนให้จัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานีอนามัยและโรงพยาบาล การมอบเครื่องอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาครูฝึก จัดหาเครื่องเสียง การอำนวยความสะดวกให้ใช้สถานที่ และการจัดกิจกรรมทัศนศึกษาเป็นครั้งคราว[59] ผลการศึกษาจากโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สำรวจองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่ตอบแบบสอบถาม 2,110 รายพบว่า โดยรวมร้อยละ 92 ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการจัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุ และร้อยละ 97 มีการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ อบต.ในภาคเหนือมีการจัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 95) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาคเหนือเป็นภาคที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ อบต. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 92.7) และ อบต.ในภาคใต้มีการจัดงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด (ร้อยละ 87.8) สำหรับการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุนั้นปรากฏว่า ไม่มีความแตกต่างในสัดส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาคต่างๆในการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ กว่าร้อยละ 95 ขององค์การบริหารส่วนตำบลในทุกภาค มีการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 98[23]

นอกจากแผนงานที่กำหนดโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแล้ว การให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในแผนผู้สูงอายุ โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ได้มีการกำหนดไว้ว่าภาระงานอย่างหนึ่งขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นคือการจัดให้มีโครงการบริการเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน โดยโครงการต่างๆประกอบด้วย 1) การมีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ 2) การมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน 3) การบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน 4) การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 5) การมีหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 6) การส่งเสริมการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ 7) การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 8) การส่งผู้ดูแลหรืออาสาสมัครออกไปรับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และ 9) การมีหน่วยงาน/บุคคลภายนอกเข้ามาให้การอบรมแก่ผู้ดูแล/อาสาสมัครเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน[5] ผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในรอบปี พ.ศ.2549 พบว่า จากจำนวนตำบลที่ตกเป็นตัวอย่างของการวิจัยทั้งหมด 1,669 ตำบล มีบริการเพียง 3 ประเภทเท่านั้นที่บรรลุเป้าหมายของแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 ที่กำหนดให้มีเป้าหมายของการบริการต่างๆในระดับตำบลไว้ที่ร้อยละ 50 ได้แก่ บริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน (52%) บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (61%) และหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุ (53%)[23]

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพสอบถามความเห็นตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับบริการเพื่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวันพบว่า ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะเห็นด้วยกับแนวคิดในเรื่องการมีสถานที่เป็นศูนย์รวมให้ผู้สูงอายุได้มาพักผ่อน หรืออยู่รวมกัน เพื่อจะได้พบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนกัน แต่ผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างก็มีความเห็นว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันน่าจะเหมาะกับพื้นที่เขตเมืองหรือเขตเทศบาลมากกว่า เพราะพื้นที่เทศบาลมีขนาดเล็ก ระยะทางการเดินทางมาที่ศูนย์ฯไม่ไกล ในระดับหมู่บ้านยังไม่จำเป็นต้องมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันเพราะผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องรับบริการยังมีน้อย และมีอาสาสมัครผู้สูงอายุที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านอยู่แล้ว ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันอาจตั้งได้ในรูปของศูนย์รวมระดับอำเภอ ในสังคมเกษตรกรรม ศูนย์ฯยังไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสม ควรใช้งบประมาณที่จะนำมาใช้ในการจัดตั้งศูนย์ฯไปสนับสนุนกิจกรรมต่างๆที่กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุได้ริเริ่มดำเนินการและประสบผลดีระดับหนึ่งแล้ว เพราะจะเป็นการส่งเสริมและ สร้างขวัญกำลังใจและความภาคภูมิใจให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นการ “เติมเต็ม” ให้แก่ผู้สูงอายุได้ไป “ต่อยอด” ไม่ใช่ไป “จัดตั้ง” ถ้าไปจัดตั้งก็จะกลายเป็น “ศูนย์ร้าง” การที่จะให้ผู้สูงอายุไปรับบริการที่ศูนย์ฯ ต้องแยกประเด็นระหว่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเดินทางและไม่มีปัญหาในการเดินทางและระยะทางที่จะไปยังศูนย์ฯ ถึงแม้ผู้สูงอายุต้องการไปก็จะเป็นการลำบากในการเดินทาง และเป็นภาระแก่สมาชิกครอบครัว ในทางปฏิบัติ การจัดตั้งศูนย์ต้องคำนึงถึงเรื่องอาคารสถานที่โดยเฉพาะที่สาธารณะ รวมทั้งบุคลากรที่มีความรู้ งบประมาณ บริการ/กิจกรรม อุปกรณ์ และการบริหารจัดการซึ่งเป็นเรื่องที่มีรายละเอียดปลีกย่อยและซับซ้อน จึงยังไม่จำเป็นต้องจัดตั้งศูนย์ฯเป็นการเฉพาะ อาจใช้สถานที่ที่มีอยู่แล้ว หรือผู้สูงอายุได้รวมตัวทำกิจกรรมแล้ว เช่น บริเวณวัด มัสยิด สถานีอนามัย ที่ประชุมหมู่บ้าน และจัดกิจกรรมในรูปของการ “เติมเต็ม” นอกจากนี้ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน อาจดำเนินการได้ไม่ยั่งยืนในบางพื้นที่ เพราะขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม และจารีตของชุมชนบางแห่งยังมองว่า การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและวิถีชีวิตของชุมชนควรอยู่บ้านกับลูกหลาน การที่ลูกหลานปล่อยให้ผู้สูงอายุไปที่ศูนย์ฯ จะกลายเป็นประเด็นในเรื่องของการถูกดูถูก ดูหมิ่นดูแคลน ว่าเป็นคนลำบากยากจน เสียศักดิ์ศรี เป็นคนอนาถา เป็นการประณามนามสกุลหรือตระกูลของตัวเอง[23]

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแผนงาน 4 แผนงานที่ได้รับการรับรู้จากชุมชนและได้รับความสนใจอย่างหลากหลายคือ การให้การสนับสนุน “เบี้ยยังชีพ” แก่ผู้สูงอายุ และแนวคิดที่กำลังได้รับการจับตามองและได้รับการผลักดันจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องหลายแห่งคือ การจัดให้มี “อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ” การมีกองทุนสวัสดิการชุมชน และการมีกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งประเด็นในเรื่องเบี้ยยังชีพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนสุขภาพท้องถิ่น มีสาระสำคัญที่เป็นรายละเอียดดังนี้

1. *<u>เบี้ยยังชีพ</u>* การสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุเริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อรัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (เบี้ยยังชีพ) พ.ศ.2536 โดยเมื่อปีงบประมาณ 2536 มีผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพประมาณ 20,000 คน ปัจจุบันการให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุเป็นภาระงานที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังปรากฏความตามมาตรา 11(11) พระราชบัญญัติ

ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546[4] กำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบตามมาตรา 11 (11) ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548[72] เมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2548 ตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทย เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเป็นเงินงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ บุคคลที่เข้าข่าย 3 กลุ่มดังกล่าวเป็นผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ โดยมีเงื่อนไข คือ ผู้ที่มีสิทธิที่จะรับต้องเป็นผู้มีรายได้ไม่พอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ หากมีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกัน ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่ห่างไกลต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน ปัจจุบันผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละ 500 บาทต่อเดือน

นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นปีแรกที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับโอนภารกิจการจ่ายเบี้ยยังชีพมาจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้รายงานการจ่ายเงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนชราว่าในปี พ.ศ. 2546 จ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ 399,362 คนเป็นเงิน 1,437,703,200 บาท และเพิ่มขึ้นเป็น 1,755,266 คน เป็นเงิน 10,531,596,000 บาทในปี พ.ศ. 2550 [73] โดยถือว่าเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดถึง 87 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับการจ่ายเบี้ยยังชีพครั้งแรกในปี พ.ศ. 2536 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 อัตราการเพิ่มจำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพเฉลี่ยต่อปีระหว่างปีงบประมาณพ.ศ. 2548-2550 สูงถึงร้อยละ 116.5 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุในทะเบียนราษฎร์ทั่วประเทศ พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพมีมากถึงร้อยละ 31.6 อีกนัยหนึ่ง เกือบหนึ่งในสามของผู้สูงอายุทั่วประเทศในปัจจุบันได้รับเบี้ยยังชีพ[74] และมีการประมาณว่า หากรัฐบาลจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนซึ่งมีรวมทั้งสิ้นประมาณ 7.05 ล้านคน โดยจ่ายให้คนละ 500 บาทต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2550 รัฐต้องใช้จ่ายเงินทั้งสิ้น 42,120,000,000 บาท[75] นอกจากนี้ วรเวศม์ สุวรรณระดา ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายภาครัฐโดยการขยายผลระบบเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเป็นเงินบำนาญพื้นฐานและพบว่าหากจำนวนเงินที่จ่ายต่อเดือนคือ 500 บาท มูลค่าปัจจุบัน (พ.ศ.2550) ของเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพที่รัฐบาลต้องจ่ายคือ 449,866,886,534 บาท หากรัฐจ่าย 1,000 บาทต่อเดือนโดยปรับตามภาวะเงินเฟ้ออัตรา 2% ต่อปี มูลค่าปัจจุบันของเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพที่รัฐบาลต้องจ่ายจะเพิ่มเป็น 1,420,786,592,995 บาท ซึ่งจะก่อให้เกิดต้นทุนที่สูงมากสำหรับรัฐบาล[95]

ถึงแม้จะมีความพยายามของภาครัฐที่จะให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านการยังชีพ แต่นภาพร ชโยวรรณ พบว่า แม้ว่าผู้สูงอายุที่ยากจนบางส่วนจะได้รับเบี้ยยังชีพ แต่ก็มีผู้สูงอายุที่ไม่ยากจนก็ได้รับเบี้ยยังชีพเช่นกัน สิ่งที่น่าสังเกต คือ ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ได้รับเบี้ยยังชีพมีมากกว่าที่ได้รับ[76] นอกจากนี้ ผลการศึกษาวิจัยโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุและบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าการให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ยังเป็นประเด็นที่ยังเป็นข้อกังวลในเรื่องของความ

โปร่งใส ซึ่งปัญหาที่สำคัญคือเกณฑ์และดัชนีเพื่อการชี้วัดที่จะนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน อาทิเช่น ความยากจน ความพิการ แค่ไหน เพียงใด ระดับใด ที่จะอยู่ในข่ายของการได้รับความช่วยเหลือ ความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดทำให้เกิดปรากฏการณ์ “อยากจน” มากกว่าที่จะ “ยากจน” จริงๆ และได้กลายเป็นชนวนที่นำไปสู่ความขัดแย้งกัน ซึ่งเกณฑ์เหล่านี้ควรถูกกำหนดมาจากหน่วยงานภาครัฐหรือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกพื้นที่ [23] นอกจากนี้ ควรมีการทำความเข้าใจว่าการให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพเป็นเรื่องของ “ความจำเป็น” ไม่ใช่เรื่อง “สิทธิ” ที่ผู้สูงอายุทุกคนพึงได้ เพราะเจตนารมณ์ของระบบเบี้ยยังชีพคือมุ่งหวังที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ด้อยโอกาส[51]

การให้เบี้ยยังชีพไม่ควรดำเนินการในลักษณะที่จะก่อให้เกิดการปลูกฝังในเรื่องของ “การรอรับ” ความช่วยเหลือและไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการก็คือหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรที่รับผิดชอบต้องติดตามและประเมินผลว่า ผู้สูงอายุนำไปใช้ถูกทางหรือไม่ เพราะพบว่าผู้สูงอายุบางรายนำเงินไปใช้ในการเล่นหวย เล่นการพนันและดื่มสุรา และมีไม่น้อยที่ไม่ได้นำเบี้ยยังชีพที่ได้รับไปใช้ในทางที่เป็นประโยชน์กับตัวเองแต่ต้องแบ่งปันเงินที่ได้รับมานั้นให้กับลูกหลานที่ยังมีความเป็นอยู่ที่ลำบากจึงไม่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

การคัดสรรผู้ได้รับเบี้ยยังชีพยังมีอุปสรรคในบางพื้นที่ เพราะเดิมพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด (พมจ.) จัดสรรเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านต่างๆโดยการใช้ระบบ “โควต้า” แต่เมื่อมีการถ่ายโอนอำนาจและ อบต.เข้ามารับผิดชอบการดำเนินการ การบริหารจัดการในระดับตำบลเกิดปัญหา เพราะหมู่บ้านที่เคยได้รับโควต้าอยู่แล้วจะยังคงรักษาจำนวนโควต้าของผู้สูงอายุที่จะได้รับเบี้ยยังชีพในหมู่บ้านของตนไว้ ทั้งๆที่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านตนมีความจำเป็นและความต้องการน้อยกว่าหมู่บ้านอื่น เพราะหากผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำท้องที่ยกโควต้าไปให้แก่หมู่บ้านอื่นจะมีผลต่อคะแนนเสียงในการเลือกผู้นำท้องที่ เกิดการดำเนินงานในรูปของ “ประชานิยม” ทำให้มีอุปสรรคต่อ อบต.ในการดำเนินงานและเป็นภาระของการจัดสรรงบประมาณ

กระบวนการจ่ายเบี้ยยังชีพยังเป็นปัญหา ในบางพื้นที่การเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุไม่ได้ให้ผู้สูงอายุทุกเดือนแต่ให้ 3 เดือนครั้ง หรือ 6 เดือนครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุบางคนไม่มีเงินหรือเงินขาดมือต้องไปกู้หนี้ยืมสิน นอกจากนี้ ระเบียบที่กำหนดให้ อบต. จ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุโดยผ่านธนาคารมีข้อจำกัด เพราะผู้สูงอายุไม่เข้าใจกระบวนการในการเบิก-จ่ายกับธนาคาร การมอบฉันทะให้บุตรหลานบางทีบุตรหลานไม่ได้นำส่งให้ผู้สูงอายุและพบว่าบุตรหลานบางคนยังเบียดบังเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุไปใช้ซึ่งท้ายที่สุดผู้ที่ถูกตำหนิคือ อบต.[23]

สำหรับกรุงเทพมหานคร เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอื่นๆ พบว่า งานเรื่องเบี้ยยังชีพที่ได้รับถ่ายโอนมา ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 จะพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพในสัดส่วนที่น้อยที่สุด[25] และจากข้อมูลของกรุงเทพมหานครพบว่าในปี พ.ศ.2546 ซึ่งเป็นปีแรกที่รับถ่ายโอนงานด้านนี้มา มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 1,038 คน เพิ่มเป็น 5,561 ในปีพ.ศ.2549 และเป็น 19,726 ในปี พ.ศ.2551 และในช่วงเดือนพฤษภาคมปี พ.ศ.2551 กรุงเทพมหานคร

พยายามปรับแก้ปัญหาเรื่องเบี้ยยังชีพ มีการกำหนดกฎเกณฑ์ให้ชัดเจนขึ้น ให้ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมาขึ้นทะเบียน ผลคือมีผู้มาขอจดทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพเพิ่มเติมจำนวน 9,092 คน และกรุงเทพมหานครอยู่ระหว่างการสำรวจคุณสมบัติของผู้มาจดทะเบียนโดยได้ว่าจ้างอาสาสมัครให้ดำเนินการสำรวจ จากข้อมูลดังกล่าวยืนยันว่าสัดส่วนของผู้ที่รับเบี้ยยังชีพยังมีน้อยมากไม่ถึงร้อยละ 5 ของประชากรสูงอายุในกรุงเทพมหานคร ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ก็ให้ภาพที่สอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุที่ยากจนและขาดแหล่งพึ่งพิงยังไม่ได้รับการสงเคราะห์อย่างทั่วถึง สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครยังได้รับเบี้ยยังชีพน้อยมากน่าจะเนื่องมาจากขาดข้อมูลของผู้สูงอายุที่เข้าข่าย การขาดข้อมูลนี้ผู้ปฏิบัติให้เหตุผลว่าที่ไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง เพราะมีบุคลากรจำนวนจำกัด คือมีนักสังคมสงเคราะห์เพียงคนเดียวในแต่ละเขต และต้องทำหน้าที่หลายอย่างและต้องดูแลประชากรหลายวัย ยากที่จะสำรวจได้ครบถ้วน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ยากจนในกรุงเทพมหานครจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุนเพราะไม่มีทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร[23]

2. <u>*อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ*</u> อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นโครงการนำร่องที่ริเริ่มโดยสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตน โดยทาง สทส. จัดฝึกอบรมความรู้ ทักษะ และทัศนคติ รวมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ให้แก่ประชาชนในชุมชนที่สนใจและต้องการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อผ่านการอบรมแล้วก็สามารถทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยทางกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายให้แก่อาสาสมัครในการเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้านเป็นรายเดือน เดือนละ 300 บาทและจะให้เงินอุดหนุนดังกล่าวเป็นเวลา 2 ปี จากนั้นจะได้ส่งมอบหรือหรือโอนภารกิจดังกล่าวให้องค์การบริหารส่วนตำบลรับไปดำเนินการต่อไป โครงการนี้เริ่มดำเนินการในปีพ.ศ. 2546-2547 ในพื้นที่ 8 จังหวัด กำหนดให้ดำเนินการจังหวัดละ 1 ตำบล เริ่มแรกมีเป้าหมายให้มีอาสาสมัครพื้นที่ละ 40 คน โครงการนี้ได้มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2549 มีการขยายการดำเนินงานจนครอบคลุมทั้ง 75 จังหวัด และมีตำบลที่ร่วมในโครงการทั้งหมด 95 ตำบล มีอาสาสมัครจำนวน 5,000 คน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจำนวน 30,340 คน[77] อย่างไรก็ตามจากรายงานของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าในปี 2550 แม้ว่าคณะรัฐมนตรีจะมีมติเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 ให้ขยายการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่ได้ปฏิบัติคงดำเนินการเพียง 40 แห่งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทีมีอยู่ทั้งหมด 7,853 แห่งเท่านั้น[71]

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวและพบว่า ผู้สูงอายุและ อบต. ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไว้ว่าอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องเป็นผู้สูงอายุ คนในวัยอื่นก็สามารถเป็นอาสาสมัครได้ แต่อาสาสมัครที่มีอายุน้อยอาจมีปัญหาในการที่ผู้สูงอายุจะยอมรับในกรณีของการให้คำแนะนำ ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดคุณสมบัติอาสาสมัครเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งในการดำเนินงานหรือการแสวงหาประโยชน์ รวมทั้งต้องมีการกำหนดกรอบและภาระหน้าที่ของอาสาสมัครผู้สูงอายุให้ชัดเจน ในความเห็นของผู้สูงอายุและ อบต. แนวคิดในเรื่อง “อาสาสมัคร

ดูแลผู้สูงอายุ" จะมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน เพราะในทางปฏิบัติยังไม่สามารถหาผู้ที่จะปฏิบัติงานอย่างเสียสละในทุกเรื่องได้เพราะคนส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการยังชีพ และการทำงานในฐานะอาสาสมัครก็มีค่าใช้จ่ายที่จำเป็น อาทิเช่น ค่าเดินทาง ค่าจัดทำเอกสาร ค่าอาหารฯลฯ ดังนั้นจึงควรจัดสรรงบประมาณหรือให้สวัสดิการเพื่อการสนับสนุนผู้ที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครเพื่อผู้สูงอายุ แต่ก็จะมีปัญหาในการเบิกจ่าย เพราะสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) มีระเบียบว่าไม่สามารถจัดจ้างผู้ที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครได้ จึงควรพิจารณาเปลี่ยนชื่อจาก "อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ" ไปเป็นชื่ออื่นที่ไม่ขัดกับระเบียบในการเบิกจ่าย นอกจากการสนับสนุนด้านงบประมาณแล้ว หน่วยงานภาครัฐควรเข้ามาทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้ คำแนะนำ เพราะ อบต. บางแห่งยังมีข้อจำกัดในการให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะแก่อาสาสมัคร ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญอีกประเด็นหนึ่งก็คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มักเป็นอาสาสมัครด้านอื่นๆด้วย โดยส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) การสวมหมวกหลายใบทำให้มีบทบาทหลายบทบาท อาจมีปัญหาเรื่องการจัดสรรเวลาในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามข้อดีก็คือ การเป็นอาสาสมัครหลายแห่งเป็นการเพิ่มความรู้ ความสามารถ และศักยภาพของอาสาสมัครให้มีความรู้หลายด้าน[23]

3. <u>*กองทุนสวัสดิการชุมชน*</u> นวัตกรรมทางสังคมในระดับชุมชนที่มีผลต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุคือ **"กองทุนสวัสดิการชุมชน"** ซึ่งเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ชุมชนในรูปของการ "สงเคราะห์" มาเป็นการให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมหรือเป็นผู้จัดการกันเองในรูปของ "ระบบสวัสดิการภาคประชาชนหรือชุมชน" ซึ่งเป็นนโยบายการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐบาล[88] ทั้งนี้เพราะการจัดสวัสดิการโดยภาครัฐถึงแม้จะมีหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการเบี้ยยังชีพหรือบ้านพักคนชรา แต่ก็เป็นสวัสดิการในลักษณะสงเคราะห์ที่ใช้งบประมาณจำนวนมากแต่ให้บริการได้ไม่ทั่วถึง กองทุนสวัสดิการชุมชนถือเป็นมิติใหม่ของการจัดระบบสวัสดิการเพราะเป็นวิธีการที่ชุมชนรวมทุนกันอย่างเป็นระบบ มีการปลูกฝังอุดมการณ์ให้คนในชุมชนคิดจะ "ให้" มากกว่าจะ "รับ" กองทุนสวัสดิการชุมชนถือเป็นหลักประกันความมั่นคงในชีวิตบนพื้นฐานของการพึ่งตนเอง การช่วยเหลือเกื้อกูลกันตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นการจัดสวัสดิการของชาวบ้าน โดยชาวบ้าน เพื่อชาวบ้าน เป็นการให้อย่างมีคุณค่า การรับอย่างมีศักดิ์ศรี[89] ปัจจุบัน ชุมชนหลายชุมชนสามารถจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือเอื้ออาทรระหว่างกันโดยทำในรูปของกองทุนสัจจะวันละ 1 บาทเพื่อจัดสวัสดิการภาคประชาชนและนำไปสู่การมีสวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการ วิถีชีวิตของชุมชน และครอบคลุมถึงความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนตั้งแต่เกิดจนตาย[90,91] ในปี พ.ศ. 2550 สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ได้ให้การสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนในพื้นที่ 191 ตำบล 1,484 หมู่บ้าน คิดเป็นประชากรที่ได้รับผลจากกองทุนรวม 133,100 คน โดยมีเงินกองทุนสวัสดิการชุมชนรวม 125 ล้านบาท[92] นอกจากนี้ รัฐบาลของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ยังได้นำเรื่องการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนไปพิจารณาเพื่อกำหนดวงเงินกองทุนที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีบำนาญในยามชราภาพเพื่อเป็นการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ทั้งนี้โดยมีการพิจาณาที่มาของเงินกองทุนว่าจะมาจากเงินสมทบ 3 ส่วน เช่นประชากชนออมวันละ 1 บาท รัฐบาลสมทบวันละ 1 บาท และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบวันละ 1 บาท[93]

สำหรับประเด็นในเรื่องกองทุนสวัสดิการชุมชนนี้ วรเวศม์ สุวรรณระดา ได้ศึกษาความสมดุลระหว่างเงินสัจจะวันละ 1 บาทกับสิทธิประโยชน์บำนาญพบว่า เมื่อเปรียบเทียบสมาชิกแต่ละรุ่นที่สมัครเป็นสมาชิกกองทุนพร้อมกันจะพบว่าผลตอบแทนสุทธิของสมาชิกทุกรุ่นจะเป็นไปในทางบวกคือสมาชิกทุกรุ่นจะได้รับผลประโยชน์เป็นตัวเงินมากกว่าจำนวนเงินที่จ่ายไป แต่ผลตอบแทนสุทธิของคนรุ่นหลังจะต่ำกว่าของคนรุ่นก่อน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาชี้แนะว่ามีความไม่สมดุลระหว่างเงินสัจจะวันละ 1 บาทกับสิทธิประโยชน์บำนาญเพราะรายจ่ายสำหรับเงินบำนาญจะมากกว่ารายรับของสมาชิกสัจจะที่มีอยู่ในขณะเดียวกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องใส่ทรัพยากรเพิ่มเติมจากคนรุ่นถัดๆไปหรือภาคส่วนอื่นๆของสังคมเพื่อทำการอุดช่องว่างทางการเงินระหว่างเงินสัจจะและเงินบำนาญตลอดชีพ[88] นอกจากนี้ ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ แสดงความเห็นว่า กองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นการจัดระบบสวัสดิการแนวใหม่ รัฐควรลดบทบาทเป็นเพียงผู้สนับสนุนงบประมาณโดยสมทบงบประมาณบางส่วนในรูปที่ใกล้เคียงกับกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) หรือกองทุนประกันสังคม และมอบหมายให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการไม่ใช่ผูกขาดโดยกรมใดกรมหนึ่งดังที่ผ่านมา นอกจากนี้ควรเน้นไปที่การส่งเสริมสวัสดิการในการทำงาน (Workfare) เพิ่มเติมจากการให้สวัสดิการสังคม (Welfare) ซึ่งจะเป็นการเอื้อให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตและลดการพึ่งพารัฐในด้านอื่นๆ[94]

4. <u>*กองทุนสุขภาพท้องถิ่น*</u> เป็นกองทุนที่ให้การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนซึ่งเป็นกองทุนที่ตั้งขึ้นภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กองทุนสุขภาพท้องถิ่นตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2549 ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยวัตถุประสงค์ของกองทุนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรงก็คือ กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยอย่างน้อยต้องได้รับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้โดยการดำเนินงานอยู่ในรูปของการระดมเงินทุน ระดมแรงงานของชาวบ้านและความคิดริเริ่มเพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดอาการเจ็บป่วยและความเสี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บ[97] แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญก็คือ เรื่องของสุขภาพไม่ใช่เรื่องของการรักษาหรือเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น แต่ปัจจัยในเรื่องสังคมก็มีความสำคัญต่อสุขภาพ (social determinants of health) สปสช. ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนด้านต่างๆ อาทิเช่น การออกกำลังกาย การบริโภคปลอดภัย การลดความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยผ่านกิจกรรมทางสังคมที่มีชุมชนเป็นตัวตั้งและทำกิจกรรมสาธารณะ[98]

สำหรับงบประมาณในการดำเนินงานกองทุนนั้น สปสช. สนับสนุนงบประมาณเป็นรายหัวประชากร 37.50 บาทต่อคนต่อปี โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเงินสมทบ มีเงื่อนไขว่าเงินสมทบของ อบต.ขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ อบต. ขนาดกลางไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 สำหรับ อบต. ขนาดเล็กไม่น้อยกว่าร้อยละ 10[99] การประเมินผลการดำเนินงานโดยดิเรก ปัทมสิริวัฒน์และคณะ หลังกองทุนจัดตั้งมาหนึ่งปีโดยสำรวจ 99 กองทุนใน 51 จังหวัดพบว่า โครงการทำให้เกิดความร่วมมือกันมากขึ้นระหว่างสถานีอนามัย ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพที่พบประกอบด้วยแนวทางส่งเสริมสุขภาพ แนวทางป้องกันโรค แนวทางจัดการความรู้และให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน แนวทางแบบผสมผสาน เกิดกิจกรรมเชิงรุกใหม่ๆด้านการส่งเสริมสุขภาพ อาทิเช่น สวัสดิการเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันอุบัติภัย การปรับปรุงบริการของสถานีอนามัย การสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาล การจัดรถพยาบาลฉุกเฉิน เป็นต้น สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ ความล่าช้าของการจัดตั้งกองทุนในบางพื้นที่เนื่องจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่ ระเบียบการเบิกจ่ายเงินยังไม่คล่องตัว และคนในชุมชนยังได้รับข้อมูลข่าวสารค่อนข้างน้อย[100, 101,102] ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นปีที่ก่อตั้งกองทุนสุขภาพท้องถิ่นนั้นมีกองทุนนำร่องจำนวน 888 กองทุน ในปลายปี พ.ศ. 2551 ปรากฏว่ามีกองทุนทั้งในระดับ อบต.และเทศบาลรวมทั้งสิ้น 3,943 แห่ง[100]

**7. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

ปัจจัยสำคัญที่มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยรวมก็คือนโยบายการกระจายอำนาจและภารกิจสู่ท้องถิ่น สำหรับงานด้านผู้สูงอายุนั้น นอกจากนโยบายการกระจายอำนาจแล้ว นโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หรือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยเอื้อหรือสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้าไปมีบทบาทอย่างสำคัญในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้น การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งพบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ 5 ประการคือ 1) การบริหารจัดการ 2) งบประมาณ 3) บุคลากร 4) ฐานข้อมูล และ 5) การสร้างเครือข่าย ซึ่งการทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยในประเด็นดังกล่าวนี้สามารถประมวลประเด็นที่เป็นสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1. *<u>การบริหารจัดการ</u>* การให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับชุมชนเป็นเรื่องที่มีการคาดการณ์กันว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นเทศบาลหรือ อบต. เป็นองค์กรที่ใกล้ชิดพื้นที่ ใกล้ชิดชาวบ้าน น่าจะเข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่และผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ผู้นำทางการเมืองท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากชุมชนท้องถิ่นและเป็นสมาชิกของชุมชน จึงน่าจะเป็นตัวแทนของชุมชนที่เข้าใจปัญหา ความต้องการ และสามารถเข้าถึงปัญหาได้รวดเร็ว ง่าย และตรงจุดกว่าหน่วยงานอื่นๆ ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าไปมีบทบาทในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุก็คือ แผนงานและนโยบายขององค์กรภาครัฐและส่วนกลางที่มอบภารกิจด้านการดำเนินงานให้แก่ท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยในบางพื้นที่พบว่า การปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารงานโดยผู้บริหารที่มาจากการเลือกตั้ง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนไปตามวิสัยทัศน์และความสนใจของผู้บริหาร การเปลี่ยนตัวผู้บริหารด้วยกระบวนการทางการเมืองทำให้นโยบายและแผนงานของผู้บริหารชุดหนึ่งขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง[78] เทศบาลและ อบต. บางแห่งยังไม่ให้ความสนใจในงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง การดูแลงานด้านผู้สูงอายุจะให้ความสนใจเป็นครั้งคราว ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับความสนใจ หรือถูกมองอย่างมีคุณค่าอย่างแท้จริง ถูกใช้เป็นเพียงฐานเสียงในการเลือกตั้งหรือใช้ประโยชน์เฉพาะเหตุผลทางการเมืองเท่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่าในบางพื้นที่ เทศบาลและ อบต. จัดลำดับความสำคัญ

ของการบริหารจัดการไว้ที่งานโครงสร้างพื้นฐานเป็นลำดับต้น งานด้านคุณภาพชีวิตและงานด้านผู้สูงอายุเป็นประเด็นรองลงมา เพราะโดยภาพรวมแล้ว คนในพื้นที่ยังต้องการความสะดวกสบายจากโครงสร้างพื้นฐาน อาทิเช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ฯลฯ ทำให้เป็นความลำบากใจของผู้บริหารที่จะจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพราะตัวชี้วัดด้านโครงสร้างพื้นฐานประเมินผลได้ง่ายกว่า ชัดเจนกว่าการบริการด้านคุณภาพชีวิต[79]

นอกจากนี้ ประเด็นที่เป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือความซ้ำซ้อนของการจัดบริการซึ่งหมายถึงลักษณะการจัดบริการที่มีหน่วยงานมากกว่า 1 หน่วยงานทำหน้าที่จัดบริการสาธารณะประเภทเดียวกัน ในพื้นที่เดียวกันและกลุ่มประชากรเป้าหมายเดียวกันและดำเนินการในปีงบประมาณเดียวกัน ซึ่งพบได้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะการจัดบริการซ้ำซ้อนกันระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้งนี้เป็นผลกระทบจากพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ที่มีประกาศยกฐานะสภาตำบลเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งทำให้พื้นที่ดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์การบริหารส่วนตำบลซ้อนทับกัน [79, 80]

โดยข้อเท็จจริงแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทั้งอำนาจและมีหน้าที่ หากผู้บริหารคิดว่าการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นอำนาจที่จะให้ก็ได้ ไม่ให้ก็ได้ จะทำก็ได้ ไม่ทำก็ได้จะทำให้ผู้สูงอายุขาดหลักประกันและเสียประโยชน์ ดังนั้น สิ่งที่ต้องดำเนินการคือต้องกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่และเป็นเรื่องที่ต้องทำ ผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า ข้าราชการการเมืองหรือผู้บริหาร อบต. จำนวนน้อยมากที่ทราบว่ามี พรบ. ผู้สูงอายุและมักจะมองว่าข้าราชการประจำจะต้องเป็นกลุ่มที่ต้องรู้ระเบียบและต้องเรียนรู้เกี่ยวกับกฎหมายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าประเด็นบางประเด็นมีความคลุมเครือ เทศบาล/อบต.แต่ละแห่งตีความ ให้คำจำกัดความ หรือมีภาพและแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นบางประเด็นแตกต่างกัน อาทิเช่น ความแตกต่างของนิยามผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส จึงส่งผลต่อการดำเนินงาน หลายครั้งทำให้ต้อง “เลี่ยงระเบียบ” และ “เลี่ยงกฎ” ในการดำเนินงาน ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของการบริหารจัดการงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็คือ การดำเนินงานของ อบต./เทศบาลในเรื่องผู้สูงอายุจะมีการวางแผนล่วงหน้า แต่งานด้านผู้สูงอายุที่ชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มต่าง ๆจัดบางทีต้องการได้รับการสนับสนุนเร่งด่วนหรือเป็นกรณีเฉพาะ การกำหนดแผนงานล่วงหน้าและตายตัวจึงทำให้ไม่สามารถให้การสนับสนุนแก่ชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มต่าง ๆได้ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะ อบต. ก็คือการขาดการบูรณาการด้านการดำเนินงานระหว่าง อบต. และ พัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด (พมจ.) ในบางพื้นที่ การดำเนินงานของ พมจ. ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายในระดับท้องถิ่นโดยตรงโดยไม่ผ่าน อบต.หรือร่วมงานกับ อบต. ก่อให้เกิดการแบ่งพวกหรือ “แบ่งขั้ว” การดำเนินงานในระดับท้องถิ่น และก่อให้เกิดปัญหาการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับท้องถิ่น[23]

ผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า ในมุมมองของชมรมผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตกเป็นตัวอย่าง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จได้ต้องไม่ดำเนินงานแบบ “สองมาตรฐาน” แต่ต้องใช้ระบบคุณธรรมไม่ใช่ระบบอุปถัมภ์ รวมทั้งต้องมีการดำเนินงานใน “เชิงรุก” ประเด็นที่จะต้องให้ความสำคัญก็คือ การ

ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต้องไม่สอนให้ผู้สูงอายุเป็น “ผู้รับ” เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดจะทำอะไรเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันหรือเพื่อสังคม จะต้องทำงานในรูปแบบที่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็น “ผู้ให้” โดยการให้ไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงการให้เงิน แต่รวมถึงการให้ความรู้ และให้บริการแก่สังคมในรูปแบบต่างๆด้วย ความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการด้วยความสามารถขององค์กรโดยลำพัง ควรเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุ กลุ่ม หรือองค์กรผู้สูงอายุ อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน นโยบาย หรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพราะจะเป็นหลักประกันว่าถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารท้องถิ่นแต่นโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจะไม่เปลี่ยน และยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้คนในชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงาน[23]

2) <u>*งบประมาณ*</u> การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือว่าเป็นการ “อุดช่องว่าง” หรือช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งได้ในระดับหนึ่ง[81] อย่างไรก็ตาม สำหรับ อบต.นั้น ถึงแม้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจจะระบุว่าภายในปี พ.ศ. 2549 รายได้ของท้องถิ่นทั่วประเทศจะต้องสูงขึ้นไปเป็นร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาลทั้งหมดเป็นอย่างน้อย[82] แต่ในทางปฏิบัติงบประมาณที่ได้รับยังมีน้อยมากและยังไม่ได้รับครบตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดว่าต้องได้รับ 35% ของงบประมาณแผ่นดิน ถึงแม้ อบต.จะสามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุได้ แต่การได้รับงบประมาณน้อยทำให้ไม่สามารถดำเนินการใดๆได้สำเร็จเพราะ “ทุกอย่างขับเคลื่อนด้วยเงิน โดยเฉพาะนโยบาย” นอกจากนี้ อบต. แต่ละแห่งมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและการเงินแตกต่างกัน อบต.ที่มีการจัดเก็บรายได้ของพื้นที่ได้สูงจะไม่มีข้อจำกัดมากนักในเรื่องการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสามารถสนับสนุนเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนได้ ในขณะที่ อบต.บางแห่งต้องคัดเลือกผู้สูงอายุ จึงก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันในชุมชนเพราะบางคนได้ บางคนไม่ได้และเกิดความคิดว่า อบต. “เล่นพรรคเล่นพวกและช่วยพวกพ้อง” มีการใช้งบประมาณโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะใช้ในการสร้างฐานเสียงหรือเพื่อผลประโยชน์ทางด้านการเมือง นอกจากนี้ งบประมาณที่จัดสรรในเรื่องเบี้ยยังชีพจะต้องให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพไปจนกระทั่งผู้สูงอายุคนนั้นเสียชีวิตทำให้มีผลเป็น “ภาระผูกพัน” ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณของ อบต. โดยมีแนวโน้มว่า อบต. ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นในอนาคตและด้วยระยะเวลาที่ยาวนานเพราะผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นและมีอายุยืนขึ้น ประเด็นที่เป็นอุปสรรคและเป็นปัญหาสำคัญในการจัดสรรงบประมาณของ อบต. เพื่อการจัดสรรเบี้ยยังชีพประการหนึ่งก็คือ ในการหาเสียงเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร(สส.) มักจะมีการให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุว่า หากผู้สมัครหรือพรรคได้รับเลือกตั้ง จะมีการจัดสรรเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุทุกคนซึ่งเป็นปัญหาอย่างมากสำหรับ อบต. ที่ไม่มีงบประมาณมากพอที่จะให้การสนับสนุนได้[23] ถึงแม้ว่าตามระเบียบการบริหารการเงินการคลังท้องถิ่นทำให้ อบต. สามารถทำโครงการพัฒนาเสนอรัฐบาลเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (specific grant) จากรัฐบาลได้ แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความล่าช้าของการพิจารณา จำนวนเงินอุดหนุนที่มีจำกัด การจัดสรรอาจจะอิง

การเมืองโดยมีการล้อบบี้จากผู้มีอำนาจ และมีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีอคติในการให้เงินอุดหนุนองค์กรปกครองท้องถิ่นขนาดใหญ่มีโอกาสได้รับเงินอุดหนุนมากกว่าองค์กรท้องถิ่นขนาดเล็ก[96]

ข้อจำกัดในการใช้งบประมาณของ อบต. เพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุบางลักษณะเกิดจากระเบียบบางอย่างทำให้ อบต. ขาดอิสระที่จะจัดสรรงบประมาณ การใช้งบประมาณจึงมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถใช้ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ประเด็นในเรื่องงบประมาณที่เป็นข้อจำกัดอีกประการหนึ่งก็คือ อบต. มีงบประมาณก็จริง แต่งบประมาณที่ได้รับมาถูกขอและนำไปใช้สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรอื่นๆแทบทุกหน่วยงานในระดับภูมิภาค ไม่ว่าจะเป็นอำเภอ สาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด หรือหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่ซึ่งมีกิจกรรมและภาระงานที่ต้องทำ แต่จะโอนภาระด้านงบประมาณมาให้ อบต.รับผิดชอบ นอกจากนี้ การขาดการบูรณาการด้านการจัดสรรงบประมาณระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานที่ขาดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ทำให้แต่ละหน่วยงานต่างก็จัดสรรงบประมาณของหน่วยงานตนในการให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในกิจกรรมเดียวกัน จึงเป็นปัญหาในการบริหารจัดการควบคุมการดำเนินงาน และยังเป็นการเอื้อให้เกิดการแสวงหาประโยชน์ในทางมิชอบในกระบวนการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ ด้วย[23]

3) <u>*บุคลากร*</u> ผลการศึกษาด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านผู้สูงอายุจากความคิดเห็นของผู้สูงอายุและจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลขนาดเล็กยังมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องจำนวนและขีดความรู้ความสามารถ รวมทั้งทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน[83] การดำเนินงานยังขาดการติดตามและประเมินผลโดยเฉพาะการติดตามงานของเครือข่ายในพื้นที่ การทำงานเป็นเพียงแต่การส่งข้อมูล รับข้อมูล จัดเก็บข้อมูลและทำงานด้านเอกสารเป็นหลัก เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจต่างๆตามกระบวนการกระจายอำนาจทำให้ อบต.มีภารกิจมาก แต่บุคลากรมีจำนวนจำกัดมากและยังไม่มีผู้ที่มีความรู้เฉพาะด้าน มีแต่ความรู้ด้านงานหลัก เช่น คลัง ช่าง และงานด้านเอกสาร การเอาใจใส่ดูแลจึงยังไม่ลงลึกในภารกิจหน้าที่ ถึงแม้ อบต. ต้องการได้บุคลากรเพิ่มเติม แต่มีข้อจำกัดเพราะงบประมาณและกรอบอัตรากำลัง เนื่องจากระเบียบมีการกำหนดว่างบประมาณที่จะใช้สำหรับเงินเดือนหรือการจ้างบุคลากรจะต้องไม่เกิน 40% ของงบประมาณทั้งหมด[96] ทำให้อบต.ที่มีรายได้น้อยไม่สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อการจ้างบุคลากรได้

ถึงแม้จะมีความพยายามที่จะเพิ่มบุคลากรของ อบต. ด้วยการโอนข้าราชการประจำจากหน่วยงานอื่นมาสังกัด อบต. แต่ภาพลักษณ์ของ อบต. ซึ่งมักจะถูกกล่าวขานว่าเป็นองค์กรทางการเมืองที่มีปัญหาด้านทุจริตคอรัปชั่น ทำให้ข้าราชการอื่นๆไม่ประสงค์จะโอนมาเป็นบุคลากรของ อบต. เพราะมีความไม่มั่นคงว่าจะมีความโปร่งใสในการทำงานหรือไม่ และการให้ความดีความชอบ จะอยู่ภายใต้ระบบคุณธรรมหรือไม่ นอกจากนี้ การรับโอนบุคลากรจากหน่วยงานอื่นโดยเฉพาะองค์กรสาธารณสุข ยังมีข้อจำกัดเพราะปัจจุบัน อบต. รับโอนได้เฉพาะระดับ 3 ถึงระดับ 5 แต่บุคลากรสาธารณสุขมีระดับสูงกว่านั้น และการถ่ายโอนบุคลากรระดับสูงจะกลายเป็นปัญหาในการบริหารงานเนื่องจากบุคลากรที่รับถ่ายโอนมาจะอยู่ระดับเดียวกันกับข้าราชการ อบต.

ในระดับผู้บริหาร (ระดับปลัดอบต.) นอกจากนี้การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งก็มีข้อจำกัดเรื่อง “เพดานเงินเดือนตัน” และไม่มีค่าตอบแทนอื่นๆที่เป็นแรงจูงใจ[23,96]

4) *ฐานข้อมูล* ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุทั้งจำนวน คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยองค์กรเองไม่ว่าจะเป็นเทศบาลหรือ อบต. จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายด้าน อย่างไรก็ตาม ในหลายพื้นที่ยังคงพบว่า การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุเท่าที่ดำเนินการอยู่ในหลายพื้นที่ในปัจจุบันเป็นเพียงข้อมูลที่เก็บตาม “รูปแบบ” ที่ได้รับการเสนอแนะจากองค์กรอื่นๆให้เก็บ “เก็บตามที่เขาให้เก็บ” [67] ข้อมูลที่มีจึงเป็นเพียงแต่ตัวเลขของจำนวนผู้สูงอายุ ยังขาดความชัดเจนและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่มีจึงถูกเก็บโดยไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงดูเหมือนถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการให้การสนับสนุนด้านเบี้ยยังชีพเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อมูลที่มีอยู่ไปใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุหลายรูปแบบ ทั้งในด้านการสนับสนุน เบี้ยยังชีพ และการแจกสิ่งของ อาทิเช่น เสื้อผ้า ผ้าห่มกันหนาว ฯลฯ แต่ข้อจำกัดก็คือในบางพื้นที่ไม่มีการจดบันทึกข้อมูลว่าผู้สูงอายุคนใดเคยได้รับไปแล้วและคนใดที่ยังไม่เคยได้รับ ดังนั้นจึงพบว่า การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทำได้ไม่ทั่วถึง ไม่เป็นธรรม หรือ ขาดความจริงใจและเป็นการดำเนินงานแบบ “ฉาบฉวย” เท่านั้น[23]

ถึงแม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะ อบต. พยายามที่จะปรับปรุงฐานข้อมูลใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ลงลึกในเรื่องคุณสมบัติของผู้สูงอายุเพื่อจัดลำดับของผู้สูงอายุและประเภทของผู้สูงอายุ แต่กระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องการบุคลากรซึ่งปัจจุบันมีอาสาสมัครเข้ามาช่วยในการจัดเก็บข้อมูล แต่ อบต.ไม่สามารถใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการจัดจ้าง หรือให้ค่าตอบแทน “อาสาสมัคร” ที่มาร่วมในการจัดเก็บข้อมูลได้ เพราะตามระเบียบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) อาสาสมัครคือผู้ที่อาสามาทำงาน ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อการจ้างได้ ดังนั้นจึงเป็นจุดอ่อนที่ทำให้อบต.ไม่สามารถเก็บข้อมูลที่ลงลึกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และไม่สามารถจัดเก็บหรือปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งเสนอแนะว่า ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุยังไม่มีการเก็บรวบรวมและบางแห่งยังไม่ถูกนำมาใช้งานการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ไม่สามารถจัดทำในลักษณะที่ให้การดูแลแบบเดียวกันทั้งหมด ควรมีการจัดประเภทผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ อย่างน้อยควรจำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้และต้องพึ่งพา ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยคนอื่นได้ และผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้และสามารถช่วยคนอื่นได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานหรือการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้สูงอายุ[23]

5) *การสร้างเครือข่าย* องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของความสำเร็จในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือการมีเครือข่ายความร่วมมือ ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิต

ของผู้สูงอายุมีมิติที่หลากหลาย การดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงลำพังไม่อาจสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติได้ ผลการศึกษาวิจัย[23] พบว่า การประสานงานและการสร้างความเข้าใจกับเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) สามารถส่งผลในการสร้างความเข้าใจอันดีกับชุมชนและนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพราะบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเหล่านี้พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ มีความใกล้ชิดกับคนในพื้นที่สามารถทำหน้าที่ประสานงาน สร้างความเข้าใจ สื่อสาร และดำเนินกิจกรรมในพื้นที่อย่างได้ผล เป็นการลดภาระของเทศบาล/อบต.ในการดำเนินงานในชุมชน นอกจากนี้เครือข่ายต่างๆที่มีหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นชมรมผู้สูงอายุ อสม. อพปร. แม่บ้าน เยาวชน ถึงแม้จะมีรูปแบบการดำเนินการต่างกัน แต่กลุ่มต่างๆ สามารถใช้จุดเด่นและจุดแข็งของแต่ละกลุ่มให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้ เครือข่ายบางเครือข่ายที่มีศักยภาพด้านการเงิน อาทิเช่น พมจ. มัสยิดหรือองค์กรทางสาสนา ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน กศน. จะช่วยสนับสนุนงบประมาณให้แก่อบต.ได้

ถึงแม้การมีเครือข่ายจะช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในชุมชนอย่างได้ผล แต่ในหลายพื้นที่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นเทศบาลหรือ อบต.ยังไม่ได้ใช้เครือข่ายเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่[23] นอกจากนี้ยังพบว่าเครือข่ายที่เทศบาลหรือ อบต. สร้างขึ้น เพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดบางประการในเรื่องความรู้ ความสามารถและทักษะจึงดำเนินงานได้เฉพาะในเรื่องการติดต่อประสานงาน หรือเรื่องทั่วไปเท่านั้น ยังขาดความรู้เฉพาะเรื่อง ที่จะวิเคราะห์หรือวินิจฉัยว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรหรือต้องการอะไรเป็นพิเศษ โดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เครือข่ายที่มีอยู่ยังทำหน้าที่เป็นเพียงผู้รับคำสั่ง รับบริการ โดยไม่ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผนหรือร่วมดำเนินการ นอกจากนี้ เครือข่ายที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม. ถึงแม้จะได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในทางปฏิบัติกลุ่มต่างๆเหล่านี้มีความเข้าใจว่ากลุ่มของตนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสถานีอนามัยหรือองค์การสาธารณสุขจึงทำให้เกิดความยากลำบากแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการบริหารจัดการ[23] ประเด็นที่นับเป็นปัญหาอีกประการหนึ่งก็คือเครือข่ายต่างๆที่เป็นเครือข่ายระดับองค์กรซึ่งมีกิจกรรมต่างๆที่ต้องดำเนินการกับพื้นที่มักจะกล่าวอ้างกับผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ว่าไม่สามารถดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่างๆได้ เพราะมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากเทศบาล/อบต. ทำให้ผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเทศบาล/อบต. ว่าละเลยหรือไม่ให้ความสนใจ นอกจากนี้ เครือข่ายระดับบุคคลในพื้นที่ยังมีอคติและเลือกปฏิบัติ ที่จะให้ความช่วยเหลือคนในพื้นที่เฉพาะกลุ่ม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการบริหารงานของเทศบาลและ อบต. ด้วยเหตุนี้ จึงมีข้อเสนแนะว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายด้วยว่าเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมและประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ เพียงใด ปัจจัยที่น่าจะส่งผลเป็นอุปสรรคต่อการสร้างเครือข่ายความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็คือนโยบายและกระบวนการในการถ่ายโอนอำนาจและการกระจายอำนาจ และการยอมรับของสังคมต่อสถานะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง อบต. และ

สถานีอนามัย ในบางพื้นที่ความสัมพันธ์เดิมที่มีอยู่เริ่มเปลี่ยนแปลงเกิดลักษณะ “ปีนเกลียว” ระหว่างองค์กร[23,96]

**8. สรุปและข้อเสนอแนะ**

ถึงแม้ครอบครัวยังคงเป็นสถาบันสำคัญที่มีบทบาทในการให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุในทุกด้าน แต่ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวในสังคมไทยเริ่มจะมีข้อจำกัดในการให้การดูแลเกื้อหนุนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงมีแนวคิดในการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (community-based approach) และเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า โดยภาพรวม ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นทางด้านการบริหารจัดการ การจัดสรรงบประมาณ การจัดกิจกรรม การจัดสรรบุคลากร การสร้างและพัฒนาฐานข้อมูล รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเพื่อการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่ายังคงมีประเด็นที่ยังเป็นข้อจำกัดและมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ถึงแม้ผลการศึกษาจะชี้แนะว่าชุมชนต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับหมู่บ้านมีความพยายามที่จะให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุทั้งในรูปของการจัดกิจกรรมทางด้านสังคม กิจกรรมทางเศรษฐกิจ กิจกรรมเสริมรายได้ การมีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ การมีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน แต่ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงนอกเหนือจากการมีกิจกรรมก็คือ “คุณภาพ” ของกิจกรรมว่าสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด และมีประเด็นใดที่ควรปรับปรุงแก้ไข

2. การดำเนินงานโครงการต่างๆหลายโครงการที่เป็นโครงการนำร่อง อาทิเช่น โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นโครงการที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และมีความพยายามที่จะโอนภารกิจและขยายพื้นที่การดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับที่ระบุไว้ในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจและการขยายพื้นที่การดำเนินงานควรคำนึงถึงความต้องการ ความพร้อมและศักยภาพในการดำเนินงานของท้องถิ่นเป็นหลัก โดยไม่ควรรีบเร่ง เพราะจะกลายเป็นการดำเนินงานในรูปของ “การจัดตั้ง” ซึ่งทำให้โครงการไม่สามารถดำเนินงานได้สัมฤทธิผลและขาดความยั่งยืน

3. การให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับชุมชนนอกเหนือจากการจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมใหม่ๆแล้ว ควรให้ความสำคัญกับองค์กรที่มีอยู่แล้วในชุมชนคือ บ้าน วัด และโรงเรียน สังคมหรือชุมชนควรร่วมกันดูแลผู้สูงอายุภายใต้ระบบ “บวร” โดยมี บ้าน วัด และโรงเรียน เป็นองค์กรหลักในการหล่อหลอมจิตใจ สร้างจิตสำนึกให้มีการดูแลและเอาใจใส่ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างจริงจัง

4. ชมรมผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน ถึงแม้ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินงานหลายรูปแบบ ทั้งที่ดำเนินการเป็นเอกเทศ แบบอยู่ในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย แบบอยู่ในเครือข่ายของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข

ระดับจังหวัด และบางชมรมก็อยู่ในเครือข่ายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แต่ประเด็นเหล่านั้น ไม่สำคัญเท่าประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงานซึ่งน่าที่จะมีระบบในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่เกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุที่ควรคำนึงถึงคือ

- การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุยังคงจำกัดการดูแลเฉพาะผู้ที่เป็นสมาชิก ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสยังไม่ได้รับการเกื้อหนุนเพราะในความเป็นจริงผู้สูงอายุด้อยโอกาสจะไม่เข้าชมรมผู้สูงอายุ
- การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอื่นๆ ในสังคม อาทิเช่น คนวัยหนุ่มสาว ที่จะเข้ามาช่วยด้านงานทะเบียน งานการเงิน และงานบัญชี
- ชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน ควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ อนามัย การฝึกอบรมอาชีพ การพัฒนาอาชีพ การให้คำแนะนำและหลักจิตวิทยา รัฐควรให้การสนับสนุนอุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการให้การดูแลหรือฝึกอบรมให้แก่ผู้สูงอายุ
- ควรมีพื้นที่หรือศูนย์ระดับอำเภอที่ชมรมผู้สูงอายุในทุกๆ หมู่บ้านได้มีโอกาสพบปะติดต่อสังสรรค์ หรือแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน

5. บทบาทสำคัญขององค์กรเอกชนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่คือการให้บริการทางด้านสุขภาพ แต่กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้ออกกฎหมายการกำหนดมาตรฐานการบริการ (ด้านสุขภาพและสังคมของภาคเอกชน) สำหรับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ปัจจุบันยังไม่มีการประกาศกฎเพื่อการควบคุมกำกับและการทำมาตรฐานสถานบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ อาจส่งผลต่อคุณภาพของบริการและความเป็นธรรมในเรื่องของค่าใช้จ่าย กระทรวงสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการในประเด็นดังกล่าว

6. การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงานผู้สูงอายุยังมีประเด็นในเรื่องของ***การบริหารจัดการ***ที่ควรดำเนินการดังนี้

- การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนไปตามวิสัยทัศน์และความสนใจของผู้บริหาร การเปลี่ยนตัวผู้บริหารด้วยกระบวนการทางการเมืองทำให้นโยบายและแผนงานของผู้บริหารชุดหนึ่งขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการมีแผนงานด้านผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นเพื่อเป็นหลักประกันว่าการเปลี่ยนตัวผู้บริหารจะไม่กระทบต่อการดำเนินงาน
- ควรเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุ กลุ่ม หรือองค์กรผู้สูงอายุในชุมชน อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน นโยบาย หรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพราะจะเป็นหลักประกันว่าถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารท้องถิ่นแต่นโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจะไม่เปลี่ยน และยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้คนในชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงาน

- การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุระหว่างองค์กรต่างๆยังมีความซ้ำซ้อนในการดำเนินการ ไม่ว่าจะเป็นการทับซ้อนของพื้นที่ดำเนินงานระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์การบริหารส่วนตำบล หรือการซ้ำซ้อนในด้านการจัดกิจกรรมระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด (พมจ.) จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินงานในรูปของการบูรณาการ
- การดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องไม่ดำเนินงานแบบ “สองมาตรฐาน” แต่ต้องใช้ระบบคุณธรรมไม่ใช่ระบบอุปถัมภ์ รวมทั้งต้องมีการการดำเนินงานใน “เชิงรุก” ประเด็นที่จะต้องให้ความสำคัญก็คือ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต้องไม่สอนให้ผู้สูงอายุเป็น “ผู้รับ” เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดจะทำอะไรเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันหรือเพื่อสังคม จะต้องทำงานในรูปแบบที่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็น “ผู้ให้” โดยการให้ไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงการให้เงิน แต่รวมถึงการให้ความรู้ และให้แก่สังคมในรูปแบบต่างๆด้วย
- ปัญหาที่สำคัญในการบริหารจัดการคือเกณฑ์และดัชนีเพื่อการชี้วัดที่จะนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน อาทิเช่น ความยากจน ความพิการ แค่ไหนเพียงใด ระดับใด ที่จะอยู่ในข่ายของการได้รับความช่วยเหลือ ความไม่ชัดเจนของตัวชี้วัดทำให้เกิดปรากฏการณ์ “อยากจน” มากกว่าที่จะ “ยากจน” จริงๆ และได้กลายเป็นชนวนที่นำไปสู่ความขัดแย้งกัน ซึ่งเกณฑ์เหล่านี้ควรถูกกำหนดมาจากหน่วยงานภาครัฐหรือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

7. การจัดสรร***งบประมาณ***เพื่อการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อจำกัดและมีประเด็นที่ควรแก้ไขดังนี้

- รัฐควรจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครบตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดดังที่ปรากฏในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจที่ระบุว่าภายในปี พ.ศ. 2549 รายได้ของท้องถิ่นทั่วประเทศจะต้องสูงถึงร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาลทั้งหมดเป็นอย่างน้อย ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคแก่ท้องถิ่นในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงาน
- ภาระด้านงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือการจัดสรรเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นในอนาคตและด้วยระยะเวลาที่ยาวนานเพราะผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นและมีอายุยืนขึ้น มีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจว่าการให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพเป็นเรื่องของ “ความจำเป็น” ไม่ใช่เรื่อง “สิทธิ” ที่ผู้สูงอายุทุกคนพึงได้เพราะเจตนารมณ์ของระบบเบี้ยยังชีพคือมุ่งหวังที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ด้อยโอกาส และต้องขอความร่วมมือและทำความเข้าใจกับผู้สมัครสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร(สส.) ที่จะไม่ให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องกับผู้สูงอายุว่า จะมีการจัดสรรเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุทุกคน

- การจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เบี้ยยังชีพไม่ควรดำเนินการในลักษณะที่จะก่อให้เกิดการปลูกฝังในเรื่องของ “การรอรับ” ความช่วยเหลือและไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการก็คือ หน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรที่รับผิดชอบต้องติดตามและประเมินผลว่า ผู้สูงอายุนำไปใช้ถูกทางหรือไม่ เพราะพบว่าผู้สูงอายุบางรายนำเงินไปใช้ในการเล่นหวย เล่นการพนันและดื่มสุรา และมีไม่น้อยที่ไม่ได้นำเบี้ยยังชีพที่ได้รับไปใช้ในทางที่เป็นประโยชน์กับตัวเองแต่ต้องแบ่งปันเงินที่ได้รับมานั้นให้กับลูกหลานที่ยังมีความเป็นอยู่ที่ลำบากจึงไม่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง
- การจัดสรรงบประมาณต้องมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานที่ขาดการทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง ทำให้แต่ละหน่วยงานต่างก็จัดสรรงบประมาณของหน่วยงานตนในการให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในกิจกรรมเดียวกัน จึงเป็นปัญหาในการบริหารจัดการควบคุมการดำเนินงาน และยังเป็นการเอื้อให้เกิดการแสวงหาประโยชน์ในทางมิชอบในกระบวนการจัดสรรงบประมาณ

8. ประเด็นในเรื่อง***บุคลากร***ที่จะดำเนินงานด้านผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในเรื่องจำนวนและคุณภาพ ซึ่งมีประเด็นที่ควรคำนึงถึงดังนี้

- ควรมีการยืดหยุ่นในเรื่องการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดจ้างบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะยังมีข้อจำกัดเนื่องจากระเบียบมีการกำหนดว่างบประมาณที่จะใช้ในการจ้างบุคลากรจะต้องไม่เกิน 40% ของงบประมาณทั้งหมด ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งโดยเฉพาะที่มีรายได้น้อยไม่สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อการจ้างบุคลากรได้
- องค์กรที่เกี่ยวข้องควรหามาตรการจูงใจในเรื่องการถ่ายโอนบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรระดับสูงซึ่งจะกลายเป็นปัญหาในการบริหารงานเนื่องจากบุคลากรที่รับถ่ายโอนมาจะอยู่ระดับเดียวกันกับข้าราชการ อบต.ในระดับผู้บริหาร (ระดับปลัด อบต.) นอกจากนี้การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งก็มีข้อจำกัดเรื่อง “เพดานเงินเดือน” และไม่มีค่าตอบแทนอื่นๆที่เป็นแรงจูงใจ
- บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรได้รับการเพิ่มขีดความรู้ ความสามารถรวมทั้งทักษะและมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะการติดตามงานของเครือข่ายในพื้นที่ เนื่องจากการทำงานยังจำกัดอยู่เพียงแต่การส่งข้อมูล รับข้อมูล จัดเก็บข้อมูลและทำงานด้านเอกสารเป็นหลัก

9. ***ฐานข้อมูล***ด้านผู้สูงอายุที่ใช้ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อจำกัด ในหลายพื้นที่ยังคงพบว่า การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นเพียงข้อมูลที่เก็บตาม “รูปแบบ” ที่ได้รับการเสนอแนะจากองค์กรอื่นๆให้เก็บ “เก็บตามที่เขาให้เก็บ” หรือเก็บเพื่อการจัดสรรเบี้ยยังชีพ ดังนั้นสิ่งที่ควรดำเนินการคือ

- ควรให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูลด้านผู้สูงอายุและเรียนรู้วิธีการที่จะนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการบริหารจัดการและการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุอย่างจริงจัง
- จุดอ่อนที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถเก็บข้อมูลที่ลงลึกเกี่ยวกับผู้สูงอายุและไม่สามารถจัดเก็บหรือปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยได้อย่างต่อเนื่องก็คือการใช้อาสาสมัครทำงาน และไม่สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อการจ้างได้ ดังนั้นจึงควรมีการแก้ไขปรับปรุงระเบียบที่เอื้อหรือสนับสนุนให้อาสาสมัครได้รับค่าตอบแทน
- ข้อมูลด้านผู้สูงอายุควรจำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้และต้องพึ่งพา ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยคนอื่นได้ และผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้และสามารถช่วยคนอื่นได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานหรือการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้สูงอายุ

10. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้เพียงลำพัง การมีและการสร้าง***เครือข่าย***เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นซึ่งมีประเด็นที่ควรดำเนินการดังนี้

- เครือข่ายที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสร้างขึ้นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเพราะยังจำกัดการดำเนินงานได้เพียงการติดต่อประสานงานหรือเรื่องทั่วไปเท่านั้น ยังขาดความรู้เฉพาะเรื่อง ที่จะวิเคราะห์หรือวินิจฉัยว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรหรือต้องการอะไรเป็นพิเศษ โดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เครือข่ายที่มีอยู่ยังทำหน้าที่เป็นเพียงผู้รับคำสั่ง รับบริการ โดยไม่ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน หรือร่วมดำเนินการ
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายด้วยว่าเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมและประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ เพียงใด
- แนวคิดในเรื่อง “อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ” จะมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน เพราะในทางปฏิบัติยังไม่สามารถหาผู้ที่จะปฏิบัติงานอย่างเสียสละในทุกเรื่องได้เพราะคนส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการยังชีพ และการทำงานในฐานะอาสาสมัครก็มีค่าใช้จ่ายที่จำเป็น อาทิเช่น ค่าเดินทาง ค่าจัดทำเอกสาร ค่าอาหารฯลฯ ดังนั้น จึงควรจัดสรรงบประมาณหรือให้สวัสดิการเพื่อการสนับสนุนผู้ที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครเพื่อผู้สูงอายุ

11. ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติ กฎหมาย และแผนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับรู้ ยังขาดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ซึ่งเป็นหน้าที่ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด (พมจ.) ที่จะต้องให้ข้อมูล ประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจ ทั้งในระดับผู้นำท้องถิ่น และต่อตัวผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย

12. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ควรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ความรู้และเพิ่มศักยภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมหรือ

โครงการเอง การดำเนินงานควรให้เป็นภารกิจโดยตรงของ อบต. พมจ. ควรทำหน้าที่ในเรื่องการติดตามและประเมินผลการทำงานของ อบต.เป็นหลัก ไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง

13. การจัดกิจกรรมหรือโครงการต่างๆในชุมชนหรือท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับ “ทุนทางสังคม” ความต้องการ ความพร้อมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นเป็นหลัก การจัดกิจกรรมหรือโครงการโดยนำรูปแบบที่ประสบความสำเร็จในชุมชนไปใช้เป็น “ต้นแบบ” หรือ “พิมพ์เขียว” สำหรับชุมชนอื่นเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความล้อมเหลวในการดำเนินงาน

**งานวิจัยที่ควรมี**

1. การให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบอย่างชัดเจนจากการเกื้อหนุนที่ไม่เป็นทางการหรือการช่วยเหลือกันในระดับบุคคลมาเป็นการให้การเกื้อหนุนในรูปของกลุ่มหรือองค์กร อาทิเช่น การจัดให้มีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ การมีกิจกรรมเสริมรายได้เพื่อผู้สูงอายุ การมีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การมีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม การดำเนินกิจกรรมต่างๆดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุและมักจะริเริ่มหรือได้รับการกระตุ้นจากหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกชุมชน จึงควรมีการติดตามและประเมินผลหรือดำเนินงานวิจัยในรูปของการวิเคราะห์ปัจจัย (SWOT Analysis) ว่ากิจกรรมหรือโครงการต่างๆที่จัดขึ้นในชุมชนนั้นได้รับความสำเร็จระดับใด มีปัจจัยใดที่เป็นจุดแข็ง (Strength) จุดอ่อน (Weakness) โอกาส (Opportunity) หรือ อุปสรรค (Threat) ของการดำเนินงาน

2. การศึกษาวิจัยบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงจำกัดอยู่เพียงการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และเทศบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ อันได้แก่ เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานครยังมีน้อยมาก

3. แผนผู้สูงอายุได้กำหนดอย่างชัดเจนถึงกิจกรรมบางกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการส่งเสริมการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังมีความคลุมเครือและยังขาดงานวิจัยว่ารูปแบบการบริการแบบใดหรือระบบดูแลแบบใดที่จะยังประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุได้ดีที่สุด หรือปัจจัยใดในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนที่มีลักษณะที่เป็น best practice ในการให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นมีลักษณะแบบใด มีปัจจัยใดในชุมชนที่นำไปสู่ความสำเร็จในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

4. กองทุนสวัสดิการชุมชนจะเข้าไปมีบทบาทมากขึ้นในการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวคิดด้านการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการชุมชนไปใช้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบายและในระดับการปฏิบัติการ และควรมีการศึกษาศักยภาพของกองทุนสวัสดิการชุมชนในการเป็นหลักประกันการชราภาพของสมาชิกในระยะยาว

5. ภาคเอกชนในชุมชน โดยเฉพาะชุมชนท้องถิ่นในเขตเมืองขนาดใหญ่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการทางด้านการแพทย์และสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีงานวิจัยน้อยมากเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคเอกชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษา ออกแบบระบบ และ

พัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยภาคเอกชนให้มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

6. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในชุมชนและท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องดำเนินการในรูปของ “ประชาสังคม” (Civil Society) ที่เป็นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคชุมชนในรูปของ “ภาคี” จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลไกในการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

7. งานวิจัยด้านผู้สูงอายุและการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ รวมทั้งงานวิเคราะห์หรือสังเคราะห์โครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับชุมชนและท้องถิ่นได้มีการจัดทำไว้แล้วหลายโครงการ ไม่ว่าจะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ กองทุนสวัสดิการชุมชนที่รู้จักกันในนามของกองทุนสัจจะวันละ 1 บาท หรืองานวิจัยในเรื่องระบบบำนาญ ฯลฯ ซึ่งมีประเด็นข้อค้นพบที่น่าสนใจและสมควรถ่ายทอดลงสู่ท้องถิ่นหรือชุมชน แต่ในทางปฏิบัติการถ่ายทอดหรือเผยแพร่ผลงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงหรือประยุกต์ใช้สำหรับท้องถิ่นหรือชุมชนยังมีข้อจำกัดและไม่เห็นผลที่เป็นรูปธรรม ดังนั้น จึงควรมีงานวิจัยเพื่อศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการนำผลงานวิจัยที่ดำเนินการแล้วไปเผยแพร่และนำไปใช้ในระดับท้องถิ่นและชุมชนได้อย่างจริงจัง

# บรรณานุกรม


1. นภาพร ชโยวรรณ, 2542. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน**. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549** กรุงเทพฯ โรงพิมพ์เดือนตุลา.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550** กรุงเทพฯกรุงเทพฯ บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
4. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546.
5 . แผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (2545-2564)
6. Schulz R., 1990. **Theoretical Perspectives on Caregiving: Concepts, Variables and Methods**. In: Biegel DE, Blum A, (eds). Aging and Caregiving: Theory, Research and Policy. CA: Sage Publications, Inc.,
7. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ภาวนา พัฒนศรี เล็ก สมบัติ ระพีพรรณ คำหอม, 2541. **รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นเรื่องการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ** (เอกสารกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 015/41). กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. สุมาลี ว่องเจริญกุล, 2540. **เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชามานุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร เล็ก สมบัติ ระพีพรรณ คำหอม, 2539. **แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมโดยการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เรื่อง “การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม” 21 - 22 พฤศจิกายน 2539.
10. ดารณี ถวิลพิพัฒน์กุล, 2544. **กระบวนการเป็นเมืองกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนา** (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2545. ชุมชนและผู้สูงอายุ ใน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ.**

12. พรรณทิพย์ เพชรมาก, 2542. **Community: ชุมชน** ใน สารานุกรมทางสังคมสงเคราะห์ ศาสตร์ สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์

13. โกวิทย์ พวงงาม, 2550. **การปกครองท้องถิ่นไทย หลักการและมิติในอนาคต** กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

14. สวัสดิการ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2540 **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540**

15. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ชูชัย ศุภวงศ์ อุดม ทุมโฆสิต สุภกร บัวสาย และ ยุวดี คาดการณ์ไกล, 2545**ประวัติศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขของไทย:บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจ และผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข**

16. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ยงยุทธ ขจรธรรม ษากุล สินไชย ดวงพร เฮง บุณยพันธ์ และ ชลลดา สิทธิฑูรย์, 2545 **รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาความเหมาะสมของการปรับเปลี่ยนสถานภาพสถานพยาบาลเป็นองค์กรมหาชน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ**

17. กรมอนามัย รายงานผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2550

18. Knodel, John and Napaporn Chayovan, 2008. Population Aging and the Well-being of Older Persons in Thailand: Past trends, current situation and future challenges Papers in Population Ageing No.5 UNFPS Thailand. Bangkok.

19. พยุงพร หลายใย, 2540. **ประสิทธิผลการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ที่มีอายุ 50-55 ปี เขตตำบลวัดชะลอ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี**วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

20. ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

21. สุมน มาคะพุฒ, 2534. **ประสิทธิผลของการอบรมเรื่องการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจระดับประทวนในเขตกรุงเทพมหานคร** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

22 . Weeks, John R. 1984. **Aging concepts and social issues**. Belmont. California: Wadsworth.

23. วิพรรณ ประจวบเหมาะ นภาพร ชโยวรรณ มาลินีวงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุรฐ บุศริน บางแก้ว และ ชเนตตี มิลินทางกูร, 2551 **“รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564)”** กรุงเทพมหานคร วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

24. ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545. ผู้ดูแล ในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.** กรุงเทพมหานคร
25. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550
26. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551 การสำรวจภาวะการทำงานไตรมาสที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2550)
27. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541. **บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ**. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปีพ.ศ.2541 เรื่อง "เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ". กรุงเทพฯ: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
28. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ภาวนา พัฒนศรี เล็ก สมบัติ ระพีพรรณ คำหอม สุดสงวน สุธีธร, 2540. **รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง** (เอกสารกองบริหารงานวิจัยหมายเลข 006/40). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
29. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม, 2541. **รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** (เอกสารกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 014/41). กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
30. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ภาวนา พัฒนศรี เล็ก สมบัติ ระพีพรรณ คำหอม, 2541. **รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นเรื่องการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ**(เอกสารกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดลหมายเลข015/41).กรุงเทพฯ:กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
31. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร นิภา ส.ตุมรสุนทร ภาวนา พัฒนศรี สุดสงวน สุธีสร เล็ก สมบัติ, 2539. **การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยเรื่อง "การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม" 21 - 22 มีนาคม 2539.
32. Siriboon S., 1999. **Community Participation in Providing Care for Elderly in Rural Thailand.** Paper presented at the 7th International Conference on Thai Studies, Amsterdum, Netherlands, 4-8 July, 1999.
33. ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2538.**ผู้สูงอายุไทยกับศาสนา**.วารสารประชากรศาสตร์ 2538,11(1):17-48.
34. มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ อัจฉรา เอ๊นซ์, 2539**. ชุมชนกับการดูแล ให้บริการ และ**

**กิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ: ข้อเท็จจริงและข้อคิดเห็นจากผู้สูงอายุ**. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติพ.ศ.2539. กรุงเทพฯ: สมาคมประชากรไทย 2539:201-30.

35. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2533. **ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ** (เอกสารสถาบันหมายเลข 180/33). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2533.
36. ดารนี (นามปากกา). **งานสังคมสงเคราะห์กับชมรมผู้สูงอายุ** วารสารผู้สูงอายุ 2540:17 (1): 36-40.
37. เกษม อุตวิชัย, 2539. **สวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย**.วารสารผู้สูงอายุ 2539;16(1):32-42.
38. มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2537. **ศักยภาพของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ: ข้อมูลจากงานวิจัย**. วารสารประชากรศาสตร์ 2537:10(1);43-70.
39. บรรลุ ศิริพานิช ฉลาด ถิรพัฒน์ มรกต สิงหเชนทร์ พนิษฐา พานิชาชีวะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2539. **รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม**. กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
40. บรรลุ ศิริพานิช, 2542. **ผู้สูงอายุไทย: ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
41. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2550. รายงานประจำปี พ.ศ. 2550
42. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ 2551. **ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาและพึ่งตนเองได้อย่างไร**.
43. ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ปัทมา อมรสิริสมบูรณ์, 2544. ผู้สูงอายุไทย: “อยู่ทน” หรือ “ทนอยู่” วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544; 2(4);22-34.
44. กรมประชาสงเคราะห์, 2542. **รายงานประจำปี 2541**. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและ สวัสดิการสังคม 2542.
45. http://www.women-family.go.th/th/family-data/chapanakit/index.htm. (วันที่ 29 เมษายน 2552) 46. http://www.matichon.co.th/khaosod/view_news.php?newsid=TUROd01EVXhNVEU1TURNMU1nPTO= (วันที่ 29 เมษายน 2552)
47. ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 120 ตอนที่ 130 ก. วันที่ 31 ธันวาคม 2546
48. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีและเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี.
49. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (สสค.) กรมประชาสงเคราะห์, 2538. **ทำเนียบองค์การ สวัสดิการสังคมภาคเอกชนที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ**

(เอกสารวิชาการลำดับที่ 344 เล่มที่ 9/2538). กรุงเทพฯ: กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม 2538.

50. กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์, 2541. **การสำรวจหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
51. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2552. **ระบบการคุ้มครองทางสังคมเพื่อสุขภาวะที่ดีและความมั่นคงของผู้สูงอายุ: มิติด้านความมั่นคงและความเท่าเทียม** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงวัย” ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ ถนนวิภาวดีรังสิต วันที่ 22-23 มกราคม 2552
52. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552. **รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงวัย” ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ ถนนวิภาวดีรังสิต วันที่ 22-23 มกราคม 2552
53. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541.
54. กฎกระทรวงสาธารณสุขการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ.2545.
55. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานบริการ พ.ศ.2545.
56. บรรลุ ศิริพานิช, 2540. **คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน**. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.ที. เอ. เบสท์ซัพพลาย จำกัด 2540.
57. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,2543. **สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่าง ๆ ของประเทศ**. สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2543.
58. เอนก เหล่าธรรมทัศน์, 2543. **วิสัยทัศน์การปกครองท้องถิ่นและแผนการกระจายอำนาจ** กรุงเทพฯ: มิติใหม่: 116-121
59. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551. **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ** ใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 กรุงเทพฯ: 114
60. ฝ่ายวิชาการ สูตรไพศาล, 2542. **พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540-2544** กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์สูตรไพศาล.
61. สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย, 2527
62. พระราชบัญญัติเทศบาล (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2546
63. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
64. โกวิทย์ พวงงาม, ปรีดี โชติช่วง. **อะไร ทำไม อย่างไร อบต. ประชาธิปไตยของประชาชนในชนบท**. (เอกสารโรเนียว).
65. ลือชา วนรัตน์ บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานส่งเสริมสุขภาพ ใน เอกสาร

ประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุ และเร่งรัดหาผู้รับบริการวางแผนครอบครัวแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย) (ม.ป.ป.)

66. พงษ์ศิริ ปรารถนาดี, 2552. **การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงวัย” ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ ถนนวิภาวดี รังสิต วันที่ 22-23 มกราคม 2552
67. อรทัย ก๊กผล, 2546. **Best Practices ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น สถาบันพระปกเกล้า กรุงเทพฯ โรงพิมพ์คลังวิชา จำกัด 2546.
68. โกวิทย์ พวงงาม, 2546. **อบต. ในกระบวนทัศน์ใหม่: พัฒนา สร้างเครือข่าย และเสริมความเข้มแข็ง.**คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กรุงเทพฯ:วิญญูชน.
69. ธีระพล อรุณะกสิกร และคณะ, 2543. **พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2542.** กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
70. http://www.thailocaladmin.go.th/work/apt/apt150851.pdf (วันที่ 24 เมษายน 2552)
71. ถาวร สกุลพาณิชย์, 2552. “จริงหรือไม่ ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยจะล้มละลายจากปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต? บทวิเคราะห์และทางเลือกเพื่อความยั่งยืนของระบบและความผาสุกของผู้สูงอายุ” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงวัย” ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ ถนนวิภาวดีรังสิต วันที่ 22-23 มกราคม 2552
72. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548.
73. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อมูลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุกระทรวงมหาดไทย, (มปป.) เอกสารโรเนียว
74. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2551. **เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ** ใน ใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 กรุงเทพฯ ตุลาคม 2551: 114
75. ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2552. **ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ:มิติด้านสังคมและการพัฒนา** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงวัย” ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ ถนนวิภาวดีรังสิต วันที่ 22-23 มกราคม 2552
76. นภาพร ชโยวรรณ, 2551. **“สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย”** การอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2551
77. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.), 2551. **รายงานผลการดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2550 (ตุลาคม 2549 – กันยายน 2550) .**
78. ธัญลักษณ์ นันทมนตรี, 2550. **ปัจจัยนำไปสู่การบริหารจัดการที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นศึกษากรณีเทศบาลนครปากเกร็ด**วิทยานิพนธ์ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

79. จรัส สุวรรณมาลา, 2542. **รัฐบาล-ท้องถิ่น ใครควรจัดบริการสาธารณะ** กรุงเทพฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
80. สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2547. **กฎหมายการปกครองท้องถิ่น** กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
81. นพนันท์ วรรณเทพสกุล, 2550. **นโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ บทวิเคราะห์นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา** คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพิมพ์เดือนตุลา.
82. เอนก เหล่าธรรมทัศน์, 2543. **วิสัยทัศน์การปกครองท้องถิ่นและแผนการกระจายอำนาจ** กรุงเทพ: มิติใหม่
83. ศิริวรรณ ศิริบุญ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ บุศริน บางแก้ว และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2547. **การศึกษาข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมโดยตรง (Direct stake holders) ต่อรูปแบบต้นสังกัดของสถานี อนามัยในเขตอำเภอบ้านแพ้วภายหลังการออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว.** วิทยาลัยประชากรศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
84. กรมพัฒนาสังคมและ สวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550. รายงานผลการดำเนินงานสำนักบริการสังคม พ.ศ. 2550
85. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550. **ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน** กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด
86. ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541. **ปัญหา ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน: ข้อมูลจากผู้สูงอายุ**. ใน: มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, อัจฉรา เอ๊นซ์, (บรรณาธิการ). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ (เอกสารสถาบันหมายเลข 263/41). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2541:48-139.
87. http/www.pattaya.go.th/app/thai/portal2 (วันที่ 27 พฤษภาคม 2552)
88. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2550. **กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและลำปาง ระบบสวัสดิการภาคประชาชน นโยบายการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐบาล** มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โรงพิมพ์เดือนตุลา
89. http://society.roietceo.net/kongis (วันที่ 27 พฤษภาคม 2552)
90. http://www.fappakpoon.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538843143 (วันที่ 27 พฤษภาคม 2552)
91. http://www.southhpp.org/paper/1227 (วันที่ 27 พฤษภาคม 2552)
92. http://www.or.th/index.php?option=com_content&task=view&id=330&Itemid=75 (วันที่ 27 พฤษภาคาม 2552)
93. http://www.suthichaiyoon.com/WS01_A001_news.php.?newsid=7703 (วันที่ 27 พฤษภาคม 2552)

94. http://www.ftawatch.org/news/views.php?id=4283 (วันที่ 27 พฤษภาคม 2552)
95. วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2550. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ “**การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติในประเทศไทย**” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
96. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2551. **การคลังท้องถิ่น รวมบทความวิจัยเพื่อเพิ่มพลังให้ท้องถิ่น** กรุงเทพฯบริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด
97. http://cmumk.nmkcenter.net/pages/kongtun.html (วันที่ 29 พฤษภาคม 2552)
98. http://www.matichon.co.th/matichon/view_news.php?newsid=01act03060552 (วันที่ 29 พฤษภาคม 2552)
99. http://www.thayiam.com/system/uploads/thayiam (วันที่ 29 พฤษภาคม 2552)
100. http://gotoknow.org/blog/econ4file/166534 (วันที่ 29 พฤษภาคม 2552)
101. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2550. **ประสบการณ์จากการวิจัยประเมินผลกองทุนสุขภาพท้องถิ่น** ในการประชุมการมีส่วนร่วมของภาคีในระบบหลักประกันสุขภาพ ณ ห้องนรากร ชั้น 14 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 13 ธันวาคม 2550
102. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์และคณะ, 2550. การวิจัยนโยบายสาธารณะ**“กองทุนสุขภาพท้องถิ่น ”** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทย

รัชพันธุ์ เชยจิตร

**บทนำ**

รายงานส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน องค์ความรู้ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทยในช่วงปี พ.ศ.2545-2550 ด้วยการรวบรวมผลงานวิจัย เอกสารวิชาการต่าง ๆ ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว และสังเคราะห์ผลงานเหล่านั้น เพื่อทบทวนองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคตต่อไป เพื่อให้สังคมได้ทบทวนประเมิน และกำหนดทิศทางของการวิจัยด้านสิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประหยัดทรัพยากร ผู้วิจัยแยกสาระสำคัญของการศึกษาออกเป็นสามส่วน ประกอบด้วย ส่วนแรกเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูอายุ ส่วนที่สองนี้เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะสำหรับการกรอบทิศทางการวิจัยด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทยในช่วงระยะต่อไป

**ส่วนที่หนึ่ง** การทบทวนองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุไทย

ในช่วงปี พ.ศ.2545-2550 สังคมไทยได้ให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาจากผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยนั้นเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลาย การพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุไทย นับเป็นอีกสาขาวิชาหนึ่ง ที่ได้รับการตอบสนองเป็นอย่างมากตลอดช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2545-2550) งานวิจัยที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมาในช่วงระยะเวลาดังกล่าว เกือบทั้งหมดให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยเน้น “สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ” สำหรับผู้สูงอายุไทย แม้จะมีผลงานในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายและในจำนวนที่มากชิ้นขึ้นแต่ส่วนใหญ่ ยังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนา สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การพัฒนาหรือปรับปรุง ที่อยู่อาศัย การพัฒนาหรือปรับปรุงลักษณะทางกายภาพของการให้บริการสาธารณะ เช่น ทางเดินเท้า ห้องน้ำสาธารณะ เป็นต้น[2,3,5,6,7,13]

การให้ความสำคัญกับการพัฒนา หรือ ปรับปรุง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในลำดับต้นๆ นั้นแสดงให้เห็นว่าสังคมเริ่มหรือได้ตระหนักมาในระดับหนึ่งในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่สังคมที่มีโครงสร้างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี แต่ก็สะท้อนได้ว่า ช่วงเวลาที่ผ่านมานั้นสังคมไทยได้บรรจุแนวคิดเรื่อง “ผู้สูงอายุ” เข้าไปใส่ในการพัฒนาทางด้านสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพค่อนข้างน้อยหรืออาจจะล่าช้าเกินไปหรือไม่ ซึ่งอาจทำให้ทุกภาคส่วนในสังคม มีต้นทุนทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงขึ้นจากความล่าช้าดังกล่าว

ความครอบคลุมของผลงานวิจัย ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

2. การกำหนดมาตรฐาน/แนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงที่อยู่อาศัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุทั้ง ภายใน ภายนอกอาคารและการให้บริการสาธารณะ

**การเตรียมการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ**

เนื่องจากผู้สูงอายุไทยมีความผูกพันกับครอบครัวสูง ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน ต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลายในด้านจิตใจมากกว่าด้านสุขภาพ[21] การเตรียมการที่อยู่อาศัยไทยจึงมีความแตกต่าง การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุต่างชาติโดยสิ้นเชิง[1,8] แม้ว่าผู้สูงอายุเข้าใจกับแนวคิดในการสร้างชุมชนผู้สูงอายุ (Retirement Community) ซึ่งเป็นการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยที่การดำเนินโดยภาคเอกชน ซึ่งบริการดังกล่าวจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง

การดำเนินการเช่นนั้นผู้สูงอายุเห็นว่าจะมีค่าใช้จ่ายที่สูง ไม่เหมาะสมฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทยโดยทั่ว ๆ ไป ลักษณะการให้บริการแบบชุมชนผู้สูงอายุเหมาะสมกับผู้สูงอายุบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโสด ไม่มีบุตร การศึกษาค่อนข้างดี นิยมอยู่ตามลำพัง มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ประเด็นที่น่าเป็นห่วงที่สุดคือความรู้ความเข้าใจในเรื่องการสร้างชุมชนผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าการสร้างชุมชนผู้สูงอายุ เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของรัฐในการดำเนินการดังกล่าวซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยโดยส่วนใหญ่จึงยังคงติดยึดกับแนวคิดที่มองว่า ชุมชนผู้สูงอายุ เป็นเพียงสถานสงเคราะห์[15,16] ซึ่งแนวความคิดดังกล่าวแตกต่างโดยสิ้นเชิงกับแนวคิดในการสร้างชุมชนผู้สูงอายุในต่างประเทศ การอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงเป็นทางเลือกอันดับสุดท้าย หรืออันดับท้าย ๆ สำหรับตน เนื่องจากรากฐานที่มาของความคิดของผู้สูงอายุไทยนั้นแตกต่างกับผู้สูงอายุในประเทศตะวันตก ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสำคัญในเชิงนโยบายเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดำเนินการใดๆของภาครัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ขัดแย้ง หรือไม่เป็นไปตามความต้องการพื้นฐานของสังคมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของไทย อาจทำให้ส่งผลในทางลบหรือก่อให้เกิดความยากลำบากในการจัดการ/ดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

ผู้วิจัยเห็นว่า ควรได้มีการทบทวน ตรวจสอบ แนวคิดในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของไทยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบว่า บริบทของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงบริบทดังกล่าวหรือไม่เมื่อเวลาเปลี่ยนไป และเปลี่ยนไปอย่างไร ด้วยสาเหตุอะไร แม้ว่าคำถามเหล่านี้แสดงถึงความซ้ำซากในการทำงานอยู่ก็ตาม แต่ก็เพื่อที่ได้ข้อมูลมาเพื่อให้สังคมไทยดูแลผู้สูงอายุ โดยที่ไม่ต้องหลงทาง เสียเงิน เสียเวลา หรือ มีต้นทุนทางสังคมให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

นอกจากนั้นผู้วิจัยพบว่า การเตรียมการที่อยู่อาศัยของสังคมไทยควรให้ความสำคัญกับรุ่นของผู้สูงอายุ (Cohort of Aging) มากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันจำนวนมากยังคงคุ้นเคยกับครอบครัวขยาย[4,5,8] ซึ่งพวกเขาผ่านมาในช่วงการใช้ชีวิตในวัยเด็ก และวัยรุ่น ความผูกพันในแบบครอบครัวขยายยังคงฝังแน่นและมีอิทธิพลต่อการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุของไทยไป

สักระยะเวลาหนึ่ง (10-15 ปี) จนกระทั่งผู้สูงอายุรุ่นใหม่ที่มีพื้นฐานมาจาก “ครอบครัวเดี่ยว” จะเพิ่มสัดส่วนมากขึ้น ในอนาคตการจัดเตรียมการที่อยู่อาศัยก็อาจจะเปลี่ยนแปลงทิศทางได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายในเชิงการวิจัยเพื่อติดตามสถานการณ์ในดังกล่าวอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากบริบทหนึ่งไปสู่อีกบริบทหนึ่ง จำเป็นจะต้องอาศัยการเตรียมการที่ดีจากทุกภาคส่วนในสังคม ยกตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนผ่านของบริบทเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ที่คุ้นเคยกับครอบครัวขยายไปสู่ การดูแลผู้สูงอายุที่คุ้นเคยกับครอบครัวเดี่ยว ผู้วิจัยเห็นว่า ควรที่จะได้วางกรอบทิศทางการวิจัยในประเด็น การเปลี่ยนแปลงในบริบทเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งนั้น สังคมจะคิดอย่างไรกับประเด็นนี้ และจะไปมีผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ต่อ เรื่องอื่นๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างไร ผู้วิจัยขอยกตัวอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงในบริบทการดูแลผู้สูงอายุที่ต่างรุ่นกัน อาจทำให้สังคมต้อง ลงทุนเพิ่มเติม ไม่มากก็น้อย เมื่อรุ่นของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ดังนั้นการวางแผนใดๆควรที่จะได้คำนึงถึงเรื่องนี้ไว้เป็นประการสำคัญ

ประเด็นด้านเนื้อหา สาระการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2545-2550) ผู้วิจัย สรุปได้ว่า การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุ นั้นแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุจัดเตรียมที่อยู่อาศัย แตกต่างกัน[9,12,23] คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยในอดีตที่ผ่านมา และการดูแลของลูกหลาน/ญาติ โดยพบว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่มีการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในอนาคตสำหรับตนเองนั้น เนื่องจากตนเอง หรือ คนในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ได้มีการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับตนเองไว้แล้ว [9,12] ทำให้ในช่วงเวลาปัจจุบัน ผลการศึกษาส่วนใหญ่จึงมักพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้จัดเตรียมอะไรสำหรับตนเองในด้านที่อยู่อาศัย ทั้งนี้ผู้สูงอายุเหล่านั้นได้เตรียมการเป็นการวางแผนล่วงหน้าตั้งแต่ก่อนเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มที่ได้มีการเตรียมการล่วงหน้า มักจะเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคง แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ผู้สูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่ได้มีการเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับตนไว้ล่วงหน้า หรือแม้กระทั่งไม่ได้เตรียมการเรื่องที่อยู่ของตนในช่วงเวลาปัจจุบัน[4,11] ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ยากจนบางส่วนไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ทุกภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมควรให้ความสนใจว่าจะวางนโยบายอย่างไรกับผู้สูงอายุหรือผู้ที่จะเข้าวัยผู้สูงอายุ แต่ไม่มีความพร้อมหรือมีความพร้อมน้อยมากในการจัดหาที่อยู่เป็นของตนเองได้ ภายใต้ความต้องการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน/ญาติ และใกล้กับสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

ผู้วิจัยเห็นว่า การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ควรมุ่งเน้นศึกษาในบุคคลอย่างน้อย 3 กลุ่ม ด้วยกันประกอบด้วย กลุ่มแรก คือ บุคคลที่ยังไม่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ กลุ่มที่สองคือ บุคคลที่ใกล้เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และในกลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการแบ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวนอกจากจะเห็นภาพของการเตรียมที่แตกต่างกันของคนในแต่ละรุ่น ยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดพื้นฐานในการดูแล ตนเองเมื่อเป็นผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง นอกจากนั้น ควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุตามฐานะทางเศรษฐกิจ เพื่อจะได้วางแนวทางในการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ประการสุดท้ายในด้านการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเห็นว่า ทิศทางการวิจัยด้านการเตรียมการด้านที่

อยู่อาศัย ควรให้ความสำคัญกับ “บ้านหลังแรก” ที่สามารถอยู่ได้จนถึงวัยสูงอายุเป็นลำดับแรก เนื่องจากบ้านเป็นอสังหาริมทรัพย์ที่มีอายุยาวนานหลายปี อีกทั้งบริบทของความต้องการบ้านของคนไทย มักไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยค่อนข้างน้อยครั้ง การให้ความสำคัญกับบ้านหลังแรกจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ หากคนไทยยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงบริบทของความต้องการที่อยู่อาศัย บ้านหลังแรกควรจะได้มีการออกแบบ วางผังให้ใช้งานได้จนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และ สามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพได้เข้ากับวัยของผู้อยู่อาศัย[11,14,24,28]

นอกเหนือไปจากการให้ความสำคัญลำดับแรกกับ บ้านหลังแรกแล้ว ในลำดับถัดมา ควรให้ความสำคัญในการวิจัยในเรื่องแนวทางการปรับปรุงที่อยู่อาศัยปัจจุบัน เหมาะสมกับฐานะ ทางเศรษฐกิจ สภาพความเป็นอยู่ และสังขารของร่างกายผู้สูงอายุ เนื่องจากมีบ้านไม่ว่าจะเป็นบ้านหลังแรก หรือ หลังที่เท่าไหร่ก็ตาม รวมถึงที่อยู่อาศัยประเภทอื่นๆด้วย ที่การออกแบบก่อสร้างมิได้คำนึงถึงการปรับเปลี่ยน รูปแบบการใช้งานไปตามวัยของผู้อยู่อาศัย[7,8,14] ดังนั้นงานวิจัยที่ควรมีอย่างน้อยก็ในช่วงห้าปีข้างหน้า ควรเน้นงานวิจัยทั้งในเชิงนโยบาย และงานวิจัยเชิงทดลอง ในการพัฒนาหรือปรับปรุงที่อยู่อาศัยในปัจจุบันให้สามารถปรับเปลี่ยนการใช้งานให้เหมาะสมกับวัยของผู้อยู่อาศัย โดยเน้น การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเฉพาะที่อยู่อาศัยที่มีแต่ผู้สูงอายุพักอาศัย และอาจรวมถึงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยที่มีคนหลายรุ่น หลายวัยพักอยู่ร่วมกัน โดยมีผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ร่วมด้วย หรือรูปแบบการพักอาศัยในรูปแบบอื่นๆก็ได้ เพื่อจะได้นำไปสู่นโยบายด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีหลากหลาย ซึ่งน่าจะเป็นผลดีการมีนโยบายหลักแต่พียงอย่างเดียว

**การกำหนดมาตรฐาน/แนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงที่อยู่อาศัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุภายใน ภายนอก อาคาร และการให้บริการสาธารณะ**

จากสาระสำคัญของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ที่กำหนดให้ผู้สูงอายุ มีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุน ในด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัย โดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ นั้น กรมโยธาธิการ กระทรวงมหาดไทย ได้นำไปสู่การแปลงนโยบายไปยังภาคปฏิบัติ โดยการออกประกาศกฎ กระทรวง ลงวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2548 โดยกำหนดรายละเอียดการออกแบบทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ ทุพพลภาพและผู้สูงอายุ โดยใช้บังคับกับอาคาร 2 ประเภท ประเภทแรก ได้แก่ อาคารที่ทำการราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานที่ศึกษา สถานีขนส่งมวล ชน สถานพยาบาลทุกรูปแบบ ที่มีพื้นที่ส่วนใดของอาคารที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไปเกิน 300 ตารางเมตร สำหรับอาคารประเภทที่สอง ได้แก่ อาคารสำนักงาน โรงมหรสพ โรงแรม หอ ประชุม สนามกีฬา ศูนย์การค้า ห้างสรรพสินค้า ที่มีพื้นที่ส่วนใดของอาคารที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไปเกิน 2,000 ตารางเมตร[7,13,14,18]

อย่างไรก็ตามกฎกระทรวงฉบับนี้ไม่สามารถใช้บังคับกับอาคารที่มีอยู่ก่อนหน้าที่กฎกระทรวงฉบับนี้ประกาศใช้ ซึ่งเป็นไปตามหลักของการใช้กฎหมายต่างๆ ที่ไม่มีผลย้อนหลังก็ตาม หากมองในแง่ดีนับเป็นการเริ่มต้นที่ดีสำหรับการส่งเสริมสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งคนพิการ ทุภพลภาพ ให้มีสิทธิได้รับการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัย โดยจัด

สภาพแวดล้อมทางกายภาพของอาคารสถานที่ ยานพาหนะ บริการอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของตน เพื่อให้ความสามารถใช้ชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมเฉกเช่นบุคคลธรรมดาทั่วไป นับเป็นการเปิดโอกาสทางสังคมให้กลุ่มคนเหล่านี้ มิต้องจำกัดหรือถูกจำกัดโดยสังคมในการใช้ชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า การประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ อาจเป็นแหล่งกระตุ้นที่สำคัญในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การพัฒนา หรือปรับปรุง สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งการปรบปรุงอาคารสถานที่ทั้งภายนอกและภายในให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในช่วงเวลาก่อนหน้าการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้และภายหลังการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ [1,6,18,24,28] ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาการออกแบบ ปรับปรุงที่อยู่อาศัยในรูปแบบต่างๆของผู้สูงอายุ เช่น บ้าน อาคารที่พักอาศัยในลักษณะอาคารสูง อาคารสงเคราะห์ของการเคหะแห่งชาติ บ้านพักคนชราประเภทต่างๆ เป็นต้น และการออกแบบ ปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งในอาคารและ ภายนอกอาคาร เช่น ห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำในที่อยู่อาศัย บันได ทางลาดและทางเดินเท้าภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนั้นยังรวมถึง การออกแบบ ปรับปรุงลักษณะทางกายภาพของแหล่งบริการสาธารณะที่จำเป็นสำหรับ ผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำสาธารณะ ทางเดินเท้าสาธารณะ สัญญาณไฟจราจร การปรับปรุงอาคารสถานีอนามัย สถานที่ราชการต่างๆ [2,3,6,13] จะเห็นได้ว่าผลงานวิจัยเหล่านี้มีจำนวนชิ้นงานที่เผยแพร่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากกว่าในช่วงห้าปีก่อนหน้านี้ (พ.ศ. 2540 – 2545) สะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทย

นอกจากนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า การวางทิศทางการวิจัยสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต ควรที่จะได้เพิ่มความสนใจในการวิเคราะห์ทางกฎหมายให้มากยิ่งขึ้น[21] รวมไปถึงการวิเคราะห์ กลไกการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในประเด็นต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นอกเหนือไปจากกฎกระทรวง ในเรื่องรายละเอียดการออกแบบทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ ทุพพลภาพและผู้สูงอายุ ที่กล่าวมา เพราะสาระ เนื้อหาในตัวบทกฎหมาย คือโจทย์หรือคำถามวิจัยที่สำคัญว่า เราจะต้องทำอะไรเพิ่มเติมอีกบ้างนับว่าเป็นคำถามของการวิจัยอันดับแรก ส่วนคำถามที่สองได้แก่การตั้งคำถามว่า เราจะประเมินสัมฤทธิผลของการบังคับใช้กฎหมาย กฎกระทรวง ว่าสามารถตอบสนองกับวัตถุประสงค์ในการออกกฎหมาย กฎกระทรวงต่างๆ ได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ภายใต้เนื้อหาสาระที่กฎหมายหรือกระทรวงที่เกี่ยวข้องนี้บังคับใช้อยู่นั้น จุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข พัฒนาควรเป็นเช่นไร เพื่อให้การบังคับกฎหมาย กฎกระทรวง กฎระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้สามารถบรรลุผลสำเร็จ ดังนั้นการวิจัยเชิงบูรณาการทางด้านกฎหมาย กฎกระทรวง รวมถึงกฎระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องกบผู้สูงอายุ ในประเด็นต่างๆ ไม่เฉพาะแต่ด้านสิ่งแวดล้อมหรือเทคโนโลยี จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกำหนดทิศทางการวิจัยในช่วงระยะต่อไป

สรุปว่าในช่วงระยะห้าปีที่ผ่านมาสังคมไทย ได้ให้ความสำคัญกับการวิจัยและได้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มากขึ้นทั้งในเชิงจำนวนชิ้นงาน คุณภาพของผลงาน และความหลากหลายของประเภทงานวิจัย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่า ยังมีช่องว่างทางการวิจัยอีกเป็นจำนวนมากที่สังคมไทยต้องเตรียมการหาคำตอบไว้ล่วงหน้า เพราะที่

ผ่านมางานวิจัยยังครอบคลุมเฉพาะในส่วนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพบางส่วนเท่านั้น ยังสามารถพัฒนางานวิจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเด็นอื่นๆอีกได้ และอาจครอบคลุมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่ไม่ใช่กายภาพด้วย เช่นสิ่งแวดล้อมทางด้านวัฒนธรรมและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ[8,15,16,17] เพราะการพัฒนาแต่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพอย่างเดียวโดยปราศจากองค์ความรู้ด้านอื่นๆอาจทำให้การดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ได้ไม่เต็มที่นัก องค์ความรู้ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุควรที่จะถูกเติมเต็มด้วยองค์ความรู้ทางด้านจิตใจ สังคมและวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุด้วยเพื่อเติมคนให้เต็มคน

**งานวิจัยที่ควรมี**

ผู้วิจัยเสนอแนะงานวิจัยที่ควรมีและเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเห็นว่าควรเพิ่มเติมการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้

- ศึกษาเตรียมด้านที่อยู่อาศัย เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ของคนรุ่นต่างๆ ที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุใน 5 ปี 10 ปี 20 ปี เป็นต้น เพื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในเชิงบริบทของการวางแผนการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ และการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับตนเอง เพื่อจะได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของบริบท และการเตรียมตัวของภาครัฐที่จะรองรับ และปรับเปลี่ยนแนวนโยบายไปตามบริบทของคนรุ่นต่าง ๆ
- ศึกษาการเตรียมด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ที่มีรายได้น้อย ในเมือง-ชนบท และกลุ่มอาชีพต่าง ๆ เพื่อกำหนดแนวนโยบายด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยทั้งในเขตเมืองหรือเขตชนบท หรือพื้นที่ที่มีความพิเศษเฉพาะตัว เช่น ชนกลุ่มน้อย ชุมชนชาวมุสลิม หรือ ชุมชนในเขตนิคมอุตสาหกรรม เป็นต้น
- ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาคเอกชนและภาครัฐ ในการจัดหาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และผู้มีรายได้น้อยทั่วไป เพื่อหาแนวทางมาตรการต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน ในการจัดหาที่อยู่อาศัย โดยรัฐเข้าไปมีส่วนร่วม ผู้กำหนดนโยบายและควบคุม ไม่ใช่ผู้ลงทุนจัดหาหลัก ซึ่งอาจเป็นภาระทางการคลังของรัฐได้ในอนาคต
- ศึกษา แนวทางการปรับปรุงที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมของชุมชน ที่มีความหลากหลายในเชิงรูปแบบการอยู่อาศัย และความหลากหลายของการดำเนินชีวิตประจำวัน ของคนในชุมชน เพื่อศึกษา ปฏิสัมพันธ์และการปรับตัว ระหว่าง ผู้สูงอายุ กับคนในชุมชน
- ศึกษาแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการปรับปรุงพัฒนาที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมของชุมชน รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นเทคโนโลยีในระดับชาวบ้าน หรือ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการพัฒนา ปรับปรุงพัฒนาที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมของชุมชน รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ
- ศึกษาการให้มาตรการจูงใจทั้งทางด้านภาษี และไม่ใช่ภาษี แก่ผู้ผลิต/ประกอบการด้านที่อยู่อาศัยหรืออสังหาริมทรัพย์ ที่เน้นการให้บริการโดยเฉพาะผู้สูงอายุ

- ศึกษาการให้มาตรการจูงใจทั้งทางด้านภาษีและไม่ใช่ภาษี แก่ ผู้ผลิต ผู้นำเข้า สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลูกบิดประตู ราวมือจับ สัญญาณเตือนภัย เป็นต้น

- ศึกษารูปแบบการวางผังบริเวณ การสร้างชุมชนผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่น และสอดคล้องกับความต้องการในชีวิตประจำวันของผู้สูอายุ เพื่อหารูปแบบที่มีความหลากหลายในการปรับปรุง พัฒนาชุมชน ที่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมด้วยได้อย่างผสมกลมกลืน

- ศึกษาการหามาตรการจูงใจทั้งทางด้านภาษีและไม่ใช่ภาษี ให้กับเจ้าของอาคารที่มีอยู่ก่อนการประกาศใช้ กฎกระทรวง ของกรมโยธาธิการ กระทรวงมหาดไทยเพื่อให้ได้ สิทธิพิเศษหรือมาตรการจูงใจ เพื่อปรับปรุง อาคาร พื้นที่ใช้สอย และสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ

- ศึกษามาตรการจูงใจทั้งทางด้านภาษีและไม่ใช่ภาษีให้กับหน่วยงานภาคเอกชน ที่ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขนาดของการจูงใจให้ขึ้นอยู่กับประเภทหรือลักษณะที่เข้ามามีส่วนร่วม การกระทำดังกล่าวอาจครอบคลุมเนื้อหาสาระของงานเป็นจำนวนมาก ซึ่งต้องมากำหนดในภายหลังตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง ทั้งนี้เพื่อเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และเป็นการลดภาระทั้งด้านงบประมาณและการจัดการของภาครัฐลง

- ศึกษามาตรการจูงใจให้ครอบครัว/องค์กรชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ลดภาวะทางภาครัฐทั้งในด้านงบประมาณและโครงสร้างการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ

- ศึกษาทบทวน จุดอ่อน จุดแข็งในการบังคับใช้กฎหมาย กฎกระทรวง หรือ กฎระเบียบต่าง ๆในเชิงบูรณาการ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมกฎหมาย กฎกระทรวง กฎระเบียบตามประเภทและระดับของหน่วยงานภาครัฐและไม่ใช่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และในระดับท้องถิ่น เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมาย กฎกระทรวง หรือ กฎระเบียบต่าง ๆ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ราบรื่น ไม่เป็นอุปสรรค ที่ตรงจุดใดจุดหนึ่ง ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

**ส่วนที่สอง** การทบทวนองค์ความรู้ด้านการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทย

ในช่วงปี พ.ศ.2545-2550 สังคมไทยให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ ค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในหัวข้อที่ได้กล่าวมาแล้วในส่วนที่แรก หากพิจารณาจากผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทยนั้นมีเป็นจำนวนไม่มากนัก อีกทั้งเทคโนโลยีส่วนใหญ่เป็นเทคโนโลยีสำหรับการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้พิการ ทุกขพลภาพ เป็นส่วนใหญ่ การพัฒนาเทคโนโลยีที่เป็นรูปธรรมโดยตรงสำหรับการใช้งานในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุโดยตรงนั้นมีจำนวนผลงานวิจัยน้อยชิ้น ผู้วิจัยเห็นว่า อาจเนื่องมาจากเหตุผลอย่างน้อยสองประการด้วยกัน โดยเหตุผลประการแรก คือผลงานเหล่านั้นอาจไม่ได้ผลิตขึ้นในรูปแบบผลงานทางวิชาการ ที่เผยแพร่และให้ผู้อ่านโดยทั่วไปสามารถสืบค้นได้จากแหล่งข้อมูล ซึ่งเป็นข้อจำกัดของนักวิจัยในการรวบรวมองค์ความรู้ทางด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีในระดับชาวบ้าน หรือ เทคโนโลยีในระดับท้องถิ่นที่อาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวบ้าน ชุมชน ในการประดิษฐ์

คิดค้น ประยุกต์หรือปรับปรุง สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยเทคโนโลยีของตนเอง

สำหรับเหตุผลประการที่สองที่ทำให้ผลงานวิจัยทางด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยพบว่า การวิจัยด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นเป็นการวิจัยที่จำกัดวงอยู่เฉพาะในสถานศึกษาเป็นส่วนใหญ่[10,19,22,25,26,27] โดยเฉพาะทางสาขาด้านเทคนิคในระดับอาชีวศึกษา หรือ ในสาขา คอมพิวเตอร์ สาขาวิศวกรรม สาขาเทคนิคการแพทย์ ในระดับอุดมศึกษา อีกทั้งผลงานวิจัยส่วนใหญ่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นไปตามข้อกำหนดหรือเงื่อนไขในการจบการศึกษาของผู้ที่ทำการวิจัย มิได้เป็นผลงานที่สามารถนำไปสู่การผลิตเพื่อเผยแพร่หรือจัดจำหน่ายได้โดยตรงทำให้ความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของสังคมยังอยู่ในวงจำกัด นอกจากนั้นหน่วยงานที่มีภารกิจโดยตรงในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาสร้างสรรค์ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ด้อยโอกาสในประเทศไทยมีอยู่ไม่มาก เช่น ศูนย์เทคโนโลยีอิเลคทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติหรือ NECTEC โดยดำเนินงานภายใต้โครงการศูนย์วิจัยเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ หรือ ASTEC ซึ่งมีภารกิจในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนา สร้างสรรค์ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ แม้ผลงานของหน่วยงานนี้จะไม่ได้จัดทำเพื่อผู้สูงอายุโดยตรงก็ตาม แต่ผลงานส่วนใหญ่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาของการได้ยิน การอ่าน การเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยผลงานที่ผ่านมาได้แก่ สวิตช์พูดได้ โต๊ะปรับระดับได้ อุปกรณ์ช่วยสื่อสารที่มีชื่อเรียกว่า โอภา และ โปรแกรมแป้นพิมพ์บนจอภาพ เป็นต้น[25,26,27]

ผู้วิจัยเห็นว่า ความสามารถในการวิจัยและพัฒนา หรือ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อนำมาพัฒนา สร้างสรรค์สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ด้อยโอกาส ไม่ว่าจะเป็น ผู้สูงอายุ คนพิการ ของไทยมีข้อจำกัดอย่างมาก ซึ่งเป็นคำถามที่สำคัญในการกำหนดนโยบายการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุของไทยในอนาคต ว่า เราจะทำอย่างไรในประเด็นนี้ ซึ่งมีผลเกี่ยวพันอยู่กับแผนพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศด้วย เนื่องจากในปัจจุบันสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุนั้น ผู้บริโภคสามารถหาซื้อได้ในท้องตลาดและมีคุณภาพและราคาที่แตกต่างกัน ทำให้สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุหลายชนิดนั้น มีกลไกตลาดทำงานเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทำให้ความจำเป็นในการวิจัยหรือการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุสำหรับสังคมไทยนั้นลดความจำเป็นลงไป อีกทั้งการพัฒนาการวิจัยทางด้านเทคโนโลยีนั้นต้องการสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและต้องใช้เงินลงทุนเป็นจำนวนมาก

ดังนั้น โจทย์วิจัยที่สำคัญสำหรับภาครัฐก็คือ เราจะพัฒนาเทคโนโลยีของตนเองเพื่อแข่งขันกับเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้วในตลาดหรือไม่ ถ้าคำตอบ คือ ไม่ใช่ แล้วเราจะพัฒนาเทคโนโลยีอะไรสำหรับผู้สูงอายุไทย และจะดำเนินการอย่างไร ซึ่งเป็น คำตอบที่ผู้วิจัยเห็นว่า เป็นภาระที่ทุกภาคส่วนจะต้องมาระดมสมองเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องไปกับแผนพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศและสามารถแสดงให้เห็นผลที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นกว่าช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีนั้นจำกัดวงอยู่แต่ภายในสถานศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ภาคีในสังคมอื่นเข้ามามีส่วนร่วมด้วยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

จากข้อจำกัดในด้านจำนวนผลงานวิจัยด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไทยดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ยังมีโอกาสอีกมากสำหรับการวางแผนพัฒนาการวิจัยด้านนี้สำหรับประเทศไทย แต่จำเป็นที่จะต้องวางยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และขีดความสามารถทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะว่า งานวิจัยด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุควรเพิ่มเติม ส่งเสริมการวิจัยในประเด็นยังต่อไปนี้

**งานวิจัยที่ควรมี**

- ศึกษาแนวทางการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนกลยุทธ์ในการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุภายใต้แผนพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของชาติ
- ศึกษาความเป็นไปได้ของการจัดตั้งกองทุนเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแหล่งทุนวิจัยในการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุแก่ นักวิจัย หรือกลุ่มนักวิจัยทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม ทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษาทุกระดับ องค์กรชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ที่ทำการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นเทคโนโลยีสมัยใหม่และการประยุกต์เทคโนโลยีโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- ศึกษาความเหมาะสมการให้โดยการสิทธิพิเศษทางภาษีและไม่ใช่ภาษี หรือรูปแบบการส่งเสริมการลงทุนในรูปแบบอื่นๆ แก่กิจการที่ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
- ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดการแข่งขัน การประกวด ประดิษฐ์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชน จังหวัด ระดับชาติและนานาชาติ เพื่อกระตุ้นความสนใจของสังคมและสร้างสรรค์บรรยากาศที่ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ
- ศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายระยะเวลา การให้ความคุ้มครองทางทรัพย์สินทางปัญญา หรือ การเพิ่มสิทธิประโยชน์จากการประดิษฐ์ การวิจัยและพัฒนา แก่ผู้ประดิษฐ์อุปกรณ์อำนวยสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
- ศึกษาความเป็นไปได้ในการให้มีการค้ำประกันสินเชื่อ สำหรับผู้ประดิษฐ์ ผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าวัสดุ อุปกรณ์ หรือวัตถุดิบในการสร้างอุปกรณ์ทางด้านเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ
- ศึกษาประเภทของสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีความเป็นได้ในการผลิตภายใต้เทคโนโลยีที่เรามีอยู่ หรือที่เราอยู่ในความสามารถในการจัดหาและพัฒนาได้ด้วยตนเอง
- ศึกษาความพึงพอใจในการใช้งานสำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกที่สร้างขึ้นภายใต้กระบวนการวิจัยและพัฒนาภายในประเทศ
- ศึกษาความเชื่อมโยงไปข้างหน้าและข้างหลังของการส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตชิ้นส่วน หรือ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ในกรณีที่ไทยมีความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบในการส่งเสริมอุตสาหกรรมดังกล่าวในประเทศ
- ศึกษาความเป็นไปได้ในการส่งเสริมการลงทุนจากไทยไปต่างประเทศในอุตสาหกรรมการผลิตชิ้นส่วน หรือ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ในกรณีที่ไทยมีเสียเปรียบโดยเปรียบเทียบในการส่งเสริมอุตสาหกรรมดังกล่าวในประเทศไทย

- ศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวทางในการนำผลงานวิจัยด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุไปสู่การผลิตและจัดจำหน่ายในเชิงการค้า

- ศึกษาแนวทางในการใช้ประโยชน์กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ทั้งในระดับ ทวิภาคี และ พหุภาคี ที่ประเทศไทยได้ทำข้อตกลงไว้กับนานาประเทศ เพื่อหาแนวทางในการใช้ประโยชน์จากความร่วมมือดังกล่าวในการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การใช้ประโยชน์จากการยกเว้นภาษีศุลกากรส่งออกและนำเข้า อุปกรณ์สำเร็จรูป หรือ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิต ประกอบ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ไทยเป็นศูนย์กลางการวิจัยและค้นคว้าด้านเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ หรือ เป็นศูนย์กลางด้านการผลิต การจัดจำหน่าย การกระจายสินค้า อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในระดับภูมิภาค เป็นต้น

# บรรณานุกรม


1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550 “รายงานการศึกษา เรื่อง แนวทางการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับสถาปัตยกรรมศูนย์สุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนในประเทศไทย” กลุ่มพัฒนาและกำหนดมาตรฐาน กองแบบแผน กรมสนันสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
2. กิตติอร ชาลปติ และคณะ, 2549 “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ จัดทำสุขาสาธารณะต้นแบบสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ” มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
3. กำธร กุลชล และ ชัยสิทธิ์ ด่านกิตติกุล, 2548 “รายงานการวิจัย แนวทางการปรับปรุงระบบทางเดินเท้าสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ” ภาควิชาการออกแบบและวางแผนชุมชนเมืองคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
4. จิระภา ศรีคำ, 2545 “สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยแบบแฟลต เคหะชุมชนดินแดง 1 และ 2 กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. จารุวรรณ จินดานิล, 2547 “สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง : กรณีศึกษาอาคารสวางคนิเวศ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2550 “รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ การพัฒนาต้นแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการสาธารณสุข” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
7. ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548 “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ ศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
8. ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2545 “ที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ : คุณภาพชีวิตของสังคม” ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. เต็มศิริ ศิริสมบัติ, 2549 “การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ในสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการในกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. ณรงค์รัตน์ เลี้ยวรุ่งโรจน์, 2546 “การระบุตำแหน่งที่ใช้สัญลักษณ์สำหรับรถเข็นคนพิการแบบอัตโนมัติในโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
11. ณัฏฐ์พัฒน์ สุขสมัย, 2550 “การปรับปรุงซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุตามโครงการนวัตกรรมผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

12. นัญฐลักษณ์ บุณยโพธิกุล, 2548 “การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยเมื่อเกษียณอายุของทหารอากาศระดับประทวน” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. นวลน้อย บุญวงษ์ และนัททนี เนียมทรัพย์, 2545 “การออกแบบภายในอาคารเพื่อคนพิการ” สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. พิพัฒน์ ตั้งนิติพงศ์, 2550 “การออกแบบบ้านพักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาสถาปัตยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
15. พงศ์ธร เหราบัตย์, 2546 “แนวทางการปรับปรุงโครงการบ้านพักคนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
16. วิไลลักษณ์ ไกรสุวรรณสาร, 2545 “แนวทางในการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ชมรมอยู่ร้อยปี” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
17. วัลลี จันทนฤมาน, 2546 “การทดสอบดัชนีชี้วัดการพัฒนาเมือง และชุมชนน่าอยู่ : กรณีศึกษาโครงการเคหะชุมชน การเคหะแห่งชาติ” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18. วีรยา ทัตตากร, 2547 “การใช้พื้นที่ภายนอกอาคารในโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
19. มานะ ประทีปพรศักดิ์, 2549 “การพัฒนาชุดบทเรียนมัลติมีเดียเพื่อการสอนคนหูหนวก เรื่อง พุทธประวัติ”วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ภาควิชาคอมพิวเตอร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 “รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550” สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545 “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
22. สกุลรัตน์ วงศ์ยางห่าง และคณะ, 2547 “รถเข็นไฟฟ้าสำหรับคนพิการ” ปริญญานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
23. สุธาสินี สุดแสน, 2549 “การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอาคารชุดพักอาศัยของเคหะชุมชน การเคหะแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

24. ศุภาพร รุ่งประชา, 2547 “ห้องอาบน้ำสำหรับคนชรา : กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง”วิทยานิพนธ์สาขาวิชาสถาปัตยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
25. อนุพงษ์ ธรรมรักษาสิทธิ์, 2546 “การแยกแยะคำสั่งควบคุมรถเข็นคนพิการในระบบรู้จำเสียงพูด” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
26. อารีย์ วรปัญญา, 2547 “เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวข้อศอกแบบต่อเนื่อง” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาอุปกรณ์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
27. อาชน์ จันทร์กวี, 2547 “การกำจัดสัญญาณเสียงป้อนกลับในอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังโดยใช้วงจรกรองผ่านทุกความถี่แบบเปลี่ยนตามเวลา” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า ภาควิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
28. อันธิกา สวัสดิ์ศรี, 2546 “แนวทางในการดัดแปลงที่พักอาศัยตามแนวคิดยูนิเวอร์ซัลดีไซน์ที่สอดคล้องกับบริบทไทย : กรณีศึกษาที่พักอาศัยของคนพิการใช้รถเข็นในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” วิทยานิพนธ์สาขาวิชาสถาปัตยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.

# การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ

คมคาย บุญเสริมสุข
บรรลุ ศิริพานิช

**ความนำ**

การที่บุคคลจากวัยทารกสู่วัยเด็ก หรือวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้ใหญ่สู่วัยสูงอายุ มีความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตแต่ละวัยค่อนข้างมาก ถ้าได้มีการเตรียมตัวก่อนล่วงหน้า ก่อนจะมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้วิถีชีวิตในวัยใหม่ เป็นไปได้ด้วยดีไม่มีปัญหา แนวความคิดนี้ผู้ที่สนใจเรื่องผู้สูงอายุ จะเล็งเห็นความสำคัญค่อนข้างมาก จึงมีหนังสือเกี่ยวกับคู่มือผู้สูงอายุในประเทศไทย มาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2535 หลายเล่ม โดยมากผู้เขียนมักเป็นแพทย์ ในระยะแรกๆ คนไทยไม่ค่อยสนใจมากนักเพราะปัญหาเรื่องผู้สูงวัยยังไม่เห็นเด่นชัด จนเมื่อจำนวนและอัตราส่วนของผู้สูงอายุไทย มีมากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (ประชากรอายุเกิน 60 ปีมีกว่า 10% ของประชากรทั้งหมด) ทุกคนจึงเริ่มเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ เพราะสิ่งนี้จะเป็นการป้องกันและแก้ปัญหาผู้สูงวัยได้ดีที่สุด

เมื่อศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับเรื่องนี้แล้วเห็นว่า สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีน่าจะเป็นองค์กรแรกที่ทำเรื่องนี้ โดยจัดให้มีการสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุขึ้นครั้งแรกที่โรงแรมรัตนโกสินทร์ กรุงเทพมหานคร เมื่อระหว่างวันที่ 24–26 มกราคม 2533 มีผู้เข้าร่วมสัมมนาถึง 150 คน และยังคงทำมาทุกปีจนปัจจุบัน จากนั้นมาก็มีหน่วยงานทั้งภาคราชการและเอกชนดำเนินการฝึกอบรมให้แก่ข้าราชการและหน่วยงานต่างๆ กันมากขึ้น และมีพัฒนาการตลอดมา โดยในระยะแรกมักจะทำให้แก่ผู้ที่จะเกษียณราชการในปีนั้นๆ แต่ในระยะหลังการสัมมนาหรือฝึกอบรมกระทำให้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป

บทความนี้ได้ศึกษารวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุหลายเล่มบางเล่มก็กล่าวเฉพาะเรื่องสั้นๆ บางเล่มก็กล่าวหลายเรื่องรวมกัน เพื่อให้ผู้อ่านไม่สับสน ผู้เรียบเรียงรวบรวมบทความนี้ จึงจัดทำเป็นเรื่องๆ ไปตามลำดับดังนี้

1. บทความทั่วไป
2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
3. การดูแลรักษาสุขภาพ
4. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ
5. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
6. การพักผ่อน
7. ที่อยู่อาศัย
8. การเงินและทรัพย์สิน
9. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ
10. ความเครียดและวิธีการคลายเครียด

11. การมีส่วนร่วมในสังคม
12. การมีงานทำ รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ
13. การเข้าถึงข่าวสาร การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
14. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
15. สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

**1. บทความทั่วไป**

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทุกคนต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะทำอย่างไรที่จะให้ชีวิตมีความสุข สิ่งที่ท่านจะต้องเตรียมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ คือ

**ประการที่ 1** "เตรียมใจ"

**ประการที่ 2** "เตรียมสุขภาพ" ในชีวิตมนุษย์ถือได้ว่า "สุขภาพ" มาเป็นอันดับหนึ่งยิ่งอายุมากเท่าไร สุขภาพก็เป็นเรื่องสำคัญ ถ้าสุขภาพไม่ดีก็แพ้ไปหมดทุกอย่าง ถึงจะมีเงินทองมากเท่าไร ถ้าสุขภาพไม่ดีก็ไม่สามารถใช้เงินได้ ในการเตรียมสุขภาพจะต้องบอกตนเองว่าท่านต้องไม่ป่วย สุขภาพจะดีมาจากอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียดต่างๆ ซึ่งท่านจะต้องทำเอง ท่านไม่สามารถหาซื้อหรือขอจากใครได้เพราะฉะนั้นสุขภาพเป็นของท่านที่จะต้องเตรียม

**ประการที่ 3** "เตรียมเงิน" ท่านจะต้องเก็บสะสมเงินไว้ตั้งแต่อายุยังน้อย เมื่อท่านอายุมากท่านอาจจะใช้เงินที่สะสมไว้อำนวยความสุขให้ตัวเองในบั้นปลายชีวิต เช่น ใช้จ่ายส่วนตัว ใช้เงินในการตกแต่งบ้าน ห้องนอน ห้องน้ำ และสถานที่ในบ้าน รวมทั้งทำการกุศล ถ้าท่านไม่สะสมเงินไว้เมื่ออายุมากท่านไม่อาจจะหาได้ ท่านจะลำบาก

**ประการที่ 4** "เตรียมงาน" เมื่อท่านเกษียณอายุราชการแล้ว (อายุ 60 ปี) ท่านไม่ได้เกษียณการงาน หากไม่ได้ทำงานท่านจะรู้สึกเหงา รู้สึกเดียวดาย ใครทำงาน/สังสรรค์จะมีการพัฒนา การเตรียมงานงานอะไรก็ได้ที่ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และไม่เบียดเบียนตนเองจนเกินไป อาจจะเป็นงานที่สร้างรายได้ งานอดิเรกเพื่อความสนุกสนานก็ได้

**ประการที่ 5** "เตรียมบ้าน" ในวัยสูงอายุ บ้านเป็นส่วนสำคัญ ท่านจะต้องเตรียมบ้านและสิ่งสำคัญคือ ท่านต้องอยู่ในครอบครัว อย่าไปอยู่คนเดียว ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่ร่มเย็นสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งเป็นองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ เห็นว่า ผู้ที่จะเข้าสู่วัยแห่งการเกษียณมักจะประสบกับภาวะวิตกกังวลใจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสูญเสียรายได้ ความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทในสังคม การเสริมสร้างความมั่นคงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การให้บุคคลเหล่านี้ได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญภาวะสูงอายุ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและประโยชน์ โดยเฉพาะด้านการปรับตัว ขณะเดียวกันผู้เกษียณอายุการงานก็ยังสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการพัฒนาสังคมได้อีกด้วย สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จึงได้ดำเนินโครงการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุขึ้น โดยดำเนินโครงการในลักษณะโครงการตัวอย่างหรือโครงการนำร่อง เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานใดริเริ่มดำเนินการมาก่อน โดยผู้เข้าสัมมนาเป็นข้าราชการและลูกจ้างของส่วนราชการจากกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่มีอายุระหว่าง 59-60 ปี

(ต่อมาปรับอายุเป็น 55 – 60 ปี) วัตถุประสงค์ของการสัมมนาเพื่อให้ข้าราชการและลูกจ้างได้มีการเตรียมตัว สามารถปรับตัว ปรับใจ ในการดำเนินชีวิตหลังเกษียณอายุราชการ การสัมมนาดังกล่าวนี้จะเน้นการให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดูแลสุขภาพ (โภชนาการ ออกกำลังกาย) การใช้จ่ายเงินหลังเกษียณ และการใช้ชีวิต

หลังเกษียณอย่างมีความสุข ซึ่งในเวลาต่อมาสำนักงาน ก.พ. รวมทั้งส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ธนาคาร อีกหลายแห่งได้ดำเนินการในลักษณะดังกล่าวขึ้นบ้าง โดยสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนจัดวิทยากรไปบรรยาย ให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการทำงานแก่บุคลากรของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ธนาคารแห่งประเทศไทย การสื่อสารแห่งประเทศไทย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค การประปานครหลวง บริษัท ปูนซีเมนต์ บริษัท ขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ

***สำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้เขียนได้นำเรื่องที่เป็นประโยชน์มาให้ท่านได้ศึกษาเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติ และเพื่อให้ท่านได้มีสุขภาพที่ดีไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานและสังคม ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม การดูแลรักษาสุขภาพ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การพักผ่อน ที่อยู่อาศัย การเงินและทรัพย์สิน อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ความเครียดและวิธีการคลายเครียด การมีส่วนร่วมในสังคม การมีงานทำ รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงข่าวสาร การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รวมทั้งสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้เขียนหวังว่าทุกท่านที่ได้ศึกษาและนำไปปฏิบัติจะมีชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุข***

**2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ** *(6, 12)*

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิต ใจ เศรษฐกิจ และสังคม

**2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ**

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ส่วนประกอบของร่างกาย อวัยวะและระบบต่างๆ ดังนี้.-

**ตา**: สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตายาว เลนส์หรือกระจกตาขุ่น อาจจะเกิดตาต้อ กระจกกล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เวียนศีรษะง่าย บางคนมีตาฝ้าฟาง การมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารได้ เกิดการกินอาหารไม่ถูกต้องได้ เช่น อาหารที่มีปนเปื้อน ขึ้นรา

**การตรวจวัดสายตาหรือตรวจตา** คนที่มีอายุ 40 – 60 ปี ควรวัดสายตาทั้งใกล้และไกล เพราะอยู่ในวัยสายตายาว และควรรับการตรวจตาและวัดความดันตา เพื่อค้นหาโรคตาที่พบบ่อย ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจุดรับภาพในตาเสื่อม โดยควรตรวจอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง สำหรับผู้สูงอายุจะพบโรคตา ที่พบบ่อยได้มากขึ้น จึงควรรับการวัดสายตาทั้งใกล้และไกล วัดความดันตา ขยายม่านตา อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

**หู** : ประสาทรับเสียงเสื่อม หูตึง ต้องพูดดังๆ จึงจะได้ยิน

**การรักษา** ควรปรึกษาแพทย์เพื่อดูว่ามีทางแก้ไขสาเหตุหรือไม่ หรือเครื่องช่วยฟังจะพอช่วยได้ หรือไม่

**จมูก**: ทำงานไม่ได้ดี ได้กลิ่นที่ผิดไปจากเดิม ไม่ได้กลิ่นอาหารที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิด ความอยากกินอาหารหรือกินอาหารบูด

**ลิ้น**: ประสาทรับรสเสื่อมลง ไม่รับรู้รสอาหาร หรือมีการรับรสเปลี่ยนไป ความชอบของรสอาหารแตกต่างไปจากเดิม เช่น บางคนเคยชอบรสเปรี้ยว กลับเปลี่ยนไม่ชอบเมื่ออายุมากขึ้น หรือชอบกินอาหารที่มีรสขม และรสหวานมากขึ้น บางคนชอบกินข้าวกับผลไม้ เป็นต้น

**ฟัน**: ผู้สูงอายุมักเป็นโรคฟันผุ มีการสึกกร่อน หรือหัก ต้องใช้ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารลำบาก ไม่ละเอียด โดยเฉพาะอาหารจำพวกโปรตีนเนื้อสัตว์ หากทำให้เปื่อยนุ่มหรือสับให้ละเอียดจะทำให้กินได้โดยง่าย **ต่อมน้ำลาย** ขับน้ำลายออกมาน้อย ทำให้มีความชื้นในปากและเมือกหล่อลื่นไม่เพียงพอที่จะคลุก เคล้าอาหาร รวมทั้งประสาทกล้ามเนื้อที่ควบคุมการทำงานให้กลืนอาหารลำบาก นอกจากนี้ **ปริมาณ** น้ำย่อยต่างๆ ลดลง เช่น ปริมาณกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง น้ำดีจากตับอ่อนลดลง ทำให้อาหารย่อยไม่ดี เกิดการหมักหมมในลำไส้ใหญ่ทำให้มีอาการท้องอืด มีแก๊ส แน่นจุกเสียด นอกจากนี้ บางคนอาจมีปัญหาตับและตับอ่อนเสื่อม ทำให้เกิดโรคเบาหวาน **สิ่งสำคัญ** ควรจะรักษาสุขภาพฟันและเหงือกให้ดี หมั่นทำความสะอาดปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ และไปพบทันตแพทย์ปีละครั้ง หากพบสิ่งผิดปกติในปากจะได้ทำการรักษาจะทำให้ฟันของท่านมีอายุยืนยาวออกไป

**ผิวหนัง**: ผิวหนังเหี่ยวย่น เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้เกิดแผล เมื่อเกิดแผลจะหายช้าไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้หนาวได้ง่าย เมื่ออากาศเย็นผิวจะแห้ง คัน การรับความรู้สึกเจ็บปวดลดลง

**หัวใจ**: เหนื่อยง่ายเนื่องจากหัวใจบีบตัวได้น้อยลง หากทำงานหนักหรือตื่นเต้นมากเกินไป อาจจะทำให้เกิดหัวใจวายได้ง่าย

**สมอง**: การทำงานของสมองเสื่อมลง ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อ และข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มือสั่น ทำให้หยิบจับของหรือตักอาหารลำบาก

**กระดูก**:กระดูกเสื่อม พรุน เปราะ หักได้ง่าย ข้ออักเสบ เกิดอาการบวม ปวดตามข้อ

**เส้นเลือด**: เส้นเลือดตีบแข็ง ทำให้ความดันเลือดสูงได้ง่าย เป็นลมหน้ามืดง่าย ขณะเปลี่ยนท่าทางจากท่านอนเป็นท่านั่ง

**ระบบหายใจ**: เหนื่อยง่าย สำลักอาหารเข้าหลอดลมได้ง่าย

**ระบบทางเดินอาหาร**: เบื่ออาหาร (น้ำลายลดลง การรับรสและกลิ่นไม่ดี) อาหารลงกระเพาะได้ช้า ท้องผูกง่าย กลั้นอุจจาระไม่ค่อยได้

**ระบบขับถ่ายปัสสาวะ**: ถ่ายปัสสาวะบ่อย สำหรับผู้ชายปัสสาวะไม่สะดวกใช้เวลานานในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง (อาจเนื่องจากต่อมลูกหมากโต)

**ด้านจิตใจ**: ยึดมั่นในการคิดของตนเอง ขี้น้อยใจ หงุดหงิดง่าย

**2.2 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม** ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมที่เคยมี
- การถูกทอดทิ้ง สภาพปัจจุบันในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูก หลานต้องไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่
- การเสียการได้รับความเคารพ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์เป็นการเสียการได้รับความเคารพแทน
- การสูญเสียครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด หรือเพื่อนการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตัวเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้ เพราะมีปมด้อย บางรายมีนิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้าน ไม่นึกสนุกสนานวิตกกังวล คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาวะต่อผู้อื่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย

**3. การดูแลรักษาสุขภาพ** *(4)*

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องมีการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เนื่องจากทุกระบบของร่าง กายมีการเสื่อมสภาพลง ความเสื่อมของร่างกายเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ แต่สามารถที่จะชะลอให้เสื่อมช้าลงได้ด้วยการดูแลสุขภาพ การกินอาหารอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การลดความเครียดในชีวิตประจำวัน การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการงดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพโดยเฉพาะเหล้าและบุหรี่ รวมทั้งหมั่นตรวจเช็คร่างกายสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจะช่วยได้หากพบสิ่งปกติในร่างกาย จะได้รักษาแต่เนิ่นๆ

**การมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข สามารถประกอบ กิจการหรือภารกิจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีสุขภาพที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลทุกเพศทุกวัยปรารถนา คนเราจึงต้องใส่ใจต่อการปฏิบัติตนเองให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดี**

**วิธีการดูแลร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม**ให้ดีนั้น ผู้สูงอายุสามารถทำได้ ดังนี้.-

**3.1 การดูแลร่างกาย**

3.1.1 จิตใจของผู้สูงอายุจะแจ่มใสได้ต้องมีสุขภาพที่ดี การทำให้สุขภาพดี ต้องอาศัยวิธีการหลายอย่าง เช่น รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อยู่ในที่ที่มีอากาศดี มีการออกกำลังกายที่พอเหมาะสม ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และนอนหลับอย่างเพียงพอ เมื่อเจ็บป่วยรีบรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ลดน้อยลง เพื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นจะได้ไม่รบกวนจิตใจให้เป็นทุกข์

3.1.2 ผู้สูงอายุควรพยายามดูแลร่างกาย และช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติภาร กิจประจำวันของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น อาบน้ำ/แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ/ขับถ่าย และเดินทางไปนอกบ้านและกลับบ้านเองในระยะทางที่ไม่ไกลเกินไปนัก เช่น ไปวัด ไปตลาด ไปบ้านเพื่อนบ้าน

**3.2 การดูแลจิตใจ**

**3.2.1 การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุมากขึ้น**

3.2.1.1 ผู้สูงอายุควรอยู่กับลูกหลานอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้น จึงต้องรู้จักโอนอ่อน ผ่อนปรนไปตามความคิดเห็นของผู้ที่ตนอยู่ด้วยตามสมควร ไม่เอาแต่ใจตนเองหรือจู้จี้จุกจิกมาก สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน โดยเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

3.2.1.2 ผู้สูงอายุมีความพอใจและยอมรับความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นเรื่องธรรมดา จะทำให้จิตใจดีขึ้น

3.2.1.3 ผู้สูงอายุควรมองชีวิตตนเองในทางที่ดี มีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ผู้อ่อนวัย และเป็นผู้มีความดีงาม สำหรับเตือนใจแก่ลูกหลานตลอดไป

**3.2.2 เมื่อมีความกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ** เช่นเป็นห่วงลูกหลานจะลำบาก กังวลใจในเรื่องของการเจ็บป่วยของตนเอง ควรปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ของรัฐ ปฏิบัติธรรมะเป็นต้น

**3.2.3 พยายามหากิจกรรมที่ทำแล้วเพลิดเพลิน และมีคุณค่าทางจิตใจ** เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ การเลี้ยงสัตว์เป็นเพื่อนจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและมีความสุข ส่วนการปลูกต้นไม้เป็นการที่ได้เฝ้าดูความเจริญเติบโตของต้นไม้ จัดเป็นความเพลิดเพลิน และเป็นความสุขอย่างหนึ่ง และถ้าต้นไม้นั้นให้ดอกผลด้วยแล้วก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น เพราะเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำได้ และรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ทำงานประสบผลสำเร็จ

**3.2.4 พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น** เพื่อพูดคุยกันหรือปรับทุกข์กัน เป็นต้น

**3.2.5 ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ**

3.2.5.1 สวดมนต์ ทำบุญ ตามความสะดวก และความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ เวลา และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

3.2.5.2 หาเวลาอยู่เงียบๆ เพื่อปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ หรือศึกษาข้อปฏิบัติทางศาสนา

### 3.3 การดูแลครอบครัวและสังคม

#### 3.3.1 ครอบครัว

3.3.1.1 ผู้สูงอายุยอมรับฟังความคิดเห็นของลูกหลาน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดี

3.3.1.2 เป็นที่ปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจแก่ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมานานาประการ ย่อมมีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนในการให้คำปรึกษาแนะนำ และให้กำลังใจแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในอดีต จึงเป็นสิ่งที่มีค่ายิ่ง

3.3.1.3 ควรช่วยเหลือครอบครัวตามความสามารถและความถนัด เช่น ดูแลหลาน ดูแลบ้าน ช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น

#### 3.3.2 สังคม

ผู้สูงอายุสามารถเป็นผู้นำทางจิตใจและเป็นแบบอย่างแก่ชุมชนได้ โดยอาจช่วยเหลือผู้อื่นยามเจ็บป่วย เช่น ช่วยเฝ้าไข้ อยู่เป็นเพื่อน หรืออาจช่วยงานการกุศลเป็นอาสาสมัครในชุมชนและอาจจะร่วมกับชมรมผู้สูงอายุให้การช่วยเหลือสังคม เช่น ช่วยดูแลเด็กในศูนย์บริการเด็กเล็ก ช่วยทำอาหารกลางวันให้นักเรียนในโรงเรียนเป็นต้น การทำเช่นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ ที่ดีกับชุมชนและตัวผู้สูงอายุเองก็สุขใจด้วย

## 4. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ [6]

อาหารเป็นสิ่งสำคัญของการดำรงชีวิตของคนเรา และมีส่วนทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ซ่อมแซมร่างกายในส่วนที่ชำรุด และเป็นพลังงานในการดำเนินชีวิต ถ้าคนทุกวัยรวมทั้งวัยสูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ มีพื้นฐานการบริโภคนิสัยที่ดี มีภาวะโภชนาการที่ดี จะทำให้มีสุขภาพดี หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวการณ์เจ็บป่วยของโรคอยู่เดิม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องก็จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น หรือคงสภาพอยู่ในระดับปกติ มีความเสื่อมถอยหรือความก้าวหน้าของโรคช้าลง

### *ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ*

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารครบทุกชนิดเช่นเดียวกับวัยหนุ่มสาว แต่จะมีความต้องการด้านพลังงานที่ค่อยๆ ลดลงตามวัยที่สูงขึ้น เนื่องจากการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลงปริมาณกล้ามเนื้อของร่างกายลดลง และผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง **ในภาพรวมผู้สูงอายุจะต้องการพลังงานจากอาหารลดลง** แต่ปริมาณสารอาหารอื่นๆ จะต้องได้เท่าเดิม อาหารที่กินยังคงจะต้องมีปริมาณโปรตีน เกลือแร่ และวิตามินใกล้เคียงกับที่ต้องการในวัยผู้ใหญ่ และสารอาหารบางตัวอาจต้องมีมากขึ้น เช่น แคลเซียม ใยอาหารเป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุต้อง

เลือกชนิดอาหารที่มีคุณค่า เหมาะสม เพื่อการดำรงชีวิต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและป้องกันมิให้เกิดปัญหาการขาดโภชนาการหรือโภชนาการมากเกินความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุจะต้องกินสารอาหารให้ครบทุกชนิด ดังต่อไปนี้

**1. พลังงาน**

ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเทียบกับวัยเจริญเติบโต หรือวัยหนุ่มสาวเนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น หัวใจ ตับ ปอด ทำงานลดน้อยลง การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุโดยทั่วไปควรเลือกกินอาหารที่ให้พลังงานน้อยลง หลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ไขมัน และอาหารหวาน (รวมทั้งแป้งและผลไม้ที่มีรสหวาน)

**2. โปรตีน**

โปรตีนเป็นสารอาหารที่ช่วยในการเสริมสร้าง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายตั้งแต่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย นอกจากนี้อาหารที่มีโปรตีนสูงจะมีวิตามินและแร่ธาตุสูงด้วย ในวันหนึ่งๆ **ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารโปรตีน 44 – 51 กรัม** สารอาหารโปรตีนได้มาจากเนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้ง ไข่ นม และผลิตภัณฑ์จากนม

- เนื้อสัตว์ควรกินประมาณ 2 - 3 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไม่ติดหนัง เช่น เนื้อปลา สะโพกไก่ หมูที่ไม่ติดมัน เป็นต้น
- ถั่วเมล็ดแห้งให้โปรตีนสูง สามารถนำมาทำอาหารให้ผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนลักษณะและรสชาติอาหารได้เป็นอย่างดี ทำอาหารได้หลายชนิด เช่น น้ำนมถั่วเหลือง เต้าหู้ ถั่วต้มน้ำตาล
- ไข่ ผู้สูงอายุควรกินสัปดาห์ละ 2 – 3 ฟอง ในกรณีที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูง เลือกกินเฉพาะไข่ขาวได้ เพราะไข่ขาวไม่มีโคเลสเตอรอล
- นม เป็นอาหารอีกชนิดที่ผู้สูงอายุควรดื่มทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว ควรดื่มนมชนิดพร่องไขมันหรือนมไขมันต่ำ จะทำให้ได้โปรตีนและแคลเซียมตามที่ร่างกายของผู้สูงอายุต้องการ

**3. ไขมัน**

ไขมันและน้ำมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง ย่อยยาก ถ้ากินในปริมาณมากอาจทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ท้องอืด และน้ำหนักตัวเพิ่มได้ ในปัจจุบันคนไทยบริโภคไขมัน/น้ำมันมากขึ้น โดยกินอาหารทอดหรือผัดเกือบทุกมื้อ **การบริโภคไขมันมากเกินควรเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก** ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการควบคุมดูแลเรื่องอาหารอย่างจริงจัง จะทำ

ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา เช่นบริโภคไขมันมาก ไขมันจึงไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เส้นเลือดในสมองตีบ เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง หรืออาจจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย การเลือกน้ำมันประกอบอาหารควรเป็นน้ำมันจากพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว (ไลโนเลอิก) สูง ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันมะกอก ยกเว้น น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์มซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรค ควรหลีกเลี่ยงหรือลดการกินอาหารทอด เช่น อาหารชุบแป้งทอด กล้วยแขก ปาท่องโก๋ หรืออาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบมาก ๆ เช่น แกงกะทิ ผักต้มกะทิ หรืออาหารที่มีมันมาก เช่น ขาหมู หมูสามชั้น ข้าวมันไก่ **ผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณไขมันหรือน้ำมัน ประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวัน**

**4. คาร์โบไฮเดรท**

คาร์โบไฮเดรทเป็นสารอาหารที่ได้จากอาหารประเภทข้าว แป้ง เผือก มัน ผลิตภัณฑ์ต่างๆ จากธัญพืชและน้ำตาล เนื่องจากข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยที่กินกันทุกครอบครัวเราจึงได้รับพลังงานส่วนมากจากคาร์โบไฮเดรท **ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรทประมาณ 3 – 4 ถ้วยต่อวัน** และควรเลือกคาร์โบไฮเดรทประเภทเชิงซ้อน คือ ข้าว แป้ง เผือก มัน หรือผลิตภัณฑ์จากธัญพืชอื่น ๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีนบะหมี่ และหลีกเลี่ยงหรือกินคาร์โบไฮเดรทเชิงเดี่ยวให้น้อยลง ได้แก่ อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม ขนมหวานต่างๆ ทั้งที่เป็นของเชื่อม ของกวน รวมทั้งน้ำอัดลม เพราะถ้ากินมากเกินไปจะทำให้อ้วน และเกิดปัญหาของไขมันในเลือดสูงผู้สูงอายุควรพยายามเลือกกินผลไม้สดที่ไม่หวานจัดแทนขนมหวาน ซึ่งให้ประโยชน์แก่ร่างกายมากกว่า เพราะนอกจากจะได้รับคาร์โบไฮเดรทแล้ว ยังได้รับวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร

**5. วิตามิน**

วิตามินเป็นสารอาหารอีกชนิดหนึ่งที่จำเป็นสำหรับร่างกาย เพื่อช่วยในการเผาผลาญอาหารที่บริโภคให้เป็นพลังงานและสามารถทำให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ เพิ่มภูมิต้านทานโรค วิตามินมีหลายชนิดมีหน้าที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งร่างกายต้องการในปริมาณไม่เท่ากัน ปัญหาการขาดวิตามินในผู้สูงอายุพบได้เสมอ เช่น **การขาดวิตามินบี 1 ทำให้เกิดโรคเหน็บชา** มีอาการชาตามปลายนิ้วมือนิ้วเท้า หรือมีอาการทางหัวใจ ซึ่งเกิดจากการกินอาหารไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฟัน กินผักลำบาก ทำให้ได้รับวิตามินบางตัวลดน้อยลง

**6. เกลือแร่**

ผู้สูงอายุมีความต้องการเกลือแร่ในปริมาณเท่าเดิม แต่มักพบว่าจะได้เกลือแร่ไม่เพียงพอ เนื่องจากการกินน้อยลง เกลือแร่ที่สำคัญ ซึ่งมักได้รับไม่พอเพียงในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพอื่นตามมาอีกมาก ได้แก่ เหล็ก และแคลเซียม

**6.1 เหล็ก:** ร่างกายถ้าขาดธาตุเหล็กจะทำให้เป็นโรคซีด หรือโรคโลหิตจาง อาหารที่มีธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ เป็นต้น **ผู้สูงอายุต้องการเกลือแร่เหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน**

**6.2 แคลเซียม:** แคลเซียมมีความสำคัญต่อร่างกายหลายอย่างเช่น ช่วยในการแข็งตัวของโลหิต เกี่ยวกับการยืดหดของกล้ามเนื้อ เมื่อร่างกายได้แคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายก็จะไปดึงแคลเซียมมาจากกระดูก ภาวการณ์ขาดแคลเซียมพบได้มากในผู้สูงอายุ และจะเกิดปัญหาโรคกระดูกพรุน กระดูกหัก อาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียม ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม (นมเปรี้ยว โยเกร์ต) ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง ผักใบเขียว (คะน้า กวางตุ้ง ชะพลู บร็อคโคลี่ และถั่วเมล็ดแห้ง) **ผู้สูงอายุต้องการแคลเซียม ประมาณ 800 มิลลิกรัมต่อวัน**

### 7. น้ำ

น้ำเป็นสารอาหารชนิดหนึ่งที่ร่างกายขาดไม่ได้ คนเราขาดอาหารเป็นเดือนได้ แต่ถ้าไม่ได้ดื่มน้ำเพียงสองสามวันก็จะทำให้เสียชีวิตได้ ร่างกายต้องการน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน น้ำมีประ โยชน์ต่อร่างกายหลายประการคือ

- เป็นตัวละลายสารอาหารชนิดต่างๆ ปฏิบัติกิริยาต่าง ๆ ในร่างกายเกิดไม่ได้ ถ้า ไม่มีน้ำเป็นสื่อในการย่อย การดูดซึมและการไหลเวียนของสารอาหารภายในร่างกายก็ต้องอาศัยน้ำ
- ทำหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเพราะเมื่อมีเหงื่อออกมา ร่างกายจะเย็นลง
- ทำหน้าที่เป็นทั้งส่วนประกอบโครงสร้างและกันชนของเซลล์
- เป็นตัวหล่อลื่นแก่ร่างกาย เช่น น้ำลายทำให้กลืนอาหารได้สะดวก

**ร่างกายได้น้ำมาจาก**

- น้ำดื่มและเครื่องดื่มต่าง ๆ
- น้ำในอาหาร
- น้ำที่ได้มาจากการเผาผลาญสารอาหาร เมื่อร่างกายเผาผลาญคาร์โบไฮเดรทและโปรตีนเพื่อให้เกิดพลังงานก็จะได้น้ำด้วย

### 8. เส้นใยอาหาร

แม้ว่าเส้นใยอาหาร (FIBER) จะไม่ใช่สารอาหารและไม่ได้ให้พลังงาน แต่ร่างกายควรได้รับทุกวันเพราะช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกโดยเส้นใยอาหารจะช่วยเพิ่มปริมาณของอุจจาระ และอุ้มน้ำไว้ ทำให้อุจจาระนิ่ม ไม่แข็ง และช่วยกระตุ้นให้เกิดการบีบตัวขอบงสำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดการขับถ่ายได้สะดวก ร่างกายไม่หมักหมมสิ่งบูดเน่า และสารพิษบางอย่างไว้ในร่างกายนานเกินควร จึงป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และนอกจากนี้เส้นใยอาหารยังมีไขมันและแคลอรี

ต่ำมาก ผู้สูงอายุจึงควรได้รับเส้นใยอาหารให้เพียงพอด้วย เส้นใยอาหารมักได้มาจากข้าวซ้อมมือ ถั่วต่างๆ ผักและผลไม้ แต่ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในการบริโภคผักและผลไม้หรือไม่ สามารถเคี้ยวผักสดหรือผลไม้ที่แข็งได้ จึงควรดัดแปลงการประกอบอาหารประเภทผักและผลไม้ให้มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวได้ง่าย เช่น ต้ม ตุ๋น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบริโภคได้สะดวกมากขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับเส้นใยอาหารเพิ่มขึ้น

**อาหารและปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับในหนึ่งวัน**

| หมู่อาหาร | ชนิดอาหาร | ปริมาณต่อวัน | ข้อเสนอแนะ |
|---|---|---|---|
| หมู่ที่ 1 | เนื้อสัตว์ เช่น ปลา ไก่ หมู เนื้อ<br>นม<br>ไข่ | 120 – 160 กรัม<br>1 แก้ว (240 ซีซี)<br>1 ฟอง ( 50 กรัม) | นมไขมันต่ำ<br>3 – 4 ฟองต่อสัปดาห์ |
| หมู่ที่ 2 | ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน | 3 – 4 ถ้วย | ข้าวสุกมื้อละ 2 ทัพพี |
| หมู่ที่ 3 | ผักใบเขียวสด/ต้ม<br>ผักสีเหลือง | 1 ถ้วย<br>½ ถ้วย | ตำลึง คะน้า ผักบุ้ง แตงกวา<br>ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ |
| หมู่ที่ 4 | ผลไม้สุก เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ | 1 ½ ถ้วย | ส้ม มะละกอ ฝรั่ง แอปเปิ้ล<br>ควรงดผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน ลำไย องุ่น |
| หมู่ที่ 5 | ไขมัน เช่น น้ำมันพืช | 2 ช้อนโต๊ะ | งดน้ำมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว<br>น้ำมันปาล์ม |
| หมู่ที่ 6 | น้ำ | 6 – 8 แก้ว | ควรงดดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม<br>เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ |

## 5. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ [7]

การออกกำลังกายเป็นการเสริมสร้างความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้แก่ช้า อายุยืน อีกทั้งยังต้านทานโรค เป็นที่ยอมรับกันว่า การขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งอย่างต่อเนื่องกันมาหลายปี นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังมีบทบาทในการรักษาและฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยได้

การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยเฉพาะวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหามากที่สุดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอในทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมให้มีสุขภาพที่ดี การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากการทำกิจวัตรประจำวัน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศและวัย อย่างเป็นระบบระเบียบ มุ่งเน้นให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ

***องค์ประกอบของการมีสุขภาพที่แข็งแรง***

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง สามารถวัดได้จากสมรรถภาพทางกาย ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน ดังนี้.-

1. ความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด หรือเรียกง่ายๆ ว่า ความทนทานของหัวใจและปอด
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
3. ความทนทานของกล้ามเนื้อ
4. ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ
5. สัดส่วนของร่างกาย

**ขั้นตอนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ**

การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง มีอายุยืนยาวและชะลอความชราได้ การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้**ขั้นตอนที่ 1 *การอบอุ่นร่างกายหรือการอุ่นเครื่อง*** *(Warm up)* ประมาณ 5 – 10 นาทีเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายจริง เหมือนกับก่อนที่ รถยนต์จะออกวิ่งควรมีการอุ่นเครื่องก่อนฉันใด ก่อนออกกำลังกายก็ต้องมีการอุ่นร่างกายก่อน เช่นถ้าเราจะออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ก็ไม่ควรที่จะลงวิ่งทันทีเมื่อไปถึงสนาม แต่ควรจะอุ่นร่างกายให้ร่างกายมีอุณหภูมิ สูงขึ้นก่อนช้าๆ เช่นการเคลื่อนไหวร่างกายสะบัดแข้งสะบัดขา แกว่งแขนวิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่ช้าๆ ชั่วระยะเวลาหนึ่งก่อน แล้วจึงออกวิ่งตัวอย่างที่ดีที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ ก่อนที่นักมวยจะชกกันบนเวที นักมวยจะมีการไหว้ครู การไหว้ครูเป็นการอุ่นร่างกายอย่างหนึ่งจะเห็นว่าขบวนการไหว้ครู จะมีทั้งการยืดหดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ก่อนที่จะต่อสู้กันอย่างรุนแรง

ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ถ้าไม่มีการอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย อาจทำให้หัวใจล้มเหลวถึงแก่ความตายได้ ดังนั้น การอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะต้องกระทำก่อน

**ผลดีของการอบอุ่นร่างกายต่อสมรรถภาพร่างกาย** มีดังนี้

- เพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อสามารถหดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
- ทำให้การประสานงานระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ หรือระหว่างกลุ่มกล้ามเนื้อด้วยกันเป็นไปอย่างถูกต้องและราบรื่น
- ปรับการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดให้เข้าใกล้ระยะคงที่ เป็นการย่นระยะการปรับตัวในระหว่างการออกกำลังกาย การอบอุ่นร่างกายควรเพิ่มความหนักและความถี่ของการเคลื่อนไหวทีละน้อย โดยทั่วไปแล้วใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที **การอบอุ่นร่างกายควร**

**การอบอุ่นร่างกายต้องคำนึงถึงอุณหภูมิแวดล้อมด้วย เช่น ถ้าอากาศร้อน ควรใช้เวลาน้อย ถ้าอากาศหนาวควรใช้เวลาให้นานกว่า การเคลื่อนไหวเพื่อการอบอุ่นร่างกาย ควรเริ่มจากช้า ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มความเร็วขึ้น จากเบา ๆ แล้วเพิ่มความหนักขึ้น**

**ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม** คือ

**1. การยืดเหยียด** (Stretching exercise) เป็นการเตรียมความพร้อมของเอ็น ข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อ โดยการยืดเหยียดให้มีความยาวและมุมกว้างกว่าปกติ สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อส่วนหลัง คอ ไหล่

**2. การบริหารมือเปล่า** (Calisthenics) เป็นการบริหารกายเพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะทั่วร่างกายได้เคลื่อนไหวโดยทำภายหลังการอบอุ่นร่างกาย แบบยืดเหยียดแล้วใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที

**3. การออกกำลังกายเฉพาะกิจกรรม** (Specific activity) เป็นช่วงสุดท้ายของการอบอุ่นร่างกายก่อนลงแข่งขัน โดยเตรียมให้กล้ามเนื้อพร้อมในการทำงานหนัก เป็นการฝึกระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเฉพาะกิจกรรม

**ขั้นตอนที่ 2** ***การออกกำลังกายจริงจัง*** *(Exercise)* ประมาณ 20 -30 นาที

การจะทำให้การออกกำลังกายได้ผลสมบูรณ์ เป็นประโยชน์แก่ร่างกายได้ การออกกำลังกายนั้นจะต้องเพียงพอ ทำให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้อาหารในร่างกาย โดยใช้ออกซิเจนในอากาศด้วยการหายใจเข้าไป เพื่อทำให้เกิดพลังงานจนถึงระดับหนึ่ง การที่จะออกกำลังกายได้ถึงระดับนี้ เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ออกกำลังกายจะต้องเข้าใจให้ถูกต้อง

การออกกำลังกายไม่ว่าจะโดยวิธีใด ก็จะเกิดการทำให้กล้ามเนื้อพร้อมทั้งข้อต่อต่างๆ ของร่างกายหด และยืดเกิดการเคลื่อนไหวได้ กรรมวิธีเช่นนี้ ร่างกายจะต้องใช้พลังงานให้กล้ามเนื้อสามารถยืดหดอยู่ได้พลังงานดังกล่าวได้มาจากการเผาไหม้อาหารที่กินเข้าไป และจะถูกนำไปยังตำแหน่งที่จะใช้แรงงานโดยใช้ออกซิเจนในเลือด ซึ่งเม็ดเลือดแดงนำมาจากการหายใจที่ปอด ในการเผาไหม้จะเกิดของเสียคือ คาร์บอนไดอ๊อกไซด์ ซึ่งเม็ดเลือดจะเป็นผู้นำออกไป หัวใจทำงานมากขึ้น เต้นเร็วและแรงขึ้น ปอดทำงานมากขึ้นเกิดการหายใจเร็วและถี่ขึ้น การออกกำลังกายที่มีผลทำให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้นเช่นนี้เรียกว่าการออกกำลังกาย**แบบแอโรบิค** (Aerobic exercise)

การเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นนี้ ควรเพิ่มมากน้อยเพียงใด จึงจะเกิดประโยชน์แก่ร่างกาย ขึ้นอยู่กับอายุของคนนั้นด้วย โดยมีวิธีคิดง่ายๆ ซึ่งเป็นสูตรของ American College of Sports Medicine คือ **เอาอายุของคนนั้นลบอออกจาก 220 ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นความสามารถของหัวใจที่เต้นสูงสุดของคนนั้นใน 1 นาที** และ 65 – 80% ของการที่หัวใจเต้นได้สูงสุดเป็นอัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมของคนนั้น

***ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายเย็นลงหรือการเบาเครื่อง*** *(Cool down)* เป็นระยะผ่อนคลาย ประมาณ 5 – 10 นาที

เป็นช่วงเวลาที่ระบบต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะระบบไหลเวียนกำลังปรับตัวคืนสู่สภาวะปกติ การเบาเครื่องมีความจำเป็นเพราะขณะออกกำลังกายจะมีการเพิ่มการสูบฉีดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อมาก ถ้าหยุดออกกำลังกายทันทีจะมีเลือดที่ค้างอยู่ที่กล้ามเนื้อมาก ทำให้เลือดกลับสู่หัวใจลดลง เลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลงด้วย โดยเฉพาะสมอง ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ ในผู้ที่มีปัญหาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอาจเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจวายได้ การเบาเครื่องควรจะค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายลงทีละน้อยแทนการหยุดการออกกำลังโดยทันที ทั้งนี้ เพื่อให้เลือดที่คั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ เมื่อออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ถ้าวิ่งจนครบกำหนดแล้วให้ค่อยๆ ลดความเร็วลง เป็นวิ่งช้าๆ เดินเร็ว เดินช้าๆ และหยุดพัก ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที อย่างน้อยที่สุด 5 นาที

***การปฏิบัติตัวก่อนออกกำลังกาย***

- ควรเริ่มการบริหารร่างกายอย่างช้า ๆ ไม่ควรหักโหมตั้งแต่แรก
- ขณะออกกำลังกายหากมีอาการผิดปกติ ควรค่อยๆ หยุด แล้วสังเกตว่าอาการดีขึ้นหรือไม่ ถ้าไม่ดีขึ้นให้ไปพบแพทย์
- ควรเริ่มออกกำลังกายโดยเริ่มช้า ๆ และควรมีการเตรียมตัวด้วยการอุ่นเครื่องด้วยท่าเหยียดกล้ามเนื้อต่าง ๆ เล็กน้อย
- หลังจากออกกำลังกายแล้วไม่ควรหยุดทันที หากหยุดทันทีจะทำให้เกิดการขาดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนสำคัญได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเนื่องจากการปรับตัวจะไม่ดี ทำให้เกิดการเวียนศีรษะหรือเกิดการทำงานผิดปกติของบางระบบได้
- ควรบริหารร่างกายให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และอย่าลืมว่ากิจกรรมทางกายประจำวันก็มีความสำคัญที่ควรทำให้เหมาะสมตลอดไป ตราบเท่าที่ท่านยังทำได้
- หากต้องการออกกำลังกายที่ค่อนข้างหนัก ควรพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินสมรรถภาพทางร่างกายก่อน หรือควรจะประเมินตนเองด้วย แบบสอบถามประเมินตนเอง และหากท่านตอบว่าใช่สำหรับข้อใดข้อหนึ่ง ท่านควรจะพบแพทย์ก่อนจะเข้าร่วมการออกกำลังกายที่ค่อนข้างหนักหรือเป็นการแข่งขันแม้แต่ในผู้สูงอายุที่มีสภาพที่แข็งแรง

**การออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3–4 วัน หรือวันเว้นวันจึงจะเป็นการพอเพียง ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 40 นาที เพราะจะเป็นการหักโหมเกินไป เกิดผลเสียต่อร่างกายได้**

***การออกกำลังกายที่ดีจะต้องคำนึงถึง***

***ความถี่ในการออกกำลังกาย*** หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 – 2 วัน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น **การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 4 วัน**

***ความหนักเบาในการออกกำลังกาย*** หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ซึ่งขึ้นกับประเภทและวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายเพื่อให้เกิดพละกำลังมากขึ้นต้องเพิ่มความหนักโดยการยกน้ำหนักมากขึ้น บ่อยขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความทนทานของกล้ามเนื้อ ต้องเพิ่มจำนวนครั้งให้มากขึ้น ในการเพิ่มพละกำลังของผู้สูงอายุต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่หักโหม เพราะกล้ามเนื้ออาจฉีดขาดได้ **การยกน้ำหนักแต่ละครั้งห้ามเบ่งหรือกลั้นหายใจ ต้องหายใจตามปกติ** เพราะการกลั้นหายใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีเส้นเลือดที่สมองเปราะแข็งอาจแตกเกิดอัมพาตได้ การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของระบบไหลเวียนเลือดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับเลือดอย่างเพียงพอ สำหรับผู้สูงอายุแนะนำให้ใช้ท่าที่ใช้ร่างกายตนเองเป็นหลัก เพราะสามารถควบคุมได้ สำหรับการใช้น้ำหนักภายนอกหรืออุปกรณ์สำหรับยกน้ำหนัก น้ำหนักที่เหมาะสมคือ ใช้น้ำหนักประมาณครึ่งหนึ่งของน้ำหนักที่ท่านสามารถยกท่านั้นได้เพียง 1 ครั้ง โดยน้ำหนักที่แนะนำคือ ใช้ขวดน้ำอัดลมชนิด 1 – 2 ลิตร ใส่น้ำให้เต็มแล้วใส่ในตะกร้าที่มีที่จับแข็งแรง และใหญ่พอควรแล้วทำท่ายกกล้ามเนื้อนั้นๆ เช่นท่ากางแขน อาจจะลองเพิ่มน้ำหนักอีกประมาณครึ่งขวดลิตร หากยกไม่ขึ้นเท่ากับเรายกไม่ขึ้นที่น้ำหนักประมาณ 4 กิโลกว่าๆ ก็ให้ใช้น้ำหนักในการยกท่ากางไหล่ประมาณ 2 กิโลกรัม หรือใช้น้ำหนักที่ท่านสามารถยกได้ประมาณ 8 – 10 ครั้งแล้วพอดีเมื่อยกได้

***ระยะเวลาของการออกกำลังกาย*** ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง **ควรนานติดต่อกันครั้งละ 20 – 30 นาที** แต่สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อยๆ เท่าที่ทำได้ อาจเป็น 5 – 10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกัน 20 – 30 นาที

***ชนิดของการออกกำลังกาย*** การออกกำลังกายมีหลายชนิด ในโอกาสนี้จะกล่าวถึงชนิดต่าง ๆ ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างเช่น

***1. การเดิน*** ดูจะเป็นวิธีออกกำลังที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรือความพิการของเท้าและข้อ ทำให้ลำบากในการเดิน) มีข้อปฏิบัติคือ ต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม เนื่องจากการเดินเป็นการออกกำลังที่เท้าเป็นส่วนใหญ่ จึงควรแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน

- ควรเดินในที่อากาศบริสุทธิ์ และปลอดภัย
- ควรเดินในตอนเช้า

***2. การวิ่งช้า ๆ*** (การวิ่งต่างกับการเดินคือ การเดินนั้นเท้าข้างใดข้างหนึ่งแตะพื้นอยู่เสมอ ส่วนการวิ่งจะมีช่วงหนึ่งที่เท้าไม่แตะพื้น ) ถ้าผู้สูงอายุสามารถวิ่งได้ ก็ไม่มีข้อห้ามแต่ต้องมีข้อเท้าที่ดี (เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อเท้ามากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้) ใส่รองเท้าที่เหมาะสม และมีข้อปฏิบัติต่าง ๆ เช่นเดียวกับการเดิน

***3. กายบริหารท่าต่าง ๆ*** ก็เป็นการเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรจะบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

***4. การรำมวยจีน*** หลักการของการรำมวยจีน คือการเคลื่อนไหวช้าๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิด้วยเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องมีครูฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

***5. โยคะ*** เป็นการออกกำลังที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน ต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะให้ประโยชน์สูง นอกจากนี้ยังมีชนิดของการออกกำลังอีกมายมาก รวมทั้งกีฬาต่างๆ ซึ่งทุกอย่างเป็นสิ่งที่ดี ถ้าสูงอายุได้รู้หลักที่ถูกต้องตามที่กล่าวมาแล้วและออกกำลังสม่ำเสมอตามสภาพร่างกายไม่หักโหม ไม่รุนแรง ไม่แข่งขัน ก็จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี

**ขอให้ผู้สูงอายุเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่ชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายจะทำให้การออกกำลังกายมีความสุข เพลิดเพลิน**

***ประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ***

การออกกำลังกายเป็นยาวิเศษขนานแท้ เป็นยาอายุวัฒนะ หากมีการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการ ทำกิจกรรมมากขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย พอสรุปได้ดังนี้

**1. ช่วยชะลอความชรา** ในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ดูเป็นหนุ่มเป็นสาวกระฉับกระเฉง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกาย และการลดลงของประสิทธิภาพในการทำงานเกิดช้ากว่าที่ควรเป็นช่วยยืดอายุให้ยืนนาน

1. **การทรงตัว และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีการประสานกันดีขึ้น** ร่างกายมีความระฉับกระเฉง ว่องไว เคลื่อนไหวได้ดีโดยไม่พลัดตกหกล้ม
3. **ลดน้ำหนักตัว** ควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างดีขึ้น
4. **ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า** ทำให้จิตใจแจ่มใส
5. **ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ**เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันเลือดสูง
6. **ลดความดันเลือด**

**ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย**

**การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อควรปฏิบัติดังนี้**

1. ในผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป การออกกำลังกายครั้งแรกควรคำนึง

- ถ้าไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่เคยมีความผิดปกติของร่างกายมาก่อน การเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มต้นด้วยการเดินก่อน แล้วเพิ่มเวลาเดินขึ้นจนถึง 20 นาที ถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยผิดปกติให้เพิ่มเป็นเดินเร็วๆ ถ้าไม่เหนื่อยให้เริ่มวิ่งเหยาะ ๆ จนถึงวิ่ง
- ถ้ามีโรคประจำตัวอยู่หรือมีความผิดปกติ เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง เคยแน่นหรือเจ็บหน้าอก เป็นลมหน้ามืด เวียนศีรษะ ข้อเสื่อม หรือปัญหาทางกระดูก น้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐาน 10 กิโลกรัม ประวัติครอบครัวมีปัญหาโรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ อย่างไร แค่ไหน

2. ในการออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง
   - สถานที่ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนเกินไป
   - เครื่องนุ่มห่ม ควรใส่สบายไม่ฟิต หรือรัดรูป และให้อุ่นพอ โดยเฉพาะในเวลาอากาศหนาวเย็น
   - รองเท้าที่ใช้ใส่ออกกำลังกาย ควรให้เหมาะสม ใส่แล้วรู้สึกสบาย
   - เวลา จะเป็นเวลาเช้า กลางวัน เย็น หรือก่อนนอนก็ได้ แต่ควรก่อนรับประทานหรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงขึ้นไป

3. ชนิดของการออกกำลังกาย ควรเป็นแบบแอโรบิค คือมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอด เวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ วิ่ง ว่ายน้ำ รำมวยจีน ถีบจักรยาน ถีบจักรยานอยู่กับที่ เต้นแอโรบิค เป็นต้น

4. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถ และสภาพของร่างกาย ต้องไม่แข่งขัน เพราะการแข่งขันอาจทำให้ฝืนร่างกายให้หักโหมเกินไปอาจเกิดอันตรายได้

5. ควรเลิกสูบบุหรี่

6. การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดอาหารหวานหรืออาหารที่มีไขมันมาก หลีกเลี่ยงการใช้ยาลดน้ำหนักโดยเด็ดขาด เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขสภาพ

7. ควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก หรือทำท่าที่ไม่คุ้นเคย

8. ต้องมีความอดทนและไม่ท้อถอย เพราะการฝึกให้ร่างกายแข็งแรงอยู่ตัวได้ต้องใช้เวลาประมาณ 6 – 12 สัปดาห์ขึ้นไป

9. พยายามใช้ประโยชน์จากกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น ทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาและเป็นการเคลื่อนไหวหลาย ๆ แบบ

10. ทำงานที่ต้องออกแรงให้เป็นกิจวัตร เพื่อให้กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่างๆ ได้ยืดตัว เช่น ทำสวน เดินเร็วๆ เป็นต้น โดยควรกำหนดเวลาให้แน่นอนเพื่อไม่ให้ลืม

11. ควรได้รับการตรวจสุขสภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง เนื่องจากการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจจะนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงภายหลังได้

12. ควรออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ อย่างต่อเนื่องหรือเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ รำมวยจีน เป็นต้น วันละประมาณ 20 – 30 นาที

สัปดาห์ละ 3 – 5 วัน และควรเป็นการออกกำลังกายชนิดเบา ๆ ถึงชนิดหนัก ปานกลาง ทำอย่างต่อเนื่อง

**ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย**

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อาจมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับวัย ถ้าหักโหมมากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายได้ ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก กระโดดหรือวิ่งด้วยความเร็วสูง เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ
2. ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงกระแทก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ข้อเข่า เช่น การกระโดดการขึ้นลงบันไดสูงมากๆ บ่อยๆ หรือนั่งยองๆ เนื่องจากมีการเสื่อมของข้อตามวัยอยู่ก่อนแล้ว
3. ไม่ควรบริหารร่างกายที่ต้องใช้ความเร็วสูง ต้องเปลี่ยนทิศทางอย่างฉับพลัน หรือเดินทางลาดกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ จะมีการหดตัวช้าลงทำให้การรักษาสมดุลของร่างกายทำได้ช้า การใช้ความเร็วสูงจะทำให้เกิดการเคล็ดขัดยอกของกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ ได้
4. การประมาณตน สภาพร่างกายและความเหมาะสมกับกีฬาชนิดต่างๆ ของแต่ละคนไม่เหมือนกันแม้ในคนคนเดียวกันในช่วงเวลาหนึ่งกับอีกช่วงเวลาหนึ่งก็แตกต่างกันได้ ดังนั้น จะต้องเป็นไปตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย
5. ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าวหรือแดดจัด ซึ่งจะทำให้ร่างกายเสียน้ำและเกลือแร่ได้มากเนื่องจากระบบการระบายความร้อนและไตเสื่อมลง ประสิทธิภาพในการระบายความร้อนและการขับถ่ายของเสียลดลง ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงระหว่างออกกำลังกายได้
6. เลือกเวลา เวลาในการออกกำลังกายควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย
7. สภาพของกระเพาะอาหาร ในเวลาอิ่มไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะทำให้เกิดผลเสียคือ กระเพาะอาหารซึ่งอยู่ใต้กระบังลม ทำให้การขยายของปอดไม่ดีเท่าที่ควร เพราะกระบังลมไม่อาจหดตัวต่ำลงได้มาก ในขณะเดียวกัน การไหลเวียนของเลือดส่วนหนึ่งใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหาร
8. การดื่มน้ำ ควรดื่มในปริมาณที่พอเหมาะ
9. ผู้สูงอายุมีสายตาพร่ามัว สมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาทเสื่อมลง สมองสั่งงานช้าลง จึงไม่ควรออกกำลังกายที่มีการแข่งขัน เพราะจะทำให้เกิดอันตรายจากการแข่งขันได้ เนื่องจากการหลบหลีกช้าลง เช่น วิ่งชนสิ่งกีดขวาง โดนลูกบอลหรือลูกเทนนิสกระแทก เป็นต้น
10. ไม่ควรสูบบุหรี่ในขณะออกกำลังกายหรือในระหว่างพักเหนื่อย ถ้าเลิกได้ควรเลิก
11. ไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบาย

12. อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาแพ้เอาชนะเพราะอาจทำให้เกิดการหักโหมและเป็นอันตรายได้ ควรออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของตนเอง
13. ให้ระวังอุบัติเหตุ
14. ให้ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมออาทิตย์ละ 3 – 4 ครั้ง
15. ในขณะที่ออกกำลังกาย ถ้าเกิดอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรหยุดออกกำลังกาย แล้วปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำต่อไป อาการผิดปกติอาจเกิดได้ ดังนี้
    - รู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นแรงกว่าปกติ ใจสั่น
    - หัวใจเต้นช้าลงมาก หรือแม้จะหยุดออกกำลังกายนานแล้วหัวใจยังเต้นแรงอยู่
    - มีอาการเจ็บแน่นที่กลางอก ร้าวไปไหล่ด้านใด ด้านหนึ่ง หรือแน่นลิ้นปี่
    - เวียนศีรษะ หายใจไม่เต็มอิ่ม รู้สึกง่วงนอน ควบคุมตนเองไม่ได้
    - คลื่นไส้ เหงื่อออก หน้ามืด ตัวเย็น
    - มีอาการแขน ขา อ่อนแรง แม้จะเพียงชั่วขณะ
    - มีอาการตามัว พูดไม่ชัดตะกุกตะกัก หรือชัก
16. ควรออกกำลังเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมออกกำลัง

**6. การพักผ่อน[3]**

การพักผ่อนนอนหลับมีความสำคัญมากสำหรับสุขภาพอนามัย คนเราใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตเพื่อการนอนหลับ การนอนหลับจึงเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันอันตรายเนื่องจากความเหน็ดเหนื่อยและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของหัวใจการไหลเวียนของโลหิตและการทำ งานของร่างกายขณะหลับจะลดระดับลงสู่ระยะพัก ช่วยลดความเมื่อยล้า และลดความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ ขณะเดียวกันก็เป็นการฟื้นฟู สะสมพละกำลังร่างกายให้พร้อมสำหรับกิจกรรมในแต่ละวันต่อไป ยิ่งหลับได้นานและหลับได้สนิทยิ่งจะเป็นประโยชน์มากขึ้น การนอนหลับได้ดีเป็นเครื่องแสดงถึงสุขภาพที่ดีของร่างกายและจิตใจ

ความต้องการการพักผ่อนนอนหลับจะแตกต่างกันไปตามอายุเมื่ออายุมากขึ้นความต้องการนอนก็น้อยลงและปริมาณการตื่นในตอนกลางคืนจะเพิ่มขึ้นตามอายุด้วยเช่นกัน

**สาเหตุการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ**

1. ไม่มีกิจกรรมที่ทำให้ต้องใช้กำลังกายและใจในตอนกลางวัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่เหนื่อยพอที่จะหลับในเวลากลางคืน หรือนอนหลับในตอนกลางคืน
2. วิตกกังวล ซึมเศร้า ทำให้นอนหลับยาก ที่นอนไม่สบาย
3. มีปัญหาทางกายหรือการเจ็บปวด เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ต่อมลูกหมากโต ปัสสาวะบ่อย
4. การดื่มน้ำชา กาแฟ ยา ที่ทำให้นอนไม่หลับ หรือยาขับปัสสาวะ

**ข้อพึงปฏิบัติ**

1. **จัดห้องนอนให้โปร่ง** อากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากเสียงรบกวน ถ้าเป็นห้องปรับอากาศควรมีพัดลมดูดอากาศออก เพื่อลดภาวะอากาศเสียภายในห้องนอน
2. **ที่นอนต้องสะอาด** ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม ควรซักให้สะอาดอยู่เสมอ
3. **อาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด** ใส่เสื้อผ้าที่หลวมสบาย
4. **ทำจิตใจให้สงบ** ด้วยการสวดมนต์ ทำสมาธิ หรือคิดถึงแต่สิ่งที่ดีงาม ปราศจากความวิตกกังวล
5. **นอนในท่าที่เหมาะสม** คือท่านอนหงายใช้หมอนข้างใบใหญ่หนุนใต้โคนขา จะช่วยให้กระดูกสันหลังแบนราบหรือนอนตะแคงข้าง
6. **นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายวันละประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง**
7. **งดการดื่มชา กาแฟ ยา ที่ทำให้นอนไม่หลับ ยาขับปัสสาวะและการดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน**

เมื่อร่างกายได้ทำงานในแต่ละวัน ซึ่งเป็นการใช้พลังงานอย่างเหมาะสมแล้วการพักผ่อนนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเมื่อยล้าตึงเครียดของร่างกายและจิตใจให้หายเหน็ดเหนื่อย เป็นกระบวน การทางธรรมชาติที่จะช่วยรักษาสุขภาพร่างกายให้มีความสมดุล และไม่ให้เกิดอันตรายจากความอ่อน เพลีย เป็นการสะสมพลังงานเพื่อกิจกรรมในวันต่อไป จะเป็นการนอนหลับกลางวันหรือกลางคืนก็ได้ ให้นับรวมกันได้ไม่ต่ำกว่า 6 – 8 ชั่วโมง จึงไม่ควรวิตก หากนอนไม่หลับก็ไม่ควรกินยานอนหลับ ควรหากิจกรรมที่เหมาะสมทำจะเป็นการดี

**7. ที่อยู่อาศัย** [2, 10]

ที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งของการดำรงชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความมั่นคงและสภาพความเป็นอยู่ของสมาชิกที่อยู่อาศัยได้ ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญซึ่งควรอาศัยในบ้านที่เหมาะสมต่อสภาพร่างกาย การดำรงชีวิตที่สำคัญคือผู้สูงอายุควรจะอยู่กับครอบครัว และควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูก หลาน บ้าน/ที่อยู่อาศัยจะต้องมีความสะอาดและถูกหลักอนามัย บ้านที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยควรเป็นดังนี้

1. จะต้องมีความแข็งแรง และป้องกันโจรผู้ร้ายได้
2. ควรจะมีสาธารณูปโภคให้มากที่สุด มีถนน น้ำ ไฟฟ้า และโทรศัพท์
3. ควรจะเป็นที่สงบพอสมควร มีอากาศดี
4. มีราวบันไดในบ้าน
5. ควรมีแสงสว่างให้เพียงพอ
6. ห้องนอนควรจะเย็นสบายมีสิ่งแวดล้อมที่ดี และควรจะมีเตียงนอน
7. ห้องน้ำควรมีราวสำหรับจับหรือยึด โถส้วมควรจะเป็นชนิดนั่ง

**8. การเงินและทรัพย์สิน [1]**

โดยทั่วไปผู้เกษียณอายุการงานหรือผู้สูงอายุจะมีรายได้ลดลง ในทางที่ดีควรจะได้มีการวางแผนเตรียมการด้านการเงินไว้ให้รอบคอบ เพื่อท่านจะได้กระทำสิ่งที่อยากทำเมื่อเกษียณอายุการงานแล้ว โดยมีมาตรฐาน การครองชีพอย่างที่เคยเป็นและไม่มีปัญหาการเงินมาทำให้กลุ้มใจ

***ท่านจะจัดการกับงบประมาณรายรับ-รายจ่ายหลังเกษียณอายุการงานอย่างไร***

- ควรทำงบประมาณออกมาให้เห็นเป็นรูปธรรม (จัดทำงบประมาณทั้งปี จะดีกว่าทำเป็นเดือน) เพราะท่านอาจหลงลืมรายได้หรือรายจ่าย ที่มีช่องเว้นระยะนานๆ หรือไม่สม่ำเสมอ เช่น ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตรายปี ภาษีต่างๆ เป็นต้น
- ควรทำงบประมาณอย่างคร่าวๆ ก่อน แล้วค่อยทำรายละเอียดในภายหลัง ถ้าท่านมีกิจการที่สลับซับซ้อนหรือหลายอย่างท่าน อาจต้องจ้างหรือขอความช่วยเหลือจากผู้ชำนาญ โดย เฉพาะในเรื่องภาษีต่างๆ หากงบประมาณของท่านมีผลออกมาว่ารายจ่ายเกินรายรับ ท่านจะต้องพิจารณาหาทางเพิ่มรายได้หรือมิฉะนั้นก็ต้องตัดรายจ่ายลง
- จะต้องใช้จ่ายเงินอย่างประหยัด ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น
- จงลด-ละ-เลิก อบายมุข เช่น ดื่มเหล้า เล่นการพนัน สูบบุรี่ ฯลฯ

***การเพิ่มรายได้หลังเกษียณอายุการงาน***

มีวิธีง่ายๆ วิธีหนึ่งในการเพิ่มรายได้หลังเกษียณอายุคือ หางานทำ จะเป็นงานเฉพาะบางช่วงเวลาหรือเต็มเวลาก็แล้วแต่สถานการณ์และสิ่งแวดล้อม

***พินัยกรรม***

ผู้สูงอายุบางท่านมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะไม่มีปัญหาเรื่องรายได้-รายจ่าย แต่กลับมีปัญหาเรื่องการแบ่งทรัพย์สมบัติให้แก่ทายาท เพราะฉะนั้นเพื่อเป็นการป้องกันความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้น หากท่านถึงแก่กรรมโดยปัจจุบันทันด่วน การทำพินัยกรรมไว้ให้เรียบร้อย ก็เป็นสิ่งที่พึงกระทำมีข้อเสนอแนะดังนี้.-

- การแบ่งทรัพย์สมบัติบางส่วนให้แก่ทายาทในขณะที่มีชีวิตอยู่ เพื่อให้ทายาทนำ ไปตั้งตัวหรือตั้งครอบครัวใหม่ ก็เป็นสิ่งพึงกระทำ แต่ก็ควรพิจารณาให้รอบคอบ
- ถ้าท่านคิดจะทำพินัยกรรม ให้ติดต่อผู้รู้ในเรื่องนี้ อาจจะเป็นนักกฎหมาย หรือเจ้าหน้าที่อำเภอในท้องถิ่น อย่าทำเอง

**9. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ [1, 4]**

ทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความว่องไวย่อมลดลง ประสาทสัมผัสและการตอบโต้สิ่งเร้าจะช้าลงการทรงตัว การได้ยิน การมองเห็น จะมีประสิทธิภาพลดลงทั้งนั้น มากไปกว่านั้นอาจมีความพิการบางอย่างเกิดขึ้นแทน กระดูกจะเปราะขึ้น บาดแผลฟกช้ำต่างๆ จะหายช้ากว่า

ปกติ อุบัติเหตุมักเกิดขึ้นในช่วงนี้มากกว่าและรุนแรงกว่า การพักฟื้นก็ใช้เวลานาน ดังนั้น ต้องจำไว้ว่า การป้องกันไว้ก่อนเป็นดีที่สุด ซึ่งความจริงการป้องกันอุบัติเหตุเป็นเรื่องสำคัญยิ่งสำหรับทุกช่วงอายุ แต่สำหรับผู้สูงอายุยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น

**อุบัติเหตุ** อาจเกิดได้หลายแห่งจะแยกเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. **อุบัติเหตุในบ้าน**

**1.1 ป้องกันการหกล้ม**

- ระมัดระวัง การขึ้น-ลง บันได หรือพื้นต่างระดับ และต้องมีที่ยึดเกาะ
- ห้ามวางพรมหรือผ้าเช็ดเท้าไว้หน้าเตียงนอน และบันได
- ห้ามสวมถุงเท้าขณะสวมรองเท้าแตะ
- ควรมีราวสำหรับจับในห้องน้ำ ห้องส้วม
- ถ้าขาเสียสมดุลหรือเจ็บ ควรใช้ไม้เท้าช่วยพยุง
- ราวบันไดติดตั้งอย่างมั่นคง มีราวบันไดทั้ง 2 ข้าง
- ระมัดระวังการลื่นล้มในห้องน้ำ และการลื่นไถลในบ้าน

**1.2 ป้องกันไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าช๊อต และแก๊สรั่ว โดยการปิดทุกครั้งก่อนนอนและก่อนออกจากบ้าน**

- อย่ายืนใกล้ไฟจนเกินไป
- อย่าสูบบุหรี่บนที่นอน
- อย่านำเครื่องใช้ไฟฟ้าไว้ในห้องน้ำ
- เมื่อได้กลิ่นแก๊สรั่วให้รีบเปิดประตูหน้าต่างเพื่อให้แก๊สระบายออกไปอย่าเปิด-ปิด สวิตซ์ไฟฟ้า และจุดไฟในบริเวณนั้นเป็นอันขาด ควรรีบไปปิดหัวถังแก๊สหรือหัวเตา

**1.3 ป้องกันการหยิบและรับประทานยาผิด**

- เก็บยาและเวชภัณฑ์ไว้ในตู้เฉพาะ
- อ่านฉลากที่ระบุชื่อยาและสรรพคุณให้แน่ใจทุกครั้ง
- ยาที่หยอดและป้ายตา ต้องใช้ตามคำสั่งของแพทย์

**2. อุบัติเหตุนอกบ้าน**

**2.1 การเดิน**

- รองเท้าที่สวมควรเป็นรองเท้าพื้นยางส้นเตี้ยหุ้มส้นหรือรัดส้น

**2.2 การเดินทางโดยรถประจำทาง**

- ระวังหกล้มและรถกระชาก

**2.3 การขับรถ**

- ขับรถให้ช้าลง

- งดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ในขณะขับรถ
- ถ้าไม่แน่ใจว่าการขับรถเองปลอดภัยควรงดเสีย

***ผลของอุบัติเหตุและการรักษา***

ส่วนใหญ่อุบัติเหตุที่เกิดกับผู้สูงอายุมักมีผลร้ายตามมาค่อนข้างมากและที่มากที่สุดคือกระดูกหักที่หักมากที่สุดคือ กระดูกบริเวณตะโพกและข้อมือ ดังนั้นถ้าเกิดอุบัติเหตุขึ้นเมื่อใด ถ้ายังรู้สึกตัวดี ก่อนอื่นจงตั้งสติให้ดีอย่ารีบร้อน ให้พิจารณาดูให้ดีว่า มีส่วนของร่างกายส่วนใดกระแทกกับของแข็งหรือไม่ โดยเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ลุกขึ้นดำเนินกิจวัตรประจำวันต่อไปได้ ถ้ามีอาการเจ็บปวดส่วนใดมาก ให้เรียกขอความช่วยเหลือจากคนในบ้าน อาการสำคัญของกระดูกหักก็คือในตอนแรกอาจไม่เจ็บปวดมากนักอาจพยุงตัวลุกขึ้นนั่งได้เอง แต่สักครู่การเคลื่อนไหวต้นขาจะเจ็บจนเคลื่อนไหว ไม่ได้ ถ้ามีอาการดังกล่าวนี้ อย่าได้ลังเลใจที่จะไปโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจละเอียด ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องใช้เอกซเรย์เข้าช่วยในการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องแน่นอน

ถ้าการวินิจฉัยของแพทย์เป็นว่ากระดูกหักในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริเวณตะโพก แพทย์มักจะแนะนำให้ผ่าตัด เพื่อดามกระดูกให้ติดกันด้วยโลหะหรือการเปลี่ยนข้อใหม่ สุดแล้วแต่สภาพของกระดูกหัก ทั้งนี้เพราะกระดูกหักนั้น ลงได้หักแล้ว ติดกันเองได้ แต่ต้องใช้เวลา 3 – 4 เดือน จะเปิดโอกาสให้โรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้สูงมาก จึงควรรีบทำการผ่าตัด และให้ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนไหวโดยเร็ว ภายใน 1 – 2 อาทิตย์ โอกาสฟื้นตัวและหายจะมีมาก

ดังนั้นถ้าแพทย์แนะนำให้ผ่าตัด จงอย่าลังเลใจ มอบความไว้วางใจให้กับแพทย์เขาจะดีกว่า**แต่ที่ดีที่สุดคือ อย่าประมาท จงป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุจะดีที่สุด**

**10. ความเครียดและวิธีการคลายเครียด** [5]

ความเครียดมันเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ หรือไม่เป็นไปตามที่คิดหวังไว้ เป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากร ที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์และพลอยทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าคิดว่าปัญหาที่เกิดไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อย หรือแม้เราจะรู้สึกว่าปัญหานั้นร้ายแรง แต่เราพอรับมือไหว เราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่ แก้ไม่ไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก**ความเครียดในระดับพอดี จะช่วยกระตุ้นให้เรามีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมีมากเกินไป จนเราควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นแหละที่เราจะต้องมารู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียดกัน**

***สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้คนเราเกิดความเครียดมี 2 ประเภท ที่สำคัญมีดังนี้***

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน การเรียน ครอบครัว สุขภาพ รถติด มลพิษ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ปัญหาเหล่านี้จะกระตุ้นให้คนเราเกิดความเครียดขึ้นได้

2. การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล เราจะสังเกตได้ว่า คนที่มองโลกในแง่ดีมีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะมีความเครียดเกิดขึ้นน้อยว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย เอาจริงเอาจังกับชีวิต และใจร้อน นอกจากนี้ คนที่รู้สึกว่าตัวเองมีคนคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น พ่อ แม่ คู่ครอง ญาติพี่น้องหรือเพื่อนที่สนิทรักใคร่ไว้วางใจกันได้ ก็จะรู้สึกมีความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง เมื่อมีความเครียดก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมตามมา

3. ทางร่างกาย จะมีอาการ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสีย หรือท้องผูก ปวดกล้าม เนื้อ ตึงต้นคอ ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ หย่อนสมรรถภาพทางเพศ มือเย็น เท้าเย็น เหงื่อออกตามมือ เท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อยๆ และในด้านของความผิดปกติของจิตใจก็จะมีวิตกกังวล คิดมาก ฟุ้งซ่าน นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย และสุดท้ายทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ใช้ยานอนหลับ ขี้บ่น ทะเลาะมีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ บางคนมีพฤติกรรม ดึงผมจนร่วงเป็นหย่อมๆ กัดเล็บ กัดฟัน เก็บตัว อาการที่แสดงออกทั้งหมดเหล่านี้ เป็นสิ่งที่เรารู้สึกหรือสังเกตดูผู้อื่นได้ ถ้าเห็นคนสนิทที่มีลักษณะแบบนี้ เราก็ทราบว่าเขาเกิดความเครียด ควรจะเข้าไปพูดคุย ให้คำแนะนำ หรือถ้าอาการมากเกินกว่าจะจัดการกันเองได้ให้พาไปพบจิตแพทย์

***การจัดการกับความเครียด***

เมื่อรู้สึกว่ามีความเครียดเกิดขึ้น โดยสังเกตจากความผิดปกติทางร่างกาย จิต และพฤติกรรม สามารถจัดการกับความเครียดโดย

1. เกิดจากปัญหาใดให้พยายามแก้ปัญหานั้นโดยเร็ว
2. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบให้เป็นบวก
3. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย
4. ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

***วิธีแก้ปัญหาที่ดี***

**จงแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ใช้เหตุผล และใช้ความคิดพิจารณาให้ถี่ถ้วนโดย**

1. คิดหาสาเหตุของปัญหาด้วยใจเป็นธรรม ไม่เข้าข้างตนเอง และไม่โทษผู้อื่น
2. คิดหาวิธีแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี หรือปรึกษาผู้มีประสบการณ์มากกว่า
3. ลงมือแก้ปัญหาตามที่คิดไว้ มีความอดทน อาจต้องใช้เวลาบ้าง อย่างได้ท้อถอยเสียก่อน
4. ประเมินดูวิธีที่ใช้ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลก็เปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นๆ ที่คิดไว้จนกว่าจะได้ผล

**เมื่อแก้ปัญหาได้ก็จะหายเครียด และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองด้วย แต่อย่าแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยวิธีนี้**

1. อย่าแก้ปัญหาแบบวู่วาม ใช้อารมณ์เป็นใหญ่ เมื่อเจอปัญหาควรสงบสติอารมณ์ หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ ค่อยคิดอย่างมีสติและรอบคอบ อย่าด่วนตัดสินใจขณะที่เครียดมาก
2. อย่าหนีปัญหาโดยหันไปใช้สุรา บุหรี่ ยาเสพติด เพราะจะเป็นตัวเพิ่มปัญหามากขึ้นมาอีก
3. อย่าคิดแต่จะพึ่งผู้อื่นอยู่ร่ำไป ถือคติตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ใช้ความสามารถตนเอง

จะเกิดความภาคภูมิใจ และยังเกิดการพัฒนา ผู้อื่นไม่สามารถอยู่ตลอดไปให้เราพึ่ง

4. อย่าเอาแต่ลงโทษตนเอง คนเราทำผิดกันได้ จงให้โอกาสตัวเองที่จะแก้ไขพัฒนาแต่ต้องระวังอย่าให้ผิดซ้ำซาก
5. อย่าโยนความผิดให้คนอื่น จงรับผิดชอบในสิ่งที่ได้ทำร่วมกัน การปฏิเสธไม่ยอม รับผิดชอบ โยนความผิดให้ผู้อื่น ไม่ช่วยแก้ปัญหามีแต่จะก่อความแตกแยกให้มากขึ้นเท่านั้นเอง

***คิดอย่างไรไม่ให้เครียด***

ความคิดเป็นตัวการให้เกิดความเครียด หากรู้จักคิดให้เป็น ก็จะช่วยลดความเครียดได้ มาก คิดแบบในแง่ยืดหยุ่นให้มากขึ้น คิดอย่างมีเหตุผล คิดหลายๆ แง่มุม คิดแต่เรื่องดีๆ คิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดถึงแต่ตัวเอง ดังนั้น**ต้อง คิดเป็น คิดดี คิดไม่วกวน สุดยอดคือ คิด พัฒนา**

**วิธีคลายเครียดทั่ว ๆ ไป**

1. นอนหลับพักผ่อน การนอนหลับที่สนิท เป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด
2. ออกกำลังกาย เล่นกีฬา จะช่วยผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ดูหนัง ฟังเพลง หรือเล่นดนตรี เป็นการพักผ่อน และเป็นงานอดิเรก
4. ปลูกต้นไม้ ทำสวน เล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นการคลายเครียดที่เกิดประโยชน์
5. ไปท่องเที่ยว เปลี่ยนบรรยากาศ เป็นการเพิ่มสีสันของชีวิตไม่ให้น่าเบื่อ

***เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด***

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. การฝึกการหายใจ
3. การทำสมาธิ
4. การจินตนาการ
5. การนวดหรือการกดจุดคลายเครียด

***สรุป***

ความเครียดเป็นเรื่องธรรมชาติ ต้องรู้เท่าทัน และมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม จะทำให้ชีวิตของเราอยู่ได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียดนี้ จะต้องฝึกเพื่อพัฒนา จะทำให้ชีวิตของเราสมบูรณ์

**11. การมีส่วนร่วมทางสังคม** [2, 9]

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมต่าง ๆ ทางสังคมและชุมชน นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคมแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสนำศักยภาพของตนเอง ทั้งที่เป็นความรู้ ภูมิปัญญา ประสบการณ์ที่สั่งสมมาให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมได้เป็นอย่างดี เช่น

- **การถ่ายทอดภูมิปัญญาไทย**

ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องจากสังคมว่า “เป็นภูมิปัญญาของสังคม” โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมไทยที่มีการนับถือผู้สูงอายุ หรือประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่า และต้องการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่คนรุ่นหลัง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานในชุมชนได้อย่างมีความสุขและช่วยให้ภูมิปัญญาได้รับการสืบทอดซึ่งจะนำสังคมไทยไปสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้

**“ภูมิปัญญา”** หมายถึง พื้นความรู้ ความสามารถหรือขยายความให้ชัดเจนยิ่งขึ้นก็คือ สิ่งที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับโลกแวดล้อมของชาวบ้าน ซึ่งมีอยู่ตลอดเพราะในโลกแวดล้อมหนึ่งๆ นั้น มีแบบแผนทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และความเชื่อมั่นที่เป็นโครงสร้างของสังคม ประเวศ วะสี (2534:75) กล่าวว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกิดจากการสะสมการเรียนรู้มาเป็นระยะเวลายาวนานมีลักษณะเชื่อมโยงกันไปหมด ทุกสาขาวิชา ไม่แยกเป็นวิชาแบบที่เราเรียน ผสมกลมกลืนเชื่อมโยงกันหมด”

- **การรวมกลุ่ม (แม่บ้าน สหกรณ์ ลูกเสือชาวบ้าน) /ชมรมผู้สูงอายุ/สมาคม** โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือ เพื่อสิทธิประโยชน์ของสมาชิก เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อพบปะสังสรรค์ มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ และมีการติดต่อสื่อสารกัน

- **ธนาคารสมอง** เป็นโครงการที่รวบรวมผู้เกษียณอายุแล้ว ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อนำปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญ มาช่วยพัฒนาประเทศ โดยมุ่งถึงประโยชน์ของประเทศชาติเป็นสำคัญ ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่เป็นวุฒิอาสาธนาคารสมองที่มีความชำนาญด้านต่างๆ (การแพทย์และการสาธารณสุข เกษตรและทรัพยากรธรรมชาติวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

- **บทบาททางการเมือง** จากประสบการณ์และความรู้มากมายของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดเลือกให้มาดำรงตำแหน่งทางการเมือง เช่นสมาชิก สภาผู้แทน ราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ศาลรัฐธรรมนูญ ป.ป.ช. ฯลฯ

- **อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน”** เป็นโครงการที่ให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุได้รับการอบรมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ไปเยี่ยม ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ

**นอกจากนี้สังคมไทยกำลังปรับเปลี่ยนแนวคิดโดยมีนโยบายที่จะสนับสนุนผู้ที่เกษียณอายุราชการที่ยังมีความพร้อม และมีความสามารถในการทำงานให้สามารถทำงานที่ตนเองถนัดและเชี่ยวชาญต่อไปได้หลังจากเกษียณอายุราชการแล้วเช่น กระทรวงยุติธรรม สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา รวมทั้งพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 ก็สนับสนุนแนวคิดนี้ด้วย**

## 12. การมีงานทำ รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ [2, 8, 9]

### การทำงานและรายได้ของผู้สูงอายุ

ผลมาจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปเป็นโครงสร้างประชากรแบบสูงวัย ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยวัยหรืออายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้น ประกอบกับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขมากขึ้น อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจที่บีบรัดทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในตลาดแรงงานหรือยังคงทำงานอยู่แม้วัยจะพ้นอายุเกษียณแล้วก็ตาม จากแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) กล่าวถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ การทำงานและการหารายได้ การสนับสนุน ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ดังนั้น รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งเสริม สนับสนุนการทำงาน และการหารายได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องคำนึงถึงลักษณะงานที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถของผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องดูแลในเรื่องความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานและสวัสดิการที่คุ้มครอง สิทธิอันพึงมีพึงได้ของแรงงานสูงอายุ เพื่อสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อความมั่นคง ด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตลอดไป

ดังนั้นหากประชากรไทยได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะส่งผลให้ประชากรมีภาวะสุขภาพที่ดีและก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพดี และผู้สูงอายุยังคงมีความพร้อมและต้องการทำงาน แม้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็ตามรัฐบาลควรมีนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมแรงงานสูงอายุให้ได้มีงานทำต่อไป หากเป็นความประสงค์ของผู้สูงอายุเองที่ต้องการใช้ชีวิตเป็นกำลังแรงงานที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

การทำงานของผู้สูงอายุ นอกจากเป็นที่มาของรายได้ เพื่อเลี้ยงชีพทั้งต่อตนเองและครอบครัวแล้ว ยังเป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงภาวะทางกายและจิตใจ รวมถึงศักยภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังคงทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว แม้จะมีอายุเกินวัย

เกษียณแล้วก็ตาม การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประเทศนั้น เป็นสิ่งที่ดีและควรเปิดโอกาสให้กำลังแรงงานสูงอายุเหล่านั้นที่มีความพร้อม มีความต้องการทำงาน และมีศักยภาพที่จะทำได้ในงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อผู้สูงอายุจะได้ดำรงชีวิตในบั้นปลายชีวิตอย่างมีความสุข มีศักดิ์ศรีต่อไป

ในประเทศไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานในภาคเกษตรกรรม เนื่องจากงานภาคเกษตรกรรมไม่มีการกำหนดเกษียณอายุ จึงสามารถรองรับแรงงานสูงอายุได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงสามารถทำงานในภาคเกษตรกรรมต่อไปจนกว่าจะไม่สามารถทำงานได้หรือผู้สูงอายุไม่ต้องการทำงาน นอกจากนี้ยังมีการทำงานนอกระบบที่สามารถรองรับแรงงานผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แต่เนื่องจากแรงงานนอกระบบเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง และหลักประกันทางสังคมตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานและเศรษฐกิจนอกระบบทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่หน่วย งานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงและเร่งดำเนินการให้ความคุ้มครองแรงงานนอกระบบเหล่านี้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพื่อให้เข้าถึงระบบประกันสังคมที่เหมาะสม ตลอดจนได้รับความเป็นธรรมมีความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**งานสำหรับผู้สูงอายุ**

- การฝึกอาชีพตามความสนใจและเหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้
- การรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อสร้างงานเพิ่มรายได้ เช่น กลุ่มดนตรีไทย กลุ่มของเล่นพื้นบ้าน กลุ่มศิลปะพื้นบ้าน กลุ่มงานหัตถกรรม
- การจัดทัวร์อาชีพ
- การนวดแผนไทย
- ปลูกต้นไม้ ดอกไม้
- เป็นวิทยากรตามความถนัด เช่นสุขภาพ ออกกำลังกาย วิศวกรรม การบริหารจัดการ
- เป็นวิทยากรถ่ายทอดประสบการณ์ เช่น การทอผ้า การทำขนมไทย ช่างไม้แกะสลัก จักสาน ฯลฯ

***รายได้ของผู้สูงอายุ***

ถ้าพูดถึงรายได้ โดยทั่วไปแหล่งรายได้ที่สำคัญส่วนใหญ่จะเป็นรายได้จากการทำงาน แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 ไม่ทำงาน แหล่งรายได้ที่สำคัญที่ผู้สูงอายุใช้ในการดำรงชีวิตมาจากบุตรร้อยละ 73.3 จากคู่สมรสร้อยละ 8.4 จากเงินบำเหน็จบำนาญร้อยละ 6.1 และเบี้ยยังชีพร้อยละ 4.4 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีรายจากการทำงาน ถึงแม้จะมีแต่ไม่เพียงพอต้องพึ่งรายได้จากบุตรคิดเป็นร้อยละ 18.1 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมอันดีงามของประเทศไทยที่บุตรต้องอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อยามแก่เฒ่า ซึ่งเป็น

ลักษณะเด่นเฉพาะของสังคมไทยผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 4,200 บาทต่อเดือน

***การออมเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับวัยสูงอายุ***

ในห้วงเวลาที่วงจรชีวิตของคนได้ย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกเหนือจากจะมีโอกาสในการทำงานน้อยลงและมีรายได้ที่ถดถอยกว่าช่วงวัยแรงงานแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตนับจากก้าวมาเป็นผู้สูงอายุ ไปจนถึงบั้นปลายชีวิต จำเป็นต้องมีการสร้างหลักประกันรายได้ที่มั่นคง ด้วยการเก็บออมและบริหารจัดการการออมได้อย่างเหมาะสมนับตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยหนุ่มสาว และที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน คนไทยส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการออมไม่มากเท่าที่ควร

กระทรวงแรงงานได้เตรียมความพร้อมขององค์กรด้านแรงงานเพื่อรองรับการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยการออมในลักษณะการประกันสังคมกรณีชราภาพ

การประกันสังคมกรณีชราภาพตามพระราชบัญญัติอประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นการจัดการภาครัฐวิธีหนึ่งที่ทำให้ลูกจ้าง ผู้ประกันตน ได้รับการคุ้มครองทางรายได้เพื่ออนาคต โดยกำหนดให้ลูกจ้างผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมแบ่งรายได้จากการทำงานส่วนหนึ่งในช่วงวัยทำงานเพื่อเก็บออมไว้ใช้จ่ายในช่วงวัยเกษียณอายุ คือ เมื่อมีอายุ 55 ปี และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง ซึ่งปัจจุบันสำนักงานประกันสังคม จัดเก็บเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทน กรณีชราภาพจากนายจ้างและผู้ประกันตนในอัตราฝ่ายละร้อยละ 3 และรัฐบาลช่วยสมทบอีกร้อยละ 1

ณ เดือนธันวาคม 2549 มีผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ทั้งสิ้น 8.86 ล้านคน สิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับคือ เงินบำเหน็จชราภาพหรือเงินบำนาญชราภาพขึ้นอยู่กับระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบดังนี้

- กรณีจ่ายเงินสมทบน้อยกว่า 12 เดือน จะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนส่งมา
- กรณีจ่ายเงินสมทบ 12 เดือนขึ้นไป แต่ไม่ถึง 180 เดือน จะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนและนายจ้างส่งมาทั้งหมดพร้อมผลประโยชน์ตอบแทนตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด
- กรณีจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน ได้รับเงินบำนาญชราภาพเป็นรายเดือนไปตลอดชีวิตในอัตราร้อยละ 15 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ
- กรณีจ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือน ได้รับเงินบำนาญชราภาพเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบทุก 12 เดือน ที่เกินจาก 180 เดือน

ขณะนี้สำนักงานประกันสังคมอยู่ระหว่างการแก้ไขกฎหมายเพื่อปรับสูตรการคำนวณเงินบำนาญชราภาพ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับเงินบำนาญ ในอัตราที่สูงขึ้นเพียงพอต่อการยังชีพหลังจากเกษียณ โดยในปี 2557 จะเป็นปีแรกที่สำนักงานประกันสังคมเริ่มจ่ายเงินบำนาญชราภาพ

**13. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต** [2, 8]

ในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้หน่วยงานทางการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในด้านการเรียนรู้ ได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีความสนใจและความต้องการเข้ารับการศึกษาได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทราบข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ สามารถนำข้อมูลมาประกอบเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

**การศึกษาและการเรียนรู้**

ผู้สูงอายุสามารถเลือกศึกษาและเรียนรู้ในสถาบันการศึกษาและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งเรียนรู้ด้านการฝึกอาชีพ เพื่อการพัฒนาตนเอง

- ศึกษาและเรียนรู้การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้า ข้อมูลข่าวสารต่างๆ จะได้จากอินเทอร์เน็ต ผู้สูงอายุควรที่จะศึกษาและเรียนรู้การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เพื่อนำไปใช้ในการทำงานการเรียน หาความรู้ บันเทิง และอื่นๆ
- เลือกเรียนรู้ในสิ่งที่ชอบและสนุกสนาน
- ฝึกอาชีพตามความถนัด เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้กับตัวเอง กระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานที่ดำเนินงานฝึกอาชีพ
- ศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา มหาวิทยาลัย
- อบรมหลักสูตรระยะสั้นๆกรมการศึกษานอกโรงเรียนเป็นหน่วยงานที่ดำเนินงาน

***การเรียนรู้ตลอดชีวิต***

กระทรวงวัฒนธรรมได้ดำเนินสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้กับผู้สูงอายุดังนี้.-

- จัดทำทำเนียบคลังสมองผู้สูงอายุทางวัฒนธรรมภายใต้โครงการภูมิบ้านภูมิเมืองเป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของภูมิปัญญาและวัฒนธรรม นำมาจัดระบบสารสนเทศเพื่อเผยแพร่ต่อไป
- จัดให้มีลานวัฒนธรรมเพื่อเยาวชนและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้านศิลปะวัฒนธรรมและสร้างให้ครอบครัวเกิดความใกล้ชิดและอบอุ่น
- สรรหาและคัดเลือกศิลปินแห่งชาติ ในสาขาต่างๆ เพื่อประกาศยกย่องและเชิดชูเกียรติผู้ที่มีความเป็นเลิศในการสร้างสรรค์ ผลงานอันเป็น

คุณประโยชน์ทางวัฒนธรรมเป็นที่ยอมรับ ทั้งภายในและต่างประเทศ ศิลปินแห่งชาติ

- สรรหาและคัดเลือกผู้ที่มีผลงานดีเด่นทางวัฒนธรรมเพื่อประกาศยกย่องผู้ที่มีผลงานด้านวัฒนธรรมดีเด่น และเป็นคุณประโยชน์ต่อสังคม
- การเผยแพร่ภูมิปัญญา ได้แก่ การเปิดบ้านศิลปินแห่งชาติ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ถ่ายทอดงานศิลป์กับศิลปินแห่งชาติในสาขาทัศนศิลป์ สาขาวรรณศิลป์ สาขาศิลปะ การแสดงเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคนิควิธีการสร้างสรรค์งานของศิลปินแห่งชาติ จัดนิทรรศการและศิลปินแห่งชาติสัญจร เพื่อจัดแสดงผลงานของศิลปินแห่งชาติ ตามสถาบันการศึกษาหรือหอศิลป์

**14. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ [5, 11]**

ผู้ป่วยสูงอายุทุกท่านจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ได้มากทั้งนี้เนื่องจากเป็นห้วงอายุที่อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมสภาพลงเนื่องจากถูกใช้งานมานาน ความจริงแล้วการเสี่ยงในชีวิตคนเรานั้นเริ่มเกิดตั้งแต่วัยทำงานในห้วงอายุ 15 – 59 ปี การที่จะทำให้เสื่อมช้าลงนั้น ทุกคนจำเป็นจะต้องดูแลรักษาสุขภาพให้ดี โรคต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
2. โรคความดันโลหิตสูง
3. โรคอัมพฤกษ์และอัมพาต
4. โรคเบาหวาน
5. โรคไขมันในเลือดสูง
6. ต้อกระจก
7. ปวดเข่า ปวดหลัง ปวดข้อ

***โรคหัวใจและหลอดเลือด***

ระบบหลอดเลือดและหัวใจนั้นเกี่ยวข้องกันโดยตรง โดยที่หัวใจจะทำหน้าที่เป็นส่วนที่ทำให้มีการสูบฉีดโลหิต ทำให้เกิดมีการไหลเวียนของโลหิตผ่านไปตามเส้นเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตราบใดที่หัวใจและหลอดเลือดยังปกติดีการทำงานของระบบก็ยังคงเป็นปกติ อวัยวะต่างๆ ที่หลอดเลือดนำโลหิตไปหล่อเลี้ยงจะสามารถทำงานได้ตามปกติ หากมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในระบบจะทำให้เกิดโรคหรือภาวะผิดปกติเกิดขึ้นได้ ที่พบได้ในผู้สูงอายุ คือภาวะเส้นเลือดหนาแข็งตัว ทำให้รูภายในเส้นเลือดมีขนาดเล็กลง โลหิตไม่สามารถไหลผ่านได้สะดวกเหมือนปกติ ทำให้อวัยวะต่างๆ ที่ต้องได้รับโลหิตจากเส้นเลือดนี้เกิดภาวการณ์ ขาดเลือดในระยะต้นเมื่อเส้นเลือดยังตีบไม่มากจะยังไม่เกิดมีอาการผิดปกติ แต่เมื่อไรอวัยวะนั้นต้องการโลหิตเพิ่มมากก็จะเกิดอาการขาดเลือดขึ้นได้

ภาวะที่หลอดเลือดแข็งตัวและมีหลอดเลือดตีบนั้น เป็นภาวะปกติที่เกิดได้ในคนสูงอายุ แต่ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงจะช่วยส่งเสริม จะทำให้ขบวนการแข็งตัวหรือหลอดเลือดตีบเกิดขึ้นได้รวดเร็วและมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงร่วมเหล่านี้ได้แก่

1. ภาวะความดันโลหิตสูง
2. ภาวะไขมันในโลหิตสูง
3. โรคเบาหวาน
4. การสูบบุหรี่
5. ความอ้วน
6. ความเครียด
7. การไม่ออกกำลังกาย

ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้จะมีส่วนช่วยส่งเสริมทำให้เส้นเลือดตีบและแข็งตัวได้เร็วขึ้นและรุนแรงขึ้น

**การรักษาพยาบาล**

- เปลี่ยนแปลงแก้ไข หลีกเลี่ยง และรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อเป็นการหยุดขบวนการการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเอง เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การควบคุมบางปัจจัยเช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในโลหิตสูง เบาหวาน นั้นจำเป็นจะต้องปรึกษาแพทย์
- การรักษาด้วยยา จำเป็นจะต้องให้แพทย์เป็นผู้กำหนดและให้การรักษา ยาที่ใช้ได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือด ยาชนิดนี้จำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้รับเร็วที่สุดหลังจากมีอาการ ผลที่ได้หลังการใช้ยาละลายลิ่มเลือดนี้จะได้ผลดีที่สุดคือ จะละลายลิ่มเลือดที่เป็นสาเหตุของการอุดตันได้มากที่สุด ถ้าผู้ป่วยได้รับยาภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมีอาการ ยาขยายเส้นเลือด ยาที่ช่วยทำให้เลือดไม่แข็งตัว เลือดจะได้ไหลเวียนได้สะดวก ยาที่ช่วยทำให้หัวใจทำงานน้อยลง เพื่อที่จะได้ต้องการเลือดมาเลี้ยงน้อยลงจะได้เพียงพอกับการที่เส้นเลือดที่ตีบเลือดไหลมาเลี้ยงน้อย
- การฉีดสีดูภายในเส้นเลือด เพื่อให้รู้แน่ว่าตีบมากน้อยเท่าไร เพื่อที่จะได้วางแผนได้ถูกต้องว่าจะต้องทำการผ่าตัดหรือต้องขยายเส้นเลือดด้วยบอลลูนโดยต้องพิจารณาตำแหน่งและความรุนแรงของลักษณะที่ตีบ
- การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องรวมอยู่ในการรักษาพยาบาล ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถที่จะมีชีวิตความเป็นอยู่ และมีประสิทธิภาพของร่างกายดี สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันและสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ถ้าได้รับการฟื้นฟูหัวใจที่ถูกต้อง ประการสำคัญผู้ป่วยต้องอดทน ตั้งใจฝึกฝนปฏิบัติสม่ำเสมอ

**โรคอัมพาต**

โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคเส้นเลือดในสมองตีบ โรคเส้นเลือดในสมองแตก โรค ดังกล่าวนี้จะปรากฏอาการเหมือนกัน คือ ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรงพร้อมกับสูญเสียความรู้สึกในส่วนต่างๆ ของร่างกายอาจหมดสติหรืออาจจะยังมีความรู้สึก และสติดีได้ อาจพูดโต้ตอบรู้เรื่องได้หรือบางรายอาจรับฟังได้แต่ไม่สามารถพูดตอบได้ ในบางรายอาจไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้เลย โรคที่มีอาการดังกล่าวทั้งหมดนี้เป็นผลเนื่องจากสมองส่วนที่ควบคุมการทำงานต่างเสียการทำงานไป เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นถูกอุดตันหรือมีการตีบ ในบางรายอาจมีโรคที่เส้นเลือดสมองเส้นนั้นๆ โป่งพองและแตกทำให้เลือดไม่สามารถไหลผ่านไปเลี้ยงสมองบริเวณนั้นได้

***สาเหตุของการที่เส้นเลือดตีบหรืออุดตันนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมี***

1. ความดันโลหิตสูง
2. ภาวะไขมันในเลือดสูง
3. ภาวะเบาหวาน
4. การสูบบุหรี่
5. ภาวการณ์ไม่ออกกำลังกาย

สาเหตุดังกล่าวข้างบนนี้มีผลทำให้มีการตีบตันของเส้นเลือดได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตหรือไขมันในเลือดสูงทุกคนจะต้องมีเส้นเลือดตีบ

**การรักษา**

1. เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการต่าง ๆ เหล่านี้ แขนขาอ่อนแรง ตามัวมองเห็นภาพซ้อน เดินเซ เสียการทรงตัว สิ่งที่สำคัญคือ การที่จะต้องไปพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหาเหตุของการที่สมองขาดเลือด ทั้งนี้ เนื่องจากการรักษานั้นแตกต่างกัน ในรายที่สาเหตุเกิดจากการที่เส้นโลหิตแตกนั้น การรักษาจะเป็นการรักษาโดยการให้ยาส่วนถ้าสาเหตุเกิดจากเส้นเลือด ตีบหรืออุดตันนั้น การรักษาจะเป็นการรักษาโดยการให้ยา
2. ควบคุมโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุของการเป็นอัมพาต
3. เมื่ออาการเริ่มคงที่สิ่งที่มีความสำคัญคือ เรื่องกายภาพบำบัด เรื่องนี้จะต้องเป็นเรื่องที่ทั้งผู้ป่วย และญาติจะต้องให้ความสำคัญและเข้าใจ ประการแรกคือ ผลลัพธ์จะดีมากน้อยเพียงไรสำคัญสุดต้องขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองที่จะต้องเป็นผู้ที่ต้องกระทำ และพยาบาลด้วยตนเองโดยการส่งเสริมช่วยเหลือ และสนับสนุนจากญาติที่จะต้องช่วยดูแลโดยเฉพาะระยะแรกที่ผู้ป่วยยังช่วยตัวเองไม่ได้การดูแลช่วยเหลือนั้นเหมือนกับเด็กอ่อนที่พ่อแม่จะต้องช่วยเหลือป้อนข้าวป้อนน้ำ จูงเดิน จะต้องทั้งมีการกระตุ้นให้กำลังใจ บางรายต้องมีการบังคับบ้างเล็กน้อย ทุกฝ่ายต้องมีความเข้าใจด้วยว่า ผู้ป่วยที่สูงอายุป่วยเป็นอัมพาตนี้มักจะคิดมาก เศร้าซึม ทำให้แรงจูงใจในการที่จะกระตุ้น และพยายามหัดเดินและช่วยตัวเองน้อย เปรียบเทียบกับเด็กตอนจะเริ่มหัดเดินนั้น เด็กมักจะมีแรงกระตุ้นและพยายามจะเดินให้ได้มากสุด ดังนั้นผลลัพธ์ที่เห็นจึงได้ผลรวดเร็วต่างกัน

**โรคเบาหวาน**

โรคเบาหวานคือ โรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติ ปกติระดับน้ำตาลในเลือดจะอยู่ที่ 80 – 110 มก %

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลไปเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับสูงขึ้นโรคนี้สามารถพบได้ทั้งในคนที่อ้วนและผอมเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องส่งเสริมให้เกิดโรคอื่นๆ หลายอย่าง และเมื่อเกิดพร้อมกับโรคอื่นๆ จะมีส่วนส่งเสริมทำให้โรคที่เกิดร่วมนั้นเป็นมากขึ้น เกิดอันตรายได้ง่ายขึ้น

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดมาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมักจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจก็พบว่า มีโรคเบาหวานร่วมอยู่ด้วยเป็นจำนวนมาก ทั้งสองภาวะนี้มักจะเกิดได้พร้อมกัน และส่งเสริมกันทำให้เกิดอันตรายได้มาก คนที่ป่วยเป็นเบาหวานนาน ๆ จึงมักจะมีปัญหาของเส้นเลือดทั่วร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดเส้นเลือดตีบทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ

**อาการของโรคเบาหวาน**

1. ปัสสาวะบ่อย
2. หิวน้ำบ่อย
3. น้ำหนักลดหรือเพิ่มอย่างรวดเร็ว อาจมีอาการอ่อนเพลียร่วมด้วย

**การรักษา**

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ในรายที่ระดับน้ำตาลไม่สูงมากนัก แพทย์อาจแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาล โดยการควบคุมอาหาร ลดอาหาร ลดอาหารประเภทน้ำตาล ขนมหวาน แป้ง ข้าว และอื่น ๆ ที่ทำจากข้าว เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปังให้มีปริมาณน้อยลง โดยทดแทนปริมาณอาหารแป้งเพื่อให้อิ่มด้วยผัก เนื้อสัตว์ เพิ่มการใช้น้ำตาลด้วยการออกกำลังกาย

2. การรักษาด้วยยา ยาที่รักษาโรคเบาหวานมีมากมายหลายชนิด คงเป็นการจำเป็นที่แพทย์จะต้องเป็นผู้เลือกชนิดของยา และติดตามดูระดับของน้ำตาล เพื่อจะได้ปรับขนาดยาได้ ในกลุ่มของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยานี้ความจำเป็นในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายตามข้อ 1 ก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติควบคู่ไปด้วย

สิ่งที่สำคัญสุดในการรักษาโรคเบาหวานคือ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวและรับประทานยา ทั้งนี้ต้องเข้าใจว่า ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์เพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือดนั้น ถึงแม้ว่าระดับน้ำตาลจะดี แพทย์บอกว่าดีนั้นก็หมายความว่า ยาและการปฏิบัติตัวดี ดังนั้นจึงต้องทานยาและปฏิบัติตัวเช่นเดิมต่อ **ผลแทรกซ้อน และผลร้ายของโรคเบาหวานจะเกิดได้น้อย ถ้าผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติโดยสม่ำเสมอ**

**โรคไขมันในเลือดสูง**

ไขมันในเลือดเป็นเรื่องสำคัญแก่สุขภาพอย่างมาก ถ้าไขมันในเลือดสูงในผู้สูงอายุ โอกาสของการเป็นโรคอื่นตามมาจะสูง โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นเรื่องถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นจึงเป็นการสมควรที่ผู้สูงอายุจะได้เข้าใจเรื่องไขมันในเลือดให้กระจ่าง เพื่อจะได้ดูแลป้องกันตนเองก่อนที่จะเกิดเรื่องร้ายแรง

***สาเหตุที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง***

แบ่งง่ายๆ ได้ 3 ประการ

1. สาเหตุจากพันธุกรรม กล่าวคือ ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นพันธุกรรม บิดามารดาเป็นลูกก็มักจะเป็น
2. เกิดจากมีโรคบางอย่างในร่างกาย แล้วทำให้ไขมันในเลือดสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์ไม่ทำงาน โรคตับ โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคต่างๆ เหล่านี้ทำให้การเผาผลาญสารไขมันผิดปกติไป ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
3. เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันมากเกินไป

***อาการและอาการแสดง***

คนที่มีไขมันในเลือดสูงผิดปกติ อาจไม่มีอาการอะไรเลยก็ได้ หรืออาจมีอาการจากโรคที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง เช่น เป็นโรคเบาหวานหรือโรคตับก็มีอาการของโรคเบาหวานหรือโรคตับ

ดังนั้น อาการและอาการแสดงของภาวะไขมันในเลือดสูงจึงไม่แน่นอน

***แนวทางป้องกัน***

1. จะต้องทำการตรวจสอบไขมันในเลือดทุกครั้งเป็นประจำจากการตรวจโรคประจำปีโดยการตรวจหาทั้งโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ถ้าพบว่า โคเลสเตอรอลสูง ควรจะตรวจแยกย่อยว่า HDL-C และ LDL-C เป็นอย่างไร ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้แนะนำต่อไป

ในการเตรียมตัวเจาะเลือด ขอแนะนำว่าให้บริโภคอาหารตามปกตินิสัยล่วงหน้า 1 อาทิตย์ก่อนไปตรวจหนึ่งวัน หลังรับประทานอาหารเย็นแล้วก็ไม่ต้องรับประทานอะไรทางปากอีกนอกจากน้ำเปล่า เช้าวันไปตรวจ งดอาหารเช้า เจาะเลือดประมาณ 08.00 – 09.00 น. จำไว้ว่าท่าเจาะเลือดท่าไหน นั่งเจาะหรือนอนเจาะก็จำไว้ เพื่อว่าคราวต่อไปเจาะเลือดให้เจาะท่านั้น เพราะท่าเจาะพบว่ามีผลต่างในจำนวนไขมันเลือดต่างกันเล็กน้อย

2 งดสูบบุหรี่ในชีวิตประจำวัน การสูบบุหรี่มีผลต่อไขมันในเลือดแน่

3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

4. จัดการเรื่องอาหารการกิน บริโภคนิสัยเสียให้ถูกต้อง ซึ่งขอแนะนำดังนี้

4.1 เลิกรับประทานไขมันสัตว์ กะทิมะพร้าว ขนมหวาน และขนมทุกชนิดที่ ปรุงด้วยกะทิมะพร้าว

4.2 ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ ยกเว้นน้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม

4.3 ลดอาหารที่มีไขมันสูง

4.4 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ยกเลิกพวกที่มีไขมันสูง เช่น หมู สัตว์ปีก เครื่องใน สัตว์ ไข่แดง สมองสัตว์

4.5 เลิกดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

***การรักษา***

ถ้าจัดการตามแนวทางป้องกัน 4 ข้อแล้ว ยังปรากฏว่าไขมันในเลือดยังสูงอยู่ ควรไปปรึกษาแพทย์ ปัจจุบันมียารักษามากมายหลายชนิด แพทย์จะเป็นผู้ดูแลแนะนำต่อไป

**ต้อกระจก (Cataract)**

เป็นโรคตาที่ทำให้เกิดสายตามัว ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ เกิดจากความขุ่นของเลนส์ตาซึ่งปกติใส เมื่อเกิดต้อกระจกเลนส์แก้วตาจะขุ่นทำให้แสงผ่านเลนส์ไปยังจอประสาทตาได้น้อยลง ทำให้การมองเห็นลดลง เกิดอาการตามัวขึ้น

***อาการ***

1. ตามัวลง ในระยะแรก ตาจะมัวลงเพียงเล็กน้อยเหมือนมีหมอกมัว ต่อไปจะมัวมากขึ้นเรื่อย ๆ ตาจะมัวมากขึ้นเฉพาะเวลาออกแดด อาจเห็นภาพซ้อนหรือเกิดตาพร่ามัวเวลาขับรถตอนกลางคืนเมื่อรถสวนมา พอเข้าที่สลัว ๆ จะมองเห็นได้ดีกว่า ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานจะเห็นเป็นเงาเคลื่อนไหว มักเป็นทั้ง 2 ตา พอเป็นมากขึ้นก็จะมัวทั้งในที่สว่างและที่สลัว จนในที่สุดจะมองได้แค่แสงไฟมาจากทางไหนเท่านั้น

2. อาการแสดงเมื่อต้อกระจกแก่ขึ้น รูม่านตาซึ่งเดิมมีสีดำสนิทจะค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นสีขาวขุ่นหรือสีน้ำตาลขุ่น

***สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดต้อกระจก ได้แก่***

1. เกิดจากความชรา มีการเสื่อมของเลนส์ตาไปตามอายุ ส่วนใหญ่พบในคนอายุ 45 ปี ขึ้นไป
2. ยา เช่น กลุ่มสเตียรอยด์
3. โรคทางร่างกาย เช่น เบาหวาน
4. อุบัติเหตุทางตา
5. การขาดสารอาหารบางอย่าง
6. ถูกรังสีหรือถูกไฟฟ้าช๊อต

***ข้อควรปฏิบัติ***

1. กาสงสัยเป็นต้อกระจกในระยะแรก ควรไปรับการตรวจจากแพทย์ เพื่อให้แน่ใจว่าสายตาที่มัวลงนั้นเป็นเพราะต้อกระจกจริง ไม่ใช่เกิดจากโรคอื่น เช่น ต้อหินเรื้อรัง หรือโรคของประสาทตา

2. ถ้าพบว่าต้อกระจกอยู่ในระยะที่สุกแล้ว คือ รูม่านตามีสีขาวขุ่นหรือน้ำตาลขุ่นแล้ว ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกก่อนที่จะมีโรคแทรกซ้อน

***ข้อเสียถ้าปล่อยไว้จนต้อกระจกสุกเกินไป***

1. ทำให้เป็นต้อหินแทรกซ้อนขณะที่ต้อกระจกกำลังแก่ขึ้น ทำให้ปวดตาหรือทำให้ตาบอดสนิท โดยไม่มีทางแก้ไข

2. ทำให้เป็นโรคม่านตาอักเสบแทรกขึ้นมาได้

3. ให้การผ่าตัดลอกต้อออกยากขึ้น มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากขึ้น

***การรักษา***

1. ต้อกระจกสามารถรักษาได้ผลดีโดยการผ่าตัด ซึ่งในปัจจุบันมีความปลอดภัยสูง หลังผ่าตัด ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ และประสาทตาดี ผู้ป่วยจะมองเห็นได้ชัดโดยใช้แว่นต้อกระจก หรือเลนส์สัมผัส หรือเลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของจักษุแพทย์ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตา)

2. การผ่าตัด สามารถทำได้โดยการใช้ยาฉีดเฉพาะที่ไม่ต้องดมยาสลบ ปัจจุบันมีวิธีการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นอัลตราซาวด์ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กมาก หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ทันทีโดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติตนได้ตามปกติ

**ปวดเข่า ปวดหลัง ปวดข้อ**

***ปวดเข่า***

ในผู้สูงอายุมักจะประสบปัญหาการปวดข้อต่างๆ ของร่างกายเนื่องจากเกิดภาวะการเสื่อมของข้อต่อที่ทำงานมานาน ประกอบกับมีอายุมากขึ้น จึงเกิดการเสื่อมของข้อ ซึ่งจะพบมากในข้อต่างๆ โดยเฉพาะอาการปวดเข่าที่เกิดจากการเสื่อมของข้อต่อ

***อาการ***

1. มีอาการปวดรอบเข่า
2. ปวดตึงเข่าเวลา งอ – เหยียดเข่า
3. อาจพบภาวะบวม แดง ร้อน รอบเข่า
4. เวลาลงน้ำหนักหรือเดินขึ้นบันไดจะปวดมากขึ้น
5. นั่งยองๆ กับพื้น จะเกิดอาการปวดและจะลุกไม่ขึ้น
6. กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่าจะอ่อนแรง

***ทำอย่างไรเมื่อปวดเข่า***

1. อาการปวดไม่ทราบสาเหตุ ควบปรึกษาแพทย์
2. การดูแล
    - ใช้กระเป๋าน้ำร้อน หรือขวดนมใส่น้ำร้อนห่อผ้าประคบ

- บริหารเข่าเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง คงทนและมีความยืดหยุ่น
- หลีกเลี่ยงท่าทางหรือการทำกิจกรรมที่จะทำให้ข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น

**ปวดหลัง**

อาการปวดหลังมักจะพบได้เสมอในผู้สูงอายุหรือผู้ที่ขาดการออกกำลังกายและนั่งหรือยืนทำงานอยู่ในอิริยาบถ เป็นเวลานานๆ

***สาเหตุ***

1. จากอุบัติที่มีผลต่อส่วนเอวหรือหลัง
2. จากการเจ็บป่วยที่เกิดจากเชื้อโรคต่างๆ
3. การเสื่อมของร่างกาย โดนเฉพาะกระดูกและกล้ามเนื้อ
4. การทำงานอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ โดยไม่ขยับตัว
5. การทำกิจกรรมที่ผิดท่า เช่น การก้มหลังยกของเป็นต้น
6. ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายและมีความอ้วนมากเกินไป

**อาการที่พบ**

1. ปวดหลังบริเวณเอว อาจมีอาการปวดเสียวร้าวลงขา
2. หลังแข็ง ก้มเงยไม่ได้ จากการเกร็งของกล้ามเนื้อหลัง
3. นั่ง ยืนนานๆ แล้วปวดหลัง
4. ปวดเวลานอนที่นอนนิ่มมากๆ หรือตอนตื่นเช้า
5. เมื่อก้มหลังแล้ว จะลุกขึ้นเงยหลังไม่ได้ทันที

***การปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดเข่า ปวดหลัง ปวดข้อ***

**หลักการปฏิบัติตัว**

1. เวลาก้มหยิบ เก็บหรือยกของ ให้ย่อเข่า ทำหลังตรง แล้วยกของให้ชิดตัวแล้วยืนขึ้น ลำตัวตรงตลอด
2. หิ้วของต้องหิ้วทั้ง 2 ข้าง และให้น้ำหนักของเท่าๆ กัน
3. งดใส่รองเท้าที่มีส้นสูงๆ เนื่องจากจะทำให้ปวดหลังมากขึ้น
4. หลีกเลี่ยงท่านั่งพับเพียบ ให้นั่งขัดสมาธิแทน หรือนั่งเก้าอี้แทน
5. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายอย่างหักโหม
6. พยายามเดินขึ้นบันไดข้างที่มีราวบันได หรือกรณีที่บ้านที่ไม่มีราวบันไดควรทำราวเพื่อความปลอดภัย และหลีกเลี่ยงบันไดที่มีขั้นสูง
7. หลีกเลี่ยงท่านั่งยองๆ โดยเฉพาะเวลาเข้าห้องน้ำที่ไม่มีชักโครก ควรดัดแปลงเป็นที่นั่งเก้าอี้ เวลาขับถ่าย หรือเปลี่ยนเป็นชักโครก
8. ปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน โดย
   - เครื่องใช้ต่างๆ ควรอยู่ในระดับที่หยิบใช้ได้สะดวก
   - อ่างล้างหน้า ควรอยู่ระดับสะดือ

- เวลายืนนานๆ ควรมีเก้าอี้ที่มีความสูงประมาณ 15 - 20 เซนติเมตร วางพักเท้าขณะยืน

**15. สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546** [13]

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นกฎหมายที่ให้การคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุน ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในด้านต่างๆ รวมทั้งก่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ต่อองค์กรด้านผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลักดันให้กฎหมาย
สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดสิทธิต่างๆ อย่างแท้จริง

สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีรายละเอียดดังนี้

**1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข**

ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก
- ได้รับบริการอย่างสะดวกและรวดเร็ว

**หน่วยงานติดต่อ** โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0-2590-6230 www.agingthai.org

**2. การศึกษา**

- บริการการศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
- จัดกิจกรรม โครงการฝึกอบรม มีรายการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ
- จัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนให้แก่ผู้สูงอายุ
- มีหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา

**หน่วยงานติดต่อ** ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและในจังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** กระทรวงศึกษาธิการ
โทรศัพท์ 0-2281-0880 www.moe.go.th

**3. การประกอบอาชีพ**

- บริการให้ข้อมูลทางอาชีพและตำแหน่งงานว่าง เช่น แม่บ้าน คนดูแลสวนยาง เลี้ยงสัตว์ พนักงานขายอิสระ เป็นต้น
- บริการจัดหางานและรับสมัครงาน โดยใช้หลักฐานตามที่หน่วยงานหรือบริษัทกำหนด

- ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารตลาดแรงงาน

**หน่วยงานติดต่อ** สำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่ 1-10 และสำนักงานจัดหางานจังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน
โทรศัพท์ 0-2354-0087, 0-2247-9423
สายด่วน 1694, 1506 www.doe.go.th

**4. การฝึกอาชีพ**

- จัดอบรมหรือฝึกอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำอาหาร การทำขนม การจัดดอกไม้ การตัดเย็บเสื้อผ้า การผูกผ้าในพิธี เป็นต้น
- หลักฐานที่ใช้และค่าลงทะเบียนขึ้นอยู่กับการกำหนดของหน่วยงาน

**หน่วยงานติดต่อ** สำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่ 1-10 และสำนักงานจัดหางานจังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน
โทรศัพท์ 0-2354-0087, 0-2247-9423
สายด่วน 1694, 1506 www.doe.go.th

**5. การจัดหาตลาดรองรับสินค้า**

- การนำสินค้าเข้าร่วมจำหน่ายในงานต่าง ๆ
- การอบรมความรู้ทางด้านการบริหารจัดการและการตลาด

**หน่วยงานติดต่อ** 1. กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
โทรศัพท์ 0-2547-5950
2. สถาบันฝึกอบรมธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
โทรศัพท์ 0-2547-5963-4
3. สำนักงานพาณิชย์จังหวัด กระทรวงพาณิชย์
www.moc.go.th

**6. การลดหย่อนค่าโดยสารและการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง**

**<u>รถไฟ</u>** - ลดค่าโดยสารครึ่งราคา ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน
- อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่นไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตั๋ว ให้พนักงานช่วยยกสัมภาระและดูแลปฐมพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

**หน่วยงานติดต่อ** การรถไฟแห่งประเทศไทย
โทรศัพท์ 0-2225-0300 www.railway.co.th

**<u>รถไฟฟ้าใต้ดิน</u>** - ลดค่าโดยสารไฟฟ้าใต้ดินครึ่งราคา

**หน่วยงานติดต่อ** การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย

โทรศัพท์ 0-2612-2444 www.mrta.co.th

**<u>รถไฟฟ้า BTS</u>** - จัดลิฟต์บริการที่สถานีตลาดหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช และช่องนนทรี

**หน่วยงานติดต่อ** บริษัท ระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

โทรศัพท์ 0-2246-0039 www.bts.co.th

**<u>รถโดยสารประจำทางหรือรถเมล์</u>**

- จัดที่นั่งสำรองบนรถโดยสารสำหรับผู้สูงอายุ

**หน่วยงานติดต่อ** องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ

โทรศัพท์ 0-2246-0339, 0-2246-0741-4

สอบถามเส้นทาง ขสมก. โทร. 184 www.bmta.co.th

**<u>เครื่องบิน</u>**

- การบินไทย ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15
- สายการบินกรุงเทพ ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15
- สายการบินภูเก็ตแอร์ไลน์ ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 5 เฉพาะเที่ยวบินภายในประเทศ
- อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุขึ้นเครื่องบินเป็นลำดับแรก

**หน่วยงานติดต่อ** -บริษัท การบินไทย จำกัด

โทรศัพท์ 0-2573-0099 www.thaiair.com

- สายการบินกรุงเทพ

โทรศัพท์ 0-2265-5555, 0-2265-5678

www.bangkokair.com

- สายการบินภูเก็ตแอร์ไลน์

โทรศัพท์ 0-26798999

www.phuketairline.com

- สายการบินนกแอร์

โทรศัพท์ 1318 www.nokair.co.th

- สายการบินแอร์เอเชีย

โทรศัพท์ 0-2515-9999

www.airasia.com

**ท่าอากาศยาน**

- จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านโครงสร้างพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ โทรศัพท์ ลิฟต์ ทางลาด ห้องสุขา มุมพักผ่อน

  **หน่วยงานติดต่อ** กรมการขนส่งทางอากาศ
  โทรศัพท์ 0-2287-0320-9 www-aviation.go.th

**สถานีขนส่ง**

- ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 เฉพาะรถของบริษัทขนส่ง จำกัด (บขส.)
- จัดสถานที่สำหรับนั่งพักผ่อนและห้องสุขา

  **หน่วยงานติดต่อ** - กรมการขนส่งทางบก
  โทรศัพท์ 0-2272-3601-9 www.dlt.go.th
  - บริษัทขนส่ง จำกัด
  โทรศัพท์ 0-2936-2852-66
  www.transport.co.th

**ท่าเรือข้ามฟาก**

- จัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เส้นทาง และอำนวยความสะดวก ปลอดภัย และจัดให้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบริเวณท่าเรือ

  **หน่วยงานติดต่อ** กรมการขนส่งทางน้ำและพาณิชยนาวี
  โทรศัพท์ 0-2233-1131-8 www.md.go.th

**ทางด่วน**

- จัดบริการห้องน้ำสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ ที่ด่านดินแดง ด่านสุขุมวิท 62 และด่านบางนา

  **หน่วยงานติดต่อ** การทางพิเศษแห่งประเทศไทย
  โทรศัพท์ 0-2579-5380-9 www.eta.co.th

**ผู้สูงอายุต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น ๆ ที่ทางราชการออกให้ต่อเจ้าหน้าที่ ก่อนซื้อตั๋วโดยสารบริการขนส่งสาธารณะ**

## 7. การบริการด้านการท่องเที่ยว

- จัดกิจกรรมและโครงการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โครงการผู้สูงอายุตามนโยบายการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย วันธรรมดาที่ไม่ธรรมดา โครงการจัดนำเที่ยวสิบสองราศี ประเพณีไหว้พระธาตุปีเกิด เป็นต้น

**หน่วยงานติดต่อ** การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย
โทรศัพท์ 0-2250-5500 www.tat.or.th

**8. การบริการด้านกีฬาและนันทนาการ**

- การบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพร่างกาย
- ใช้บริการในสนามกีฬาสวนสุขภาพ ลานแอโรบิคสนามเปตอง ห้องออกกำลังกาย
- เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ การลีลาศ เป็นต้น
- รับสมัครเป็นสมาชิกชมรมศุภชลาสัย

**หน่วยงานติดต่อ** - การกีฬาแห่งประเทศไทยและการกีฬาภูมิภาค
- สำนักพัฒนากีฬาและนันทนาการ
โทรศัพท์ 0-2214-0120 ต่อ 1511 www.osrd.go.th

**9. การบริการด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม**

- ลดอัตราค่าเข้าร่วมกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรมตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน
- ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม
- อำนวยความสะดวกและความปลอดภัย ในพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุหอศิลป์ และสถานที่จัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม

**หน่วยงานติดต่อ** กระทรวงวัฒนธรรม
โทรศัพท์ 0-2247-0028 ต่อ 4148
www.m-culture.go.th

**10. การช่วยเหลือในทางคดี**

- ให้คำแนะนำ ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายและประสานงานกับสภาทนายความในการจัดหาทนายความว่าความแก้ต่างคดี
- ประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการว่าต่างแก้ต่างคดี
- เผยแพร่และให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพตามที่กฎหมายกำหนด

**หน่วยงานติดต่อ**

- ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี

- สำนักงานช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายและจำเลยในคดีอาญา
  โทรศัพท์ 0-2502-8225-9 www.rlpd.moj.go.th
- คลินิกยุติธรรม
  โทรศัพท์ 0-2502-8219, 0-2502-8222 www.rlpd.moj.go.th
- ศูนย์บริการร่วม กระทรวงยุติธรรม
  โทรศัพท์ 0-2502-6500,0-2502-8222
  www.justicenet.moj.go.th

- ในจังหวัดอื่น
  - สำนักงานยุติธรรมจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม**

- กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม
  โทรศัพท์ 0-2502-8221 www.rlpd.moj.go.th
- ศูนย์บริการประชาชน กระทรวงยุติธรรม
  โทรศัพท์ 0-2502-0800 www.callcenter.moj.go.th

### 11. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม

- ช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินไม่เกิน 500 บาท เช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะเดินทางค่าเครื่องนุ่งห่ม และค่ารักษาพยาบาล เบื้องต้น
- ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ความต้องการ เช่น การรักษาพยาบาล การดำเนินคดี การให้คำแนะนำปรึกษา

**หลักเกณฑ์** ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการกระทำหรือละเว้นการกระทำไม่ว่าผู้สูงอายุจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม จนทำให้ผู้สูงอายุเสื่อมเสียเสรีภาพ หรือเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ หรือการกระทำผิดทางเพศต่อผู้สูงอายุ

**หน่วยงานติดต่อ**
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
- สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ 0-2306-8812-13
www.oppo.opp.go.th

**12. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง**

- ช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินไม่เกิน 500 บาท เช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะเดินทางค่าเครื่องนุ่งห่ม และค่ารักษาพยาบาล เบื้องต้น
- ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น การอุปการะในบ้านพักฉุกเฉินหรือสถานสงเคราะห์ การให้คำแนะนำ ปรึกษา

**หลักเกณฑ์** ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง คือ ผู้สูงอายุที่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องละเลยไม่เอาใจใส่ดูแลหรือไม่ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานาน อันอาจจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจผู้สูงอายุ

**หน่วยงานติดต่อ** - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- ***สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2***
- ***สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง***
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ 0-2306-8812 -13
www.oppo.opp.go.th

**13. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย**

- ช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงินไม่เกิน 500 บาท เช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะเดินทางค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น
- ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น การรักษาพยาบาล การดำเนินคดี การให้คำแนะนำปรึกษา

**หน่วยงานติดต่อ** - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
- สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ 0-2306-8812 -13
www.oppo.opp.go.th

**14. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาครอบครัว**

- **ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ**

**หน่วยงานติดต่อ-** กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
- สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ 0-2306-8812-13
www.oppo.opp.go.th

**15. การช่วยเหลือด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม**

- ช่วยเหลือเป็นเงินสิ่งของ ไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี

**หน่วยงานติดต่อ** - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
- สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ 0-2306-8812-13
www.oppo.opp.go.th

**16. การช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัย**

- ช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยในกรณีชั่วคราว หรือตลอดไป

**หน่วยงานติดต่อ** - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
- สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ 0-2306-8812-13
www.oppo.opp.go.th

**17. การช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ**

ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ ที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ/ ถูกทอดทิ้ง/ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู/ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนได้ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพตลอดชีวิตเดือนละ 500 บาท

**หน่วยงานติดต่อ** สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนจังหวัดองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมืองพัทยา

**ข้อมูลเพิ่มเติม** - กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
โทรศัพท์ 0-2241-9000 ต่อ 4131-2
- สำนักงานพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร กทม.2
โทรศัพท์ 0-2245-2384

**18. การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์จัดการศพ**

- ช่วยเหลือเงินจัดการศพตามประเพณี รายละ 2,000 บาท

**หลักเกณฑ์** ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย ฐานะยากจน มีรายได้น้อยกว่า 1,443 บาทต่อเดือน ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่ไม่สามารถจัดการศพได้

**หน่วยงานติดต่อ** - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
- สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

**ข้อมูลเพิ่มเติม** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์ 0-2306-8802
www.oppo.opp.go.th

**19. การลดหย่อนภาษีเงินได้**

**<u>ผู้อุปการะเลี้ยงดูบิดา มารดา</u>**

- หักลดหย่อนภาษีเงินได้ 30,000 บาท ต่อผู้สูงอายุ 1 คน

**หลักเกณฑ์**

- บิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้
- บิดามารดาต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ คือมีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาทต่อปีและอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีเงินได้

**หน่วยงานติดต่อ** – สำนักงานสรรพากรพื้นที่และสำนักงานสรรพากรพื้นที่สาขาทุกแห่ง

- กรมสรรพากร

โทรศัพท์ 0-2272-8407, 0-2272-9479

www.rd.go.th

**ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ**

บริจาคเงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ สามารถหักลดหย่อนภาษีได้เท่าที่จ่ายจริง แต่เมื่อรวมกับเงินบริจาคอื่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้หลังจากหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อน

**หน่วยงานติดต่อ** สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

โทรศัพท์ 0-2306-8807, 0-2306-8813

www.oppp.opp.go.th

# บรรณานุกรม


1. บรรลุ ศิริพานิช . (2545). **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์หมอชาวบ้าน
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ.** กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2543). **9 ประการ เพื่อชีวีสดใสวัยสูงอายุ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .(2543). **คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ : ISBN: 974-7886-1-6
5. สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ. (2546). **คู่มือ สุขภาพดี ไม่มีซื้อขาย**. กรุงเทพฯ:ISBN: 974-7610-09-4
6. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ISBN 974-7740-64-8
7. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ISBN 974-294-821-6
8. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2550). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา ISBN: 978-974-13-1770-7
9. ประพัฒน์ แสงวณิช และคณะ. (2550). **รายงาน การเสนาเรื่อง แนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
10. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547).**สรุปการสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ**.
11. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2550). **คู่มือการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน”.**
12. มูลนิธิส่งเสริมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. (2545). **โรคตาในผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
13. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **คู่มือสิทธิประชาชน ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. กรุงเทพฯ : ISBN 974-9800-27-3

# ภาคผนวก

คนเราจะมี**สุขภาพที่ดี**ได้ต้องนึกถึง **5 อ.** ดังนี้

**1. อาหาร** ต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่ร่างกายต้องการ ไม่รับประทานมากเกินไปจนเกิดสภาวะโรคอ้วน สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (ได้แก่ ข้าว ขนมปัง น้ำตาล) และประเภทโปรตีน (ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมู) ถ้าได้รับมากเกินความต้องการจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมอยู่ในร่างกาย นอกจากนี้น้ำสะอาดก็มีความจำเป็น ควรดื่มให้ได้อย่างน้อย 6 – 8 แก้วต่อวัน

**2. ออกกำลังกายพอสมควร** ถ้าทำได้ทุกวันจะดีมากหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน กองทัพบก ให้ข้าราชการมีการออกกำลังกาย เพื่อทดสอบสมรรถภาพร่างกาย ได้แก่ การลุกนั่ง (หรือ sit up) วิดพื้น และวิ่งเหยาะ (jocking ) ขอแนะนำให้นำไปปฏิบัติบ้างเพื่อสุขภาพที่ดี

**3. อากาศ** ควรอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

**4. อารมณ์** รู้จักระงับอารมณ์ มีความพอใจในสิ่งที่ทำหรือที่มี นั่นคือ การปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า พร้อมรับกับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้น จะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพกายก็จะดีไปด้วย

1. อ.ที่ **5 คือ อุจจาระ** หากรับประทานอาหารที่มีกากใยเพียงพอ ได้แก่ ผัก ผลไม้ ต่างๆ จะทำให้ร่างกายมีการขับถ่ายเป็นปกติ ไม่มีอาการท้องผูก ถ้าปฏิบัติได้ตามหลัก 5 อ. นี้แล้ว ก็จะเป็นผู้มีสุขภาพดีแน่นอน

## การจัดสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ ของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ

---

| ครั้งที่ | วัน/เดือน/ปี | สถานที่ | จำนวน (คน) |
|---|---|---|---|
| **1.** | 24-26 มกราคม 2533 | **โรงแรมรัตนโกสินทร์ กรุงเทพมหานคร** | 150 |
| 2. | 17-19 กรกฎาคม 2534 | **โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร** | 150 |
| 3. | 24-26 สิงหาคม 2535 | **หอประชุมมนังคศิลา กรุงเทพมหานคร** | 161 |
| 4. | 21-23 กรกฎาคม 2536 | **โรงแรมบางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร** | 141 |
| 5. | 4-6 สิงหาคม 2536 | **โรงแรมไดมอนต์พลาซ่า จังหวัดสงขลา** | 75 |
| 6. | 15-17 ธันวาคม 2536 | **โรงแรมควอลิตี้เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่** | 82 |
| 7. | 24-26 สิงหาคม 2537 | **โรงแรมบางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร** | 198 |
| 8. | 24-26 พฤษภาคม 2538 | **โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร** | 186 |
| 9. | 23-25 สิงหาคม 2538 | **โรงแรมขอนแก่นโฮเต็ล จังหวัดขอนแก่น** | 88 |

| ครั้งที่ | วัน/เดือน/ปี | สถานที่ | จำนวน (คน) |
|---|---|---|---|
| 10. | 24-26 เมษายน 2539 | **โรงแรมวังใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี** | 64 |
| 11. | 17-19 กรกฎาคม 2539 | **โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทมหานคร** | 189 |
| 12. | 13-16 สิงหาคม 2539 | **โรงแรมแม่ปิง จังหวัดเชียงใหม่** | 74 |
| 13. | 22-25 เมษายน 2540 | **โรงแรมเจบี จังวัดสงขลา** | 162 |
| 14. | 20-23 พฤษภาคม 2540 | **โรงแรมเจริญโฮเต็ล จังหวัดอุดรธานี** | 162 |
| 15. | 2-5 กุมภาพันธ์ 2542 | **โรงแรมลิตเติ้ลดั๊ก จังหวัดเชียงราย** | 232 |
| 16. | 3-6 สิงหาคม 2542 | **โรงแรมลิตเติ้ลดั๊ก จังหวัดเชียงราย** | 330 |
| 17. | 5-9 มิถุนายน 2543 | **โรงแรมทวินโลตัส จังหวัดนครศรีธรรมราช** | 330 |
| 18. | 30 เมษายน – 4 พฤษภาคม 2544 | **โรงแรมธรรมรินทร์ธนา จังหวัดตรัง** | 191 |
| 19. | 6-10 สิงหาคม 2544 | **โรงแรมปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่** | 498 |
| 20. | 11-15 มีนาคม 2545 | **โรงแรมกระบี่เมอรีไทม์ จังหวัดกระบี่** | 246 |
| 21. | 3-7 มิถุนายน 2545 | **โรงแรมลิตเติ้ลดั๊ก จังหวัดเชียงราย** | 185 |
| 22. | 30 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม 2546 | **โรงแรมเจริญศรีแกรนด์ รอยัล จังหวัดอุดรธานี** | 194 |
| 23. | 20-22 สิงหาคม 2546 | **โรงแรมโรสการ์เด้นเอไพรม รีสอร์ท(สวนสามพราน)** | 115 |
| 24. | 26-28 พฤษภาคม 2547 | **โรงแรมอิมพีเรียลแม่ปิง จังหวัดเชียงใหม่** | 283 |
| 25. | 2-4 พฤษภาคม 2548 | **โรงแรมเมโทรโพล จังหวัดภูเก็ต** | 261 |
| 26. | 1-3 มิถุนายน 2548 | **โรงแรมลำปางเวียงทอง จังหวัดลำปาง** | 225 |
| 27. | 14-16 กันยายน 2548 | **โรงแรมบางกอกพาเลส กรุงเทพมหานคร** | 62 |
| 28. | 6-9 มิถุนายน 2549 | **โรงแรมสวนบัวรีสอร์ทหางดง จังหวัดเชียงใหม่** | 187 |
| 29. | 13-14 กันยายน 2550 | **สวนอาหารริมน้ำ จังหวัดนราธิวาส** | 70 |
| 30. | 22-23 กันยายน 2550 | **โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังวัดอุดรธานี** | 135 |
| 31. | 29-30 กันยายน 2550 | **โรงเรียนสิรินธรราชวิทยาลัย จังหวัดนครปฐม** | 85 |
| 32. | 29-30 กันยายน 2550 | **มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์** | 77 |

หมายเหตุ ลำดับที่ 1-28 จัดสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ (ภาคราชการ)
ลำดับที่ 29–32 จัดสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน (ประชาชนทั่วไป)

***อาการผิดปกติของร่างกาย***

เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วย ส่วนมากมักจะมีอาการแสดงให้ทราบ (ยกเว้นโรคบางชนิดที่ระยะเริ่มแรกอาจไม่แสดงอาการ) อาการอะไรก็ตามที่เกิดขึ้นควรไปพบและปรึกษาแพทย์ เพื่อจะได้ดำเนินการในทางที่สมควรต่อไป คือ

- น้ำหนักลดรวดเร็ว เช่น สัปดาห์ละ 2–3 กิโลกรัม โดยที่ไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก
- อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด
- นอนไม่หลับติดต่อกันหลายคืน
- มีเลือดออกผิดปกติจากที่ต่างๆ เช่น มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง อาเจียนเป็นเลือดปัสสาวะเป็นเลือด มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดจากประจำเดือนที่เคยเป็นมีเลือดกำเดาไหล (ในผู้ใหญ่) ไอเป็นเลือด
- ตามืดมัวลงทันที หรือตาเห็นภาพซ้อน
- มีก้อนเกิดขึ้นตามร่างกาย โดยเฉพาะก้อนที่เต้านมหรือก้อนที่ข้างคอ
- ไฝหรือปานที่มีการเปลี่ยนแปลง (โตเร็วหรือมีเลือดออกง่าย) หรือเป็นแผลเรื้อรัง
- นิสัยการถ่ายผิดปกติ เช่น มีอาการท้องผูกสลับท้องเดิน หรือถ่ายเป็นมูกปนเลือด นานกว่า 3 สัปดาห์
- มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ไอ เสียงแหบ กลืนลำบาก เจ็บคอ หูอื้อ เจ็บหน้าอก ท้องอืดเฟ้อ คลื่นไส้อาเจียน ตกขาวฯลฯ เป็นเรื้อรังมานาน

# การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2545 - 2550

ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์

**บทนำ**

ในอดีตที่ผ่านมานับตั้งแต่ ปีพ.ศ.2496 ในสมัยที่จอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย มีกรมประชาสงเคราะห์ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักของภาครัฐที่ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหายากจนและด้อยโอกาส โดยได้มีการจัดตั้ง **"สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค"** ขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาขาดผู้ดูแลและต้องการได้รับความช่วยเหลือ ในเวลาต่อมาได้มีการขยายรูปแบบของการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยได้จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาครอบครัว การให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์เฉพาะหน้าในรูปของเงินหรือสิ่งของที่เป็นเครื่องอุปโภคบริโภค การให้บริการศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุในลักษณะให้บริการแบบเช้าไป – เย็นกลับ การให้บริการที่พักฉุกเฉินเป็นการชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเพื่อช่วยบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้า การให้บริการหน่วยเคลื่อนที่ที่เป็นบริการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน (โดยในระยะเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2536 ผู้สูงอายุที่ยากจนได้รับความช่วยเหลือเป็นเงินเบี้ยยังชีพคนละ 200 บาทต่อเดือน ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 ผู้สูงอายุได้รับเพิ่มเป็นคนละ 300 บาทต่อเดือน และในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการขยายเพิ่มขึ้นอีกเป็นคนละ 500 บาทต่อเดือน)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ที่ได้มีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา รูปแบบรวมทั้งขอบเขตของการดำเนินการด้านผู้สูงอายุได้มีแนวโน้มที่จะมีความหลากหลายและครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุได้มากขึ้นเป็นลำดับ ทั้งในเรื่องของการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐที่ได้เข้ามามีบทบาทร่วมดำเนินงานและได้มีความพยายามที่จะจัดให้มีรูปแบบของบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่กว้างขวางมากขึ้น

ขณะเดียวกันยังได้มีการริเริ่มดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มุ่งเป็นการสร้างความมีส่วนร่วมและระดมความร่วมมือจากสถาบันต่างๆในสังคม ตลอดจนองค์กรและภาคีเครือข่ายต่างๆให้เข้ามา ร่วมกันจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันยังได้มีความพยายามที่จะเปิดโอกาสและสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้สูงอายุ องค์กรเครือข่าย รวมทั้งภาคประชาชนในชุมชนให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยได้มีการริเริ่มให้วัดหรือสถาบันทางศาสนาให้เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้มีการส่งเสริมให้มีการจัดการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Home Care) เพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้ร่วมทำหน้าที่สนับสนุนและให้การดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถใช้ชีวิตในบั้นปลายของตนเอง อยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนของตนเอง (Ageing in place) ซึ่ง

**การดำเนินงานที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมเพื่อผู้สูงอายุอย่างมากมี 3 เรื่องใหญ่ ๆ ดังนี้คือ**

**1) การจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

นับตั้งแต่มีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ขึ้นในปี พ.ศ. 2545 (ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาโอนกิจการบริหารและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545) เพื่อให้เป็นหน่วยงานหลักของภาครัฐ รับผิดชอบภารกิจด้านสังคมในภาพรวม ทั้งการป้องกัน แก้ไข การส่งเสริมคุ้มครองพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาทิ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ ให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต โดยได้มีการแบ่งส่วนราชการในสังกัดให้ทำหน้าที่รับผิดชอบ ดูแล กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ดังกล่าวเป็นการเฉพาะ

สำหรับงานด้านผู้สูงอายุนั้น ได้มีการจัดตั้ง**สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ**ขึ้นในสังกัด**สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ** เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักระดับนโยบายและแผน ประสานการดำเนินงานด้านการสนับสนุนวิชาการร่วมกับทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการส่งเสริมศักยภาพคุ้มครอง พิทักษ์สิทธิตลอดจนดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวม

นอกจากการจัดตั้งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ในสังกัดสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ แล้วยังได้มีการจัดตั้ง**กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ**ขึ้นในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ขึ้นอีกหน่วยงานหนึ่งโดยมีภารกิจรับผิดชอบด้านการจัดสวัสดิการและให้การดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง ประสบปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยมี**สำนักบริการสวัสดิการสังคม**เป็นหน่วยงานระดับปฏิบัติ ทำหน้าที่ให้บริการด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือขาดผู้ดูแล ไร้ที่พึ่งพิง สำหรับบริการที่จัดขึ้นนั้น ประกอบด้วย การให้ที่พักอาศัยหรือสถานสงเคราะห์เพื่อการดูแลระยะยาว การให้ความช่วยเหลือในรูปเงินสงเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การให้คำปรึกษาแนะนำ การวางแผนช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุ การซ่อมแซมที่พักอาศัย ตลอดจนถึงการส่งต่อไปรับบริการหรือขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ในขณะที่พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้มีผลบังคับใช้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในเรื่องของการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น ซึ่งได้ส่งผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจหลายประการที่ภาคราชการส่วนกลางดำเนินการอยู่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในส่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็ได้มีการ**ถ่ายโอนภารกิจการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้กระทรวงมหาดไทยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นรับไปดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545** รวมทั้งในปี **พ.ศ. 2547 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจงานสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง และศูนย์บริการผู้สูงอายุ**

**จำนวน 12 แห่ง ให้กรุงเทพมหานคร และองค์กรปกครองท้องถิ่นรับไปดำเนินการ**ตามเจตนารมณ์ของแผนกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543

อย่างไรก็ตาม แม้ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวให้กระทรวงมหาดไทยรับไปดำเนินการแล้ว แต่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก็ยังคงเป็นหน่วยงานหลักของภาครัฐที่ทำหน้าที่รับผิดชอบภารกิจด้านนโยบาย การประสานการดำเนินงาน และการให้บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีหน่วยงานในสังกัดทั้งในส่วนกลาง (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ) และหน่วยงานในส่วนภูมิภาคคือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทุกจังหวัด ทำหน้าที่ให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันยังมีศูนย์พัฒนาการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการในพื้นที่ 12 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ ยะลา พระนครศรีอยุธยา ภูเก็ต บุรีรัมย์ ปทุมธานี ลำปาง นครพนม สงขลา ขอนแก่น) ทำหน้าที่ดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหา

***2) นโยบายและแผนระดับชาติด้านผู้สูงอายุ***

***2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540***

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ให้ความสำคัญและเห็นถึงคุณค่าของผู้สูงอายุไทย มีการระบุไว้อย่างชัดเจนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครอง ดูแล จำนวน 2 มาตราที่ภาครัฐจะต้องดำเนินการ ได้แก่

**มาตรา 54** กำหนดว่า บุคคลที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ

**มาตรา 80** กำหนดว่ารัฐต้องคุ้มครอง และพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน **รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา** ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

***2.2 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542***

ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยได้มีการประกาศ **“ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย”** (Declaration on Thailand’s Older Persons) ซึ่งเป็นปีเดียวกันกับที่องค์กรสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีผู้สูงอายุสากล (The International Year of Older Persons : 1999) ซึ่งนับเป็นการยืนยันถึงเจตนารมณ์ของรัฐบาลในความตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องของการส่งเสริมพัฒนา และให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน โดยได้มีการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมอาทิ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ตลอดจนองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานผู้สูงอายุมีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและหลากหลายมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้สาระสำคัญที่ปรากฏอยู่ใน **“ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย”** ได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจนทั้งในเรื่องการให้

ความคุ้มครองดูแลแก่ผู้สูงอายุ อาทิการดูแลสุภาพอนามัย การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี การอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับความคุ้มครองและไม่ถูกทอดทิ้ง การได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต ตลอดจนการได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม

### 2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 : พ.ศ. 2545 - 2564

ในปี พ.ศ. 2545 องค์การสหประชาชาติได้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (The 2nd World Assembly on Ageing) ที่กรุงแมดริด ประเทศสเปน โดยการประชุมดังกล่าวได้มีการเห็นชอบแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุระหว่างประเทศ ปี ค.ศ. 2002 (The Madrid International Plan of Active on Ageing : 2002) ที่ถือได้ว่าเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศภายใต้กรอบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ที่ประเทศภาคีสมาชิกองค์การสหประชาชาติจะต้องให้ความร่วมมือและร่วมกันผลักดันให้มีการดำเนินการภายใต้พันธกิจหลัก 3 ประการ ประ*กอบด้วย*

1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Old Persons and Development)

2) การส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะให้แก่ผู้สูงอายุ (Advancing Health and well – being into Old Age)

3) การจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ (Ensuring Enabling and Supportive Environment)

และในปีเดียวกันคณะอนุกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ได้ดำเนินการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ขึ้น ซึ่งแผนดังกล่าวมีลักษณะเป็นแผนแม่บทหรือแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ชี้นำภาพรวมของทิศทางการพัฒนาและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเนื้อหาและสาระสำคัญของแผนฯ มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุระหว่างประเทศปี ค.ศ. 2002 (The Madrid International Plan of Active on Ageing : 2002) ดังกล่าว โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

1) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ ต่อสังคม

2) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน

4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ

5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกสารที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

ทั้งนี้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จำนวน 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

โดยในแต่ละยุทธศาสตร์ของแผนได้มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นเป้าหมายของการดำเนินงานและร่วมผลักดันให้บรรลุผล ขณะเดียวกับตัวชี้วัดเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญของการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนในทุกระยะ 5 ปี

**3) การประกาศใช้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**

**3.1 สาระสำคัญของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 120 ตอนที่ 30 ก วันที่ 31 ธันวาคม 2546 โดยมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นมา สาระสำคัญของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประกอบด้วย

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
- สิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ
- การลดหย่อนภาษี
- กองทุนผู้สูงอายุ

**3.1.1 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.)**

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 4 ได้กำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จำนวน 28 คน และกำหนดอำนาจหน้าที่ ตามมาตรา 9 ไว้ดังนี้

1) กำหนดนโยบายและแผนหลักเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการ สนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ ต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

2) กำหนดแนวทางปฏิบัติตามนโยบายและแผนหลักตาม (1) ตลอดจนประสานงานติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายและแผนหลักดังกล่าว

3) พิจารณาให้การสนับสนุนและช่วยเหลือกิจกรรมของหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชนเกี่ยวกับการสงเคราะห์และการพัฒนาผู้สูงอายุ

4) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการบริหารกองทุน การจัดหาผลประโยชน์และการจัดการกองทุนโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง ตามมาตรา 20 (1)

5) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการพิจารณาอนุมัติการจ่ายเงิน เพื่อการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุตามมาตรา 20 (2)

6) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการจัดทำรายงานสถานะการเงิน และการบริหารกองทุนตามมาตรา 20 (3)

7) กำหนดระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลังตามมาตรา 21

8) กำหนดระเบียบอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

9) เสนอความเห็นและข้อสังเกตต่อคณะรัฐมนตรีให้มีหรือให้แก้กฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน สถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ

10) เสนอรายงานสถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศต่อคณะรัฐมนตรีอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

11) พิจารณาเรื่องอื่นใดเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

### 3.1.2 การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ ขึ้นมาจำนวน 10 คณะ ให้มีหน้าที่ดำเนินงานภารกิจตามที่กำหนดด้านต่างๆ เพื่อการกลั่นกรอง และผลักดัน ให้เกิดผลการปฏิบัติในเชิงรูปธรรม ประกอบด้วย

1. คณะอนุกรรมการติดตามสิทธิผู้สูงอายุ ตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 14 คน

2. คณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุมีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 12 คน

3. คณะอนุกรรมการระดมทุน มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการจำนวน 10 คน

4. คณะอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการที่ขอรับการสนับสนุนและกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 11 คน

5. คณะอนุกรรมการบูรณาการโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 16 คน

6. คณะอนุกรรมการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 32 คน

7. คณะอนุกรรมการด้านการประชาสัมพันธ์ มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 16 คน

8. คณะอนุกรรมการบูรณาการขยายผลการดำเนินงานโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 30 คน

9. คณะอนุกรรมการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีในสังคมมีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 7 คน

10. คณะอนุกรรมการพิจารณาตัดสินการประกวดตราสัญลักษณ์และตราสัญลักษณ์ผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบคณะอนุกรรมการ จำนวน 9 คน

11. คณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ มีองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการ จำนวน 19 คน

**4) ผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**

นับตั้งแต่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้มีผลบังคับใช้ ส่วนราชการต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทร่วมดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ

**4.1 กระทรวงสาธารณสุข**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 (1) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้แก่

- ประกาศให้มีการจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ 818 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ประกาศให้มีการกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศชัดเจนและประชาสัมพันธ์การจัดบริการช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลของรัฐ 818 แห่ง
- จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ
- ดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ในการจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปรากฏผลดังนี้

1. มีโรงพยาบาลที่จัดบริการช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแล้ว ร้อยละ 75.6
2. มีโรงพยาบาลที่กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.1
3. มีโรงพยาบาลที่ประชาสัมพันธ์ระหว่างให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.4

**4.2 กระทรวงศึกษาธิการ**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 (2) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ดังนี้

สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย โดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ดำเนินการพัฒนาการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550

1. จัดประชุมเสวนา แนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ภาคี และเครือข่าย สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานการศึกษานอกโรงเรียนร่วมประชุม ผลสรุปจากการประชุม เกิดแผนปฏิบัติการการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุระยะ 5 ปี (พ.ศ.2550-2554) เพื่อให้สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานการศึกษานอกโรงเรียนใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

2. จัดทำสื่อ VCD เรื่อง ไทยพร้อมรับมือผู้สูงอายุล้นแล้วหรือยัง เผยแพร่เพื่อนำเสนอสถานการณ์ของผู้สูงอายุ

3. การสำรวจการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานศึกษาในสังกัด จำนวน 79 แห่ง เพื่อประเมินศักยภาพในการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าสถานศึกษาได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง(หลักสูตรระยะสั้น) จัดกิจกรรมในชุมชน จัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่าย ผลการจัดกิจกรรมช่วยพัฒนาศักยภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีผู้สูงอายุรวมกิจกรรมจำนวน 61,089 คน

4. จัดการประชุมประสานเครือข่ายจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ โดยกระทรวงศึกษาธิการ ประชุมหารือร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อรายงานผลการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ร่วมพิจารณานโยบาย ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะหลักการดูแลผู้สูงอายุ และให้ข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การปฏิบัติ

5. จัดทำแผ่นพับการจัดศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ จัดพิมพ์เผยแพร่จำนวน 2,000 แผ่น ในงานวันที่ระลึกสากลแห่งการรู้หนังสือ และวันการศึกษานอกโรงเรียน

6. โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 1,677 คน โดยแบ่งเป็นจัดบริการ

- การศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- หลักสูตรอาชีพระยะสั้น มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการเสริมความรู้ให้มีอาชีพเสริม เพิ่มรายได้
- การศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมการอ่าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

7. โครงการเสริมสร้างคุณค่าและการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ โดย

ดำเนินการจัดเวทีชาวบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นในพื้นที่ มีผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมจำนวน 153,936 คน

8. โครงการเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ โดยจัดการอบรมการบริหารจัดการองค์กรผู้สูงอายุ จัดค่ายจำลองเรียนรู้กิจกรรมในชุมชน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กรผู้สูงอายุ มีผู้แทนจากองค์กรผู้สูงอายุทั่วประเทศรวมกิจกรรมจำนวน 245 คน

9. โครงการส่งเสริมเครือข่ายพัฒนางานผู้สูงอายุ ดำเนินการจัดเสวนาแนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ และจัดฝึกอบรมบุคลากรปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ มีเครือข่าย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการศึกษานอกโรงเรียนเข้าร่วมประชุมเสวนา จำนวน 60 คน

10. โครงการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ดำเนินการจัดฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาการเรียนรู้ การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นจำนวน 120 คน

**ตารางสรุปผลการดำเนินการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ภาค ดังนี้**

| ที่ | ภาค | การศึกษาขั้นพื้นฐาน (คน) | การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ จำนวนผลผลิต/คน | การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต จำนวนผลผลิต/คน | การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน จำนวนผลผลิต/คน | การศึกษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตามอัธยาศัย จำนวนผลผลิต/คน | รวม จำนวนผลผลิต/คน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | ภาคกลาง | **106** | **4,321** | **2,610** | **15,761** | **10,887** | **33,685** |
| 2. | ภาคเหนือ | **787** | **4,622** | **6,052** | **14,794** | **10,636** | **36,891** |
| 3. | ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | **155** | **5,441** | **6,134** | **22,875** | **15,914** | **50,519** |
| 4. | ภาคตะวันออก | **61** | **1,503** | **1,044** | **3,659** | **2,255** | **8,522** |
| 5. | ภาคใต้ | **10** | **1,356** | **2,078** | **17,984** | **4,993** | **26,421** |
| | รวม | **1,119** | **17,243** | **17,918** | **75,073** | **44,685** | **156,038** |

**ที่มา** : รายงานการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ จากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัด

**4.3 กระทรวงแรงงาน**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 (3) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ดังนี้

1. กิจกรรมด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้แรงงานผู้สูงอายุได้มีงานทำ มีรายได้ ไม่เป็นภาระต่อสังคม และลดภาวะการพึ่งพิงหรือภาระที่ผู้ทำงานต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

1.1 ด้านการบริการจัดหางานแก่ผู้สูงอายุ

- ตำแหน่งงานว่าง 1,997 อัตรา
- ผู้สมัครงาน 1,563 อัตรา
- การบรรจุงาน 959 อัตรา

1.2 ด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ

- ให้คำปรึกษาแนะนำด้านการประกอบอาชีพ 7,531 ราย
- เผยแพร่เอกสารอาชีพ 21,466/3,690 ฉบับ/เล่ม
- ฝึกอาชีพอิสระโครงการต่าง ๆ 1,126 ราย
- ได้ประกอบอาชีพ 388 ราย

1.3 ด้านการส่งเสริมการฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ

- หลักสูตรเตรียมเข้าทำงาน 91 ราย
- หลักสูตรยกระดับ 348 ราย
- หลักสูตรการเสริมทักษะ 1,042 ราย

1.4 ด้านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพ มีรายได้

- จัดจ้างเป็นวิทยากร 15 ราย
- เป็นอนุกรรมการ/ที่ปรึกษา 3 ราย

2. กิจกรรมด้านการส่งเสริม การคุ้มครองคุณภาพชีวิต และการออม เพื่อให้แรงงานผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของระบบเศรษฐกิจของประเทศ มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ และมีระบบการออมในช่วงวัยทำงานที่เพียงพอสำหรับวัยสูงอายุ

2.1 ด้านการส่งเสริมการคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อวัยสูงอายุ

- ดำเนินการอบรมให้ความรู้ และพัฒนาแรงงานหญิงในสถานประกอบการ เพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ระยะเวลาอบรม 3 ชั่วโมง ดำเนินการในพื้นที่ 73 จังหวัด รวมแรงงานหญิงที่เข้ารับการอบรม จำนวน 8,197 คน

- ดำเนินการส่งเสริมการจัดสวัสดิการในสถานประกอบการ การอบรมให้ความรู้ และส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในสถานประกอบกิจการที่มีลูกจ้าง 100 คนขึ้นไป ในสถานประกอบการ 6,078 แห่ง รวมลูกจ้างสถานประกอบการเข้ารับการอบรม จำนวน 690,519 คน

2.2 ด้านการคุ้มครองผู้ประกันตนที่อายุเกิน 55 ปี

- จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ จำนวน 69,494 คน งบประมาณ จำนวน 1,488.5 ล้านบาท

**4.4 กระทรวงคมนาคม**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 (5) และ (6) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ดังนี้

การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ตามมาตรา11(5)

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงคมนาคมที่ให้บริการด้านการขนส่งสาธารณะได้จัดการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในบริการขนส่งสาธารณะ ประกอบด้วย

- การรถไฟแห่งประเทศไทย : สถานีรถไฟ

จัดการอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ โดยการไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋วโดยสาร จัดที่นั่งรอรับตั๋ว จัดพนักงานช่วยยกสัมภาระ และดูแลปฐมพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยกำหนดในคำสั่งฝ่ายการเดินรถเพื่อถือปฏิบัติ

- กรมการขนส่งทางบก และบริษัท ขนส่ง จำกัด : สถานีขนส่ง

ดำเนินการปรับปรุงสถานที่สำหรับนั่งพักผ่อน และห้องสุขา เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนจัดเจ้าหน้าที่ดูแลและให้บริการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในเรื่องข้อมูลการเดินทาง เวลาเดินทาง ราคาค่าโดยสาร และการเดินทางต่อเนื่องด้วยระบบขนส่งสาธารณะรูปแบบอื่น

- องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ : รถโดยสารประจำทาง

จัดที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติของพนักงานเก็บค่าโดยสาร ให้ดูแลผู้โดยสารบริเวณประตูรถ และเป็นธุระจัดหาที่นั่งให้ผู้สูงอายุ

- การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย : สถานีรถไฟฟ้าใต้ดิน

จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก และการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ลิฟต์ บันไดเลื่อน จุดรอความช่วยเหลือ ทางลาดสำหรับรถเข็น และจุดจอดรถเข็นภายในขบวนรถไฟฟ้า พร้อมจัดเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือ

- กรมการขนส่งทางน้ำและพาณิชยนาวี : ท่าเรือข้ามฟาก

จัดเจ้าหน้าที่ประจำท่าเรือ เพื่ออำนวยความสะดวกและความปลอดภัย ประชาสัมพันธ์เส้นทาง และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

- กรมการขนส่งทางอากาศ : ท่าอากาศยานในความรับผิดชอบ 26 แห่ง ทั่วประเทศ

ให้ความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านโครงสร้างพื้นฐานไว้บริการ เช่น โทรศัพท์ ลิฟต์ ทางลาด มุมพักผ่อน และห้องสุขา และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในการจัดให้ผู้สูงอายุขึ้นเครื่องบินในลำดับแรก

- บริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน) : ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ดอนเมือง เชียงใหม่ เชียงราย หาดใหญ่ และภูเก็ต

- จัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ได้แก่ ลิฟต์ บันไดเลื่อน ทางเลื่อน ทางลาด โทรศัพท์ ห้องสุขา พื้นที่จอดรถ รับ-ส่ง มุมพักผ่อน และห้องปฐมพยาบาล และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในการจัดให้ผู้สูงอายุขึ้นเครื่องบินในลำดับแรก

- การทางพิเศษแห่งประเทศไทย : ด่านเก็บค่าผ่านทางพิเศษและพื้นที่อาคารสำนักงาน

- จัดให้มีห้องน้ำสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ บริเวณด่านเก็บค่าผ่านทางและอาคารสำนักงาน

- กรมทางหลวง และกรมทางหลวงชนบท : เส้นทางสัญจร

จัดสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยตามมาตรฐานสากลในเส้นทางที่มีความสำคัญและเส้นทางในเขตชุมชน อาทิ สะพานลอยคนข้าม ทางม้าลาย ทางเท้า ป้ายเตือนเพื่อความปลอดภัย และป้ายประชาสัมพันธ์ต่างๆ

การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม ตามมาตรา11(6) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงคมนาคม ได้กำหนดการช่วยเหลือด้านค่าโดยสารดังนี้

- การรถไฟแห่งประเทศไทย ลดค่าโดยสารครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน ของทุกปี

- การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50

- บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) : ลดค่าโดยสารเที่ยวบินภายในประเทศ ให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15

- บริษัท ขนส่ง จำกัด : ลดค่าโดยสารเฉพาะรถของบริษัทให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50

- องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ : ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 ไม่รวมค่าธรรมเนียม

การดำเนินงานอื่นที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ ตามมาตรา 11(7) ในการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงคมนาคมได้รับทราบและถือปฏิบัติ ทั้งนี้การเปิดให้เข้าชมสถานที่ของหน่วยงานตามที่องค์กร ชมรมผู้สูงอายุร้องขอโดยมิได้เก็บค่าธรรมเนียม

**4.5 กระทรวงยุติธรรม**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 (9) พรบ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ดังนี้

การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี ตามมาตรา 11(9) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องในทางคดี สามารถขอรับการให้คำแนะนำ ปรึกษาความรู้ทางกฎหมาย การดูแลจากอาสาสมัครคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพในพื้นที่ การจัดหาทนายความช่วยเหลือ และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือว่าความแก้ต่างคดี ขอรับบริการได้ที่สำนักงานช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายและจำเลยในคดีอาญา คลินิกยุติธรรม ศูนย์บริการร่วม กระทรวงยุติธรรม หรือสำนักงานยุติธรรมจังหวัดทุกจังหวัด

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 กระทรวงยุติธรรมดำเนินการให้คำแนะนำ ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้สูงอายุ รวมจำนวน 1,235 ราย ดังนี้คือ

- การให้คำแนะนำ ปรึกษา ทางกฎหมาย จำนวน 830 ราย
- ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย ในการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตาม พ.ร.บ.ค่าตอบแทนผู้เสียหายและทดแทน และค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา พ.ศ. 2544 จำนวน 393 ราย
- การยื่นคำร้องขอรับความคุ้มครอง ความปลอดภัยในฐานะพยานและบุคคลผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพยาน จำนวน 12 ราย

**4.6 กระทรวงมหาดไทย**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 (5) และ(11) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ดังนี้

- การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ตามมาตรา11 (5) กระทรวงมหาดไทยดำเนินการโดยอาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ออกกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548 โดยกำหนดให้อาคารบางประเภท เช่น สถานพยาบาล อาคารที่ทำการของราชการ สถานีขนส่ง สำนักงาน โรงมหรสพ โรงแรม หอประชุม สนามกีฬา ศูนย์การค้า เป็นต้น ซึ่งมีพื้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของอาคารเปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไป จะต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้อาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา ได้แก่ ป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ทางลาด ลิฟท์ บันได ที่จอดรถ ทางเข้าอาคาร ทางเดินระหว่างอาคาร ทางเชื่อมระหว่างอาคาร ประตู ห้องส้วม พื้นผิวต่างสัมผัส เป็นต้น
- การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตามมาตรา 11 (11)

กระทรวงมหาดไทย สนับสนุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการพิจารณาคัดเลือกผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยจะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพจากรัฐ (เงินอุดหนุนจากส่วนกลาง) เดือนละ 500 บาท

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 ดำเนินการสนับสนุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในส่วนภูมิภาคผ่านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1,755,266 คน เป็นเงินงบประมาณ 10,531,596,000 บาท ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,912 คน เป็นเงินงบประมาณ 47,472,000 บาท รวมทั้งสิ้น ผู้สูงอายุได้รับสิทธิด้านเบี้ยยังชีพ จำนวน 1,763,178 คน รวมเป็นเงินงบประมาณ 10,579,068,000 บาท

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุสามารถขอรับสิทธิได้ที่เทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบล และในกรุงเทพมหานครขอรับบริการได้ที่สำนักงานเขตทุกเขต

**4.7 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 (7) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ดังนี้

- หน่วยงานของรัฐยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐตามมาตรา 11(7)

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จัดให้ผู้สูงอายุเข้าชมอุทยานแห่งชาติโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทุกแห่ง จำนวน 157 แห่ง สวนสัตว์ จำนวน 3 แห่ง

**4.8 กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11(13) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ดังนี้

- การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกสถานที่ท่องเที่ยว และการจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ ตามมาตรา 11(13) ดังนี้

**การดำเนินการด้านการท่องเที่ยว**

1. จัดทำหนังสือถึงสมาคม/ชมรมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว เพื่อให้การสนับสนุนการให้บริการเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้สำรวจสถานประกอบการที่จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ โดยให้กรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์มที่สำนักงานพัฒนาการท่องเที่ยวกำหนด มีสถานประกอบการการท่องเที่ยว จัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดให้คนพิการและผู้สูงอายุ จำนวน 28 แห่ง

2. กำหนดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่คำนึงถึงคนพิการและผู้สูงอายุไว้ในมาตรฐานต่างๆ ที่สำนักงานพัฒนาการท่องเที่ยวกำหนด ได้แก่ มาตรฐานโรงแรม มาตรฐานบริการอาหารเพื่อการท่องเที่ยว มาตรฐานห้องน้ำสาธารณะเพื่อการท่องเที่ยวระดับสากล และกรอบมาตรฐานแหล่งท่องเที่ยวน้ำพุร้อนธรรมชาติ

3. จัดการประชุมนานาชาติเรื่องการท่องเที่ยวที่เอื้ออำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ 2550 (International Conference on Accessible Tourism : ICAT 2007) ระหว่างวันที่ 2 2 – 24 พฤศจิกายน 2550 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การคนพิการสากลประจำภูมิภาคเอเชีย - แปซิฟิก และสำนักงานคณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิกแห่งสหประชาชาติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวให้เอื้ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ

**การดำเนินการด้านการกีฬา ดังนี้**

1. ดำเนินโครงการส่งเสริมกีฬาและออกกำลังกายผู้สูงอายุ ประจำปี 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านร่างการ จิตใจ อารมณ์ และสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เล่นกีฬาและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมีชมรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุม 76 จังหวัด โดยมีแนวทางการดำเนินการที่บูรณาการขอความ

ร่วมมือจากกรุงเทพมหานคร เพื่อจัดตั้งศูนย์สมาชิกผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพ และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุพลศึกษา รวม 78 แห่งทั่วประเทศ (กทม. 3 ศูนย์/ภูมิภาค 75 ศูนย์) รวมสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 3,000,000 บาท มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการเพื่อเล่นกีฬาและออกกำลังกาย รวมทั้งสิ้น 300,000 คน

2. จัดทำคู่มือการส่งเสริมกีฬาและออกกำลังกายผู้สูงอายุ เพื่อเป็นเอกสารการเผยแพร่และทำความเข้าใจในการออกกำลังการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมองผู้สูงอายุ ได้แก่ กีฬาวู้ดบอล และการออกกำลังกายแอโรบิคกับตารางเก้าช่อง 2) การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ได้แก่ การออกกำลังการโดยใช้ยางยืด

3. จัดแข่งขัน “ กีฬาผู้สูงอายุชิงชนะเลิศแห่งประเทศไทยครั้งที่ 4 ประจำปี 2550” ชิงถ้วยพระราชทานพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาธินัดดามาตุ ระหว่างวันที่ 11 กุมภาพันธ์ –11 มีนาคม 2550 กำหนดจัดการแข่งขัน 9 ชนิดกีฬา ได้แก่ กรีฑา เทนนิส บาสเกตบอล แบดบินตัน เปตอง ฟุตบอล ว่ายน้ำ ลีลาส และตะกร้อ มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการจัดมหกรรมกีฬาผู้สูงอายุทุกชนิดกีฬา จำนวน 100,000 คน

**การดำเนินการด้านการนันทนาการ ดังนี้**

ดำเนินโครงการเผยแพร่และพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการ ในรูปแบบกิจกรรมลีลาศผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกาย และจิตใจของผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ แข็งแรง จัดกิจกรรมเป็นประจำทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ระหว่างเวลา 16.30 – 20.00 น. ณ ศูนย์ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ สำนักส่งเสริมและพัฒนานันทนาการภายในสนามกีฬาแห่งชาติ เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ.2550 มีผู้ร่วมกิจกรรมจำนวน 5,000 คน

**4.9 กระทรวงวัฒนธรรม**

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11(13) พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ดังนี้

- การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์ การจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม

1. จัดสิ่งอำนวยความสะดวก ห้องน้ำ ทางลาดในพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์และสถานที่ทางศาสนา จำนวน 56 แห่ง (พิพิธภัณฑ์ 43 แห่ง อุทยานประวัติศาสตร์ 13 แห่ง) และติดตั้งราวบันไดขึ้นลง ภายในหอประชุมใหญ่ชั้น 1-3 ในศูนย์วัฒนธรรมแห่งประเทศไทย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ

2. จัดให้พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ หอจดหมายเหตุแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ เป็นแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต สำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย

3. จัดแผ่นพับนำชม/วิทยากรบรรยายเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความเข้าใจ รักหวงแหนในการอนุรักษ์มรดกวัฒนธรรมของชาติ

4. ดำเนินการให้หน่วยงานในสังกัดทั่วประเทศ รณรงค์ให้ความสำคัญ และจัดกิจกรรมเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ

5. ดำเนินการศึกษาข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุ กำหนดตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- กลุ่มอนุรักษ์โคพื้นบ้านหมุน
- กลุ่มผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 ต.ท่าเรือ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- กลุ่มผู้สูงอายุ บ้านช้าง ต.ท่าเรือ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- คณะกลองยาวนกน้อยตรีนิมิต ต.บางจาก อ.เมือง จ. นครศรีธรรมราช

6. โครงการจัดทำฐานข้อมูลด้านศิลปะ วัฒนธรรมท้องถิ่น โดยดำเนินการรวบรวมองค์ความรู้ด้านต่างๆ เช่น การผลิตเครื่องเงิน ผ้าไหม การแสดงพื้นบ้าน ชุมชนคนเลี้ยงช้างฯลฯ จากภูมิปัญญาท้องถิ่น บันทึกข้อมูลทุกด้าน จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านศิลปวัฒนธรรม

ในส่วนการลดอัตราค่าเข้าร่วมกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม ขณะนี้กระทรวงวัฒนธรรมกำลังดำเนินการปรับแก้กฎกระทรวงเพื่อยกเว้นค่าธรรมเนียมสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าใช้บริการกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม

### 4.10 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ดำเนินการรองรับสิทธิผู้สูงอายุ ตาม มาตรา 11 (4) (5) (9) (10) และ (12) และมาตรา 13 พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ดังนี้

**1. สิทธิการพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ตามมาตรา11(4)**

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการ ดังนี้

1. จัดกิจกรรมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมมหกรรมสัปดาห์ผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั่วประเทศ เพื่อร่วมกันรณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยการสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ร่วมจัดกิจกรรม และร่วมกิจกรรมจำนวน 1,050 องค์กร ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมจำนวน 19,631 คน และมีผู้ร่วมงาน จำนวน 469,244 คน

2. จัดสถานที่ให้ผู้สูงอายุจัดกิจกรรม ได้แก่ ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ 8 แห่ง และร่วมกับศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง มีผู้สูงอายุรับบริการจำนวน 30,000 คน

3. การเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุใช้ภูมิปัญญา สืบสานภูมิความรู้ ภูมิธรรม ประสบการณ์ ทักษะความชำนาญที่สั่งสมสืบทอดมาจากบรรพชน และที่ประมวล คิดค้น พัฒนาขึ้นเป็นนวัตกรรม โดยดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ

- มีผู้สูงอายุขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน จำนวน 4,145 คน (หญิง 1,092 คน, ชาย 3,053 คน)

- ผลักดันให้เกิดกลุ่มรับการถ่ายทอดภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุ จำนวน 135 โครงการ มีประชาชนทุกวัยได้รับประโยชน์รวมจากโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ 14,000 คน

- จัดระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาผู้สูงอายุไว้ใน http://wisdom.opp.go.th

- จัดทำหนังสือรายชื่อเครือข่ายดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ 1 เล่ม จำนวน 504 องค์กร

**2. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ตามมาตรา11(5)**

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการปรับปรุงสถานที่ของหน่วยงานสังกัดในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่มาติดต่อรับบริการ และขอความร่วมมือหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ ดำเนินการปรับปรุงอาคารสถานที่/บริการสาธารณะตามกฎกระทรวงมหาดไทยมหาดไทยกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ.2548

**3. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือทอดทิ้งตามมาตรา 11(8) และการให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัวตามมาตรา 11(9)**

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการ ดังนี้

1. จัดอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 7,255 คน มีภารกิจตามกำหนดในพื้นที่

2. จัดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ.) จำนวน 3,752 คน เพื่อดูแลผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตามความจำเป็น และความต้องการให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในครอบครัว จำนวนประมาณ 30,000 คน

3. ให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา จำนวน 1,102 ราย ใช้งบประมาณ จำนวน 551,000 บาท

**4. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่ม ให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง ตามมาตรา 11(10)**

1. ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนในเรื่องที่อยู่อาศัยจะได้รับการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยในกรณีชั่วคราว หรือตลอดไป ขอรับบริการได้ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2550 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาจำนวน 5,591 ราย ใช้งบประมาณ 11,182,000 บาท

2. จัดที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 25 แห่ง มีผู้สูงอายุในความดูแลปีละ 4,655 คน (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการรับผิดชอบสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่ง จำนวน 2,465 คน ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล 13 แห่ง)

3. ปรับปรุงที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุผ่านชุมชนท้องถิ่น จำนวน 9,303 ราย

**5. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ตามมาตรา 11 (12)**

ผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือเงินค่าจัดการศพ รายละ 2,000 บาท ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย ฐานะยากจน มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์เส้นความยากจน (ปี 2551 : 1,443 บาทต่อเดือน) ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่ไม่สามารถจัดการศพได้ ขอรับบริการได้ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการให้การช่วยเหลือจัดการศพผู้สูงอายุ จำนวน 17,962 ราย งบประมาณ 35,924,000 บาท

**6. การดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ ตามมาตรา 13** ได้มีการดำเนินการดังนี้

1) การบริหารจัดการกองทุนผู้สูงอายุ โดยคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เป็นรองประธาน ผู้แทนส่วนราชการจาก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยมีผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นกรรมการและเลขานุการ รวมคณะกรรมการจำนวน 11 คน ทำหน้าที่ ในการบริหารกองทุน จัดหาผลประโยชน์ พิจารณาอนุมัติการจ่ายเงิน และรายงานสถานะทางการเงิน

2) การจัดทำระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุว่าด้วยการพิจารณาการจ่ายเงิน จัดทำรายงาน สถานะการเงิน และการบริหารกองทุนปี 2548 และระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุว่าด้วยการพิจารณา อนุมัติ การจ่ายเงิน การจัดทำรายงานสถานะการเงิน และการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548

3) การจัดตั้งคณะอนุกรรมการ 2 คณะ ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการที่ขอรับการสนับสนุนและกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ และคณะอนุกรรมการระดมทุน

4) จัดทำประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุน เรื่อง หลักเกณฑ์ และเงื่อนไข อื่นที่ให้การสนับสนุนทางการเงินจากกองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดทำคู่มือและแบบฟอร์มที่ใช้ในการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ

กองทุนผู้สูงอายุได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาล ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 30 ล้านบาท ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 30 ล้านบาท และในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 60 ล้านบาท รวมเป็นเงินกองทุนทั้งสิ้น 120 ล้านบาท การดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) การสนับสนุนการดำเนินโครงการและกิจกรรมของผู้สูงอายุ เครือข่าย องค์กรทั้งภาครัฐ และเอกชน **ในปี 2550** มีการเสนอขอรับการสนับสนุนจำนวน 105 โครงการ คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ อนุมัติ 40 โครงการ (คิดเป็นร้อยละ38.10 ของโครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุน) เป็นเงินที่สนับสนุน 9,934,415 บาท

2) การให้กู้ยืมเงินเพื่อการประกอบอาชีพ รายละไม่เกิน 15,000 บาท มีผู้สูงอายุเสนอขอกู้ยืมเงินเพื่อการประกอบอาชีพ จำนวน 1,259 ราย คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ อนุมัติ 717 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.95 ของผู้สูงอายุที่เสนอขอรับการสนับสนุน) เป็นเงินให้กู้ยืม 9,500,900 บาท

**รวมกองทุนให้การสนับสนุนทั้ง 2 ประเภท เป็นเงิน 19,435,315 บาท**

### 7. การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน (Residential Care for the Elderly)

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน โดยได้มีการพัฒนารูปแบบของบริการและกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งขยายบทบาทของสถานสงเคราะห์ในการทำงานเชิงรุกกับชุมชนภายนอกมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันได้มีการเปลี่ยนชื่อจาก **“สถานสงเคราะห์”** มาเป็น **“ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ”** ปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุอยู่ในทุกภาคทั่วประเทศ จำนวน 12 แห่ง ได้แก่

7.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแค กรุงเทพมหานคร
7.2 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี
7.3 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
7.4 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทักษิณ จังหวัดยะลา
7.5 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะ
7.6 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
7.7 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
7.8 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
7.9 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุลำปาง จังหวัดลำปาง
7.10 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
7.11 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลา จังหวัดสงขลา
7.12 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ในระหว่างปี 2545- 2550 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่งนี้ ได้รับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัย จำนวน 1,403 คน

**8. การซ่อมแซมบ้านพักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน**

กิจรรมการซ่อมแซมบ้านพักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความร่วมมือของคนในชุมชนในการร่วมกันจัดสวัสดิการด้านที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ โดยตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของความปลอดภัย ความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพสรีระร่างกายของผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะ เพื่อผู้สูงอายุสามารถมาทำกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชนได้ สำหรับวิธีการดำเนินงานเป็นการให้ความสนับสนุนงบประมาณสำหรับใช้เป็นค่าวัสดุก่อสร้างสำหรับใช้ในการซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ หลังละไม่เกิน 10,000 บาทขณะเดียวกันยังมีการให้ความสนับสนุนงบประมาณ สำหรับซ่อมแซมสิ่งสาธารณประ โยชน์ในชุมชน หรือสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ อาทิ ศูนย์ประจำหมู่บ้าน ศาลาอเนกประ สงค์ ชมรมผู้สูงอายุ ลานกิจกรรมของวัด อบต. โรงเรียนหรือสถานีอนามัยฯลฯ แห่งละไม่เกิน 15,000 บาท โดยมีการประสานความร่วมมือและดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรชุมชน และภาคประชาชนด้วยการให้คนในชุมชนร่วมกันระดมแรงใจ และแรงกายมาช่วยกันซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2550 ได้ดำเนินการซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 2,450 หลัง และมีการซ่อมแซมสิ่งสาธารณประโยชน์ที่สามารถอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ 16,010 คน รวมงบประมาณ จำนวน 44,615,000 บาท

**9. กิจกรรมส่งเสริมการออมเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน**

เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างวินัยด้านการออมเงินสำหรับใช้เป็นสวัสดิการสำหรับตนเองและครอบครัว โดยมีแนวคิดพื้นฐานในเรื่องการพึ่งตนเอง และการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยการส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มสัจจะออมเงินในชุมชน การดำเนินงานดังกล่าวนี้ ได้สร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการรวมกลุ่มการออม เพื่อใช้เป็นสวัสดิการของตนเอง เป็นการส่งเสริมค่านิยมในเรื่องของความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การเสียสละให้แก่เพื่อนสมาชิก และเป็นการสร้างความภาคภูมิใจและความมีศักดิ์ศรีให้แก่ผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันยังเป็นการทำให้บุคคลในครอบครัวได้ร่วมเรียนรู้และเห็นถึงประโยชน์ของการออม โดยจะนำไปสู่การพึ่งตนเองได้ และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนโดยมีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ในปี พ.ศ. 2550 มีการรวมกลุ่มสัจจะออมเงิน จำนวน 11 กลุ่ม มีสมาชิกจำนวน 3,120 คน มีจำนวนเงินออม 481,689.- บาท

**10. กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์**

เป็นการจัดกิจกรรมภายในชุมชนที่ส่งเสริมให้ทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกต่างวัยในครอบครัวและชุมชนได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันอันจะนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว โดยจะเป็นการช่วยลดปัญหาและช่องว่างระหว่างวัย ทำให้มีความเข้าใจความแตกต่างระหว่างวัยได้ดีขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการจัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ที่มีทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมด้วยรวมจำนวน 10,500 คน

นอกจากนี้ สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังได้มีการจัดทำและเผยแพร่สื่อรณรงค์การใช้เวลาของครอบครัว การสนับสนุนการจัดกิจกรรมการใช้เวลาของครอบครัว ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การรณรงค์ให้วันอาทิตย์เป็นวันของครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกทุกวัยในครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

**4.11 กระทรวงการคลัง**

กรมสรรพากร ได้มีการดำเนินมาตรการทางภาษีเพื่อให้สิทธิประโยชน์ด้านการลดหย่อนภาษีแก่ผู้สูงอายุโดยตรง รวมทั้งให้การลดหย่อนแก่บุตรที่ให้การดูแลและเกื้อหนุนต่อบิดามารดา ที่อยู่ในวัยสูงอายุ โดยได้มีการดำเนินการดังนี้*

**1. การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป**

เป็นการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา สำหรับผู้มีเงินได้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 65 ปีบริบูรณ์ ซึ่งเป็นผู้อยู่ในประเทศไทยเฉพาะเงินได้ที่ได้รับในส่วนที่ ไม่เกิน 190,000 บาท ในปีภาษีนั้น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ประเภทใดก็ได้ที่ได้รับ และนำเงินได้หลังใช้สิทธิมาคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามปกติ

**2. การยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร**

เป็นการยกเว้นภาษีเงินให้แก่ผู้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปีบริบูรณ์ โดยเป็นการยกเว้นภาษีเงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารแก่ผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้การยกเว้นภาษีเงินได้ดังกล่าวจะมีหลักเกณฑ์ เงื่อนไขว่าดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารจะต้องเป็นดอกเบี้ยจากการฝากเงินประเภทฝากประจำ 1 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้ดอกเบี้ยที่ได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้จะต้องไม่เกินจำนวน 30,000.-บาท ตลอดปีภาษีนั้น ทั้งนี้การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารจะต้องยื่นหนังสือ แจ้งการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาต่อธนาคารที่รับฝากเงิน

**3. การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจากเงินบำเหน็จดำรงชีพ**

มาตรการนี้เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่รับบำนาญแต่ต้องการใช้เงินที่เป็นบำเหน็จตกทอดขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้สูงอายุที่รับบำเหน็จดำรงชีพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการจะได้รับการยกเว้น ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจากเงินบำเหน็จดำรงชีพนั้น

ขณะเดียวกันยังมีการยกเว้นภาษีเงินได้ในลักษณะเดียวกับบำเหน็จดำรงชีพของพนักงานการท่าเรือแห่งประเทศไทย พนักงานการกีฬาแห่งประเทศไทยและพนักงานธนาคารออมสิน โดยมีอัตราและวิธีการคำนวณเช่นเดียวกับบำเหน็จดำรงชีพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จ บำนาญข้าราชการและกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ

**4. การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงิน หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ลูกจ้างได้รับจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ**

เป็นการยกเว้นภาษีเงินได้ให้แก่ ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้มีเงินได้และอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปีบริบูรณ์ สำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ลูกจ้างได้รับจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเมื่อออกจากงานเพราะเกษียณอายุ ทุพพลภาพหรือตาย โดยจะได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

**5. การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา สำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่สมาชิกกองทุนบำเหน็จ บำนาญข้าราชการ ได้รับ**

ข้าราชการที่ได้รับเงินจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการจะได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา เนื่องจากออกจากราชการเมื่อครบเกษียณอายุ เหตุทุพพลภาพ เหตุทดแทน หรือตาย

**6. การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา สำหรับเงิน หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ได้รับจากกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Retirement Mutual Fund หรือ RMF)**

ผู้ถือหน่วยลงทุนที่ได้รับเงินหรือผลประโยชน์ใด ๆ จากกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพดังกล่าว จะได้รับยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา สำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ได้รับจากกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ ทั้งนี้ผู้ถือหน่วยลงทุนต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปี บริบูรณ์ และถือหน่วยลงทุนมาไม่น้อยกว่า 5 ปี ในปีภาษีนั้น กรณีนี้ผู้ถือหน่วยลงทุนจะต้องแสดงการใช้สิทธิยกเว้นภาษีในแบบฯ ภ.ง.ด. 91 หรือแสดงการใช้สิทธิในใบแนบแบบฯ ภ.ง.ด. 90 ให้ชัดเจน หากเป็นกรณีทุพพลภาพต้องให้แพทย์ที่ทางราชการได้ตรวจและแสดงความเห็นว่า ผู้ถือหน่วยลงทุนนั้นทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบชีพซึ่งก่อให้เกิดเงินได้ที่จะนำมาซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพได้อีกต่อไป และในกรณีตาย ต้องเป็นกรณีที่ผู้ถือหน่วยลงทุนถึงแก่ความตายในระหว่างการถือหน่วยลงทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ

**7. การลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับบุตรที่เลี้ยงดูบิดาหรือมารดา บิดาหรือมารดาที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป**

เป็นการลดหย่อนภาษีเงินได้ให้แก่บุตรที่เลี้ยงดูบิดา มารดา รวมถึงบิดามารดาของคู่รสรส โดยบิดา มารดาหรือบิดา มารดาของคู่สมรส จะต้องไม่มีเงินได้พึงประเมินเกินกว่า 30,000 บาท ในปีภาษีนั้น ๆ บุตรที่มีเงินได้สามารถนำไปหักลดหย่อนภาษีได้คนละ30,000 บาท

**8. การหักค่าลดหย่อนเงินหรือทรัพย์สินที่บริจาคให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ**

เป็นการหักค่าลดหย่อนให้แก่บุคคลธรรมดาที่มีการบริจาคเงินให้กองทุนผู้สูงอายุ โดยสามารถนำมาหักเป็นค่าลดหย่อนในการคำนวณภาษีได้เท่ากับจำนวนเงินที่บริจาคแต่ไม่เกิน ร้อยละ 10 ของเงินได้สุทธิ

สำหรับนิติบุคคลบริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุสามารถนำรายจ่ายมาหักเป็นค่าใช้จ่ายตามจำนวนที่บริจาคแต่ไม่เกินร้อยละ 2 ของกำไรสุทธิ

**9. การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับบุตรที่ได้จ่ายค่าเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันสุขภาพบิดาหรือมารดาของผู้มีเงินได้**

เป็นการยกเว้นภาษีเงินได้ให้แก่บุตรที่มีเงินได้ในกรณีที่จ่ายค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพให้แก่บิดาหรือมารดารวมทั้งบิดาหรือมารดาของคู่สมรส โดยบิดาหรือมารดาจะต้องมีเงินได้พึงประเมินไม่เกิน 30,000 บาท ในปีภาษีนั้นๆ ทั้งนี้จะยกเว้นภาษีเท่ากับค่าเบี้ยประกันเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมกันแล้วไม่เกิน 15,000 บาท ในปีภาษีนั้น กรณีนี้ไม่ได้กำหนดเกณฑ์อายุของบิดาหรือมารดาไว้

**10. การยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจากเงินได้หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ครูใหญ่หรือครูโรงเรียนเอกชนได้รับจากกองทุนสงเคราะห์ฯ**

เป็นการยกเว้นภาษีเงินได้จากเงินได้หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ครูใหญ่หรือครูโรงเรียนเอกชนได้รับจากกองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนเมื่อออกจากงานเพราะเหตุสูงอายุ ทุพพลภาพหรือตาย

อย่างไรก็ดี กรมสรรพากร ได้มีการกำหนดมาตรการภาษีเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนทั่วไปและเพื่อเป็นการส่งเสริมการออมของภาคครัวเรือน ตลอดจนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งเป็นการขยายเพิ่มเติมจากมาตรการเดิมที่ได้เคยดำเนินการมาแล้ว ดังต่อไปนี้

(1) ปรับเพิ่มเงินได้สุทธิที่ได้รับยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา จากเดิมที่กำหนดไว้ 100,000 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 150,000 บาท

(2) ปรับเพิ่มวงเงินการยกเว้นและการหักค่าลดหย่อนเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันชีวิต จากเดิมที่กำหนดไว้ 50,000 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 100,000 บาท

(3) ปรับเพิ่มวงเงินการหักค่าหย่อนเงินได้เท่าที่จ่ายเป็นค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ เงินสะสมเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เงินสะสมเข้ากองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ หรือเงินสมทบเข้ากองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน จากเดิมที่กำหนดไว้ไม่เกิน 300,000 บาท ขึ้นเป็นไม่เกิน 500,000 บาท โดยเงินได้ที่จ่ายเป็นค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพซึ่งได้รับยกเว้นภาษีเมื่อรวมกับเงินสะสมที่จ่ายเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ หรือเงินสมทบเข้ากองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนต้องไม่เกิน 500,000 บาท

(4) ปรับเพิ่มวงเงินจากหักค่าลดหย่อนเงินได้เท่าที่จ่ายเป็นค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมหุ้นระยะยาวจากเดิมที่กำหนดไว้ไม่เกิน 300,000 บาท เพิ่มขึ้นเป็นไม่เกิน 500,000 บาท

ทั้งนี้ มาตรการข้างต้นตามข้อ (1) - (4) ให้มีผลใช้บังคับสำหรับเงินได้พึงประเมินที่ได้รับในปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป

**5) การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)**

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2548 เพื่อติดตามผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนราชการและภาคเอกชนในห้วงเวลา 3 ปี หรือระหว่างปี พ.ศ. 2545 – 2547 ซึ่งผลการติดตามพบว่า

**5.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผน**

กล่าวได้ว่าจากการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในระยะปี พ.ศ. 2545 – 2547 มีผลการดำเนินงานที่สามารถบรรลุได้ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนที่ได้กำหนดไว้ในระดับหนึ่ง คือ มีหน่วยงานต่างๆ (โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ) และภาคเอกชนได้เขาร่วมดำเนินการในทุกยุทธศาสตร์ของแผน ส่งผลให้มีกลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลในวัยอื่นเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากกิจกรรม และการดำเนินโครงการต่างๆ ในแต่ละยุทธศาสตร์ของแผน โดยเฉพาะในเรื่องของการส่งเสริมความรู้และการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีหน่วยงานต่าง ๆ เข้าร่วมดำเนินการมากที่สุด

แต่มีประเด็นพิจารณาในเรื่องของการระบุจำนวนเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานต่างๆ รายงานแต่เพียงเฉพาะผลงานที่ได้มีการดำเนินการไปแล้ว โดยขาดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเป้าหมายที่ได้มีการกำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะมีการดำเนินการ หรืออาจเป็นเพราะการดำเนินการในช่วงปีแรกภายหลังการปฏิรูประบบราชการนั้น หน่วยงานต่างๆยังขาดการกำหนดตัวชี้วัด รวมทั้งปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นของโครงการและกิจกรรมที่ดำเนินการ

มีข้อสังเกตเกี่ยวกับการรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เป็นการรายงานเพียงเฉพาะข้อเท็จจริง (fact) ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม/โครงการที่ได้มีการดำเนินการไปแล้ว โดยมีประเด็นการวิเคราะห์ที่เป็นการนำเสนอจากหน่วยงานปฏิบัติค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะประเด็นที่เป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด รวมทั้ง ผลลัพธ์ (Outcome) ผลกระทบ (Impact) ในเชิงคุณภาพ ดังนั้น ข้อสรุปที่ได้จากการเอกสารรายงานจึงเป็นการให้ข้อเท็จจริงกว้างๆ ที่เป็นเพียงผลผลิต (Output) ของกิจกรรม/โครงการที่หน่วยงานต่างๆ ได้มีการดำเนินการไปแล้วเท่านั้น

**5.2 รูปแบบของกิจกรรม/โครงการที่ดำเนินการภายใต้แผน**

การดำเนินงานภายใต้แผลผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2545–2547 นั้นจะเห็นได้ว่า รูปแบบของกิจกรรม/โครงการต่างๆ ที่หน่วยงานต่างๆ ได้ร่วมดำเนินการนั้น ส่วนใหญ่ยังมีลักษณะของกิจกรรม/โครงการที่หน่วยงานดำเนินการอยู่แล้วตามปกติ และเป็นดำเนินการในรูปของกิจกรรม/โครงการ **“เชิงรับ”** มากกว่าโครงการ **“เชิงรุก”** กล่าวคือ เนื้อหาของกิจกรรม/โครงการส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่มี **“ผู้สูงอายุ เป็นฝ่ายรับ”** มากกว่าการส่งเสริมการ

ใช้ศักยภาพหรือเป็นนวัตกรรมในเรื่องของการใช้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมด้านสุขภาพที่พบว่ามีหน่วยงานภาครัฐจำนวนมากที่ได้มีการดำเนินกิจกรรม/โครงการในลักษณะที่มีความคล้ายคลึงกัน ในขณะที่กิจกรรมในเรื่องของการส่งเสริมทักษะ ศักยภาพ การใช้หรือการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุนั้น ยังมีอยู่ไม่มากนัก

กล่าวได้ว่ารูปแบบของกิจกรรม และโครงการต่างๆที่หน่วยงานต่างๆ ได้มีการดำเนินการอยู่ภายใต้แผนปฏิบัติการประจำปีแต่ละปีของแต่ละหน่วยงานนั้น นอกจากจะไม่ได้ใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นกรอบในการกำหนดรูปแบบของโครงการและกิจกรรมต่างๆ แล้วยังพบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ยังคงมีเนื้อหาไม่แตกต่างจากกิจกรรมเดิมที่แต่ละหน่วยงานเคยดำเนินการมาก่อนหน้านี้อยู่แล้ว การจัดให้มีบริการสำหรับผู้สูงอายุตามลักษณะและสภาพของปัญหาความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งความครบถ้วนและความเหมาะสมของบริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นยังคงพบว่ามีน้อยอยู่ ซึ่งนับเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นสำหรับบุคลากรของหน่วยงานที่จะต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการสำรวจและการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อจัดทำฐานข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ความดูแลรับผิดชอบ ขณะเดียวกันควรจะต้องมีการศึกษา วิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อว่าข้อเท็จจริงที่ได้มาจากการสำรวจนี้จะนำไปสู่การบ่งชี้และกำหนดความเร่งด่วนของปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนารูปแบบและการจัดบริการที่สอดคล้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริงในแต่ละพื้นที่ต่อไป

นอกจากนี้ยังพบว่าการบูรณาการด้านแนวคิดแผนงาน โครงการ รวมทั้งงบประมาณของหน่วยงานโดยเฉพาะในส่วนราชการนั้นยังคงมีอยู่น้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งทำให้พบว่า รูปแบบของกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุภายในส่วนราชการเดียวกัน ยังคงมีความซ้ำซ้อนหรือคล้ายคลึงกันอยู่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะประเด็นเรื่องของการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีหน่วยงานร่วมดำเนินการมากที่สุด

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า ในบางหน่วยงานนั้น ผู้สูงอายุอาจไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่อยู่ในความดูแลหรือรับผิดชอบโดยตรงของหน่วยงานนั้นๆ ดังนั้นการให้ความสำคัญเป็นการเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของบางหน่วยงานจึงยังคงมีอยู่ไม่มากนัก ในขณะที่ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทิศทางนโยบาย รวมทั้งการให้ความสำคัญหรือความสนใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของผู้บริหารและผู้กำกับนโยบายของแต่ละหน่วยงานนั้นๆอีกด้วย

### 5.3 การรับรู้และการนำกรอบยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ไปใช้ในการดำเนินงาน

สืบเนื่องจากการปฏิรูปโครงสร้างระบบการราชการ ในปี พ.ศ. 2545 ที่เป็นไปเดียวกันกับปีเริ่มต้นของการใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ และเป็นผลให้ภารกิจด้านผู้สูงอายุได้ถูกปรับเปลี่ยนมาอยู่ในความดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลัก (Focal point) ในการ

ประสานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ภายใต้กลไกของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดการ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการประสานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนี้ ได้ส่งผลต่อกระบวนการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ กล่าวคือ ในระยะต้นของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบราชการนั้น มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับกระทรวง และระดับกรมต่างๆ ตามไปด้วย ซึ่งได้กลายเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการติดตามผลภาพรวมของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะ 3 ปีแรกของแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 ขณะเดียวกันหน่วยงานที่ร่วมดำเนินงานด้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่ามีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ซึ่งถือเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติหรือแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางและเป้าหมายของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในภาพรวม

นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะต้นของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุภายใต้กลไกคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนจาก “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ” หรือที่มีชื่อย่อว่า กสผ. ซึ่งเดิมสังกัดอยู่ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี) ยังนับเป็นระยะต้นภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดการของภาครัฐหรือส่วนราชการตามพระราชบัญญัติ ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกอบกับในห้วงเวลาเดียวกันนั้น มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารส่วนราชการอยู่หลายครั้ง ซึ่งส่งผลให้การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและทิศทางหลักในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ยังไม่ปรากฏผลเป็นที่ประจักษ์มากนัก การสร้างความตระหนักและกระแสความสนใจจากสาธารณะในเรื่องผู้สูงอายุ จะเกิดขึ้นอยู่ค่อนข้างมากเฉพาะในห้วงระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับวันผู้สูงอายุแห่งชาติ (13 เมษายนของทุกปี) เท่านั้น อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่าองค์ประกอบที่เป็นอยู่ของกลไกคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยผู้บริหารระดับสูงจากส่วนราชการต่างๆที่เกี่ยวข้อง (ระดับปลัดกระทรวง, อธิบดี และผู้อำนวยการ) ได้มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อนและผลักดันเชิงนโยบาย รวมทั้งชี้นำทิศทางใหม่ๆเพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในบริบทที่กว้างขวางและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แม้ว่าการผลักดันในระดับนโยบายบางเรื่องนั้นมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยทั้งเวลา ความเห็นชอบร่วมกัน รวมทั้งความร่วมมือสนับสนุนจากภาคีส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

### 5.4 ข้อจำกัดรวมทั้งปัญหาอุปสรรค

ผลจากการติดตามพบว่า มีกิจกรรม/โครงการจำนวนค่อนข้างน้อยที่ระบุว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยในส่วนของกิจกรรม/โครงการที่มีการระบุถึงปัญหาอุปสรรคนั้นจะพบว่า มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร การประชาสัมพันธ์ รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อโครงการและกิจกรรมนั้นๆ

มีประเด็นที่น่าสนใจจากการติดตามผลการดำเนินงานผู้สูงอายุทั้งในระดับหน่วยงานราชการส่วนกลาง และหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น ที่พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

รับผิดชอบภารกิจหรืองานด้านผู้สูงอายุในแต่ละหน่วยงานนั้น ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อมูลหน่วยงานหรือองค์กรเครือข่ายต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้บริการต่างๆสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผู้ปฏิบัติงานเหล่านี้จะสามารถใช้ประโยชน์ของข้อมูลดังกล่าวนี้ในการติดต่อประสานการดำเนินการหรือให้บริการความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุนี้ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุดังกล่าวนี้ ยังคงขาดทักษะในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุหรือมีศักยภาพในการปฏิบัติงานในขอบเขตที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้การขยายขอบเขต รวมทั้งการพัฒนาเนื้อหาหรือรูปแบบของกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุยังคงมีอยู่ไม่มากนัก ในขณะที่ภารกิจด้านการดูแลคุณภาพชีวิตของคนในท้องถิ่นที่ รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุนั้นยังคงได้รับความสนใจและความสนับสนุนในระดับนโยบายและงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นค่อนข้างน้อย

**6) การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในระยะต่อไป**

**6.1 การส่งเสริมและสร้างกระแสสังคมในเรื่องของการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ**

โดยการสร้างกระแสผ่านทางสื่อและการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคธุรกิจ เพื่อร่วมรณรงค์และร่วมสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ยังอยู่ในวัยทำงาน ให้มีความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักในการเตรียมตนเองสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Quality Ageing) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Independent living) ได้ยาวนานที่สุด ทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพอนามัย โภชนาการ การออกกำลังกาย การมีรายได้ และค่าใช้จ่ายที่พอเพียง มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ตลอดจนถึงการเตรียมการด้านการดูแลระยะยาวในช่วงบั้นปลายของชีวิต

**6.2 การผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านการออมและการส่งเสริมรายได้ในวัยสูงอายุ**

แม้ว่าจะมีความพยายามจากหลายภาคส่วนทั้งสถาบันการศึกษา ส่วนราชการที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับเรื่องนโยบายการเงินการคลังของประเทศ รวมถึงหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมการมีงานทำ และการสร้างหลักประกันด้านรายได้ของประชาชนวัยทำงาน ได้ทำการศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำข้อมูลที่นำเสนอทางเลือกด้านการเงิน การออมและรายได้หลังเกษียณอายุทั้งเชิงนโยบายและการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การสร้างความมั่นคงด้านรายได้ในวัยเกษียณสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งผู้ที่เป็นแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ ผ่านระบบการออมในรูปแบบต่างๆ แล้วนั้น และแม้ว่าในทางปฏิบัติระดับพื้นที่จะได้มีการดำเนินการส่งเสริมระบบการออมในระดับชุมชนในรูปแบบต่างๆ อยู่หลายแห่ง อาทิ กองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง แต่ประเด็นในเรื่องของความยั่งยืนในการบริหารจัดการ ความโปร่งใสและการจัดสรรการดูแลผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการออมของสมาชิก ยังเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม

และยกระดับขีดความสามารถของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลดังกล่าวและเพื่อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงนโยบายด้านการออมและการส่งเสริมรายได้ในวัยสูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยความร่วมมือของกระทรวงการคลังได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติขึ้นภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อนและผลักดันเชิงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมให้มีระบบการออมระยะยาวเพื่อให้มีรายได้เพียงพอสำหรับการดำรงชีพในยามสูงอายุ ขณะเดียวกันก็เพื่อร่วมสร้างฐานเงินออมเพื่อการระดมทุนของประเทศในอนาคต

**6.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด**

เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้แต่ละจังหวัดมีกลไกกลางในการส่งเสริมสนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดของตนเอง โดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบให้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด (ก.ส.จ.) เพื่อให้คณะอนุกรรมการชุดนี้ ทำหน้าที่เป็นกลไกการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุระดับจังหวัด มีหน้าที่ผลักดันนโยบายในการส่งเสริม การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุระดับจังหวัด ขณะเดียวกันจะทำหน้าที่เป็นกลไกในการสนับสนุนการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นมติคณะรัฐมนตรีที่เห็นชอบให้มีการขยายผลการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2556

**6.4 การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ**

โดยการส่งเสริมและสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การพัฒนาทักษะและเพิ่มพูนประสบการณ์การดำเนินงานผู้สูงอายุให้แก่ผู้บริหาร รวมทั้งบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านกระบวนการศึกษา การฝึกอบรม การดูงานและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่ๆ ที่มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่ดีหรือเป็นต้นแบบที่ดีของการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้สูอายุภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 บทบาทและภารกิจหรือบริการของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและนำไปสู่การเชื่อมโยง การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายการดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในบริบทที่กว้างขวางขึ้น ขณะเดียวกันจะส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการร่วมกันส่งเสริมให้มีการจัดบริการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่

**6.5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้มากขึ้น**

ข้อเท็จจริงที่ได้จากการศึกษาวิจัย รวมทั้งการศึกษาสำรวจของสถาบันการศึกษา รวมถึงหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้ระบุไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้สูงอายุจะพึงได้รับตามที่ได้มีการกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ ที่มีการระบุไว้ในมาตรา 11 ซึ่งส่วนราชการที่มีภารกิจรับผิดชอบโดยตรงหรือเกี่ยวข้องจะต้องร่วมดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นี้

สำหรับในเรื่องของการเคยรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์นั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นรายเดือนแต่เพียงเรื่องเดียวเท่านั้น เนื่องจากเป็นการดำเนินงานที่ได้มีการกระทำมาก่อนที่จะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ ตามที่ระบุไว้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 รวมทั้งบริการและการอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับ โดยมีการใช้สื่อในรูปแบบต่างๆ ที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ และสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ กว้างขวางและครอบคลุมทั่วถึงในทุกพื้นที่ เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความสนใจ และความตระหนัก โดยจะเป็นการส่งเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ตามสิทธิที่กำหนดไว้ได้อย่างแท้จริง

# บรรณานุกรม


คณะอนุกรรมการจัดทำสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549,** กรุงเทพฯ : เจ.เอส การพิมพ์, 2550.

คณะอนุกรรมการจัดทำสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547**. กรุงเทพฯ : เจ.เอส การพิมพ์, 2548.

คณะอนุกรรมการจัดทำสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548,** กรุงเทพฯ : เจ.เอส การพิมพ์, 2549.

คณะอนุกรรมการติดตามสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. **รายงานการติดตามสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550,** กรุงเทพฯ : เจ.เอส การพิมพ์, 2551.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับการดำเนินงานผู้สูงอายุ,** 2550.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะปี พ.ศ. 2545-2547,** 2548.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2546,** กรุงเทพฯ : เจ.เอส การพิมพ์, 2547.