



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้
และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบาย
และการวิจัย”

โดย

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ

กันยายน 2544

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน
องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจน
ข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย”

คณะผู้วิจัย

สังกัด

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ.ดร.นภาพร ชโยวรรณ | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. อ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 5. รศ.ดร.ประคอง อินทรสมบัติ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 6. รศ.ดร.มัทนา พนานิรามัย | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 7. อ.นนุช สุนทรชวกานต์ | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. อ.ศิริวรรณ ศิริบุญ | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. รศ.มาลินี วงษ์สิทธิ์ | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. ผศ.เล็ก สมบัติ | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำ

การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุได้มีการทำขึ้นหลายครั้ง แต่จะเป็นการทบทวนในแง่มุมใดแง่มุมหนึ่งหรือเป็นการทบทวนในภาพกว้างๆเท่านั้น และจะเป็นการทำโดยผู้ทบทวนเพียง 1-2 คน สำหรับการทบทวนครั้งนี้เป็นการทบทวนที่บูรณาการมากกว่าที่เคยมีมา โดยครอบคลุมทั้งด้านประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ (ครอบครัว-ผู้ดูแล-ชุมชน) สุขภาพ เศรษฐศาสตร์ ระบบสวัสดิการ-บริการ และแนวคิดด้านการวิจัย และเป็นการทบทวนโดยนักวิชาการในศาสตร์ต่างๆซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในประเด็นที่ชำนาญและทำการศึกษาวิจัยมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม การทบทวนในหนังสือเล่มนี้ ไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกเรื่อง ทุกงานวิจัย งานวิจัยที่สำคัญและน่าเชื่อถือจะถูกทบทวนและนำมาร้อยเรียงกันเข้าในประเด็นสำคัญที่จะให้ภาพสถานะของแง่มุมหรือมิติต่างๆในวัยสูงอายุโดยบรรจุไว้อย่างสัมพันธ์กันใน 10 บท

จากองค์ความรู้ต่างๆที่มีอยู่โดยเฉพาะที่ได้ทบทวนไว้ในหนังสือเล่มนี้ สามารถให้ **มโนทัศน์ทางนโยบายระดับชาติด้านผู้สูงอายุและวัยสูงอายุ** ได้ 3 ประการ คือ ประการแรก- ประเด็นผู้สูงอายุและวัยสูงอายุเป็นเรื่องของความมั่นคงของสังคม การดำเนินการนอกจากจะต้องพิจารณาในมิติต่างๆให้ครบถ้วนอาทิ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้นแล้ว ยังต้องพิจารณาในลักษณะของวงจรชีวิตตั้งแต่วัยต้นของชีวิตที่จะต้องมีการเตรียมการสร้างหลักประกันมิติต่างๆเหล่านั้น(Life-long preparation) โดยการดำเนินการเพื่อความมั่นคงดังกล่าวเป็นสิ่งที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน จะต้องเป็นแกนสำคัญในการดำเนินการตามลำดับ และรัฐจะเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการต่างๆ ประการที่สอง- ผู้สูงอายุสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม ไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ว่าระดับประเทศ โดยจำเป็นจะต้องมีกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคมอย่างสมเหตุสมผล อย่างภาคภูมิ และอย่างต่อเนื่อง ประการที่สาม- ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะพึ่งพาหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นส่วนสำคัญในการเกื้อหนุน โดยรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนและการเป็นตาข่ายความปลอดภัยสุดท้าย

เป็นที่น่ายินดีที่องค์ความรู้และมโนทัศน์ที่ได้จากการทบทวนในหนังสือเล่มนี้ ได้ถูกใช้ประกอบในการจัดทำ “ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ” ซึ่งแผนฉบับนี้จะครอบคลุมระยะเวลา 20 ปี (พ.ศ.2545-2564) นอกจากนั้นเนื้อหาต่างๆในหนังสือเล่มนี้ยังได้รับการใช้เป็นฐานข้อมูลเริ่มต้นในการจัดทำชุดโครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) 2 ชุดโครงการ คือ ชุดโครงการ “ผู้สูงอายุศึกษาด้านสุขภาพ” และชุดโครงการ “การศึกษาเพื่อการพัฒนา นโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ”

คณะบรรณาธิการและผู้ทบทวนทุกคนมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและนำไปสู่ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและสังคมโดยรวมต่อไป

คณะบรรณาธิการ

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล

รศ.ดร.นภาพร ชัยวรรณ

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

สารบัญ

บทที่

หน้า

1 มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ

- มโนทัศน์ของวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ 1-1
- ช่วงวัยในวงจรชีวิต 1-2
- พัฒนาการของชีวิต - กระบวนการชราและผลต่อบทบาท 1-3
- ความไม่เท่าเทียมกัน - ความจริงในประชากรสูงอายุไทย 1-5
- ศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ กับ หน้าที่ของสังคม 1-6
- หลักประกันในวงจรชีวิตของมนุษย์ 1-6
- ผู้สูงอายุกับการพัฒนา 1-8
- บรรณานุกรม 1-9

2 ประชากรสูงอายุไทย

- คำนำ 2-1
- การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยจากอดีตสู่อนาคต 2-1
 - การเปลี่ยนแปลงด้านขนาดและโครงสร้างทางอายุ 2-1
 - ปัจจัยทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดและโครงสร้างประชากร 2-5
 - การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบประชากร 2-11
- ความเร็วของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร 2-16
- การเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากขึ้น 2-18
- ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรต่อสัดส่วนการพึ่งพา 2-19
- สภาพที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภค – สาธารณูปการ 2-21
- การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบทางสังคม 2-22
- ปัญหาและผลกระทบจากเอดส์ 2-24
- งานวิจัยที่ควรมี 2-25
- ภาคผนวก 2-27
- บรรณานุกรม 2-39

3 ครอบครัวและผู้สูงอายุ

- ครอบครัว ครุฑเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 3-2
- สถานภาพ และบทบาทผู้สูงอายุในอดีต 3-5
- การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ และบทบาทของผู้สูงอายุ 3-5

สารบัญ

| บทที่ | หน้า |
|--|------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➢ บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน 3-7 ➢ บทบาทและการเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน 3-8 ➢ ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 3-11 <ul style="list-style-type: none"> - คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ 3-13 ➢ การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ 3-14 ➢ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 3-14 ➢ แนวคิดการพัฒนาครอบครัว 3-15 ➢ ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป 3-17 ➢ บรรณานุกรม 3-19 | |
| 4 สุขภาพกับผู้สูงอายุ | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➢ ความสำคัญของสุขภาพต่อวัยสูงอายุ 4-1 ➢ โรคและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย 4-2 <ul style="list-style-type: none"> - สถานะการเสียชีวิต 4-4 - ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย 4-5 - ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย 4-16 - ภาพรวมโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุ 4-23 ➢ ดัชนีสุขภาพในประชากรสูงอายุ 4-24 ➢ พฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพ 4-25 ➢ ภาระต่อระบบบริการสุขภาพและการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ 4-27 ➢ การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4-27 ➢ ระบบบริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน 4-28 ➢ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4-29 ➢ ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป 4-31 ➢ บรรณานุกรม 4-34 | |
| 5 เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➢ การเงินของผู้สูงอายุ และครอบครัว 5-2 ➢ ความยากจนในประชากรสูงอายุ และครอบครัว 5-4 ➢ สถานภาพการทำงาน การเกษียณ และปัญหา 5-7 ➢ งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้ม 5-10 | |

สารบัญ

| บทที่ | หน้า |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➢ หลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ ➢ มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหา ➢ ข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป ➢ บรรณานุกรม | 5-14 5-19 5-22 5-23 |
| 6 ผู้ดูแล | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➢ ใครคือผู้ดูแล ➢ จำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันและประมาณการความต้องการผู้ดูแลในอนาคต ➢ ขนาดของปัญหาในการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแล – ครอบครัว-ชุมชน และประเทศ ➢ ความทุกข์ยากของผู้ดูแล ➢ เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว - เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน ➢ ทางออกหรือการสนับสนุน ➢ งานวิจัยที่ควรมี ➢ บรรณานุกรม | 6-2 6-2 6-6 6-9 6-10 6-11 6-14 6-16 6-18 6-19 |
| 7 ชุมชนและผู้สูงอายุ | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➢ สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน <ul style="list-style-type: none"> - ความหมายของชุมชน - สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน - สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน ➢ บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน <ul style="list-style-type: none"> - บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน - ปัญหาและอุปสรรคของการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ ➢ บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ - การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการ ➢ วัฒนธรรมชุมชน/ พื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - การเคารพผู้สูงอายุ - พิธีกรรมและประเพณี | 7-1 7-1 7-1 7-3 7-5 7-5 7-8 7-9 7-9 7-11 7-14 7-15 7-15 |

สารบัญ

| บทที่ | หน้า |
|---|------|
| - สำนักนสฤภาษิต และคำพิงเพย | 7-15 |
| > แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ | 7-16 |
| > งานวิจัยที่ควรมี | 7-18 |
| > บรรณานุกรม | 7-19 |
| 8 การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ | |
| > ความนำ | 8-1 |
| > พัฒนาการของการบริหารจัดการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน | 8-1 |
| > การดำเนินการของภาคเอกชน | 8-12 |
| > ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการ | 8-13 |
| > แนวคิดของการพัฒนา | 8-15 |
| > งานวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม | 8-16 |
| > บรรณานุกรม | 8-18 |
| 9 ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต | |
| > ทบทวนระบบงานการศึกษาและบทความความคิดเห็นด้านระบบเพื่อผู้สูงอายุ | 9-1 |
| - รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน) | 9-1 |
| - รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือคณะบุคคลที่ทำการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ และ/หรือดำเนินการวิจัย และใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็นหรือเป็นรายงาน หรือบทในตำราของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน) | 9-11 |
| - รายงานการวิจัยรูปแบบการบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน) | 9-25 |
| > ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต | 9-31 |
| > ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลที่จะเกิดขึ้นต่อรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต | 9-35 |
| > ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อการพัฒนาบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุ | 9-42 |
| > การศึกษาวิจัยที่ควรมีในอนาคต | 9-43 |
| > บรรณานุกรม | 9-44 |

สารบัญ

| บทที่ | | หน้า |
|-------|--|------|
| 10 | ระบบวิจัยและแนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย | |
| | ➢ ปรัชญาด้านการวิจัย | 10-1 |
| | ➢ วิสัยทัศน์ทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ | 10-1 |
| | ➢ แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุและกรอบประเด็นวิจัยที่เหมาะสมกับประเทศไทย | 10-2 |
| | ➢ สภาพของกลไกและโครงสร้างด้านการสร้างความรู้/ การวิจัยด้านผู้สูงอายุในปัจจุบัน ของประเทศไทย | 10-3 |
| | ➢ สภาพของกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศ | 10-5 |
| | ➢ ข้อเสนอโครงสร้างและกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย | 10-5 |
| | ➢ บรรณานุกรม | 10-7 |

สารบัญรูป

| บทที่ | รูปที่ | หน้า |
|-------|--|------|
| 1 | 1 การดำเนินธรรมชาติของสมรรถภาพในมนุษย์และอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ | 1-4 |
| | 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานะภาพจากที่เป็นอิสระสู่ระยะพึ่งพา | 1-5 |
| 2 | 1 จำนวนประชากรรวม(ต่อ 1000) และประชากรอายุ 60 ⁺ ปี ของประเทศไทย ปี พ.ศ.2513-พ.ศ.2593 | 2-2 |
| | 2 สัดส่วนประชากร < 15 และสัดส่วนประชากร 60 ⁺ ปี พ.ศ.2513-พ.ศ.2593 | 2-3 |
| | 3 ปริมาณประชากรไทย ปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2593 | 2-4 |
| | 4 อัตราเพิ่มประชากรรวมและประชากรอายุ 60 ⁺ ปีพ.ศ.2533-พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2563-พ.ศ.2568 | 2-6 |
| | 5 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอดพ.ศ.2507-พ.ศ.2508 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573 | 2-6 |
| | 6 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 60 ปี จำแนกตามเพศ | 2-8 |
| | 7 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดที่คาดประมาณของเพศชายและหญิง พ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2568-พ.ศ.2573 | 2-8 |
| | 8 ปริมาณประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2538-พ.ศ.2568 | 2-12 |
| | 9 ร้อยละของประชากรอายุ 60-64, 80-84 และ 60 ⁺ ปี ที่เป็นเพศหญิง | 2-13 |
| | 10 สถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุแยกตามเพศ พ.ศ.2529 และพ.ศ.2538 | 2-14 |
| | 11 สัดส่วนที่อ่านออกเขียนได้ของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523-พ.ศ.2563 | 2-14 |
| | 12 ระดับการศึกษาที่คาดประมาณของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523-พ.ศ.2563 | 2-15 |
| | 13 การกระจายจำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้สูงอายุในปัจจุบันและที่คาดหมายของผู้สูงอายุในอนาคต | 2-16 |
| | 14 อัตราส่วนการรวม อัตราส่วนการที่เป็นเด็ก และอัตราส่วนการที่เป็นผู้สูงอายุ พ.ศ.2523-พ.ศ.2593 | 2-20 |
| 4 | 1 กราฟรอดชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยในประชากร | 4-2 |
| | 2 DALYs ของกลุ่มโรคในประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือมากกว่า ในปีพ.ศ.2530 และพ.ศ.2536 จำแนกตามกลุ่มโรค | 4-4 |
| | 3 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของภาวะทุพพลภาพระยะยาวตามกลุ่มอายุและเพศ | 4-17 |

สารบัญรูป

| บทที่ | รูปที่ | หน้า |
|-------|--------|--|
| 4 | 4 | ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพโดยพิจารณาจากความชุกของภาวะทุพพลภาพในกลุ่มประชาชนย่อยจำแนกตามสถานะทางการเงินและการเขียนหนังสือ |
| 6 | 1 | องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดการดูแลและจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ |
| 9 | 1 | โครงสร้างระบบบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุ |
| | 2 | โครงสร้างระบบบริการการบริการด้านสุขภาพของประเทศ : เน้นโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐาน |
| | 3 | โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย |

สารบัญตาราง

| บทที่ | ตารางที่ | หน้า |
|-------|---|---------------|
| 2 | 1 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน) ที่คาดประมาณระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573 | 2-7 |
| | 2 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573 จากแหล่งข้อมูลที่คาดประมาณต่างๆ | 2-10 |
| | 3 ปีพุทธศักราชที่สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 7 และร้อยละ 14 ในประเทศต่างๆ | 2-18 |
| | ก จำนวนประชากรรวม ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ | 2-27- 2-29 |
| | ข จำนวนประชากร (x 1000) จำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2563 | 2-30 |
| | ค การกระจายร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2563 | 2-31 |
| | ง อัตราเพิ่มประชากรรวมและอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ | 2-32 |
| | จ อัตราเกิดหยาบ และอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน) | 2-32 |
| | ฉ อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิด อัตราตายหยาบ(ต่อพัน) และอัตราตายทารก(ต่อพัน) | 2-33 |
| | ช จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568 | 2-34 |
| | ช จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568 | 2-35 |
| | ณ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (หน่วย : พันคน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการคาดประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568 | 2-36 |
| | ญ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568 | 2-37 |
| | ฎ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุจากการประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568 | 2-37 |
| | ฎ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ จากการคาดประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568 | 2-38 |
| 4 | 1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย | 4-7 |

สารบัญตาราง

| บทที่ | ตารางที่ | หน้า |
|-------|----------|---|
| 4 | 2 | อัตราการเจ็บป่วยที่สำคัญคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย พ.ศ.2534-พ.ศ.2535 (NHES-1) จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ |
| | 3 | อัตราร้อยละของภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์จากการสำรวจในปีพ.ศ.2538 |
| | 4 | สัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะบกพร่องประเภทต่างๆในประชากรสูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง |
| | 5 | อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 15 อันดับแรกของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย |
| | 6 | ร้อยละของอาการนำ/โรค 20 อันดับแรก ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย |
| | 7 | ความชุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทย |
| | 8 | ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ |
| | 9 | อัตราความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรต่างๆ |
| | 10 | ความชุกและภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ |
| | 11 | ลำดับความสำคัญของโรค และความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวในผู้สูงอายุชายและหญิงโดยอาศัย population attributable risk factions |
| | 12 | โรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆโดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน |
| | 13 | อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (Longterm-Disability Free Life Expectancy; LDFLE) และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (Active Life Expectancy; ALE) |
| | 14 | สัดส่วน (ร้อยละ) ระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพ (DFLE, ALE) กับอายุคาดหวัง (LE) ของประชากรสูงอายุ จำแนกตามสุขภาพและเพศ |
| | 15 | โรคที่ควรตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทย และกลวิธีที่แนะนำ |

สารบัญตาราง

| บทที่ | ตารางที่ | หน้า |
|-------|----------|---|
| 9 | 1 | เปรียบเทียบสวัสดิการในรายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า” กับที่เสนอแนะในรายงานอื่นๆ และที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติพ.ศ.2525-2544” และ”สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว(พ.ศ.2535-พ.ศ.2554)” |
| | 2 | เปรียบเทียบบริการในรายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า” กับที่เสนอแนะในรายงานอื่นๆ และที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติพ.ศ.2525-2544” และ”สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว(พ.ศ.2535-พ.ศ.2554)” |
| | | 9-37 - 9-38 |
| | | 9-39 - 9-41 |

บทที่ 1: มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

“ใครๆก็อยากเติบโตใหญ่ แต่ไม่มีใครอยากแก่”

“ใครๆก็อยากไปสวรรค์ แต่ไม่มีใครอยากตาย”

ข้อความในประโยคทั้งสองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตมนุษย์ ถึงแม้ไม่ปรารถนาจะแก่ ไม่ปรารถนาจะตายแต่ก็ไม่มีใครสมปรารถนา ระยะเวลาของชีวิตก่อนที่จะถึงความตาย มนุษย์ส่วนใหญ่จะตกอยู่ในสภาวะของความชราในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า “ความชราเป็นวิถีในชีวิต” คำว่า “ชรา” ที่หมายถึงความแก่ ความซำหุดทรุดโทรม ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งทางกาย จิตใจ เกิดความหดหู่และสิ้นหวัง ดังนั้นคำว่า “ผู้สูงอายุ” ที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่าทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ เกียรติและศักดิ์ศรี จึงถูกนำมาใช้แทนตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ผ่านมา⁽¹⁾ การทำความเข้าใจกับคำสองคำนี้ในบริบทของสังคมไทยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งที่จะต้องศึกษาทบทวนและแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวงจรชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคง และเข้าสู่วงจรสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

มโนทัศน์ของวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่คนส่วนใหญ่เข้าใจว่ากำหนดขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจ ถึงแม้ว่าการมองวัยนี้จะสัมพันธ์กับอายุและกระบวนการชราแต่การกำหนดเส้นแบ่งว่าผู้ใดเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับอิทธิพลจากกรอบความคิดทางสังคมเป็นหลัก⁽²⁾ ในสังคมเดิมซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมอายุของประชากรไม่ยืนยาวนัก ผู้ที่มีอายุสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในสังคมนั้นจะได้รับการกล่าวขานว่าเป็นผู้อาวุโสหรือผู้เฒ่า (อายุเปรียบเทียบ) นอกจากนั้นภายในสังคมเดิมจะมีระบบของการเกื้อกูลกันภายในครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง ทำให้สังคมแบบเดิมซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมจึงไม่มีความจำเป็นในการจำแนกบุคคลว่าเป็นผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์อายุสัมบูรณ์

แนวความคิดของวัยสูงอายุได้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยได้เริ่มขึ้นภายหลังจากที่มีการเปลี่ยนเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรม ซึ่งระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมได้เน้นประสิทธิภาพเป็นหลัก โดยคนส่วนใหญ่อยู่ในฐานะลูกจ้างและมีอายุนาน เมื่อทำงานถึงวัยหนึ่งที่ประสิทธิภาพลดลง ผู้รับจ้างก็จะถูกให้ออกจากงานไม่ว่าจะมีเงินชดเชยให้หรือไม่ก็ตาม ดังนั้นเมื่อถึงอายุหนึ่งความสามารถและโอกาสในการหางานทำก็จะลดลงกลายเป็นผู้ด้อยโอกาสและเกิดปัญหาในสังคมขึ้น นอกจากนั้นผู้ที่มีอายุมากเหล่านี้จะมีความเจ็บป่วยและทุพพลภาพ เกิดความจำเป็นต้องพึ่งพาและรับการดูแลอย่างมาก ในขณะที่

เดียวกันการพัฒนาทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่ครอบครัวชุมชนและสังคมไม่สามารถจัดการได้ตามที่ควรจะเป็น และนั่นคือจุดเปลี่ยนที่สังคมในประเทศทางตะวันตกเข้ามาพิจารณาและให้ความสำคัญกับการเป็นผู้สูงอายุ การดำเนินการที่เกิดขึ้นคือ การให้การช่วยเหลือ การให้สวัสดิการและการบริการ จนถึงการทำบำนาญ จึงมีความจำเป็นจะต้องกำหนดเส้นแบ่งและตั้งนิยามให้กับบุคคลที่มีวัยเข้าสู่ระยะที่จะมีสิทธิได้รับสวัสดิการ-บริการ-สิทธิประโยชน์ต่างๆ และนั่นจึงเป็นที่มาแห่ง “วัยผู้สูงอายุ” ด้วยเหตุนี้เส้นแบ่งที่ใช้ในแต่ละสังคม (ประเทศ) จึงอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของโครงสร้างประชากร-สังคมเศรษฐกิจและความพร้อมของสังคมนั้นๆ ดังนั้นเมื่อแนวความคิดเรื่องวัยและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุได้แพร่เข้าสู่สังคมไทย (เริ่มตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ 24) จึงเกิดการดำเนินการต่างๆต่อเนื่องและพัฒนาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ และในสังคมไทยผู้ที่มีความเข้าใจถึงมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในบริบทแห่งสังคมไทยอย่างแท้จริงกลับมีอยู่ไม่มากนัก

สังคมไทยในพุทธศตวรรษที่ 25 เป็นสังคมเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ แนวนอนว่ามีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรมและระบบเศรษฐกิจแห่งการจ้างงานมากขึ้นเป็นลำดับ แต่ด้วยสถานการณ์ในปัจจุบันทั้งในระดับประเทศและในระดับโลกคงเป็นที่เข้าใจกันดีว่าโอกาสที่สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรมเป็นหลักนั้นคงใช้เวลาอีกยาวนานหรืออาจไม่มีโอกาสเกิดขึ้นเลยก็เป็นได้ เป็นที่แน่นอนว่าถึงแม้จะผ่านเลยถึงพุทธศตวรรษที่ 25 ไปแล้วระบบเศรษฐกิจของไทยก็ยังคงมีลักษณะของสังคมเกษตรกรรมที่เป็นอาชีพหลักของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และหมายความว่ากรอบความคิดหรือกลวิธีการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อที่จะรักษาความสงบสุขของสังคมของประเทศไทยไม่อาจใช้แนวทางที่คัดลอกมาจากต่างประเทศซึ่งเป็นสังคมอุตสาหกรรมและการจ้างงานได้ทั้งดุ้น ดังนั้นประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องคิดไตร่ตรองกันอย่างละเอียดรอบคอบ

ช่วงวัยในวงจรชีวิต

ในความจริงของชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนตายสามารถจำแนกช่วงหรือระยะของชีวิตออกได้เป็น 4 วัยโดยอาศัยสถานะของความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นอิสระ ซึ่งไม่ได้ขึ้นกับเกณฑ์ตัวเลขของอายุแต่อย่างใด⁽³⁾ ช่วงชีวิตทั้งสี่ประกอบไปด้วย

วัยที่หนึ่ง : เริ่มตั้งแต่แรกเกิดและอยู่ในระยะของพัฒนา เป็นวัยที่ต้องการการดูแล ต้องพึ่งพา และยังไม่สามารถดำรงอยู่โดยลำพังในสังคมได้ ดังนั้นวัยนี้จึงเป็นวัยของเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตามเด็กหรือวัยรุ่นนี้สามารถแยกไปมีชีวิตตามลำพังได้อย่างเหมาะสมก็จะเปลี่ยนเข้าสู่วัยที่สอง

วัยที่สอง : เป็นวัยที่สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในสังคม ทำงานและรับผิดชอบดูแลตนเองได้ อาจสมรสมีครอบครัวหรือเป็นโสดก็ได้ และยังสามารถอาศัยร่วมชายคาเดียวกับบุพพการีได้เช่นกัน วัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่เรียกอยู่ทั่วไปว่าวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน

วัยที่สาม : เป็นวัยที่สามารถอยู่อย่างเป็นอิสระ แต่สามารถหยุดจากงานที่ต้องทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ เนื่องจากได้รับสวัสดิการ มีเงินออมเพียงพอ หรือได้รับการอุปถัมภ์จากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นวัยนี้จึงเป็นวัยที่สามารถมีเวลาเป็นของตนเอง สามารถเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ จึงมีผู้กล่าวว่าวัยนี้เป็นวัยทองหรือวัยวัฒนา เมื่อพิจารณาจะเห็นว่าคนจำนวนไม่น้อยที่เข้าสู่วัยนี้ได้ก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ผู้สูงอายุ) จำนวนมากไม่ได้อยู่ในวัยที่สาม แต่ยังคงติดในวัยที่สองโดยต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุที่ยังอยู่ในวัยที่สองมักเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม

วัยที่สี่ : เป็นวัยที่ต้องกลับมาพึ่งพาอีกครั้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากปัญหาทางสุขภาพ ไม่สามารถดำรงชีพในชุมชนอย่างเป็นอิสระได้ ต้องมีผู้ดูแล บุคคลในวัยนี้คือวัยชราที่แท้จริง คนบางคนเข้าสู่วัยชราตั้งแต่อายุ 60 ปี บางคนเข้าเมื่อวัยสูงอายุต้นๆ แต่โดยทั่วไปจะเข้าสู่วัยนี้ที่อายุราว 75-80 ปี

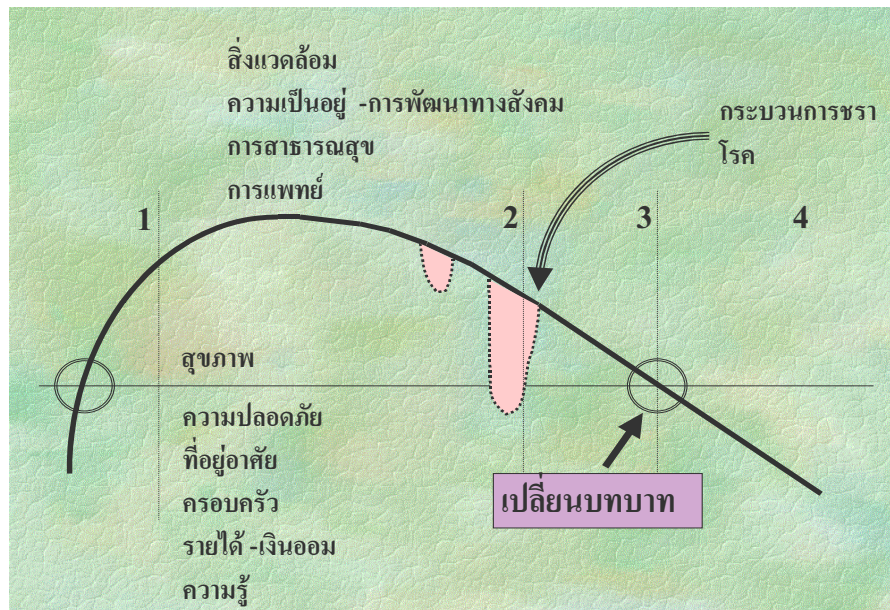
สำหรับประเทศไทยได้ถือนิยาม “ผู้สูงอายุ” ว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป⁽⁴⁾ ซึ่งเมื่อมองในภาพรวมคนจำนวนมากในสังคมไทยจะมองเห็นแต่เพียงว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่อยู่ในวัยที่สามเป็นส่วนใหญ่ และอยู่ในวัยที่สี่หรือวัยชราเป็นส่วนน้อย ทั้งที่ในความจริงของประเทศไทยผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุเป็นผู้ที่ยังอยู่ในวัยที่สองไม่ได้น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยที่สามแต่อย่างใด^(5,6) และผู้ที่ตกอยู่ในวัยชราก็มีได้มีจำนวนน้อยมากดังที่เข้าใจกันอยู่โดยทั่วไป^(7,8)

ประชากรสูงอายุยังอาจพิจารณาออกได้เป็นสองกลุ่มตามความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน⁽⁹⁾ กลุ่มแรกคือ “กลุ่มปลอดภัย” เป็นกลุ่มที่สามารถอยู่ได้ในชุมชนอย่างคุณภาพ ไม่ว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือไม่ก็ตาม สำหรับผู้ที่ทุพพลภาพหรือต้องพึ่งพาจะมีครอบครัวและชุมชนช่วยเหลือ และไม่จำเป็นต้องย้ายเข้าสู่สถานบริการเรื้อรัง กลุ่มที่สองคือ “กลุ่มพ่ายแพ้” เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะมีความต้องการด้านสังคมหรือสุขภาพก็ตาม ได้แก่ การขาดแคลนผู้ดูแล การที่ครอบครัวและชุมชนไม่สามารถรับภาระหรือการที่มีสถานะทางสุขภาพที่แย่เกินกว่าผู้ดูแลจะจัดการได้ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะได้รับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า หากได้เข้ารับสงเคราะห์หรือดูแลในสถานบริการเรื้อรังทั้งที่เป็นสถานบริการทางสังคมและทางสุขภาพ นอกจากนี้ในความเป็นจริงจะพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มปลอดภัยจำนวนหนึ่งอยู่ในสถานะ “กลุ่มเสี่ยง” เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มพ่ายแพ้ในอนาคต ลักษณะเสี่ยงของประชากรในกลุ่มนี้^(7,10) ได้แก่ เพศหญิง อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ อาศัยอยู่คนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร ฐานะการเงินยากไร้ มีปัญหาทางสุขภาพมาก และมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย เป็นต้น

พัฒนาการของชีวิต-กระบวนการชราและผลต่อบทบาท

ความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นความจริงตามธรรมชาติ แน่นอนว่าเมื่ออายุมากขึ้นความแตกต่างยิ่งแปรปรวนมากขึ้น แต่ในช่วงของความแตกต่างเหล่านั้นแนวโน้มและการดำเนินตามธรรมชาติมีลักษณะที่สอดคล้องกันชัดเจนโดยเฉพาะสมรรถนะและสถานะพึ่งพา⁽²⁾ (รูปที่ 1) ตั้งแต่แรกเกิดสมรรถนะจะพัฒนาดีขึ้นอย่างรวดเร็วและไปถึงจุดสูงสุดในราวอายุ 20-30 ปี จากนั้นจะเกิดการเสื่อมถอยลงเป็นลำดับอย่างช้าๆ การเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับกระบวนการชรา จนเข้าสู่ระยะหนึ่งสมรรถนะจะถดถอยจนต้องเข้าสู่สถานะพึ่งพาซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นที่อายุ 75-80 ปี โรคและอุบัติเหตุจะนำเข้าสู่วัยชราเร็วขึ้นในขณะที่การส่งเสริมพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เหมาะสมจะช่วยคงหรือยกให้อายุที่จะเข้าสู่สถานะพึ่งพายืดยาวออกไปได้ สภาพแวดล้อม-การพัฒนาทางสังคมเศรษฐกิจ-การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เส้นกราฟภายหลังจากจุดสูงสุดของสมรรถภาพมีความชันลดลงหรืออีกนัยหนึ่งจุดที่จะเริ่มพึ่งพายืดยาวออกไป ในขณะที่เดียวกันสถานะสุขภาพ-ความปลอดภัย-สิ่งแวดล้อม-ฐานะการเงิน-รายได้-ครอบครัว-และความรู้เป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลที่นำไปสู่โอกาสของการมีระยะที่ปลอดสถานะพึ่งพายืดยาวขึ้นและเป็นการสร้างหลักประกันเมื่อต้องเข้าสู่ระยะพึ่งพา

รูปที่ 1 การดำเนินธรรมชาติของสมรรถนะในมนุษย์และอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ



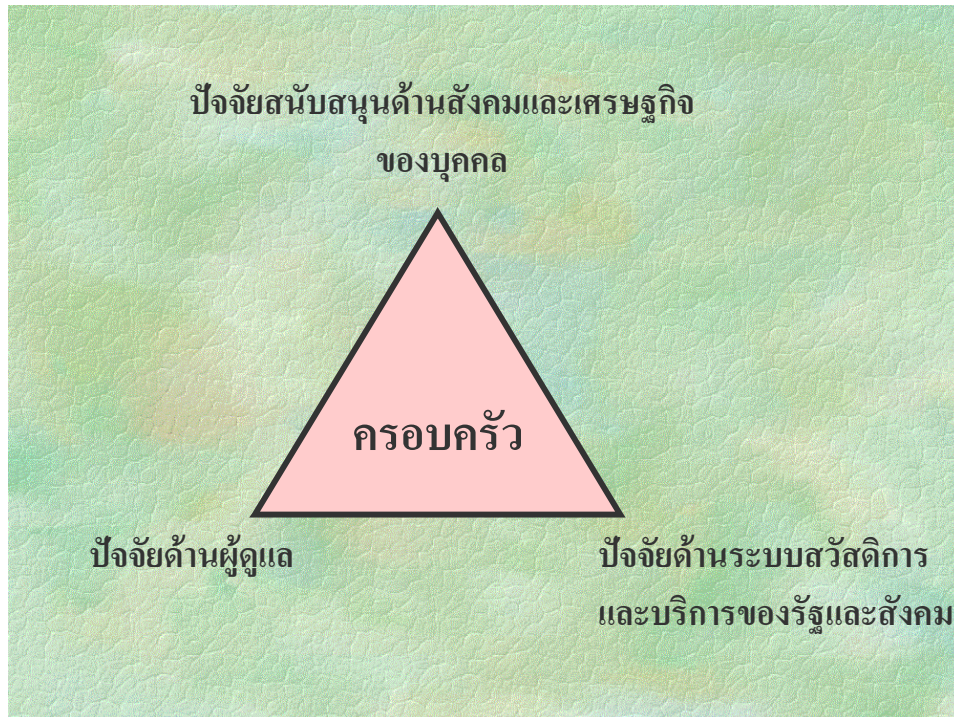
เมื่อพิจารณากราฟจำลองของการดำเนินตามธรรมชาติด้านสมรรถนะและการพึ่งพาในรูปที่ 1 จะเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของบุคคลมีอยู่สองครั้ง ครั้งแรกเกิดเมื่อบุคคลกำลังเปลี่ยนออกจากสถานะพึ่งพาในวัยต้นของชีวิต และนั่นก็คือในวัยรุ่นซึ่งเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในด้านสรีระและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทและบุคลิกลักษณะอันเป็นเหตุให้ระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญยิ่งในช่วงชีวิตของมนุษย์

การเปลี่ยนครั้งที่สองเกิดเมื่อบุคคลเปลี่ยนเข้าสู่สถานะพึ่งพาอีกครั้งหนึ่งและโดยทั่วไปเกิดขึ้นในระยะวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนจากวัยที่สามเข้าสู่วัยที่สี่ และเช่นเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงครั้งแรกที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทสูงมาก จากผู้ที่พึ่งพาตนเองได้และยังสามารถเกื้อหนุนผู้อื่นได้กลับมาเป็นผู้ที่ต้องรับการช่วยเหลือและเกิดภาระต่อบุคคลรอบข้างไม่มากนักน้อย ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนบทบาทในระยะนี้ ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านระบบสวัสดิการและบริการของรัฐและสังคม ทั้งสามปัจจัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของหลักประกันในระยะท้ายของชีวิต โดยมีครอบครัวเป็นฐานสำคัญและเป็นหน่วยเชื่อมโยงปัจจัยทั้งสามในการรองรับผลจากการเปลี่ยนแปลงของบทบาทเนื่องจากการเข้าสู่ระยะพึ่งพา (รูปที่ 2)

ถึงแม้ว่าประชากรไทยมีแนวโน้มของอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน แต่ไม่ได้หมายความว่า การเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพจะหดตัวลง⁽¹¹⁾ (compression of morbidity) ในทางตรงข้ามมีข้อมูลบางประการที่ชี้ว่าอาจมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ^(7,12) (expansion of morbidity) ปัจเจกบุคคลต่างปรารถนาที่จะจากไปโดยไวและไม่ได้อยู่ในสถานะพึ่งพาหรือมีแต่เพียงระยะสั้นๆ ทว่าผู้ที่ได้ดังนั้นมีสัดส่วนที่น้อยมาก เป็นการยากที่จะไม่เข้าสู่วงจรของวัฏฏสงสาร ไม่แก่ ไม่เจ็บ ไม่ตาย ดังที่พุทธวจนะมีว่า “การเกิดได้บรรจุเมล็ดพันธุ์ของความชราและความตาย” ดังนั้นหลักประกันที่จะนำประชากรให้สามารถเข้าสู่วัย

สูงอายุ(วัยที่สามและวัยที่สี่)อย่างมีคุณภาพหรือที่เรียกว่า “ประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ” จึงเป็นสิ่งที่ทั้งปัจเจกบุคคลและสังคมจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

รูปที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานะภาพจากที่เป็นอิสระสู่ระยะพึ่งพา



ความไม่เท่าเทียมกัน - ความจริงในประชากรสูงอายุไทย

ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมเป็นสิ่งที่ทุกคนทราบกันดีว่ามีอยู่ วลีที่ว่า “โง่-จน-เจ็บ” มีการกล่าวขานกันมานานและเป็นเรื่องที่มาจากประสบการณ์ของบุคคล จวบจนถึงปัจจุบันได้มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของ การเขียนหนังสือไม่ได้ (โง่) การขาดทุนด้านการเงิน (จน) และความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (เจ็บ) ว่าเป็นความจริงในประชากรสูงอายุไทย⁽⁷⁾ ความสัมพันธ์ดังกล่าวแสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและสุขภาพโดยเป็นผลที่สะสมกันมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิต และแน่นอนว่าความไม่เท่าเทียมกันนี้จะส่งผลให้กลุ่มด้อยโอกาสเป็นกลุ่มที่มีโอกาสจะเข้าสู่ระยะพึ่งพาเร็วและมากที่สุด นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้ที่อ่าน-เขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ที่เศรษฐกิจไม่ดี ผู้อยู่ในชนบท และผู้ที่มีอายุมาก เป็นกลุ่มที่เข้าถึงการบริการได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น^(13,14)

ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทยมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุโดยความแตกต่างจะยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุหญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ⁽⁹⁾ เนื่องจากเป็นโสดและอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับบุคคลที่ไม่ใช่ญาติสูงกว่าผู้สูงอายุชาย มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและสัดส่วนของการ

อ่านเขียนหนังสือไม่ได้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย มีโอกาสหาและทำงานมีรายได้น้อยกว่าผู้สูงอายุชาย มีจำนวนโรคภัยไข้เจ็บสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และถึงแม้จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชายแต่ก็ต้องใช้เวลาในระยะทุพพลภาพและพึ่งพาในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชายชัดเจน

ศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ กับ หน้าที่ของสังคม

มีคำอยู่สองคำที่มีความหมายมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ “ศักดิ์ศรี” และ “คุณค่า” สำหรับคำว่าศักดิ์ศรีผู้ที่จะให้คำตอบที่ดีที่สุดคือตัวผู้สูงอายุเอง แต่สำหรับคำว่าคุณค่าผู้ที่มีความสำคัญคือชุมชนและสังคม

ผู้สูงอายุทุกคนย่อมมีศักดิ์ศรี นอกจากศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์แล้วผู้สูงอายุแต่ละคนยังมีศักดิ์ศรีในตัวเองที่เกิดจากการทำงานและการมีส่วนร่วมในสังคมมาตลอดชีวิตในฐานะของผู้ประพฤติดี เป็นพลเมืองดี ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นภูมิปัญญาของสังคม⁽¹⁵⁾ ดังนั้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุเคยอยู่ในฐานะผู้ให้มาก่อนทั้งต่อครอบครัวชุมชนและสังคม และมีส่วนร่วมในความเป็นหน่วยกำลังของรัฐทั้งในด้านกำลังปัญญา กำลังกาย และกำลังทรัพยากรอยู่มากมายไม่น้อย

ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในวัยที่สี่หรือวัยชราเป็นระยะที่สังคมทุกแห่งให้มุมมองที่แตกต่างกันออกไปเนื่องจากเป็นระยะของผู้ใช้ทรัพยากรโดยมีผลผลิตต่ำหรือไม่มีเลย หากพิจารณาในด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของบุคคลในวัยนี้แล้วการให้การดูแลจัดการจะเป็นการสิ้นเปลือง แต่ในความเป็นจริงแล้วบุคคลเหล่านี้ได้ทำหน้าที่ของหน่วยในสังคมมาตลอดชีวิต ผู้ที่เคยได้รับอานิสสงส์คงไม่อาจปฏิเสธการตอบแทนตามที่พึงจะเป็นไปได้⁽¹⁶⁾ ตั้งแต่ครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิดและได้รับผลประโยชน์มากที่สุด ชุมชนที่อยู่รอบข้างและได้ผลประโยชน์รองลงมา จนถึงสังคมและรัฐที่ไม่อาจปฏิเสธถึงคุณความดีหรือคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีมาแต่ในอดีต ดังนั้นครอบครัวชุมชนสังคมและรัฐจึงมีหน้าที่ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ต่อประชากรกลุ่มนี้^(17,18) หน้าที่ดังกล่าวคือการให้การเกื้อกูลและสนับสนุนหลักประกันในระยะที่มีความจำเป็น จะเห็นว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดในมาตรา 54 และ 80 อย่างชัดเจนถึงหน้าที่ของรัฐที่จะต้องต่อประชากรสูงอายุ⁽⁴⁾ และร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุก็ได้ระบุถึงภาระหน้าที่ของหน่วยต่างๆในสังคมโดยละเอียดมากขึ้น⁽¹⁹⁾ ร่างปฏิญญาว่าด้วยผู้สูงอายุเนื่องในปีผู้สูงอายุสากล พ.ศ.2542⁽²⁰⁾ ได้ระบุชัดเจนเป็นลำดับแรกว่าผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี และยังระบุให้ครอบครัว-สังคม-และรัฐจำต้องให้การเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

หลักประกันในวงจรชีวิตของมนุษย์

ด้วยความจริงที่ทุกคนจำเป็นต้องตระหนักว่ากระบวนการชราเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่วัยต้นของชีวิต การจะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุโดยมีโอกาสนั้นจะได้อยู่ในวัยที่สามเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการ นอกจากนั้นการที่จะทำให้ระยะเวลาก่อนเข้าสู่วัยที่สี่หรือวัยชรายาวนานให้มากที่สุดก็เป็นสิ่งที่ต้องมีการเตรียมและปฏิบัติตามตลอดชีวิต ถึงแม้ว่ามนุษย์จะมีโอกาสปฏิเสธการเข้าสู่วัยชราได้น้อยมาก แต่ก็สามารถที่จะทำให้ชีวิตในวัยชรานี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสมเหตุสมผลได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพและมีหลักประกันของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการตั้งแต่วัยต้นมาอย่างต่อเนื่อง (Life-long preparation)

สังคมไทยกำลังเดินเข้าสู่ระยะของประชากรชราในระยะเวลาอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2563) โดยจะมีประชากรสูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศและมีประชากรสูงอายุที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²¹⁾ และการที่จะทำให้สังคมประสบความ

สำเร็จในระยะประชากรชราเป็นงานหรือหน้าที่ของทุกหน่วยในสังคมที่จำเป็นต้องร่วมแรงร่วมใจกันโดยไม่อาจปฏิเสธได้ จุดมุ่งหมายหลักของการดำเนินการคือ “การเสริมสร้างหลักประกัน” ทั้งต่อวงจรชีวิตของปัจเจกบุคคลและประชากรในสังคม

หลักประกันสำคัญในวงจรชีวิต⁽³⁾ โดยเฉพาะเพื่อคุณภาพอย่างสมเหตุสมผลในการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุและวัยชรา ประกอบไปด้วย

- **หลักประกันด้านสุขภาพ** ได้แก่การมีสุขภาพที่ดีและคงไว้ต่อเนื่องให้นานที่สุดเพื่อลดทอนโอกาสและระยะเวลาที่ต้องตกอยู่ในสถานะพึ่งพาหรือภาระค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น การที่จะมีสุขภาพที่ดีนอกจากจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีพที่จะต้องพร้อมและเอื้อให้เกิดความสามารถในการมีพฤติกรรมที่สามารถคงสุขภาพที่ดีไว้ได้ ปัจจัยพื้นฐานเหล่านั้นได้แก่ เศรษฐฐานะและรายได้ ที่อยู่อาศัย และสถานะโภชนาการ ในขณะเดียวกันการสนับสนุนทางสังคมตลอดจนการดำเนินการของภาครัฐก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะเอื้อให้ประชากรสามารถมีพฤติกรรมที่คงสถานะทางสุขภาพเอาไว้ได้ หลักประกันทางสุขภาพที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือ การมีระบบบริการที่สามารถรองรับกับความต้องการของประชากรได้อย่างสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพ ระบบบริการจำต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังต้องสามารถรองรับความต้องการได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังอีกด้วย ระบบบริการส่วนสำคัญที่จะเป็นหลักประกันคือส่วนที่มาจากรัฐ สำหรับที่มาจากภาคเอกชนและองค์กรอิสระต่างๆเป็นแต่เพียงระบบเสริมเพื่อเป็นทางเลือกและเกื้อหนุนระบบของรัฐ
- **หลักประกันด้านรายได้** คำว่า “รายได้” ไม่ได้จำเป็นจะต้องอยู่ในรูปของเงินตราโดยตรง แต่หมายรวมถึงทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ การมีหลักประกันด้านรายได้เป็นส่วนสำคัญของวงจรชีวิต หลักประกันรายได้มีที่มาจาก 4 แหล่งด้วยกัน⁽²²⁾ คือ แหล่งแรก-จากตนเองโดยการทำงานตั้งแต่วัยต้นและมีการเก็บออมโดยวิธีการต่างๆ เช่น การฝากธนาคาร การซื้อพันธบัตร หรือการซื้อกรมธรรม์ประกันชนิดต่างๆ นอกจากนั้นการที่สามารถมีงานทำและมีรายได้ต่อเนื่องยังเป็นหลักประกันที่สำคัญเช่นกัน แหล่งที่สอง-การเกื้อหนุนภายในครอบครัวโดยเฉพาะระหว่างรุ่น (บุพการี-ลูกหลาน) อันเป็นระบบประกันที่มีมาแต่โบราณและเป็นระบบที่ยังสำคัญที่สุดในปัจจุบัน แหล่งที่สาม-การเกื้อหนุนภายในชุมชนหรือสังคม โดยผ่านทางองค์กรต่างๆ เช่น มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น การเกื้อหนุนภายในกลุ่มขึ้นกับวัฒนธรรมจารีตประเพณีและความเป็นประชาสังคมของชุมชนหรือสังคมนั้น และแหล่งสุดท้าย-หลักประกันที่จัดการให้มีขึ้นโดยรัฐที่มีการครอบคลุมกว้างขวาง เช่น ระบบบำนาญบำนาญ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือระบบประกันสังคม
- **หลักประกันด้านผู้ดูแล** เนื่องจากในระยะหนึ่งระยะใดโดยเฉพาะในช่วงปลายของชีวิตแทบทุกคนจะต้องตกอยู่ในสภาพที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้นการมีหลักประกันด้านผู้ดูแลจึงมีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะในระยะวัยชรา หลักประกันที่มั่นคงและมีมานานที่สุดคือการเกื้อหนุนกันภายในครอบครัว^(5,23) โดยที่บุตรหลานจะเป็นผู้ดูแลหลัก ดังนั้นโครงสร้างครอบครัวขยายและความสัมพันธ์ในครอบครัวทางโลกตะวันออกจึงเป็นกลไกสำคัญของการคงอยู่ของหลักประกันด้านนี้ ในกรณีที่หลักประกันทางครอบครัวไม่สามารถคงอยู่ได้ ชุมชนและรัฐจึง

เป็นแนวหลักประกันต่อไปซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีบทบาทเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับภาคเอกชนเป็นหลักประกันด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับหลักประกันด้านรายได้อย่างมาก จนสามารถนับได้ว่าเป็นประโยชน์อันเนื่องมาจากหลักประกันด้านรายได้

- **หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย** เป็นส่วนสำคัญในวงจรชีวิต หลักประกันนี้จะมีพื้นฐานอยู่กับ ครอบครัวและการเกื้อหนุนภายในครอบครัว อย่างไรก็ตามบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ขาดหลักประกันนี้และจะก่อให้เกิดปัญหาได้มากในวัยที่สามและสี่ การเกื้อหนุนและการบริการหลักประกันด้าน ที่อยู่อาศัยจึงจำต้องมีขึ้นโดยการดำเนินการของภาครัฐเป็นส่วนสำคัญ โดยมีการเสริมจากองค์กรเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร หลักประกันครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการทางการเงินสนับสนุนให้สามารถเป็นเจ้าของที่พักอาศัย การบริการที่พักอาศัยในราคาที่ย่อมเยา จนถึงบริการโดยไม่คิดมูลค่าเช่นบ้านผู้สูงอายุดังในปัจจุบัน
- **หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม** เป็นหลักประกันที่จำเป็นต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งหมายรวมถึงการออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจากบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแล นอกจากนั้นยังครอบคลุมถึงการดำเนินการให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการบริการสาธารณะ (เช่น สวนสาธารณะ ขนส่งสาธารณะ และสถานที่สาธารณะ) ที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการเข้าใช้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงสายสัมพันธ์ในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง สามารถมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงการบริการและสวัสดิการต่างๆที่เป็นส่วนให้เกิดหลักประกันในด้านอื่นๆ รัฐและชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันด้านนี้
- **หลักประกันด้านความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร** ผู้สูงอายุและบุคคลที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตจำเป็นต้องได้รับหลักประกันว่าจะมีโอกาสได้รับความรู้ที่จำเป็นและเหมาะสมต่อวิถีชีวิตและการดำรงชีพ นอกจากนั้นยังต้องมีหลักประกันที่จะมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสิทธิ-การปรากฏของสวัสดิการ-แหล่งการบริการและหน่วยบริการ-ตลอดจนกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการสร้างหลักประกันด้านต่างๆ รัฐเป็นส่วนที่จะต้องเสริมสร้างหลักประกันนี้เช่นกัน

ผู้สูงอายุกับการพัฒนา

เป็นที่ตระหนักกันอยู่โดยทั่วไปว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่และส่วนใหญ่ของช่วงชีวิตในวัยสูงอายุ ได้เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนและเกื้อกูลครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่สังคม-ประเทศชาติ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ความเข้าใจที่ว่าผู้สูงอายุสมควรพักผ่อน ไม่ควรต้องทำงาน หรือไม่ควรจะต้องทำกิจกรรมอื่นใดนอกเหนือกิจกรรมเพื่อตนเอง เป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการเกื้อกูลและพัฒนา นอกจากจะเป็นศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจแล้ว ยังเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่องอีกด้วย ดังนั้น มโนทัศน์สำคัญสำหรับวัยสูงอายุในปัจจุบันและอนาคต คือ ผู้สูงอายุสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ระดับประเทศ โดยจำเป็นจะต้องมีกระบวนการส่งเสริมและดำเนินการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

บรรณานุกรม

1. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรสูงอายุไทย ตอนที่ 2: นโยบายและมาตรการต่อผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ 2542;26:1-4.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2535;36:821-7.
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรามัย, มาลินี วงษ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, สิริพร ชันศิริกาญจน, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญามาติยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. ราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2540 เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก.
5. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2541.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:17-33.
8. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2537;38:493-7.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
11. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ. ใน: เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญามาติยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:95-104.
12. Smutharaks B, Wecharak P, Kongkamned R, Sitthi-Amorn C. Quantitative Assessment of Disease Impact on Society: a conceptual approach to prioritization & agenda setting of health problems for policy determination in Thailand. Bangkok: The College of Public Health, Chulalongkorn University, 1997.
13. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคความดันเลือดสูง: ภาพสะท้อนคุณภาพการบริการและความไม่เท่าเทียมกัน. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

- ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:79-88.
14. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, et al. A national survey of health-service use in Thai elders. *Age Ageing* 1999;28(1):67-71.
 15. ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิภา ศิริสุข, มัลลิกา มัติโก. ไม่ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
 16. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: *ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:103-15.
 17. คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544*. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525.
 18. สารสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ, 2535.
 19. ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ครั้งที่ 2/2542.
 20. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2542.
 21. Chayovan N. Thailand Country report: the situation of Thai elderly. A paper prepared for the Regional Conference on Ageing: Bridging the Generations Towards the Society for All Ages. Organized by JOICEP, Tokyo, Japan, 1999.
 22. มัทนา พนานิรามัย. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ. ใน: *ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:93-102.
 23. สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์. การศึกษาความสัมพันธ์ของประชากรต่างวัยในครอบครัวภาคใต้และภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

บทที่ 2 : ประชากรสูงอายุไทย

รศ. ดร. นภาพร ชัยวรรณ

คำนำ

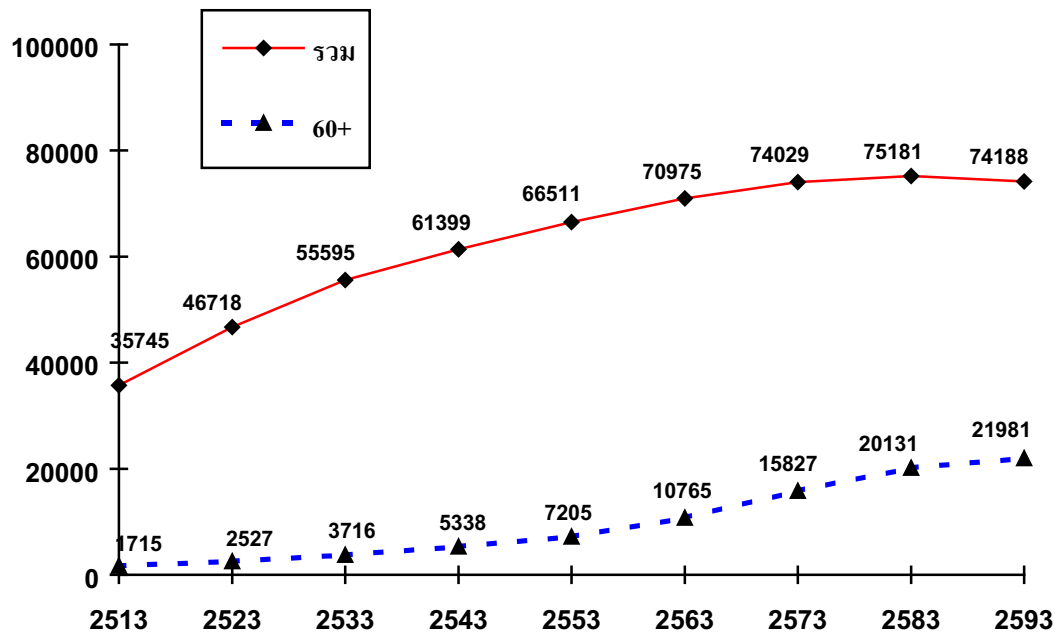
การตระหนักและการรับรู้มากขึ้นถึงการเข้าสู่ภาวะสังคมคนสูงอายุในศตวรรษที่ 21 ของโลกรวมทั้งของประเทศไทยซึ่งนับเป็นปัญหาท้าทายที่ประเทศต่างๆต้องเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่ภาวะดังกล่าว ทำให้เรื่องผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน เพื่อเป็นการให้ภาพถึงความรุนแรงของปัญหาการมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย บทนี้จะสรุปและสังเคราะห์งานวิจัย รายงานและบทความต่างๆที่ให้ภาพการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในระดับมหภาค สาเหตุของการเปลี่ยนแปลง ความรวดเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ผลสืบเนื่องของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและภาวะการอยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบัน พร้อมทั้งเสนอแนะงานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยจากอดีตสู่อนาคต

การเปลี่ยนแปลงด้านขนาดและโครงสร้างทางอายุ

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยมีการศึกษากันพอสมควร⁽¹⁻⁹⁾ โดยการศึกษาเกือบทั้งหมดจะใช้แหล่งข้อมูลหลักเดียวกัน คือ สำมะโนประชากรของประเทศไทยในปีต่างๆซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจากทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย และการสำรวจระดับประเทศ เช่น การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการและการอนามัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ทำเป็นประจำ และการสำรวจประชากรสูงอายุของหน่วยงานต่างๆ⁽¹⁰⁻¹²⁾ เป็นต้น การคาดประมาณประชากรชุดต่างๆทั้งของสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และขององค์การสหประชาชาติ บทความทางวิชาการ หรือรายงานการศึกษาวิจัยเหล่านี้แม้จะมีวิธีการนำเสนอที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ให้ภาพของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยในทิศทางเดียวกัน คือ “ขนาด” ของประชากรรวมและของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) ได้เพิ่มขึ้นจากอดีตจนถึงปัจจุบันและจะเพิ่มต่อไปในอนาคต^(9,13-17) (รูปที่ 1, ตาราง ก) ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากรของปีต่างๆในอดีตของการศึกษาทั้งหลายไม่ต่างกันมากเพราะใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันเป็นหลัก คือสำมะโนประชากรปีต่างๆ แต่การคาดประมาณจำนวนประชากรรวมและผู้สูงอายุในปัจจุบัน (พ.ศ.2543) และอนาคตจะแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากการใช้ประชากรปีฐานหรือข้อสมมติเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตของการเกิดและการตายที่แตกต่างกันไป

รูปที่ 1 จำนวนประชากรรวม (ต่อ 1000) และประชากรอายุ 60+ ปี ของประเทศไทย ปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2593



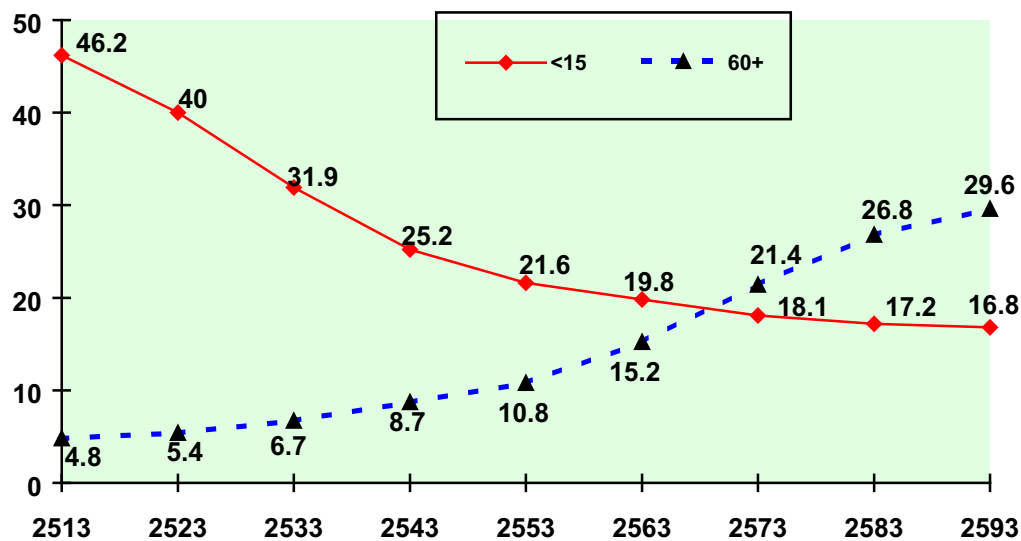
แหล่งข้อมูล : United Nations World Population Prospects, The 1998 Revision, Vol. 1, New York: Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division , 1999.

สำหรับการคาดประมาณประชากรรวมจะมีความแตกต่างกันเนื่องจากความแตกต่างในข้อสมมติ เกี่ยวกับแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์เป็นหลัก สังเกตได้ว่าการคาดประมาณที่ทำในระยะต้นให้ผลจำนวนประชากรรวมที่คาดประมาณสูงกว่าที่พบจากการสำรวจ เช่น รายงานการคาดประมาณประชากรประเทศไทยปีพ.ศ.2503-2543 ให้ผลการคาดประมาณจำนวนประชากรรวมปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 ที่มีขนาดใหญ่กว่ารายงานของสำมะโนประชากรในปีพุทธศักราชเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากการคาดประมาณดังกล่าวตั้งข้อสมมติเกี่ยวกับแนวโน้มของระดับเจริญพันธุ์ที่สูงกว่าที่เกิดขึ้นจริงในเวลาต่อมา ด้วยเหตุผลเดียวกัน การคาดประมาณจำนวนประชากรรวมในอีก 10-50 ปีข้างหน้ามีขนาดแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับข้อสมมติเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตของระดับเจริญพันธุ์ และความแตกต่างของข้อสมมติทำให้การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยจากปัจจุบันซึ่งมีประมาณ 61 ล้านคนมีโอกาสที่จะเพิ่มไปอยู่ระหว่าง 67-75 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2563)

อย่างไรก็ตามการคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุจะไม่ต่างกันไม่ว่าจะเป็นการคาดประมาณที่ใช้ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับใด ทั้งนี้เพราะประชากรสูงอายุในอีก 50 ปีข้างหน้าได้เกิดมาแล้วในปัจจุบัน ขนาดของประชากรสูงอายุในอนาคตจึงขึ้นอยู่กับแนวโน้มระดับการตายเท่านั้น (กรณีที่เป็นประชากรปิด) การคาดประมาณประชากรชุดต่างๆให้จำนวนประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบัน (พ.ศ.2543) ที่ 4.5-5.7 ล้านคน โดยประมาณว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็นประมาณ 6.8-7.6 ล้านคน และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนถึงประมาณ 11 ล้านคนหรือประมาณเท่าตัวของขนาดในปัจจุบัน

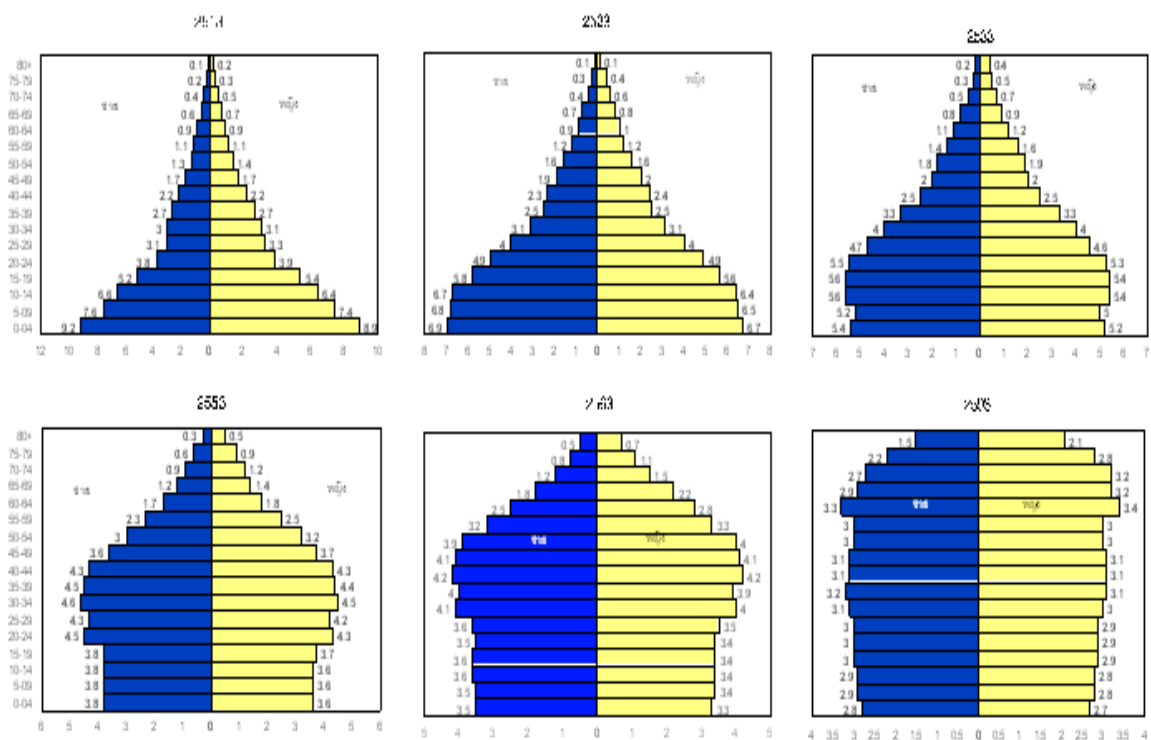
การเพิ่มขึ้นของขนาดประชากรรวมและประชากรผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมาและในอนาคตอีก 10-20 ปีข้างหน้าไม่ได้เป็นเรื่องที่เกินความคาดหมาย แต่การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างทางอายุของประชากรและอัตราความเร็วของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุเป็นเรื่องที่มีผลสืบเนื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ถ้าหากแบ่งประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่เพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร คือ กลุ่มประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี) และกลุ่มสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) ข้อมูลทั้งหลายได้แสดงให้เห็นถึงการลดสัดส่วนประชากรเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กลางทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้น กล่าวคือสัดส่วนประชากรเด็กลดลงจากร้อยละ 40 ในปีพ.ศ.2523 เป็นประมาณร้อยละ 25 ในปีพ.ศ.2543 และจะลดลงเหลือร้อยละ 22 และร้อยละ 20 ในปีพ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ ส่วนสัดส่วนประชากรสูงอายุได้เพิ่มจากประมาณร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 9 ร้อยละ 11 และร้อยละ 15 ของแต่ละปีพุทธศักราชเดียวกันนั้น^(4,16-18) (รูปที่ 2, ตาราง ข และตาราง ค) งานวิจัยต่างๆได้แสดงการเปลี่ยนโครงสร้างอายุของประชากรด้วยรูปปิรามิดประชากร^(6,9,14) โดยให้ภาพการเปลี่ยนรูปทรงปิรามิดประชากรฐานกว้างซึ่งหมายถึงประชากรที่ประกอบด้วยเด็กมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ มาเป็นปิรามิดรูปทรงคล้ายแจกันซึ่งหมายถึงว่ามีประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น (รูปที่ 3)

รูปที่ 2 สัดส่วนประชากร <15 และสัดส่วนประชากร 60+ ปีพ.ศ.2513 – พ.ศ.2593



แหล่งข้อมูล : United Nations World Population Prospects, The 1998 Revision, Vol. 1, New York: Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division , 1999.

รูปที่ 3 : ปริมาณประชากรไทย ปี พ.ศ.2513 - พ.ศ.2593

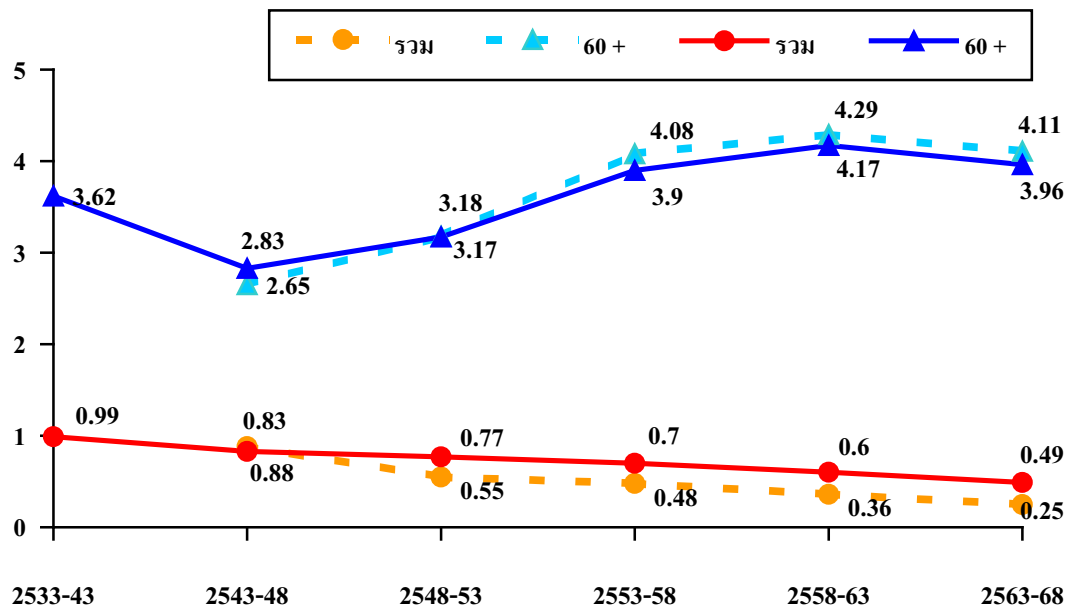


ที่มา : United Nations. Sex & Age Distribution of the World Populations: The 1998 Revision, หน้า 784 - 785.

ปัจจัยทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดและโครงสร้างประชากร

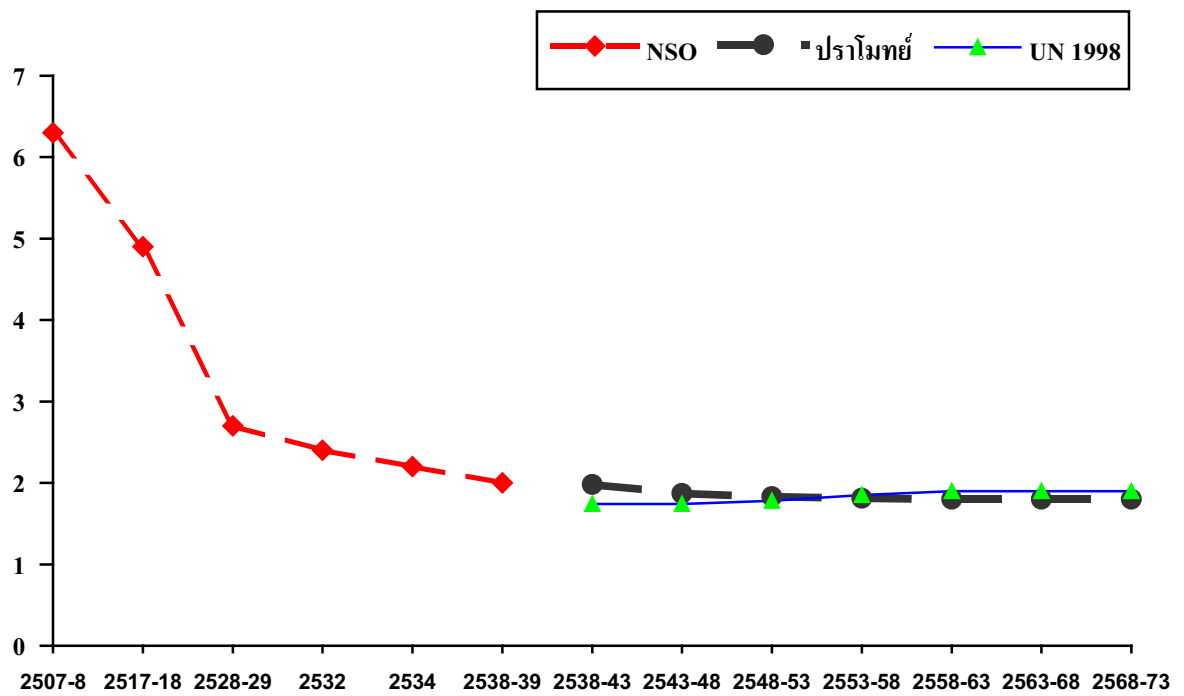
แม้ว่าทั้งจำนวนประชากรรวมและประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นแต่มีการเพิ่มด้วยอัตราที่แตกต่างกัน⁽²⁻⁴⁾ กล่าวคือ อัตราการเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในอนาคต ขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าของประชากรรวมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (รูปที่ 4, ตาราง ง) ปรัชญาการณที่เกดขึ้นน้อธิบายได้ด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากร กล่าวคือ การลดลงของระดับการเกิดและการตายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการลดลงอย่างรวดเร็วของการเกิดภายในเวลาอันสั้น ส่งผลให้อัตราความเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ของประเทศไทยเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วหลายๆประเทศ นักประชากรหลายท่านได้ส่งสัญญาณการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยที่จะเข้าสู่ภาวะการเป็นประชากรสูงอายุนานเมื่อปรากฏว่าภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยเริ่มลดลง⁽¹⁾ อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (total fertility rate) ลดลงจากกว่า 6 ต่อสตรีหนึ่งคนในช่วงทศวรรษ 2500 เป็น 2.2 ในปีพ.ศ.2534 และต่ำกว่า 2 เล็กน้อยในปัจจุบัน ดังนั้นภายในเวลาไม่ถึง 3 ทศวรรษอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทยได้ลดลงไปประมาณร้อยละ 70⁽¹⁹⁾ (รูปที่ 5, ตาราง จ) การลดระดับเจริญพันธุ์ในปริมาณดังกล่าวของประเทศไทยที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่าที่เกิดกับประเทศไทยหลายเท่า เป็นที่คาดประมาณว่าระดับเจริญพันธุ์ในอีก 10-20 ปีข้างหน้าของประเทศไทยน่าจะอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับทดแทนเล็กน้อย^(9,16,17) (ตารางที่ 1) ซึ่งส่งผลให้การเข้าสู่ภาวะการเป็นประชากรสูงอายุรุนแรงขึ้น สำหรับภาวะการตายของประชากรซึ่งสามารถพิจารณาได้ด้วยอายุคาดหมายเฉลี่ย โดยที่อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้นแสดงว่าภาวะการตายของประชากรนั้นดีขึ้น ปรากฏว่าระหว่างปีพ.ศ.2507-2508 และพ.ศ.2538-2539 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่ม 14.7 ปีสำหรับเพศชาย (จาก 55.2 ปี เป็น 69.9 ปี) และ 13.1 ปีสำหรับเพศหญิง (จาก 61.8 ปี เป็น 74.9 ปี)⁽²⁰⁾ (รูปที่ 6 และ 7, ตาราง ฉ) ซึ่งสะท้อนถึงการลดลงของอัตราตายของเด็กและทารก ขณะเดียวกันอัตราตายของกลุ่ม สูงอายุก็ลดลงด้วย ซึ่งเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของอายุคาดหมายของประชากรอายุ 60 ปี กล่าวคือ ในปีพ.ศ.2507-2508 เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพศชายคาดหมายจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก 14.9 ปี ขณะที่เพศหญิงคาดหมายจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก 19.5 ปี และได้เพิ่มเป็น 20.3 ปีสำหรับเพศชายและ 23.9 ปีสำหรับเพศหญิงในปีพ.ศ.2538-2539 จากข้อมูลการเพิ่มอายุคาดหมายชี้ว่าในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา เพศชายได้รับประโยชน์จากการปรับปรุงการตายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากจำนวนปีและสัดส่วนของอายุคาดหมายที่เพิ่มขึ้นของเพศชายสูงกว่าหญิง แต่การเพิ่มของอายุคาดหมายในช่วงวัยสูงอายุจะไม่เป็นประโยชน์ถ้าหากจำนวนปีที่อยู่ยืนยาวขึ้นเป็นปีที่อยู่อย่างไร้ความสามารถหรือทุพพลภาพ

รูปที่ 4 อัตราเพิ่มประชากรรวมและประชากรอายุ 60+ ปี พ.ศ.2533-พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2563-พ.ศ.2568



แหล่งข้อมูล: — UN (1999) - - - - - ปราชินย และคณะ (2542)

รูปที่ 5 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด พ.ศ.2507 - พ.ศ.2508 ถึง พ.ศ.2568 - พ.ศ.2573

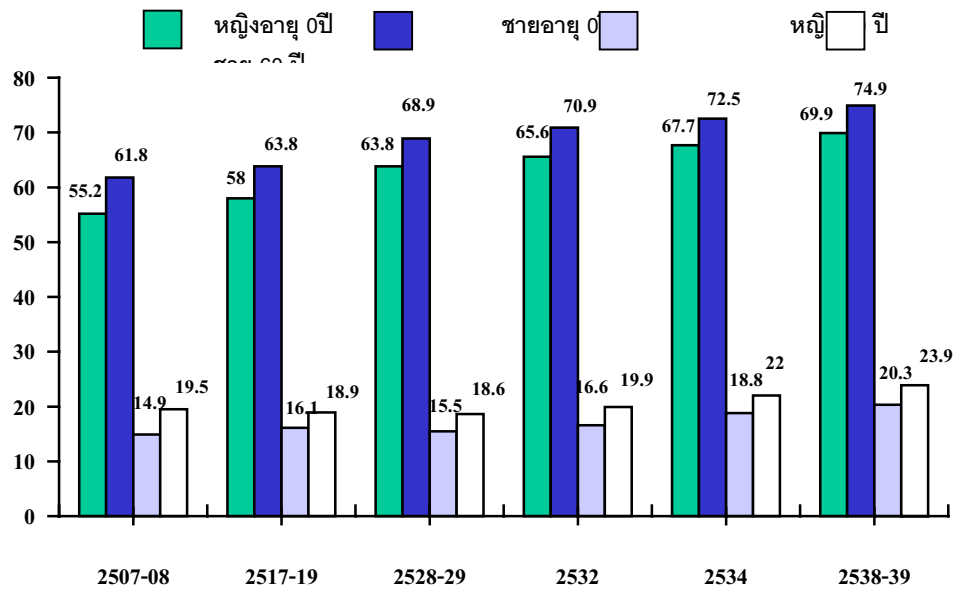


ตารางที่ 1 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน) ที่คาดประมาณระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573

| | 2538-2543 | 2543-2548 | 2548-2553 | 2553-2558 | 2558-2563 | 2563-2568 | 2568-2573 |
|---------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| สหภาพ 2538 ⁽¹⁶⁾ | 2.00 | 1.89 | 1.83 | 1.79 | 1.77 | | |
| ปรามิทยและคณะ ⁽¹⁷⁾ * | 1.98 | 1.87 | 1.83 | 1.81 | 1.80 | 1.80 | 1.80 |
| UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | 1.74 | 1.74 | 1.78 | 1.85 | 1.90 | 1.90 | 1.90 |

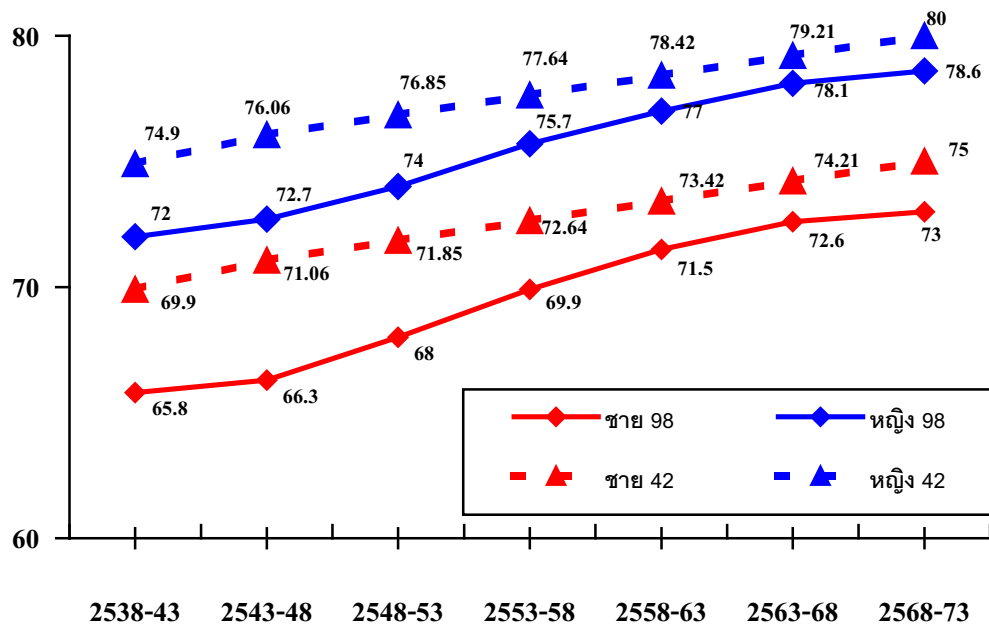
+ เป็นอัตราเมื่อปีเริ่มต้นของช่วง

รูปที่ 6 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 60 ปีจำแนกตามเพศ



แหล่งข้อมูล : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากร พ.ศ. 2538-39
หน้า 56

รูปที่ 7 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดที่คาดประมาณของเพศชายและหญิง พ.ศ.2538 - พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2568 - พ.ศ.2573



แหล่งข้อมูล: — UN (1999) - - - - - ปราโมทย์ และคณะ (2542)

การคาดประมาณประชากรในอนาคตมักตั้งข้อสมมติให้การตายลดลงต่อไปแต่ลดช้ากว่าที่ผ่านมาในอดีต เช่น การคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ (พ.ศ.2541)^(17,21) ได้ตั้งข้อสมมติให้อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มระหว่างช่วงเวลาพ.ศ.2538-2543 ถึงพ.ศ.2563-2568 จาก 65.8 ปีเป็น 71.5 ปีสำหรับเพศชาย (เพิ่มขึ้น 5.7 ปีในเวลา 25 ปี) และ 72 ปีเป็น 77 ปีสำหรับเพศหญิง (เพิ่มขึ้น 5 ปี) ส่วนการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งข้อสมมติให้อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดเพิ่มจาก 67.4 ปีเป็น 70.1 ปีสำหรับเพศชาย และ 71.7 ปีเป็น 74.1 ปีสำหรับเพศหญิง⁽¹⁶⁾ การคาดประมาณของปรานิโทย์และคณะซึ่งคาดประมาณประชากรตามอายุรายปีในอนาคตเป็นรายปี ตั้งข้อสมมติการเพิ่มอายุคาดหมายระหว่างปี พ.ศ.2538-2543 กับ พ.ศ.2563-2568 จาก 69.9 ปี เป็น 74.2 ปี สำหรับเพศชายและจาก 74.9 ปี เป็น 79.2 ปี สำหรับเพศหญิง⁽⁹⁾ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดระหว่างปีพ.ศ. 2538-พ.ศ. 2543 ถึงพ.ศ. 2568-พ.ศ. 2573 จากแหล่งข้อมูลที่คาดประมาณต่างๆ

| | 2538-43 | 2543-48 | 2548-53 | 2553-58 | 2558-63 | 2563-68 | 2568-73 |
|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| สภาพัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ | | | | | | | |
| ชาย | 67.4 | 68.2 | 68.9 | 69.5 | 70.1 | | |
| หญิง | 71.7 | 72.4 | 73.0 | 73.6 | 74.1 | | |
| ปราโมทย์และคณะ ⁽⁹⁾⁺ | | | | | | | |
| ชาย | 69.90 | 71.06 | 71.85 | 72.64 | 73.42 | 74.21 | 75.00 |
| หญิง | 74.90 | 76.06 | 76.85 | 77.64 | 78.42 | 79.21 | 80.00 |
| UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | | | | | | | |
| ชาย | 65.8 | 66.3 | 68.0 | 69.9 | 71.5 | 72.6 | 73.0 |
| หญิง | 72.0 | 72.7 | 74.1 | 75.7 | 77.0 | 78.1 | 78.6 |

+ เป็นตัวเลขของปีเริ่มต้นของช่วง

เท่าที่ผ่านมาปัจจัยการย้ายถิ่นระหว่างประเทศถูกมองว่ายังไม่มีผลกระทบที่สำคัญต่อขนาดและโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย ปัจจัยการย้ายถิ่นระหว่างประเทศไม่ถูกนำมาพิจารณาในการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย^(9,13-18,21) อย่างไรก็ตามผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อการเพิ่มประชากรสูงอายุมีความซับซ้อนกว่าผลกระทบของการเกิดและการตาย ในระยะสั้นเชื่อว่าการย้ายถิ่นเข้าของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นน่าจะช่วยให้อัตราส่วนการะที่เป็นผู้สูงอายุลดลงเพราะผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน แต่พึงระลึกว่าส่วนใหญ่ของแรงงานเหล่านี้เป็นแรงงานนอกกฎหมาย และผลผลิตที่ได้ส่วนหนึ่งจะถูกส่งกลับไปยังประเทศเพื่อนบ้านในรูปของเงินและวัตถุ

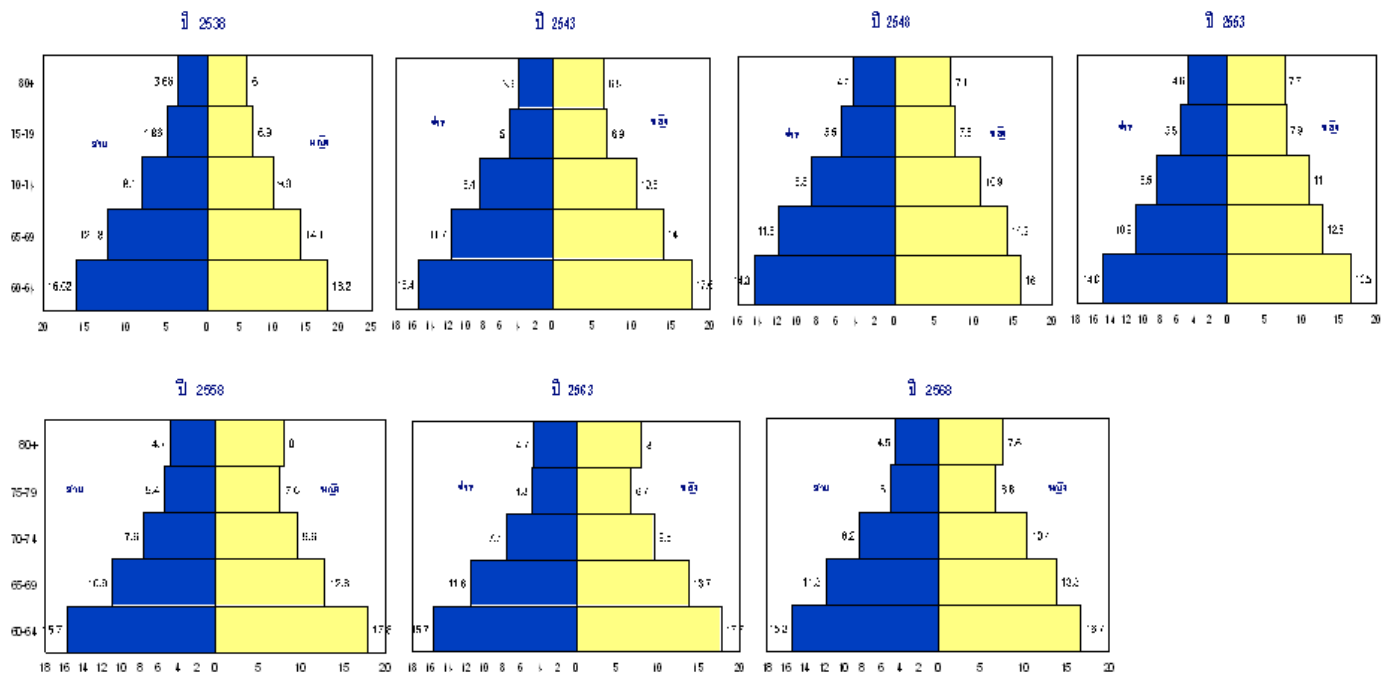
โดยสรุป ประเทศไทยได้บรรลุกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากภาวะที่มีระดับการเกิดและตายที่สูงมาสู่ระดับการเกิดและตายที่ต่ำภายในเวลาที่สั้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอุตสาหกรรม ส่งผลให้ประเทศไทยจะประสบกับภาวะการเป็นประชากรสูงอายุที่รุนแรงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของประชากร

ไม่เพียงแต่ขนาดของประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอีก 20 ปีข้างหน้า แต่คุณลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุในอนาคตก็จะแตกต่างจากลักษณะของผู้สูงอายุในปัจจุบันในหลายด้าน ได้แก่

ก. **องค์ประกอบด้านอายุ** ประชากรสูงอายุในอนาคตจะมีผู้สูงอายุมากขึ้น ถ้าแบ่งประชากรสูงอายุตามกลุ่มอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มอายุ 60-69 ปีเป็นผู้สูงอายุอายุน้อย (young old) กลุ่มอายุ 70-79 ปีเป็นผู้สูงอายุอายุปานกลาง (medium old) และกลุ่มอายุ 80 ปีหรือมากกว่าเป็นผู้สูงอายุอายุมาก (old old, oldest old) กล่าวได้ว่าโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมีรูปร่างปิรามิด ประชากรฐานกว้าง ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุอายุน้อย กล่าวคือ ในผู้สูงอายุทุก 100 คนจะมีผู้สูงอายุอายุน้อย (60-69 ปี) ประมาณ 60-64 คน และ ผู้สูงอายุอายุมาก (80 ปีขึ้นไป) ประมาณ 7-10 คน จำนวนผู้สูงอายุอายุมากนี้จะเพิ่มเป็น 13 คนในปีพ.ศ.2563⁽⁴⁾ (รูปที่ 8)

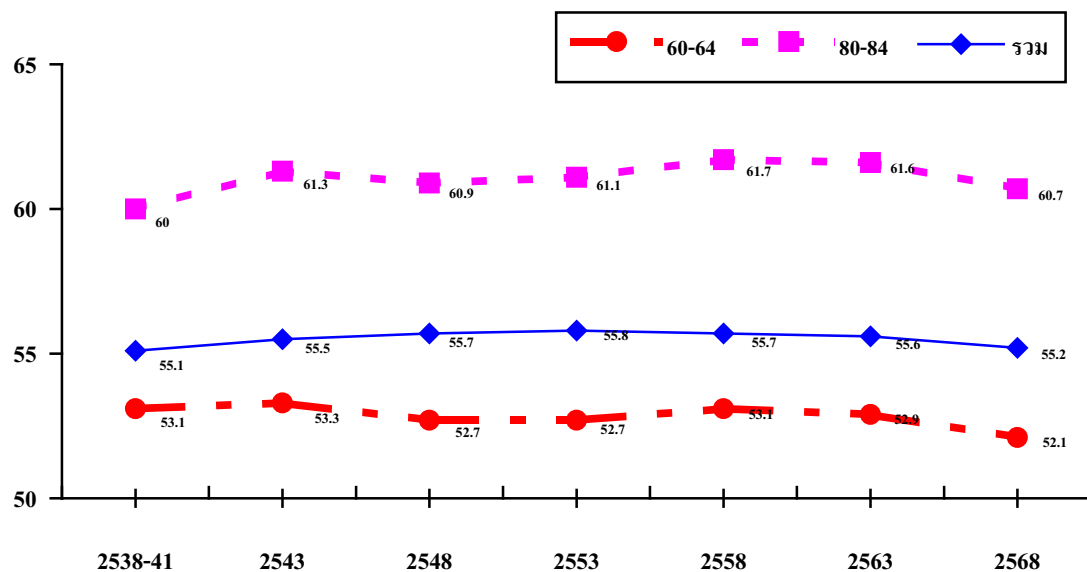
รูปที่ 8 ปริมาณประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2538 – พ.ศ.2568



แหล่งข้อมูล : United Nations. Sex & Age Distribution of the World Populations: The 1998 Revision, หน้า 784 – 785

ข. องค์ประกอบด้านเพศ ประชากรสูงอายุจะยังคงประกอบด้วยหญิงสูงอายุนานกว่าชาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุอายุมาก ทั้งนี้อัตราส่วนประชากรหญิงต่อชายจะเปลี่ยนแปลงไม่มากนักในอนาคต ในกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 100 คน จะประกอบด้วยเพศหญิง 55 คน ในขณะที่ ประชากรอายุ 85 ปีขึ้นไปจำนวน 100 คน จะประกอบด้วยเพศหญิงถึง 65 คน⁽⁴⁾ (รูปที่ 9)

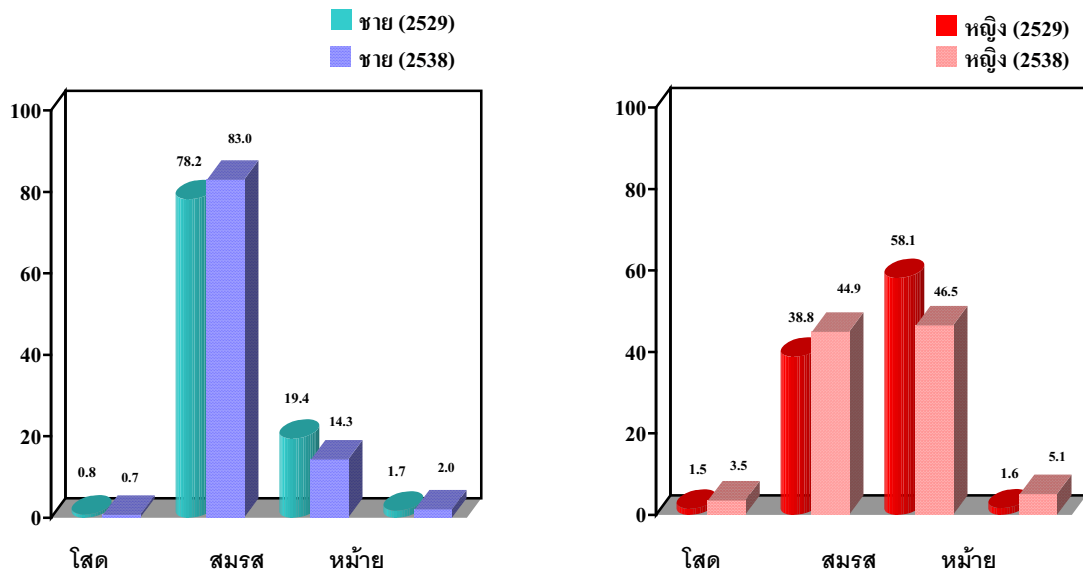
รูปที่ 9 ร้อยละของประชากรอายุ 60-64, 80-84 และ 60+ ปี ที่เป็นเพศหญิง



แหล่งข้อมูล : UN (1999)

ค. องค์ประกอบด้านสถานภาพสมรส ประชากรสูงอายุในอนาคตจะมีจำนวนคนโสด-หย่าหรือแยกเพิ่มขึ้นกว่าในปัจจุบัน⁽⁴⁾ ระหว่างปีพ.ศ.2529-2538 สัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโสดเพิ่มจากร้อยละ 1.2 เป็น ร้อยละ 2.2 และสัดส่วนหย่าหรือแยกเพิ่มจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 3.7 โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่เป็นโสด-หย่าหรือแยกสูงกว่าชาย เมื่อพิจารณาสัดส่วนผู้ที่เป็นโสด-หย่าหรือแยกของประชากรกลุ่มอายุ 50-54 และ 55-59 ในปีพ.ศ.2538 ทำให้คาดประมาณได้ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นโสดจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 โดยที่ผู้สูงอายุหญิงและชายเป็นโสดราวร้อยละ 5 และร้อยละ 1 ตามลำดับ สำหรับสัดส่วนผู้สูงอายุที่หย่าหรือแยกน่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4-5 โดยในผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนร้อยละ 7 และผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนร้อยละ 1-2 (รูปที่ 10)

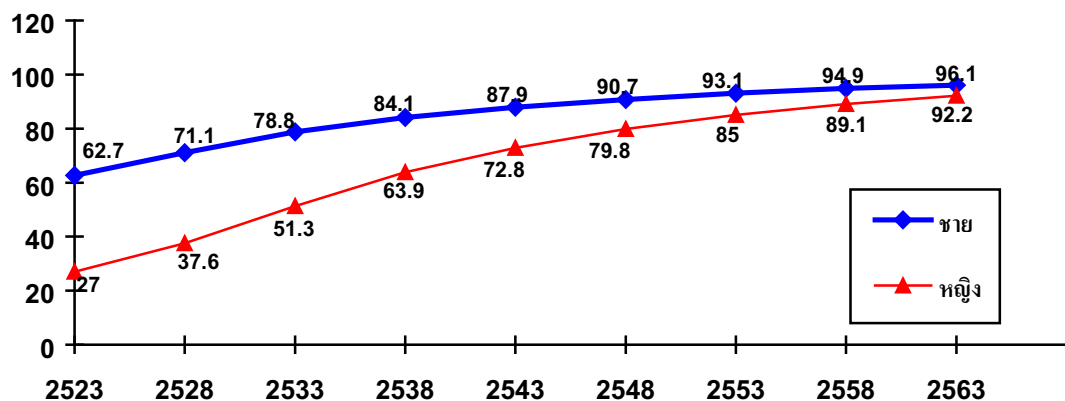
รูปที่ 10 สถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุแยกตามเพศพ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2538



แหล่งข้อมูล: Napaporn Chayovan et al. (1988) และ นภาพร ชัยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2539)

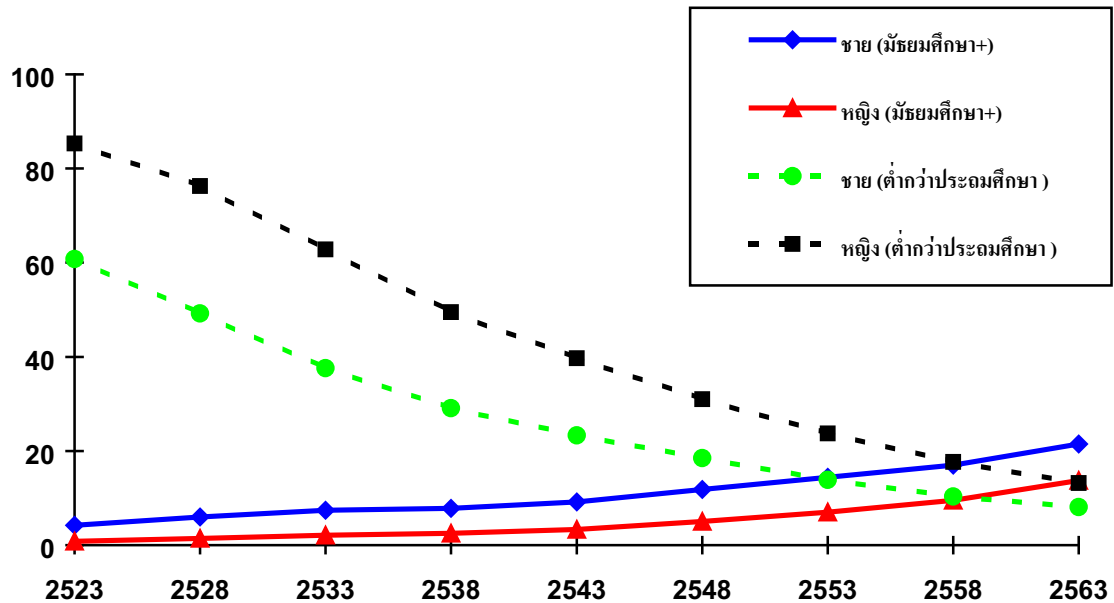
ง. องค์ประกอบด้านการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมากขึ้น การคาดประมาณจากปีพ.ศ.2523 ถึงพ.ศ.2563 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่จบระดับมัธยมหรือสูงกว่าเพิ่มจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 22 ในเพศชาย และเพิ่มจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 14 ในเพศหญิง^(4,22,23) (รูปที่ 11 และรูปที่ 12)

รูปที่ 11 สัดส่วนที่อ่านออกเขียนได้ของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523 -พ.ศ.2563



ที่มา : Christenson, Bruce and Albert I. Hermalin. Comparative Analysis of the Changing Educational Composition of the Elderly Population in Five Asian Countries, Research Report No. 91-11, Population Studies Center, University of Michigan, 1991.

รูปที่ 12 ระดับการศึกษาที่คาดประมาณของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523 – พ.ศ.2563

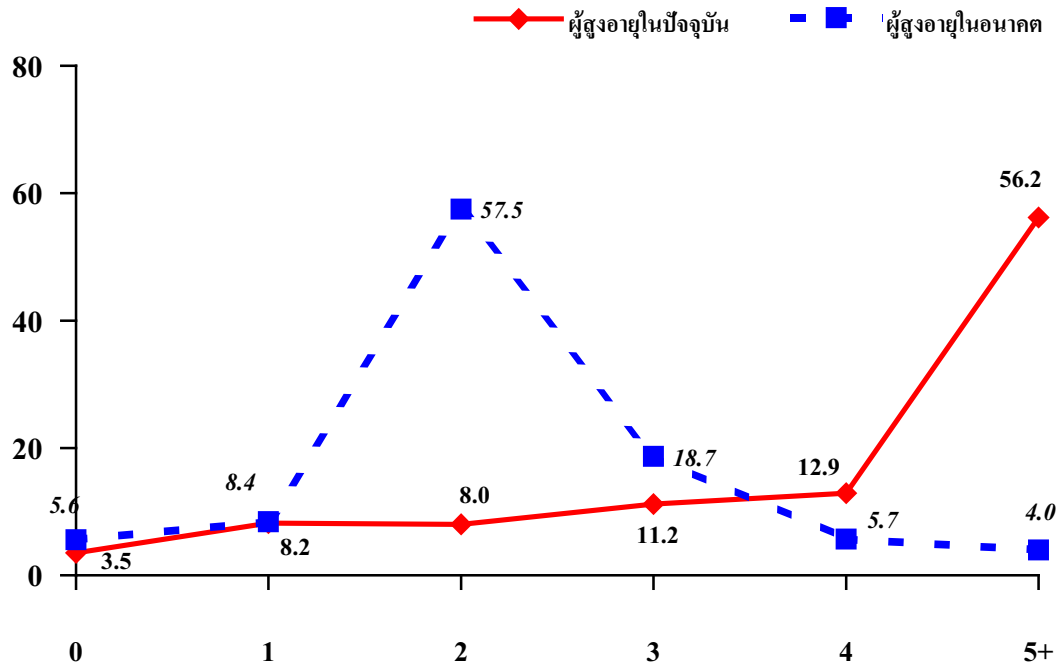


ที่มา : Christenson, Bruce and Albert I. Hermalin. Comparative Analysis of the Changing Educational Composition of the Elderly Population in Five Asian Countries, Research Report No. 91-11, Population Studies Center, University of Michigan, 1991.

จ. ด้านการทำงานและรายได้ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจ อัตราการทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทยในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของผู้สูงอายุในอนาคตที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจอาจจะลดลง สภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในอนาคตน่าจะไม่ได้ไปกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันถ้าระบบประกันสังคมและการเกื้อหนุนทางการที่เป็นอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง⁽⁴⁾

ฉ. ด้านจำนวนบุตร ปัจจุบัน ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 5 คน และในอนาคตจะลดลงเหลือประมาณ 2 คน⁽²⁴⁾ ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงนอกจากจะหมายถึงว่าโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรไว้พึ่งพิงยามสูงอายุลดลงแล้ว สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรไว้พึ่งพิงเลยจะเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรจะเพิ่มจากร้อยละ 4 ในปี 2538 เป็นประมาณร้อยละ 5 ในอีก 10 ปีข้างหน้า (รูปที่ 13)

รูปที่ 13 การกระจายจำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้สูงอายุในปัจจุบันและที่คาดหมายของผู้สูงอายุในอนาคตในประเทศไทย



แหล่งข้อมูล : นภาพร ชโยวรรณ จอห์น โนเดล และ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535)

ข้อมูลข้างต้นชี้ว่ากลุ่มคนที่จะเป็นผู้สูงอายุรุ่นต่างๆ ในอนาคตจะแตกต่างจากกลุ่มสูงอายุรุ่นก่อน คุณลักษณะที่เปลี่ยนไปของประชากรสูงอายุในอนาคตนี้มีผลสืบเนื่องทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง และเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการวางนโยบายและแผนต่างๆ

ความเร็วของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

การเพิ่มของขนาดและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นไปทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา แต่อัตราความเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อแนวทางเศรษฐกิจและสังคมหลายด้าน โดยเฉพาะการเตรียมรองรับการให้การดูแลประชากรสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอควร ทำให้จำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ อัตราความเร็วของการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นปัจจัยกำหนดช่วงเวลาที่ยาวนานแตกต่างกันในการดำเนินการ ความสามารถในการดำเนินการที่มีเวลาจำกัดนับเป็นงานท้าทายผู้วางนโยบายและแผนของหลายประเทศที่มีความเร็วของปรากฏการณ์ประชากรสูงอายุในอัตราสูง

ความเร็วของการเพิ่มประชากรสูงอายุจะเห็นได้จากแนวโน้มของอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราเพิ่มประชากรทั้งหมด กล่าวคือ ขณะที่อัตราเพิ่มประชากรรวมทั้งหมดมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆในปัจจุบันและจะอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 1 ต่อปี แต่อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 3 ต่อปี^(9,16,17) (รูปที่ 4, ตาราง ง) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่แสดงว่าระหว่างปีพ.ศ.2523-2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มกว่าร้อยละ 300 ขณะที่ประชากรรวมทั้งหมดจะเพิ่มเพียงร้อยละ 50^(3,4) กลุ่มประชากร สูงอายุจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีการเพิ่มมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่นๆทุกกลุ่ม

อีกดัชนีหนึ่งที่ใช้วัดความเร็วของการเป็นภาวะประชากรสูงอายุ คือจำนวนปีที่ใช้ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 (นิยามขององค์การสหประชาชาติ) ข้อมูลใน ตารางที่ 3 ซึ่งเปรียบเทียบจำนวนปีที่ประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาบางประเทศจะใช้ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ฝรั่งเศส สวีเดน อิตาลี (ยกเว้นประเทศญี่ปุ่น) จะใช้เวลานานกว่าประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย^(25,26) สำหรับประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีอัตราการสูงอายุของประชากรเร็วมากที่สุดในหมู่ประเทศอุตสาหกรรมด้วยกัน แต่จำนวนปีที่ใช้เพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 ไปเป็นร้อยละ 14 ยังยาวนานกว่าที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย (26 ปี กับ 22 ปี) ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบความเร็วของการชราของประชากรระหว่างอังกฤษและเวลส์กับประเทศไทย โดยใช้จำนวนปีที่สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 พบว่า อังกฤษและเวลส์ใช้เวลาถึง 107 ปีขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลาเพียง 30 ปี^(7,8) เหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยมีอัตราการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุที่รวดเร็วมาก คือ การ ลดลงที่เร็วมากของภาวะเจริญพันธุ์ในระยะที่ผ่านมาของประเทศไทย โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมยอลดลงจากร้อยละ 60 ในระยะเวลาเพียง 20 ปี

โดยสรุป ประเทศพัฒนาแล้วมีระยะเวลาที่นานพอสมควรในการปรับตัวทางเศรษฐกิจและสังคมและการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อตอบรับกับการเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สภาวะประชากรสูงอายุ ในขณะที่ประเทศไทยจะมีระยะเวลาสั้นกว่ามากในการเตรียมการแก้ปัญหาท้าทายจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ

ตารางที่ 3 ปีพุทธศักราชที่สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 7 และร้อยละ 14 ในประเทศต่างๆ

| | ร้อยละ 7 | ร้อยละ 14 | จำนวนปีที่ใช้ |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว | | | |
| • ฝรั่งเศส | 2408 ⁽²⁵⁾ | 2522 ⁽²⁶⁾ | 114 |
| • สวีเดน | 2429 ⁽²⁵⁾ | 2514 ⁽²⁶⁾ | 85 |
| • สหรัฐอเมริกา | 2484 ⁽²⁵⁾ | 2556 ⁽²⁶⁾ | 72 |
| • อิตาลี | 2467 ⁽²⁵⁾ | 2530 ⁽²⁶⁾ | 63 |
| • ญี่ปุ่น | 2512 ⁽²⁶⁾ | 2537 ⁽²⁶⁾ | 26 |
| กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา | | | |
| • เกาหลี | 2544 ⁽²⁶⁾ | 2566 ⁽²⁶⁾ | 22 |
| • สิงคโปร์ | 2543 ⁽²⁶⁾ | 2560 ⁽²⁶⁾ | 17 |
| • ไทย | 2550 ⁽²⁶⁾ | 2572 ⁽²⁶⁾ | 22 |
| • จีน (ไม่รวมฮ่องกง) | 2545 ⁽²⁶⁾ | 2570 ⁽²⁶⁾ | 25 |

การเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากๆ

การศึกษาประชากรสูงอายุในประเทศไทยโดยจำแนกตามกลุ่มอายุมีน้อยมาก ส่วนหนึ่งเนื่องจากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรมักใช้แหล่งข้อมูลทางการทะเบียน เช่น สำมะโนประชากร การสำรวจระดับประเทศและการคาดประมาณประชากรที่พิมพ์เผยแพร่ แม้ว่าสำมะโนประชากรและการสำรวจจะมีข้อมูลอายุรายปีจนถึงกลุ่มอายุสูงสุดคือ 98 ปีขึ้นไป แต่การนำเสนอตารางข้อมูลลักษณะของประชากรหรือของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะจำแนกกลุ่มอายุโดยจัดกลุ่มอายุสูงสุดเพียงที่อายุ 70 ปีหรือ 75 ปีขึ้นไป เหตุผลหนึ่งของการไม่จัดกลุ่มอายุจนถึงกลุ่มอายุมากๆอาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่มีอายุมากๆมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะถ้าเป็นข้อมูลจากการสำรวจ อาจมีจำนวนตัวอย่างน้อยมากจนไม่เพียงพอที่จะจัดเป็นกลุ่มอายุสูงที่สูงเกินกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดสำคัญของการศึกษาการเปลี่ยนแปลงลักษณะต่างๆของกลุ่มสูงอายุที่อายุมากๆ

เช่นเดียวกับการนิยามกลุ่มประชากรสูงอายุ ซึ่งมีความหลากหลายในอายุที่ใช้เป็นเกณฑ์จัดความเป็นผู้สูงอายุของบุคคลหรือของประชากรที่พบว่ามีการใช้อายุ 55+ ปีบ้าง อายุ 60+ ปีบ้าง หรืออายุ 65+ ปีบ้าง การนิยามประชากรสูงอายุอายุมากๆ (very old, oldest old) เองก็มีความหลากหลายเช่นกัน คือ มีการใช้อายุ 75+ ปีบ้าง อายุ 80+ ปีบ้าง หรืออายุ 85+ ปีบ้าง เป็นต้น

กลุ่มประชากรสูงอายุอายุมากๆมีความเป็นเอกลักษณ์ในหลายด้านเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรสูงอายุกลุ่มที่อายุน้อยกว่า เช่น มีอัตราการเพิ่มในขนาดเร็วกว่า ประกอบด้วยเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่า มีสัดส่วนที่มีคู่สมรสต่ำกว่า และเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือต้องการผู้ดูแลในสัดส่วนที่สูงกว่า เป็นต้น การศึกษาการ

เปลี่ยนแปลงในกลุ่มอายุมากขึ้นจึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและนโยบาย เพราะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของกลุ่มประชากรสูงอายุมากที่สุด หมายถึงภาระการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมแก่ประชากรกลุ่มนี้จะมีเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางส่วนของประชากรกลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้และจัดเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) ก็ตาม

การศึกษาหลายชิ้นแสดงถึงการเพิ่มขึ้นที่เร็วกว่าของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรสูงอายุที่มีอายุน้อย^(3,4,7,9) ซึ่งหมายความว่าในประชากรสูงอายุเองก็สูงอายุขึ้น เช่น มีการแสดงข้อมูลว่าระหว่างปีพ.ศ.2503-2563 สัดส่วนประชากรสูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 38⁽⁷⁾ หรือจากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงประชากรสูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปพบว่า ในระหว่างปีพ.ศ.2533-2553 จำนวนประชากรอายุกลุ่มนี้จะเพิ่มจากประมาณ 8 แสนคนเป็น 1.9 ล้านคน หรือมีขนาดเพิ่มกว่าเท่าตัวภายในเวลา 20 ปีหรือคิดเป็นการเพิ่มจากสัดส่วนร้อยละ 1.4 เป็นร้อยละ 2.8 ของประชากรทั้งประเทศ ประการสำคัญสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปต่อประชากรสูงอายุทั้งหมดจะเพิ่มจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 26⁽⁴⁾ นอกจากนี้ในระหว่างปีพ.ศ.2523-2553 ประชากรทั้งประเทศเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 42 ในขณะที่ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 185 และกลุ่มประชากรอายุ 75 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 283⁽⁴⁾

การศึกษาที่ใช้อายุ 80 ปีขึ้นไปในการนิยามกลุ่มประชากรสูงอายุอายุมาก พบว่าจำนวนประชากรกลุ่มนี้จะเพิ่มจากประมาณ 440,000 คนในปีพ.ศ.2533 เป็น 663,000 คนในปีพ.ศ.2553 และ 998,000 คนในปีพ.ศ.2563 หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรรวมที่เพิ่มจากร้อยละ 0.8 เป็นร้อยละ 1 และร้อยละ 1.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในระยะ 20 ปีข้างหน้าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อายุ 100 ปีขึ้นไป ยังอยู่ในระดับต่ำมาก คือ ประมาณร้อยละ 0.1 เท่านั้น⁽⁹⁾

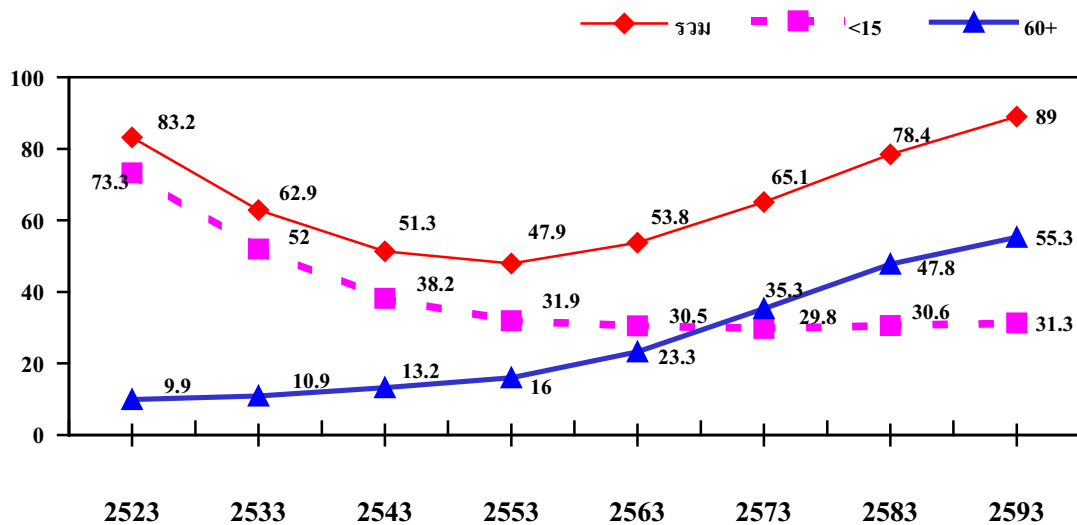
ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรต่อสัดส่วนการพึ่งพา

อัตราส่วนพึ่งพาหรืออัตราส่วนภาระที่งานวิจัยส่วนใหญ่นิยามคือ จำนวนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี และประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อจำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี โดยกลุ่มที่พึ่งพาประกอบด้วยประชากร 2 กลุ่มใหญ่คือประชากรเด็กและประชากรสูงอายุ การนิยามอัตราส่วนพึ่งพาดังกล่าวค่อนข้างกว้างและมีเป้าหมายวัดการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจเป็นหลักและใช้เกณฑ์อายุเป็นตัวกำหนด การวัดสัดส่วนพึ่งพาควรคำนึงว่าผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปีหรืออายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนหนึ่งยังสามารถทำงานมีรายได้และไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นทางเศรษฐกิจ ในขณะที่เดียวกันจะมีผู้ที่อายุ 15-59 ปีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ อันที่จริง มาตรการวัดอัตราส่วนภาระรวมที่เหมาะสมกว่าน่าจะเป็นจำนวนประชากรเด็กหรือสูงอายุที่ไม่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่อประชากรวัยทำงานทั้งหมดที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามอัตราส่วนพึ่งพาหรืออัตราส่วนภาระที่ใช้กันตามนิยามข้างต้นเป็นดัชนีที่ใช้กันอยู่ทั่วไปสำหรับการประเมินการพึ่งพาทางเศรษฐกิจในประชากร

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทยที่มีอัตราการเกิดน้อยลงทำให้โครงสร้างประชากรที่ประกอบด้วยประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลงและอัตราส่วนพึ่งพาเด็กก็ลดลงด้วย ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนประชากรในวัยแรงงานและวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในระยะ 20 ปีข้างหน้าจำนวนและสัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้นมากจากประมาณ 41 ล้านคน (ร้อยละ 66 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2543 เป็น 45 ล้านคน (ร้อยละ 68 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2553 และ 46 ล้านคน (ร้อยละ 65

ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2563 โดยหลังจากนั้นจะลดลงเป็น 45 ล้านคน (ร้อยละ 61 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2573 ซึ่งการเพิ่มดังกล่าวจะเป็นปัจจัยบวกด้านเศรษฐกิจหากแรงงานดังกล่าวเป็นแรงงานที่มีคุณภาพและภาวะเศรษฐกิจอยู่ในสภาพดี นักวิชาการหลายท่านแสดงแนวโน้มการลดของอัตราส่วนพึ่งพา รวม (เด็กและผู้สูงอายุ) ในภาพรวมให้ข้อมูลที่คล้ายกันมาก^(4,6,7,27) กล่าวคืออัตราส่วนพึ่งพา รวม (total dependency ratio) ลดจาก 104:100 ในปีพ.ศ.2513 เป็น 83:100 ในปีพ.ศ.2523 และเป็น 51-52:100 ในปี พ.ศ.2543 แต่จะกลับเพิ่มขึ้นเป็น 54:100 ในปีพ.ศ.2563 อัตราส่วนพึ่งพาเด็ก (child dependency ratio) ก็ ลดลงเช่นกัน จาก 94:100 เป็น 73:100, 40:100 และ 31:100 ในปีพ.ศ.2513, พ.ศ.2523, พ.ศ.2533 และพ.ศ.2543 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุ (aged dependency ratio) อยู่ในระดับ 10:100 ก่อนปีพ.ศ.2533 และจะเพิ่มเป็น 13:100 ในปีพ.ศ.2543 และ 23:100 ในปีพ.ศ.2563 ปัจจุบันในกลุ่มคนที่ถูกจัดว่าเป็นภาระหรือผู้ พึ่งพิงทางเศรษฐกิจจะประกอบด้วยประชากรสูงอายุประมาณ 1 ใน 4 ของทั้งหมด สัดส่วนนี้จะเพิ่มเป็น 1 ใน 3 ในอีก 10 ปีข้างหน้า และเป็นเกือบ 1 ใน 2 ในอีก 20 ปีข้างหน้า หลังจากนั้น (พ.ศ.2563 เป็นต้นไป) อัตราส่วนพึ่ง พหาผู้สูงอายุจะสูงกว่าอัตราส่วนพึ่งพาเด็ก (รูปที่ 14)

รูปที่ 14 อัตราส่วนภาระรวม อัตราส่วนภาระที่เป็นเด็กและอัตราส่วนภาระที่เป็นผู้สูงอายุ พ.ศ. 25223 - พ.ศ.2593



แหล่งข้อมูล: United Nations (1999).

ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนพึ่งพา รวมที่ยังคงมีแนวโน้มลดลงซึ่งเป็นความได้เปรียบในเชิง เศรษฐกิจของประเทศไทยจะคงอยู่ไปจนถึงในราวปีพ.ศ.2553-2563 และหลังจากนั้นความได้เปรียบดังกล่าวจะ หดไปอันเป็นผลมาจากปรากฏการณ์ภาวะประชากรสูงอายุ

เพื่อให้เห็นภาพของอัตราส่วนภาวะของผู้สูงอายุที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต ได้มีการศึกษาที่วัดอัตราส่วนพึ่งพาในรูปแบบอื่น ได้แก่ การพึ่งพาด้านสุขภาพหรือการดูแล โดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ⁽¹⁰⁾ ประเมินภาวะพึ่งพาด้วยดัชนีต่างๆซึ่งใช้ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในการสร้าง พบว่าประมาณร้อยละ 2.1 ของผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ.2540 มีภาวะพึ่งพาที่ต้องการการดูแลในระดับสูง ความชุกของภาวะพึ่งพาเพิ่มสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุในเขตเมืองและผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของภาวะพึ่งพาสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทและผู้สูงอายุชายตามลำดับ

อีกดัชนีหนึ่งที่มีการใช้เพื่อสะท้อนความเป็นระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ คือ อัตราส่วนของประชากรสูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือเป็นโรคสมองเสื่อมต่อประชากรหญิงอายุ 15-59 ปี ที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ แต่ยังไม่มีปรากฏการศึกษาวิจัยที่ใช้ดัชนีดังกล่าว

สภาพที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภค-สาธารณูปการ

สภาพที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภคสาธารณูปการจัดเป็นเรื่องสภาพแวดล้อมทางกายภาพและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงสภาพทางกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น สภาพที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เท่าที่ผ่านมาสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุยังไม่ค่อยได้รับความสนใจ การศึกษาวิจัยเรื่องเหล่านี้ในประเทศไทยเกือบไม่มี ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องมาจากการขาดความรู้ความสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกายภาพของบุคคลตามวัยที่สูงขึ้น งานวิจัยที่พบเป็นการศึกษาสถานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไทยพอใจกับที่อยู่ของตน มีร้อยละ 4 เท่านั้นที่ไม่พอใจ โดยสัดส่วนความไม่พอใจของผู้สูงอายุในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท⁽¹²⁾

แม้ว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไทยเข้าถึงระบบสาธารณูปโภค คือ อาศัยในครัวเรือนที่มีน้ำดื่มที่สะอาด มีไฟฟ้าใช้และมีห้องส้วมห้องน้ำ^(11,12) แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นมีสภาพการอยู่อาศัยที่มีคุณภาพแบบบ้านที่อยู่ เช่น เฟอร์นิเจอร์ที่ชำรุดทรุดโทรม บ้านไทยยกพื้น เรือนไม้แถว ตึกแถว ทาวน์เฮาส์ และบ้านเดี่ยว สะท้อนภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมากกว่าจะสะท้อนถึงคุณภาพทางกายภาพของการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุชนบทส่วนใหญ่อยู่บ้านลักษณะยกพื้นสูงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุ ร้อยละ 46 ของผู้สูงอายุมีส้วมภายในบ้าน แต่สัดส่วนที่มีส้วมในบ้านของผู้สูงอายุในชนบทต่ำกว่าในเมืองมาก⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามการมีส้วมภายในบ้านสะท้อนการเข้าถึงความต้องการด้านสุขอนามัยส่วนตัวเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ชนิดของส้วม (ส้วมนั่งหรือส้วมยองๆ) การจัดระเบียบภายในห้องส้วมและห้องนอนที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอีกประเด็นที่ต้องคำนึงถึง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเท่าที่ผ่านมามีได้สนใจสภาพกายภาพการอยู่อาศัย เช่น รูปแบบของส้วมและห้องน้ำ สถานที่หลบฝนของผู้สูงอายุ การนอนกับพื้นหรือเตียง เป็นต้น เหล่านี้น่าจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามวัยที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ

สภาพการอยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในคนสูงอายุและนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในที่สุดได้ และส่งผลต่อเนื่องปัญหาทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุหรือมีภาวะทุพพลภาพก็จะไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจจะรุนแรงขึ้นเพราะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและต้องการผู้ดูแล จากการศึกษาในประชากรสูงอายุไทยพบว่า ร้อยละ 18.7 ของผู้สูงอายุหกสิบหรือดกบันไดในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ ในกลุ่มที่หกสิบหรือดกบันได

นี้ร้อยละ 35 เป็นการหกล้มภายในบ้านและร้อยละ 85 เกิดการหกล้มขึ้นในเวลากลางวัน นอกจากนั้นผลการวิเคราะห์ยังชี้ว่า การเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการหกล้มส่วนหนึ่งอาจเกิดจากโรคและภาวะทุพพลภาพ แต่สภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นเดียวกัน⁽²⁸⁾

นอกจากสภาพที่อยู่อาศัยแล้ว สภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องควรให้ความสนใจแต่ยังไม่ค่อยมีการศึกษา ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าบ้านที่อยู่อาศัยมีความเป็นส่วนตัวก็ตาม แต่ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุรายงานว่าบ้านที่อยู่อาศัยอีกที่ก โดยผู้สูงอายุในเมืองมีสัดส่วนที่รายงานดังกล่าวสูงกว่าในเขตชนบท นอกจากนี้เกือบหนึ่งในสี่มีปัญหาละเอียดขัดแย้งหรือเข้าไม่ได้กับสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งเน้นถึงปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ

ในแง่สภาพแวดล้อมกายภาพภายนอกบ้านในปัจจุบัน เช่น ถนนหนทาง เส้นทางสัญจร ตลอดจนระบบบริการการคมนาคมขนส่งในสังคมไทย น่าจะไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่ทุพพลภาพ แต่การศึกษาถึงผลกระทบสภาพแวดล้อมภายนอกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังมีจำกัดมากเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบทางสังคม

ช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมอย่างมาก สัดส่วนของประชากรทำงานที่ประกอบอาชีพทางการเกษตรลดจากร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.2503 เป็นประมาณร้อยละ 40 ในปีพ.ศ.2542 สัดส่วนประชากรเมือง (จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลต่อประชากรทั้งหมด) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13 ในปีพ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 21 ในปีพ.ศ.2542⁽²⁹⁻³³⁾ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรอย่างลึกซึ้งโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลกระทบประการแรก คือผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร การปรับปรุงด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่ของประชากรดีขึ้น อัตราตายของทุกกลุ่มอายุลดลง ความยืนยาวชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นอกจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุแล้ว จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (80 ปีขึ้นไป) ก็เพิ่มขึ้น การเพิ่มของประชากรสูงอายุหมายถึงการเพิ่มความต้องการบริการสุขภาพและการดูแล ความต้องการดังกล่าวจะเพิ่มอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของครอบครัวและสังคมในการสนองตอบ เมื่อสังคมสูงอายุขึ้นบุตรที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุก็จะสูงอายุขึ้นด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นผู้สูงอายุเองที่มีความต้องการการดูแลเช่นกัน⁽⁷⁾ นอกจากนี้จำนวนบุตรที่มีลดลงอาจลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรสำหรับการดูแลยามสูงอายุ ทำให้ระบบการเกื้อหนุนแบบทางการมีความจำเป็นเพิ่มขึ้นในอนาคต

ผลกระทบประการที่สอง ระดับความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้นสะท้อนว่ามีการย้ายถิ่นโดยเฉพาะการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวจากชนบทมาสู่เมือง ประเด็นที่การพูดกันอย่างกว้างขวางคือ การที่ประเทศไทยเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่ และมีการกระจายของความเจริญที่ไม่ทั่วถึง ประกอบกับความสับสนด้านการคมนาคมขนส่งที่เพิ่มขึ้น ทำให้คนชนบทย้ายถิ่นเข้าเมืองเพื่อหางานทำ บิดามารดาหรือผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่ข้างหลังและต้องอยู่กันตามลำพัง ข้อสังเกตหรือความเชื่อดังกล่าวนับว่ายังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสนับสนุน การศึกษาการย้ายถิ่นเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันมักเป็นการศึกษาทิศทางและปัจจัยของการย้ายถิ่นมากกว่า การวิเคราะห์การย้ายถิ่นของคนกลุ่มอายุต่างๆโดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2513 และพ.ศ.2523 พบว่าคนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นมากกว่าคนสูงอายุไม่ว่าจะพิจารณาด้วยมาตรการใดก็ตาม (เช่น ร้อยละที่อาศัยในจังหวัดที่เกิด ร้อยละที่

อาศัยในท้องถิ่นปัจจุบันนานกว่า 20 ปี ร้อยละที่เปลี่ยนท้องถิ่นที่อยู่ในช่วง 5 ปีก่อนการสำรวจ หรือร้อยละที่เปลี่ยนจังหวัดที่อยู่ในช่วง 5 ปีก่อนการสำรวจ) คนหนุ่มสาวมีสัดส่วนการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองสูงกว่าผู้สูงอายุ⁽³⁾ ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดำรงและสูงวัยขึ้นในท้องถิ่นหรือชุมชนที่ตนอาศัยอยู่มานาน⁽⁴⁾ งานวิจัยเกี่ยวกับการย้ายถิ่นไม่ได้มองถึงผลกระทบของการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวต่อสวัสดิภาพหรือภาวะที่ดี (well-being) ของผู้สูงอายุ

ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงมีผลให้ขนาดครัวเรือนโดยเฉลี่ยลดลงจาก 5.6 ในปีพ.ศ.2503 เป็นประมาณ 4 คนเศษในปัจจุบัน⁽³⁰⁻³³⁾ การมีขนาดครัวเรือนที่เล็กลงไม่ได้หมายถึงการเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัวจากครัวเรือนขยายมาเป็นครัวเรือนเดี่ยว แม้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรจะแสดงว่าระหว่าง พ.ศ.2523-2533 สัดส่วนของครัวเรือนทั้งหมดที่เป็นครัวเรือนเดี่ยวได้ลดลงจากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 68 ขณะที่สัดส่วนที่เป็นครัวเรือนขยายคงที่หรือเพิ่มเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 26⁽⁴⁰⁾ แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่สามารถใช้ฉายภาพของ แนวโน้มระยะยาวของการเปลี่ยนโครงสร้างครัวเรือนของประเทศไทย การเปลี่ยนโครงสร้างครัวเรือนอาจ หมายถึงการเปลี่ยนองค์ประกอบของสมาชิกในครัวเรือน เช่น เปลี่ยนจากที่ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นอายุ (ปู่ย่าตายาย พ่อแม่ และบุตร) เป็นครัวเรือน 2 รุ่นอายุ (พ่อแม่กับบุตร หรือ ปู่ย่าตายายกับหลาน) อย่างไรก็ตามลักษณะของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนดังกล่าวในสังคมไทยยังขาดข้อมูลสนับสนุน นอกจากนี้มักมีการเชื่อมโยงในเชิงเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนกับความอ่อนแอของวัฒนธรรมการ ดูแลบิดามารดาสูงอายุซึ่งพบในประเทศพัฒนาแล้ว ข้อสังเกตดังกล่าวนี้เป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ เพราะการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่มีความเป็นเมืองมากขึ้นอาจทำให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลบิดามารดาได้เหมือนเดิม รูปแบบการดูแลอาจต้องเปลี่ยนไปแต่ความสัมพันธ์แบบครัวเรือนขยายอาจทำให้คงอยู่ได้แม้ว่าขนาดและโครงสร้างมีการเปลี่ยนแปลง

การลดการตายหรือการเพิ่มอายุคาดหมายโดยเฉพาะของกลุ่มสูงอายุ จะทำให้อายุเฉลี่ยของสมาชิกในครัวเรือนสูงขึ้น ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลที่ต่างก็เป็นผู้สูงอายุอาจมีสัดส่วนสูงขึ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจอาศัยอยู่ร่วมกับหลานโดยไม่มีรุ่นลูกมากขึ้นอันเนื่องมาจากการเพิ่มการตายจากโรคเอดส์หรือการย้ายถิ่น อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเพียงการคาดเดาที่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนอีกเช่นกัน มากไปกว่านั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครัวเรือนอาจไม่ราบรื่นเพราะช่องว่างระหว่างวัยที่เพิ่มขึ้นจากความแตกต่างในความทันสมัยของคนต่างวัย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรมีผลสืบเนื่องทางเศรษฐกิจในแง่ของอุปทานแรงงาน ในอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนและสัดส่วนประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ของประเทศไทยจะยังคงเพิ่มต่อไปจนถึงประมาณปีพ.ศ.2553-2563 จึงจะลดลง ในขณะที่ประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลงโดยตลอดและทำให้อัตราส่วนพึ่งพาเด็กลดลงเช่นกัน ในทางตรงกันข้ามอัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุจะเพิ่มเร็วขึ้นในอีก 10-20 ปีข้างหน้าและหลังจากนั้นจะมีขนาดใหญ่กว่าอัตราส่วนพึ่งพาเด็ก⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ (ตาราง ข และตาราง ค) ดังนั้นช่วง 20 ปีต่อจากนี้จึงยังเป็นยุคที่ยังไม่ขาดแคลนแรงงาน แต่เป็นช่วงที่ต้องมีการขยายตลาดแรงงานหรือเศรษฐกิจเพื่อรองรับแรงงานที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อสังคมมีผู้สูงอายุมากขึ้นและต้องการทำงานอาจเกิดปัญหาการแข่งขันงานระหว่างคนต่างรุ่นอายุ

การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นนอกจากทำให้สังคมมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นแล้วยังทำให้การลงทุนใหม่ทำได้ยากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคและการใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลจะ

เปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้สูงอายุอาจบริโภคอาหารน้อยลงแต่จะบริโภคบริการหรือการใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ไม่สามารถมีการออมเงินได้เหมือนเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาวและยังอาจต้องนำเงินที่ออมไว้มาใช้จ่าย สังคมโดยรวมก็ต้องมีการจัดระบบประกันทางเศรษฐกิจและสวัสดิการด้านต่างๆซึ่งต้องใช้เงินมาก ทำให้การดึง แหล่งเงินเพื่อลงทุนหรือขยายการเติบโตทางเศรษฐกิจอาจมีอุปสรรค

ระดับการศึกษา การทำงานเชิงเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคมที่สูงขึ้นของสตรีตามการ เปลี่ยนแปลงของสังคมอาจส่งผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นสตรีและไม่ได้ทำงานหรือถ้าทำก็เป็นงานที่ทำในบ้าน⁽³⁴⁾ ในอนาคตภาวะทางกายและใจของสตรีโดยเฉพาะสตรีในวัยกลางคนอาจได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่หลายบทบาทมากขึ้น ทั้งการดูแลบ้าน การดูแลบุตร การดูแลผู้สูงอายุ และการที่ต้องประกอบอาชีพ ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกใน ครอบครัวอาจถูกกระทบและต้องเปลี่ยนแปลง

ปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์

การระบาดของเชื้อเอชไอวี (Human immune deficiency virus) และโรคเอดส์ (Acquired immune deficiency syndrome) มีผลสืบเนื่องทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบทางประชากรของการระบาดของเชื้อเอชไอวีมีได้หลายด้าน เช่น จำนวนและอัตราเพิ่มประชากร จำนวนและอัตราการเกิด จำนวนและอัตราการตาย และจำนวนเด็กกำพร้า เป็นต้น โดยภาพรวม ผลกระทบของการระบาดของเชื้อเอชไอวีต่ออัตราเกิด อัตราเพิ่มประชากร และขนาดประชากรมีน้อย แม้ว่าอัตราตายในภาวะการณ์ที่มีเอดส์จะสูงกว่าไม่มีเอดส์ก็ตาม ประมาณร้อยละ 10 ของการตายทั้งหมดระหว่างพ.ศ.2523-2548 เป็นการตายจากเอดส์โดยผลกระทบของเอดส์ต่อการตายในแต่ละอายุไม่เท่ากัน กลุ่มที่กระทบมากที่สุดคือกลุ่มแรงงานอายุ 15-49 ปี⁽³⁵⁻³⁸⁾ จากการศึกษาโดยการคาดประมาณพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ต่อคนที่ตายด้วยเอดส์ทั้งหมดจะเพิ่มจากร้อยละ 0.3 ในช่วงปีพ.ศ.2534-2538 เป็นร้อยละ 1.5 ในช่วงปีพ.ศ.2549-2553 และจะลดลงเป็นร้อยละ 1 ในช่วงปีพ.ศ.2559-2563⁽³⁵⁾ จากรายงานขององค์การสหประชาชาติที่คาดประมาณการกระจายของคนที่เสียชีวิตตามกลุ่มอายุในระหว่างปีพ.ศ.2533-2538 และ พ.ศ.2543-2548 ภายใต้สถานการณ์ที่มีเอดส์และไม่มีเอดส์ พบว่า ร้อยละของคนตายที่อายุ 65 ปีขึ้นไปในสถานการณ์ไม่มีเอดส์จะสูงกว่าสถานการณ์ที่มีเอดส์ คือร้อยละ 41 เปรียบเทียบกับร้อยละ 39 สำหรับปี พ.ศ.2533-2538 และร้อยละ 50 เปรียบเทียบกับร้อยละ 40 สำหรับปีพ.ศ.2543-2548⁽³⁶⁾ การที่สัดส่วนคนตายที่เป็นผู้สูงอายุในสถานการณ์ไม่มีเอดส์สูงกว่ามีเอดส์เพราะในสถานการณ์มีเอดส์จะมีสัดส่วนคนตายในช่วงอายุหนุ่มสาวสูงกว่าในสถานการณ์ไม่มีเอดส์ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนที่จะมีชีวิตรเข้าสู่วัยสูงอายุ การที่สัดส่วนคนตายที่เป็นประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มสูงขึ้นจะส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพาที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และการที่ประชากรวัยแรงงานหดหายไปเพราะการป่วยหรือตายจากเอดส์อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศได้รับผลกระทบ กล่าวคือนอกจากขาดแรงงานทำงานแล้ว ยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประชากรที่เป็นเอดส์อีกด้วย

ในประเด็นผลกระทบของการระบาดของเอดส์ต่อประชากรผู้สูงอายุ แม้จะยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม แต่อาจเชื่อได้ว่าการระบาดของเอดส์ซึ่งเพิ่มการตายในคนหนุ่มสาวน่าจะส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾ ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจประสบปัญหาทางการเงินเพราะขาดบุตรที่จะมาเกื้อหนุนยามสูงอายุในแง่ทั้งที่เป็นแรงงานและที่ช่วยส่งเสียด้านการเงิน ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุอาจต้องรับภาระดูแล

บุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์หรือเลี้ยงดูหลานกำพร้าที่พ่อแม่ตายจากเอดส์ องค์การสหประชาชาติประมาณว่า จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีที่กำพร้ามารดาจะเพิ่มเพราะการระบาดของเอดส์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเองอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการดูแลบุตรหรือญาติที่ป่วยด้วยเอดส์ถ้าผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอดส์ สุขภาพของผู้สูงอายุอาจถูกกระทบจากความเหนื่อยล้าในการดูแลบุตรหรือญาติที่ป่วยด้วยเอดส์ สุขภาพทางใจอาจมีปัญหา เพราะความเครียดในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยเอดส์ เครียดเรื่องภาระค่าใช้จ่าย อาจถูก โดนตีจากชุมชนเพราะความกลัวที่มีผู้ป่วยเอดส์อยู่กับผู้สูงอายุ และอาจเสียใจจากการตายของบุตรที่เป็นเอดส์

งานวิจัยที่ควรมี

- การทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของผู้สูงอายุไทย ได้เห็นข้อจำกัดของงานวิจัยเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่ใช้ การติดตามการเปลี่ยนแปลงทางประชากร จำเป็นต้องมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือและปรับปรุงให้ทันสมัย การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของประชากรในอนาคตจำเป็นต้องพึ่งผลการคาดประมาณประชากรที่เป็นที่ยอมรับ (การคาดประมาณประชากรประเทศไทยที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวางคือการคาดประมาณปีพ.ศ.2533-2563 ซึ่งพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ.2538 ซึ่งเมื่อศึกษาถึงข้อสมมติต่างๆเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และการตายที่ใช้ในการคาดประมาณพบว่าการคาดประมาณระดับกลางน่าจะสูงเกินไป) ควรมีโครงการทำการคาดประมาณประชากรชุดใหม่โดยคณะนักวิชาการ ข้อมูลที่น่าจะใช้เป็นฐานคือสำมะโนปีพ.ศ.2543 ประกอบกับข้อมูลแหล่งอื่นๆ การคาดประมาณประชากรชุดใหม่ยังคงควรไว้ซึ่งความหลากหลายในการฉายภาพประชากร ตามเพศและอายุ รายปี กับกลุ่มอายุ 5 ปี โดยให้กลุ่มอายุสุดท้ายคือ 100 ปีขึ้นไปเพื่อประโยชน์ในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรสูงอายุ
- ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ของประชากรสูงอายุอายุมาก (old old) เปรียบเทียบกับกลุ่มสูงอายุอายุน้อย (young old)
- งานวิจัยที่ผ่านมาให้ภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากร สาเหตุของการเกิดภาวะประชากรสูงอายุ ภาวะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของประชากรสูงอายุ แต่งานวิจัยที่จะตอบคำถามผลสืบเนื่องของประชากรสูงอายุนั้นมีจำกัดมาก เช่น อุปทานของแรงงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบของความทันสมัยต่อบทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุ
- ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นกับภาวะการเป็นประชากรสูงอายุและผลกระทบของการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ
- เพื่อทดสอบสมมติฐานว่า การย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวส่งผลให้มีการทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ข้างหลังตามลำพัง จึงอาจมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการย้ายถิ่นสุทธิกับสัดส่วนที่อยู่คนเดียว หรือการไม่มีบุตรอยู่ด้วย

- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพของบ้านที่อยู่อาศัยกับการเกิดอุบัติเหตุ
- ศึกษาความต้องการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและลำดับก่อนหลังของชนิดการปรับปรุงที่ต้องการ
- ศึกษาผลกระทบของการระบาดของเชื้อเอชไอวีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ Van Landingham และคณะ⁽³⁹⁾ เสนอประเด็นสำคัญต่างๆที่ควรศึกษาวิจัยถึงผลกระทบทั้งทางตรงและผลกระทบทางอ้อมของเอดส์ต่อผู้สูงอายุ ที่น่าสนใจได้แก่ ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและวิธีการติดเชื้อเอดส์ในประชากรสูงอายุและแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอดส์ ความชุกของการตายของบุตรจากเอดส์ในประชากรสูงอายุและผลกระทบของการตายของบุตรจากเอดส์ต่อสภาพความเป็นอยู่ สุขภาพทางกายใจและภาวะด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ภาคผนวก

ตาราง ก จำนวนประชากรรวม ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ของ ประเทศไทย จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่าง ๆ

| ประชากรรวม (x 1,000) | | 2503 | 2513 | 2523 | 2533 | 2543 | 2548 | 2553 | 2558 | 2563 | 2568 |
|------------------------------------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| สมมติฐานอัตราเจริญพันธุ์ | | | | | | | | | | | |
| สภาพพัฒนาฯ (ไม่มี) ⁽¹³⁾ | สูง | 26,634 | 36,215 | 49,259 | 66,402 | 88,035 | | | | | |
| | กลาง | 26,634 | 36,215 | 48,868 | 62,784 | 76,571 | | | | | |
| | ต่ำ | 26,634 | 36,215 | 47,056 | 58,657 | 70,574 | | | | | |
| สภาพพัฒนาฯ 2524 ⁽¹⁴⁾ | สูง | | 36,370 | 46,455 | 56,185 | 66,114 | 71,044 | | | | |
| | ต่ำ | | 36,370 | 46,455 | 55,345 | 63,772 | 67,745 | | | | |
| สภาพพัฒนาฯ 2534 ⁽¹⁵⁾ | สูง | | | 46,718 | 56,082 | 64,771 | 68,788 | 72,450 | 75,684 | | |
| | กลาง | | | 46,718 | 56,082 | 64,110 | 67,789 | 71,118 | 73,951 | | |
| | ต่ำ | | | 76,718 | 56,082 | 63,792 | 67,302 | 70,396 | 73,023 | | |
| สภาพพัฒนาฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ | กลาง | | | | 55,839 | 62,405 | 65,034 | 67,230 | 69,076 | 70,503 | |
| ปราโมทย์และคณะ ⁽⁹⁾ | | - | | | | 62,056 | 64,845 | 67,004 | 68,646 | 69,901 | 70,768 |
| UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | สูง | 26,392 | 35,745 | 46,718 | 55,595 | 61,844 | 65,151 | 68,530 | 71,735 | 74,778 | 77,953 |
| | กลาง | 26,392 | 35,745 | 46,718 | 55,595 | 61,399 | 63,989 | 66,511 | 68,872 | 70,975 | 72,717 |
| | ต่ำ | 26,392 | 35,745 | 46,718 | 55,595 | 61,121 | 63,132 | 64,917 | 66,380 | 67,421 | 67,999 |

ตาราง ๓ (ต่อ)

| จำนวนประชากรสูงอายุ (x 1,000) | 2503 | 2513 | 2523 | 2533 | 2543 | 2548 | 2553 | 2558 | 2563 | 2568 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| สภาพการณ์ฯ (ไม่มี) ⁽¹³⁾ | 1,322 | 1,954 | 2,655 | 3,783 | 5,066 | | | | | |
| สภาพการณ์ฯ 2524 ⁽¹⁴⁾ | | 1,696 | 2,308 | 3,310 | 4,473 | 5,289 | | | | |
| สภาพการณ์ฯ 2534 ⁽¹⁵⁾ | | | 2,527 | 3,478 | 5,005 | 5,804 | 6,833 | 8,354 | | |
| สภาพการณ์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ | | | | 4,034 | 5,733 | 6,617 | 7,639 | 9,104 | 10,776 | |
| ปราโมทย์และคณะ ⁽⁹⁾ | | | | | 5,559 | 6,348 | 7,441 | 9,127 | 11,309 | 13,890 |
| UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | | | 2,527 | 3,716 | 5,338 | 6,149 | 7,205 | 8,755 | 10,767 | 13,126 |

ตาราง ก (ต่อ)

สัดส่วนประชากรสูงอายุ (ต่อ 1,00)

| | สมมติฐาน อัตราเจริญพันธุ์ | 2503 | 2513 | 2523 | 2533 | 2543 | 2548 | 2553 | 2558 | 2563 | 2568 |
|---|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| สภาพัฒน์ฯ (ไม่มีปี) ⁽¹³⁾ | สูง | 5.0 | 5.4 | 5.4 | 5.7 | 5.8 | | | | | |
| | กลาง | 5.0 | 5.4 | 5.4 | 6.0 | 6.6 | | | | | |
| | ต่ำ | 5.0 | 5.4 | 5.6 | 8.0 | 7.2 | | | | | |
| สภาพัฒน์ฯ 2524 ⁽¹⁴⁾ | สูง | | 4.7 | 5.0 | 5.9 | 6.8 | 7.4 | | | | |
| | กลาง | | - | - | - | - | - | | | | |
| | ต่ำ | | 4.7 | 5.0 | 6.0 | 7.0 | 7.8 | | | | |
| สภาพัฒน์ฯ 2534 ⁽¹⁵⁾ | สูง | | | 5.4 | 6.2 | 7.7 | 8.4 | 9.4 | 11.0 | | |
| | กลาง | | | 5.4 | 6.2 | 7.8 | 8.6 | 9.6 | 11.3 | | |
| | ต่ำ | | | 5.4 | 6.2 | 7.8 | 8.6 | 9.7 | 11.4 | | |
| สภาพัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ ปรามิทยและคณะ ⁽⁹⁾ UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | กลาง | | | | 7.2 | 9.2 | 10.2 | 11.4 | 13.2 | 15.2 | |
| | - | | | | | 9.0 | 9.8 | 11.1 | 13.3 | 16.2 | 19.6 |
| | สูง | | | 5.4 | 6.7 | 8.6 | 9.4 | 10.5 | 12.2 | 14.4 | 16.8 |
| | กลาง | | | 5.4 | 6.7 | 8.7 | 9.6 | 10.8 | 12.7 | 15.2 | 18.1 |
| | ต่ำ | | | 5.4 | 6.7 | 8.7 | 9.7 | 11.1 | 13.2 | 16.0 | 19.3 |

ตาราง ข

จำนวนประชากร (x 1,000 คน) จำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี, และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ. 2513-พ.ศ. 2563

| | <u>2513</u> | <u>2523</u> | <u>2533</u> | <u>2543</u> | <u>2553</u> | <u>2563</u> |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| สภาพพัฒนาฯ 2538⁽¹⁶⁾ | | | | | | |
| <15 | 15,506 | 17,165 | 15,710 | 15,960 | 14,915 | 13,884 |
| 15-59 | 17,167 | 25,214 | 35,847 | 40,715 | 44,680 | 45,845 |
| 60+ | 1,681 | 2,445 | 3,975 | 5,733 | 7,639 | 10,776 |
| รวม | 34,354 | 44,824 | 54,532 | 62,408 | 67,234 | 70,505 |
| สำนักงานคณะกรรมการ | | | | | | |
| ศึกษาแห่งชาติ 2542⁽¹⁸⁾ | | | | | | |
| <15 | | | | 14,566 | 14,003 | 13,205 |
| 15-59 | | | | 41,932 | 45,560 | 46,314 |
| 60+ | | | | 5,822 | 8,118 | 10,048 |
| รวม | | | | 62,320 | 67,681 | 69,567 |
| UN 1998⁽¹⁷⁾ | | | | | | |
| <15 | 16,514 | 18,693 | 17,748 | 15,489 | 14,344 | 14,061 |
| 15-59 | 17,515 | 25,498 | 34,130 | 40,571 | 44,962 | 46,149 |
| 60+ | 1,715 | 2,527 | 3,716 | 5,338 | 7,205 | 10,765 |
| รวม | 35,744 | 47,118 | 55,594 | 61,398 | 66,511 | 70,975 |

ตาราง ๑ การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี, และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2563

| | 2513 | 2523 | 2533 | 2543 | 2553 | 2563 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| สภาพพัฒนาฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ | | | | | | |
| <15 | 45.2 | 38.3 | 28.8 | 25.6 | 22.2 | 19.7 |
| 15-59 | 49.9 | 56.3 | 63.9 | 65.2 | 66.5 | 65.0 |
| 60+ | 4.9 | 5.4 | 7.3 | 9.2 | 11.4 | 15.3 |
| รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| สำนักงานคณะกรรมการ | | | | | | |
| ศึกษาแห่งชาติ 2542 ⁽¹⁸⁾ | | | | | | |
| <15 | | | | 23.4 | 20.7 | 19.0 |
| 15-59 | | | | 67.3 | 67.3 | 66.6 |
| 60+ | | | | 9.3 | 12.0 | 14.4 |
| รวม | | | | 100 | 100 | 100 |
| UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | | | | | | |
| <15 | 46.2 | 39.7 | 31.9 | 25.2 | 21.6 | 19.8 |
| 15-59 | 49.0 | 54.1 | 61.4 | 66.1 | 67.6 | 65.0 |
| 60+ | 4.8 | 5.4 | 6.7 | 8.7 | 10.8 | 15.2 |
| รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

ตาราง ง อัตราเพิ่มประชากรรวม และอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ

อัตราเพิ่มของประชากรรวม (ร้อยละ)

| | <u>2533-2543</u> | <u>2543-2548</u> | <u>2548-2553</u> | <u>2553-2558</u> | <u>2558-2563</u> | <u>2563-2568</u> |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| สภาพัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ | 1.11 | 0.83 | 0.66 | 0.54 | 0.41 | |
| ปราชญ์และคณะ ⁽⁹⁾ | | 0.88 | 0.55 | 0.48 | 0.36 | 0.25 |
| UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | 0.99 | 0.83 | 0.77 | 0.70 | 0.60 | 0.49 |

อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ (ร้อยละ)

| | <u>2533-2543</u> | <u>2543-2548</u> | <u>2548-2553</u> | <u>2553-2558</u> | <u>2558-2563</u> | <u>2563-2568</u> |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| สภาพัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ | 3.51 | 2.87 | 2.88 | 3.51 | 3.37 | |
| ปราชญ์และคณะ ⁽⁹⁾ | | 2.65 | 3.18 | 4.08 | 4.29 | 4.11 |
| UN 1998 ⁽¹⁷⁾ | 3.62 | 2.83 | 3.17 | 3.90 | 4.17 | 3.96 |

ตาราง จ อัตราเกิดหยาบ และอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน)⁽¹⁹⁾

| <u>ปี พ.ศ.</u> | <u>อัตราเกิดหยาบ</u> | <u>อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด</u> |
|----------------|----------------------|-------------------------------|
| 2507-2508 | 41.8 | 6.3 |
| 2517-2519 | 35.6 | 4.9 |
| 2528-2529 | 23.9 | 2.7 |
| 2532 | 20.4 | 2.4 |
| 2534 | 20.2 | 2.2 |
| 2538-2539 | 17.9 | 2.0 |

ตาราง ๖ อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิด อัตราตายหยาบ (ต่อพัน) และ อัตราตายทารก (ต่อพัน)⁽²⁰⁾

| ปี พ.ศ. | อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิด | | อายุคาดหมายที่อายุ 60 | | อัตราตายหยาบ | อัตราตายทารก |
|-----------|-------------------------|------|-----------------------|------|--------------|--------------|
| | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | | |
| 2507-2508 | 55.2 | 61.8 | 14.9 | 19.5 | 10.9 | 84.5 |
| 2517-2519 | 58.0 | 63.8 | 16.1 | 18.9 | 8.6 | 51.8 |
| 2528-2529 | 63.8 | 68.9 | 15.5 | 18.6 | 6.4 | 40.7 |
| 2532 | 65.6 | 70.9 | 16.6 | 19.9 | 6.0 | 38.8 |
| 2534 | 67.7 | 72.5 | 18.8 | 22.0 | 5.9 | 34.5 |
| 2538-2539 | 69.9 | 74.9 | 20.3 | 23.9 | 6.0 | 26.1 |

ตาราง ๓ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุและเพศ จากการฉายภาพประชากรพ.ศ.2543-พ.ศ.2568⁽⁹⁾

| อายุ | 2543 | | 2548 | | 2553 | | 2558 | | 2563 | | 2568 | |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง |
| 60-64 | 922.3 | 979.7 | 981.0 | 1,071.3 | 1,206.9 | 1,346.8 | 1,581.8 | 1,769.3 | 1,957.1 | 2,134.6 | 2,316.6 | 2,479.9 |
| 65-69 | 769.3 | 823.7 | 799.7 | 896.3 | 853.4 | 986.6 | 1,058.8 | 1,249.1 | 1,398.0 | 1,650.2 | 1,744.5 | 2,002.8 |
| 70-74 | 516.0 | 595.8 | 610.1 | 703.3 | 636.6 | 773.8 | 687.2 | 861.2 | 864.5 | 1,103.5 | 1,155.3 | 1,472.1 |
| 75-79 | 248.0 | 342.3 | 354.0 | 450.4 | 420.9 | 540.5 | 445.8 | 604.9 | 489.9 | 684.8 | 629.0 | 894.7 |
| 80-84 | 87.2 | 155.4 | 135.9 | 212.4 | 197.1 | 286.4 | 239.1 | 351.7 | 259.3 | 403.3 | 291.7 | 468.0 |
| 85-89 | 25.1 | 58.7 | 34.1 | 71.2 | 55.4 | 101.0 | 82.9 | 140.6 | 103.7 | 117.9 | 115.4 | 210.8 |
| 90-94 | 6.4 | 19.5 | 6.1 | 17.4 | 9.0 | 22.3 | 15.4 | 33.1 | 24.1 | 47.8 | 30.8 | 62.8 |
| 95-99 | 1.5 | 6.0 | 0.8 | 3.2 | 0.9 | 3.1 | 1.4 | 4.2 | 2.6 | 6.6 | 4.2 | 10.0 |
| 100+ | 0.3 | 1.4 | 0.1 | 0.7 | 0.1 | 0.4 | 0.1 | 0.4 | 0.1 | 0.5 | 0.3 | 0.9 |
| 60+ | 2,576.1 | 2,982.6 | 2,921.8 | 3,426.1 | 3,380.2 | 4,060.8 | 4,112.6 | 5,014.4 | 5,099.4 | 6,209.4 | 6,288.0 | 7,602.1 |

ตาราง ๓ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุและเพศ จากการประมาณประชากรพ.ศ.2543-พ.ศ.2563⁽¹⁶⁾

| อายุ | 2543 | | 2548 | | 2553 | | 2558 | | 2563 | |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง |
| 60-64 | 974 | 1083 | 1040 | 1166 | 1213 | 1342 | 1537 | 1701 | 1777 | 1944 |
| 65-69 | 742 | 848 | 847 | 984 | 908 | 1064 | 1065 | 1229 | 1357 | 1564 |
| 70-74 | 469 | 553 | 596 | 721 | 683 | 841 | 739 | 914 | 873 | 1063 |
| 75+ | 452 | 612 | 539 | 724 | 673 | 915 | 807 | 1112 | 919 | 1279 |
| 60+ | 2637 | 3096 | 3022 | 3595 | 3477 | 4162 | 4148 | 4956 | 4926 | 5850 |

ตาราง ณ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (หน่วย: พันคน) จำแนกตามอายุและเพศ จากการคาดประมาณประชากรพ.ศ.2543-พ.ศ.2568⁽¹⁷⁾

| อายุ | 2543 | | 2548 | | 2553 | | 2558 | | 2563 | | 2568 | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง |
| 60-64 | 823 | 939 | 882 | 982 | 1066 | 1186 | 1375 | 1559 | 1694 | 1903 | 2013 | 2189 |
| 65-69 | 624 | 748 | 723 | 872 | 783 | 919 | 957 | 1119 | 1245 | 1479 | 1545 | 1813 |
| 70-74 | 449 | 563 | 520 | 672 | 609 | 790 | 666 | 837 | 823 | 1027 | 1080 | 1366 |
| 75-79 | 269 | 366 | 338 | 469 | 396 | 566 | 469 | 669 | 520 | 717 | 651 | 889 |
| 80-84 | 139 | 220 | 171 | 265 | 219 | 344 | 260 | 418 | 314 | 503 | 355 | 548 |
| 85-89 | 55 | 96 | 68 | 126 | 86 | 155 | 113 | 202 | 138 | 252 | 170 | 311 |
| 90-94 | 12 | 29 | 18 | 37 | 23 | 50 | 30 | 63 | 41 | 85 | 52 | 109 |
| 95-99 | 2 | 4 | 2 | 6 | 4 | 8 | 5 | 12 | 7 | 15 | 10 | 21 |
| 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 60+ | 2,373 | 2,965 | 2,722 | 3,429 | 3,186 | 4,019 | 3,875 | 4,880 | 4,783 | 5,982 | 5,877 | 7,248 |

ตาราง ญ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุ จากการฉายภาพประชากร
พ.ศ.2543-พ.ศ.2568⁽⁹⁾

| อายุ | 2543 | 2548 | 2553 | 2558 | 2563 | 2568 |
|-------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|
| 60-64 | 1,902.0 | 2,052.3 | 2,553.7 | 3,351.1 | 4,091.7 | 4,796.5 |
| 65-69 | 1,593.0 | 1,696.0 | 1,840.0 | 2,307.9 | 3,048.2 | 3,747.3 |
| 70-74 | 1,111.8 | 1,313.4 | 1,410.4 | 1,548.4 | 1,968.0 | 2,627.4 |
| 75-79 | 590.3 | 804.4 | 961.4 | 1,050.7 | 1,174.7 | 1,523.7 |
| 80-84 | 242.6 | 348.3 | 483.5 | 590.8 | 662.6 | 759.7 |
| 85-89 | 83.8 | 105.3 | 156.4 | 223.5 | 221.6 | 326.2 |
| 90-94 | 25.9 | 23.5 | 31.3 | 48.5 | 71.9 | 93.6 |
| 95-99 | 7.5 | 4.0 | 4.0 | 5.6 | 9.2 | 14.2 |
| 100+ | 1.7 | 0.8 | 0.5 | 0.5 | 0.6 | 1.2 |
| 60+ | 5,558.7 | 6,347.9 | 7,441.0 | 9,127.0 | 11,308.8 | 13,890.1 |

ตาราง ฎ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุ จากการประมาณประชากร
พ.ศ.2543-พ.ศ.2563⁽¹⁶⁾

| อายุ | 2543 | 2548 | 2553 | 2558 | 2563 |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 60-64 | 2,057 | 2,206 | 2,555 | 3,238 | 3,721 |
| 65-69 | 1,590 | 1,831 | 1,972 | 2,294 | 2,921 |
| 70-74 | 1,022 | 1,317 | 1,524 | 1,653 | 1,936 |
| 75+ | 1,064 | 1,263 | 1,588 | 1,919 | 2,198 |
| 60+ | 5,733 | 6,617 | 7,639 | 9,104 | 10,776 |

ตาราง ๗ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุ จากการคาดประมาณประชากร พ.ศ.2538-2568⁽¹⁷⁾

| อายุ | 2538 | 2543 | 2548 | 2553 | 2558 | 2563 | 2568 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 60-64 | 1,523 | 1,762 | 1,864 | 2,252 | 2,934 | 3,597 | 4,202 |
| 65-69 | 1,172 | 1,372 | 1,595 | 1,702 | 2,076 | 2,724 | 3,358 |
| 70-74 | 803 | 1,012 | 1,192 | 1,399 | 1,503 | 1,850 | 2,446 |
| 75-79 | 528 | 635 | 807 | 962 | 1,138 | 1,237 | 1,540 |
| 80-84 | 283 | 359 | 436 | 563 | 678 | 817 | 903 |
| 85-89 | 114 | 151 | 194 | 241 | 315 | 390 | 481 |
| 90-94 | 30 | 41 | 55 | 73 | 93 | 126 | 161 |
| 95-99 | 4 | 6 | 8 | 12 | 17 | 22 | 31 |
| 100+ | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 60+ | 4,457 | 5,338 | 6,151 | 7,205 | 8,755 | 10,765 | 13,125 |

บรรณานุกรม

1. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: เอกสารประกอบการอภิปรายกลุ่มเรื่อง ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การสัมมนาระดับชาติเรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2524. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542:41-6.
2. นภาพร ชัยวรรณ. แนวโน้มและลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2528. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528:1-36.
3. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและ สังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ (เอกสารสถาบันหมายเลข 180/33). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
4. นภาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่ง ประเทศไทย, 2542:53-92.
5. จรรยา เศรษฐบุตร. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรชนบทไทย. วารสารประชากรและสังคม 2532:1 (2):259-78.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
7. Jitapankul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine 1998.
8. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: สมาคมพฒนาวิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2542.
9. ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรากรณ์, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, มาดี กาจนกิจสกุล. โครงสร้างอายุและเพศ ของประชากรสูงอายุในประเทศไทย (เอกสารทางวิชาการหมายเลข 242). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและ แผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมณตรี. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมณตรี, 2538.
12. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบัน หมายเลข 246/39). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2503-2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ไม่มีปีพ.ศ. ที่พิมพ์).
14. คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากร คณะอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากร. การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย 2513-2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524.
15. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2523-2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534.
16. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533-2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538.
17. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. World Population Prospects, The 1998 Revision. New York: United Nations 1999;2:784-7.
18. คณะทำงานคาดประมาณประชากร สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2542-2559. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2542.
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2538-39. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540:49.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2538-39. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540:56.
21. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. World Population Prospects, The 1998 Revision. New York: United Nations 1999;1:394-5.
22. Christenson B, Hermalin AI. Comparative Analysis of the Changing Educational Composition of the Elderly Population in Five Asian Countries: A Preliminary Report (Research Report No. 91-11). Michigan: Population Studies Center, University of Michigan, 1991.
23. Napaporn C. Population Aging in Thailand: A call for Research and Action. In: New Directions in Population policies and Programmes in Thailand (IPS Publication No. 217/94). Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1994:129-53.
24. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ผลกระทบของการลดภาวะเจริญพันธุ์ต่อระบบครอบครัวอุปถัมภ์ของผู้สูงอายุ: ตัวอย่างประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 198/35). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
25. United Nation. The Ageing of Populations and Its Economic and Social Implication. New York: United Nations, 1956:12.

26. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. World Population Prospects: The 1998 Revision. New York: United Nations, 1999;1(Comprehensive table).
27. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ประชากรของประเทศไทยภายหลังการปฏิวัติขนาดครอบครัว. วารสารประชากรศาสตร์และสังคม 1992;3:21-53.
28. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. Falls and their associated factors: a national survey of Thai elderly. J Med Assoc Thai 1998;81:233-42.
29. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. World Urbanization Prospects, The 1996 Revision. New York: United Nations, 1997.
30. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2506. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2507.
31. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2515-2516. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2518.
32. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2524-2527. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2527.
33. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2536. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.
34. Wongsith M. and Siriboon S. Household Structure and Care for the Elderly in Thailand. In: The Family and Older Persons in China, Indonesia, and Thailand (Asian Population Studies Series No. 152). New York: United Nations, 1999:97-150.
35. The NESDB Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 1987-2000. Bangkok: Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board; Program on Population, East West Center; Program on AIDS, Thai Red Cross Society; AIDS Division, Ministry of Public Health; and Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1994.
36. United Nations Secretariat, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. The Demographic Impact of HIV/AIDS (Report on the Technical Meeting). New York: United Nations, 1998.
37. UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases. Geneva: WHO, 1998.
38. U.S. Bureau of the Census. Report WP/98 World Population Profile: 1998 with a Special Chapter Focusing on HIV/AIDS in the Developing Countries. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office, 1999:55-66.

39. Van Landingham M, Knodel J, Im-em W, Saengtienchai C. The Impact of HIV/AIDS on Older Populations in Developing Countries: Some Observations based upon the Thai Case (report No. 99-441). Michigan: Population Studies Center at the Institute for Social Research, the University of Michigan, 1999.
40. นภาพร ชโยวรรณ. "ผู้สูงอายุไทยถูกทอดทิ้งมากขึ้นจริงหรือ".วารสารประชากรศาสตร์ 2538;1:49-55.

บทที่ 3 : ครอบครัวและผู้สูงอายุ

รศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกคน เนื่องจากเป็นสถาบันพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกลักษณะ เป็นแหล่งที่เลี้ยงดู หล่อหลอม อบรมสั่งสอน ชัดเจน ปกป้องคุ้มครองและพัฒนาบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งสิ้นชีวิต ด้วยเหตุนี้การพัฒนาต่างๆ จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยมีแนวคิดที่ว่าหากครอบครัวดีแล้ว ชุมชน สังคม และประเทศชาติย่อมจะดีไปด้วย สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนโยบายพัฒนาสถาบันครอบครัวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 6 เป็นต้นมา และปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้นในฉบับที่ 8 เป้าหมายสำคัญในการพัฒนาสถาบันครอบครัวอยู่ที่ความสำคัญของสถาบันครอบครัวในฐานะเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในสังคม แต่มีพลังที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคม และความมั่นคงต่อประเทศชาติได้ในอนาคต

คำว่า “ครอบครัว” มีความหมายและลักษณะที่แตกต่างหลากหลายประเด็นตามแนวคิดพื้นฐานทางวิชาการของแต่ละสาขา วิชาการทางสังคมวิทยาให้ความหมายว่า “ครอบครัว (family) หมายถึง สถาบันสังคมขั้นมูลฐานที่ประกอบด้วยชายหนึ่งหรือมากกว่าอยู่รวมกันกับหญิงหนึ่งหรือมากกว่า โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมอนุมัติพร้อมด้วยสิทธิและหน้าที่ที่สังคมยอมรับ”⁽¹⁾ ซึ่งหากพิจารณาจากความหมายทางสังคมวิทยาดังกล่าวนี้นี้เป็นการกำหนดโดยยึดถือความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชาย-หญิง เป็นตัวกำหนดซึ่งปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เกิดการสมรสระหว่างเพศเดียวกัน เกิดการอยู่รวมกันโดยที่สังคมไม่เห็นด้วย หรือเกิดการพึ่งพิงกันระหว่างผู้ที่เข้มแข็งกว่ากับผู้อ่อนแอ ความหมายดังกล่าวไม่สามารถอธิบายลักษณะของครอบครัวในสถานการณ์ปัจจุบันให้ครอบคลุมได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องนำมิติทางขอบเขตของความสัมพันธ์มาพิจารณาในการกำหนดการอธิบายความหมายของครอบครัว ซึ่งได้แก่⁽²⁾

1. ความสัมพันธ์ทางกฎหมาย (legal Relationship)
2. ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต (consanguine boundary)
3. ความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological or emotional relationship)
4. ความสัมพันธ์ทางกายภาพ (physical boundary)

จากการพิจารณาภายใต้ขอบเขตดังกล่าว ทำให้สามารถให้ความหมายของ “ครอบครัว” ได้ว่า “ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย อาทิ ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการสมรสหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ที่เกิดจากการสืบทอดทางสายโลหิต เช่น บิดา-มารดา-ปู่-ย่า-ตา-ยาย-ลูก-หลาน-และเครือญาติ หรือมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นความผูกพันว่าตนเป็นเหมือนคนหนึ่งครอบครัว ถึงแม้จะไม่มีข้อผูกพันด้านอื่นก็ตาม เช่น ผู้ที่เป็นเพศเดียวกัน มีความสัมพันธ์และพึ่งพิงกันทั้งทางสังคมและ/หรือทางเศรษฐกิจ หรือมีความสัมพันธ์ของแหล่งที่อยู่อาศัย โดยมาอยู่อาศัยร่วมกันในชุมชนเดียวกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน หรืออยู่ในสถาบันที่ให้การดูแล เป็นต้น การพิจารณา

ความหมายของคำว่า ครอบครัวจากเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จะครอบคลุมถึงสภาพครอบครัวในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

ครอบครัวและผู้สูงอายุมีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น จะแตกต่างกันตรงที่ความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุมีจุดสิ้นสุดในตัวเอง และเป็นจุดสิ้นสุดที่เป็นการยุติบทบาทต่างๆโดยสิ้นเชิง นั่นคือการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่สำหรับบุคคลวัยอื่น การสิ้นสุดของแต่ละช่วงอายุเป็นการสิ้นสุดที่นำไปสู่การเริ่มต้นในช่วงใหม่ขึ้นอีก และมักจะอยู่ในลักษณะของความเจริญก้าวหน้า ดังนั้นสังคมทั่วไปจึงให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นอย่างมากโดยพิจารณาพัฒนาการที่เกี่ยวพันกันมาแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปในอนาคตอย่างละเอียดอ่อนกว่าวัยอื่นๆ ด้วยเหตุนี้ การนำเสนอเรื่องราวของ “ครอบครัวและผู้สูงอายุ” จึงประกอบด้วยสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมาจากอดีตสู่ปัจจุบันที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นพลวัตรในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ครอบครัว ครั้วเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน
2. สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในอดีต
3. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ
4. บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน
5. บทบาทและการเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน
6. ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
7. คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ
8. การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ
9. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
10. แนวคิดการพัฒนาครอบครัว

ครอบครัว ครั้วเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทยที่มีมาโดยลำดับ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและครั้วเรือนอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มในอนาคต การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมามีสาเหตุจากการที่แต่ละครอบครัวเริ่มจำกัดจำนวนบุตรให้ลดน้อยลง ผู้คนเริ่มเปลี่ยนจากอาชีพด้านการเกษตรเข้าสู่อาชีพด้านอุตสาหกรรม การขยายตัวของเขตเมือง วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การเคลื่อนย้ายถิ่นเพื่อการทำงานประกอบอาชีพหรือเพื่อการศึกษา รวมทั้งความต้องการเป็นอิสระของคู่สมรสที่ไม่ต้องการอาศัยอยู่กับครอบครัวของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและย้ายออกไปตั้งครั้วเรือนใหม่ที่อยู่ห่างกันออกไป^(3,4) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ขนาดของสมาชิกในครั้วเรือนเริ่มลดลง เหลือเพียงสมาชิก 2 รุ่นอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงประเภทของครั้วเรือนที่มีขนาดใหญ่ไปสู่ครั้วเรือนขนาดเล็กที่ประกอบด้วยคนเพียง 2 รุ่นอายุ คือ คู่สมรสและบุตร^(2,5,6)

จากการสำรวจจำมะโนประชากรที่ผ่านมามีพบว่า จำนวนสมาชิกเฉลี่ยในครั้วเรือนมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับจากที่มีมากกว่า 5 คนในปีพ.ศ.2523 จนลงมาต่ำกว่า 4 คนในปัจจุบัน และเมื่อพิจารณาเฉพาะครั้วเรือนที่มีผู้สูงอายุพำนักอยู่ด้วย ปรากฏว่าเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุในประเทศไทยพำนักอยู่ในครั้วเรือนบุคคล⁽⁷⁾ มีเพียง

ร้อยละ 2 เท่านั้นที่อยู่ในสถาบัน เช่น วัด และสถานสงเคราะห์ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนบุคคลพบว่าในปีพ.ศ.2538 ประมาณร้อยละ 4.3 ของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยคนเดียว ซึ่งไม่แตกต่างจากตัวเลขในปีพ.ศ.2529 แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับคู่สมรสเพียงลำพังสองคนได้เพิ่มจากร้อยละ 6.7 ในปีพ.ศ.2529 เป็นร้อยละ 11.9 ในปีพ.ศ.2538 ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 76.9 ในปีพ.ศ.2529 ลงเป็นร้อยละ 70.9 ในปีพ.ศ.2538 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคล 2 รุ่นอายุขึ้นไป⁽⁸⁾

เมื่อพิจารณาประเด็นของการถือฤกษ์แล้วสภาพโครงสร้างครัวเรือนของผู้สูงอายุไทยในระยะที่ผ่านมา จะเห็นแนวโน้มการเป็นครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็กมากยิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึงการลดลงของสัดส่วนการอยู่ร่วมกับบุคคลที่ได้รับการคาดหมายจากสังคมว่าจะเป็นผู้ที่ให้การถือฤกษ์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งคือบุตรนั่นเอง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยของการที่บุตรอยู่ร่วมครัวเรือนหรือแยกไปตั้งครัวเรือนในพื้นที่ห่างไกลจากบิดามารดาและปัจจัยการเยี่ยมบ้านจากบุตรที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดามารดา แสดงนัยบางประการว่าในอนาคตการอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันระหว่างบุตรและบิดามารดาที่สูงอายุจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง และการเยี่ยมเยียนคาดว่าจะลดลงเป็นอย่างมากในเขตชนบท⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า สถานะสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้บุตรและผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน และทำให้บุตรที่ตั้งครัวเรือนในที่ห่างไกลมีการเยี่ยมเยียนบิดามารดาที่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

การวิเคราะห์ดังกล่าวนี้เป็นการพิจารณาภาพของครัวเรือนที่แตกต่างจากคำว่า ครอบครัว เนื่องจากพิจารณาเฉพาะความสัมพันธ์ของแหล่งที่อยู่อาศัยที่มีความหมายแคบกว่าครอบครัวอย่างมาก การถือฤกษ์ในครอบครัวไม่ถือว่าเป็นการให้เงินทอง สิ่งของ การเยี่ยมเยียน การติดต่อสื่อสาร การให้กำลังใจ การสนับสนุนสภาพจิตใจ ตลอดจนการจัดการธุระต่างๆ เป็นครั้งคราว ย่อมเกิดขึ้นได้ แม้ว่าไม่ได้พำนักอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงความเข้มแข็งของการถือฤกษ์แล้ว ย่อมมีระดับที่ลดลงในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ห่างไกลกัน ส่วนคำว่าครอบครัวขยายและครอบครัวเดียวนั้น มีความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน โดยแต่เดิมเป็นการพิจารณาถึงการอยู่ร่วมของบุคคลรุ่นต่างๆ ในครอบครัวไม่ว่าจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน หรืออยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มครัวเรือนก็ตาม ซึ่งเป็นการพิจารณาลักษณะครอบครัวในเชิงสังคมวิทยา ที่มีความหมายแสดงถึงวัฒนธรรมการตั้งครัวเรือนของชุมชนเกษตรกรรม และความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวตั้งครัวเรือนแยกห่างกันออกไปไม่ได้หมายความว่าความสัมพันธ์ในรุ่นเดียวกันหรือรุ่นสายตรงจะถดถอยลงเสมอไป การถือฤกษ์ซึ่งกันและกัน ยังอาจคงอยู่ได้ในระดับที่ดี เพียงแต่อาจมีความจำกัดทางกายภาพและรูปแบบการถือฤกษ์ที่แปรเปลี่ยนไปเท่านั้น

ด้วยความจำกัดของนิยามและการจำแนกครอบครัวในความหมายครอบครัวขยาย-ครอบครัวเดี่ยว และความจำกัดของข้อมูลทั้งในด้านรูปแบบและเนื้อหาของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกต่างๆ ในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ทำให้พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้จำกัดวงของการจำแนกประเภทของครอบครัวในกรอบของครัวเรือนเท่านั้น ดังนั้นความหมายของครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยวที่มักใช้หรืออ้างถึงจึงเป็นการให้ความหมายตามนัยของรูปแบบครัวเรือน โดยจำแนกเป็นครัวเรือนขยายหรือครัวเรือนเดี่ยวตามจำนวนและรุ่นของสมาชิกในครัวเรือน ด้วยเหตุนี้ กลุ่มของครัวเรือนที่อยู่ร่วมกันโดยเป็นของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน (ซึ่งคงคุณลักษณะของครอบครัวขยาย) จะได้รับการจำแนกเป็นครัวเรือนเดี่ยว เนื่องจากแยกอยู่บ้านคนละหลัง อย่างไรก็ตามครอบครัวที่สมาชิกแยกตั้งครัวเรือนเดี่ยวที่อยู่ห่างไกลกันแต่มีสายสัมพันธ์แนบแน่นและสามารถ

เกี่ยวกันได้ดีเช่นครอบครัวขยายดั้งเดิม จะไม่ได้รับการพิจารณาถึงคุณลักษณะของความเป็นครอบครัวขยายแต่อย่างใด ดังนั้นในการพิจารณาเรื่องครอบครัว แรงสนับสนุนและการเกื้อหนุนระหว่างสมาชิกครอบครัวในบั้นนี้จึงมีความหมายกว้างกว่ารูปแบบครัวเรือนที่ปรากฏ โดยครอบคลุมถึงสัมพันธภาพ ทัศนคติ วิถีชีวิต ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ดังนั้นปัจจุบันจึงพบว่า ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในครัวเรือน 4 ลักษณะ ได้แก่⁽¹⁰⁻¹⁶⁾

1. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในครัวเรือนขนาดใหญ่^(16,17) เป็นลักษณะที่มีครอบครัวของบุตร หลาน ญาติ และบุคคลอื่นอยู่ด้วยกัน หรือปลูกบ้านอยู่ในบริเวณขอบเขตเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์ที่สมาชิกอื่นในครอบครัวมีต่อผู้สูงอายุเป็นหลัก พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะมีฐานะเป็นเสาหลักของครอบครัว ถึงแม้จะไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วก็ตาม บุตรหลานและสมาชิกอื่นในครอบครัวยังคงให้ความรักความนับถืออยู่⁽⁸⁾ และหากพิจารณาตามนัยทางประชากรศาสตร์ โดยอาศัยจำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือนของผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 คน⁽¹⁸⁾ และถือว่าครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเกินกว่านี้ (ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป) เป็นครัวเรือนขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุไทยที่อยู่อาศัยกับสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปมีถึงร้อยละ 46.6⁽¹⁸⁾

2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดเล็ก⁽¹²⁻¹⁴⁾ ซึ่งหากพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ตามจำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้าน โดยถือว่าครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 4 คนลงมาเป็นครัวเรือนขนาดเล็ก จะพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 49.1 ที่อาศัยในครัวเรือนประเภทนี้⁽¹⁸⁾ ซึ่งนับว่าโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการอยู่อาศัยในครอบครัวลักษณะนี้มากที่สุด

3. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง^(10,12-14) ซึ่งมีหลายลักษณะ ได้แก่ การอยู่อาศัยเพียงคนเดียวเนื่องจากเป็นม่าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแล รวมทั้งการอยู่อาศัยเพียงลำพังแต่มีการปลูกบ้านอยู่อาศัยในบริเวณบ้านญาติหรือผู้อื่น กลุ่มนี้มีจำนวนไม่มากนักประมาณร้อยละ 3.6 ถึงร้อยละ 4.3⁽¹⁸⁾

4. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับสถาบันทางสังคมต่างๆ^(12-14,19) ถึงแม้จะไม่เป็นการอยู่อาศัยในครอบครัวตามความเข้าใจทั่วไป แต่เมื่อพิจารณาเงื่อนไขทางข้อกฎหมายและความสัมพันธ์ภายในสถาบันแล้ว สถาบันทางสังคมบางแห่งอาจนับได้ว่าเป็น “ครอบครัว” ลักษณะหนึ่งของผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา โดยผู้สูงอายุที่เข้าอยู่เป็นผู้ที่ไร้ญาติขาดผู้อุปการะดูแล หรือมีปัญหาในการปรับตัวกับบุคคลในครอบครัว หรือภาวะทางร่างกายเสื่อมถอยอย่างมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องพึ่งพิงสถาบันทางสังคมทั้งของรัฐและเอกชน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐจำนวน 2,718 คน⁽²⁰⁾

สิ่งที่เกิดขึ้นคู่กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวและครัวเรือนคือ การเกิดองค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆเพื่อทำหน้าที่และรับภาระทดแทนสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เช่น เกิดสถานรับเลี้ยงและดูแลเด็ก สถานศึกษา สถานพยาบาล ศูนย์บริการต่างๆ รวมทั้งร้านค้า ธุรกิจ และแหล่งบันเทิง ที่เกิดมาเพื่อช่วยบรรเทาภาระต่างๆที่ครอบครัวไม่สามารถจะทำได้ ความผูกพันและเอื้ออาทรทางจิตใจ ความเป็นพี่น้องสายโลหิตเดียวกัน ที่ต้องเกี่ยวพันซึ่งกันและกันเริ่มลดลง เกิดความสัมพันธ์แบบเฉพาะตัว และต่างคนต่างอยู่มากยิ่งขึ้น เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบใหม่ที่อาศัยปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวชี้้นำ เมื่อพิจารณาถึงผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนบุคคลสำคัญในครอบครัว แต่ภาวะการพึ่งตนเองทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมเริ่มลดลงตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในครัวเรือนและครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก

สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุในอดีต

ระบบครอบครัวที่ปรากฏในสังคมมีหลากหลายรูปแบบและขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของแต่ละสังคม โดยทั่วไปครอบครัวแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่^(2,21) ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 ชั่วอายุคน คือ บิดามารดาและบุตรอยู่ร่วมกัน และครอบครัวขยาย (extended family) ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 3 ชั่วอายุคนขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะการขยายในแนวดิ่ง หรือประกอบด้วยเครือญาติ เช่น ป้า น้า อาและคู่สมรสอยู่ร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะการขยายในแนวนอน ในอดีตครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวใหญ่ มีหลายครอบครัวที่อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิตหลายชั้น นับตั้งแต่ ปู่ ย่า ตา ทวด ลุง ป้า น้า อา จนถึงรุ่นลูกหลาน และเครือญาติอื่นๆ ในบางท้องถิ่นพบว่าหลายๆครอบครัวเป็นญาติพี่น้องกันโดยนิยมตั้งบ้านเรือนอยู่รวมกลุ่มกัน มีความผูกพันต่อเนื่องกันหลายชั่วอายุ ผู้ที่ทำหน้าที่ปกครองบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากที่สุดที่จะทำหน้าที่เสมือนประมุขของบ้านดูแลทุกข์สุขของคนในครอบครัว กำหนดภาระหน้าที่ มอบมรดก สอน ให้อ่านและลงโทษแก่สมาชิกในครอบครัว ผู้อาวุโสหรือผู้สูงอายุที่สุดจึงเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในเรื่องสำคัญทุกเรื่อง สมาชิกในครอบครัวให้ความยำเกรงและเคารพเชื่อฟัง ผู้สูงอายุมักทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางความสัมพันธ์ของบุคคลต่างๆในครัวเรือน หรือแม้แต่กรณีพิพาทกันในครัวเรือน ผู้สูงอายุจะได้รับการยอมรับให้มีสถานภาพและบทบาทในการเป็นผู้ไกล่เกลี่ยและตัดสินกรณีพิพาทต่างๆเหล่านั้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายยังทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนสมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ทางวิชาการ ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่สั่งมาให้แก่สมาชิกในครอบครัวและสังคม⁽⁶⁾ เป็นผู้ทำหน้าที่ขัดเกลาทางสังคมให้แก่บุตรหลานในครอบครัวให้เป็นคนดี รวมทั้งเป็นแหล่งรวมจิตใจของทุกคนในครอบครัวอีกด้วย

จากบทบาทของผู้สูงอายุดังกล่าวแสดงว่า สถานภาพของผู้สูงอายุในอดีตเป็นสถานภาพที่ได้รับการยกย่องและให้เกียรติเป็นที่เคารพนับถืออย่างสูงสุดในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและครัวเรือนที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานภาพหลักในครอบครัว คือ การเป็นหัวหน้าครัวเรือน ในการศึกษาที่ผ่านมามีการให้ความหมายหรือเกณฑ์การกำหนดบุคคลเป็นหัวหน้าครัวเรือนมีความแตกต่างกัน บางการศึกษาจะพิจารณาจากเกณฑ์ทางนิตินัย คือ ถือเอาสถานภาพของการเป็นเจ้าของบ้านหรือเจ้าของบ้าน หรือมีบทบาทสำคัญทางเศรษฐกิจ บางการศึกษาจะพิจารณาทางพฤตินัย โดยพิจารณาจากความอาวุโส การได้รับความเคารพนับถือจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ หรือการยอมรับจากบุคคลต่างๆในครัวเรือน เพื่อให้มีความสอดคล้องกันในเนื้อหาการทบทวนองค์ความรู้เรื่องนี้ จึงกำหนดความหมายของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนว่า หมายถึง “สมาชิกในครัวเรือนส่วนบุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นหัวหน้าครัวเรือน และโดยทั่วไปเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบสูงสุดในการปกครอง หรือเป็นผู้อุปถัมภ์ในเชิงเศรษฐกิจและสวัสดิภาพของสมาชิกในครัวเรือน”⁽²²⁾ และตามเกณฑ์ดังกล่าวพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยถึงร้อยละ 58-66 ที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 59-67) จะดำรงสถานภาพนี้มากกว่าในเขตเมือง (ร้อยละ 51-63) ทั้งนี้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีสัดส่วนของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนต่ำสุด (ร้อยละ 58)^(18,22) ซึ่งแสดงให้เห็น

ว่าผู้สูงอายุกว่าครึ่งที่ยังคงสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า สัดส่วนการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุในภาคต่างๆไม่แตกต่างกัน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสถิติสูงสุดคือร้อยละ 60 และ กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือร้อยละ 48.5⁽²²⁾ แต่เมื่อพิจารณาประเด็นความแตกต่างทางเพศต่อบทบาทการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุชายเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าผู้สูงอายุหญิง 2 เท่า ไม่ว่าจะมองในภาพรวมหรือระดับภาคก็ตาม⁽¹⁰⁾ แนวโน้มสถานภาพการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความสำคัญของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักรของชีวิต อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนนั้นไม่จำเป็นจะต้องทำให้สถานภาพทางสังคมลดลงแต่อย่างใด ผู้สูงอายุยังคงสถานภาพเป็นคู่สมรส บิดามารดา และญาติของสมาชิกคนอื่นๆ และยังคงสถานภาพที่เหมาะสมอยู่ได้

บทบาทการเป็นผู้นำ หัวหน้า ผู้หาเลี้ยง และศูนย์กลางกิจกรรมในครอบครัวของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาททางเศรษฐกิจในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปีทำงานประกอบอาชีพร้อยละ 47.9 และลดลงตามลำดับจากร้อยละ 36.4 ในช่วงอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 15.8 ในช่วงอายุ 70-74 ปี และเหลือเพียงร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป⁽¹⁰⁾ สำหรับอัตราการประกอบอาชีพที่ยาวนานนั้น กลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพการเกษตร ร้อยละ 36.1 และกลุ่มช่างผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตและกรรมการ ร้อยละ 32.8 ปฏิบัติงานจนอายุถึง 75 ปีซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มยังต้องประกอบอาชีพอยู่จนกว่าร่างกายจะรับภาระหนักไม่ได้จึงจะหยุดประกอบอาชีพ

อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้หยุดจากการทำงานเพราะสภาพความอ่อนแอของร่างกายและปัจจัยอื่นๆ และมีความต้องการให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนในเวลาที่เหลือให้ดีที่สุด โดยไม่ต้องประกอบอาชีพใดๆ แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีความต้องการที่จะประกอบอาชีพในสัดส่วนที่สูงและมักประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถทำงานได้⁽²³⁾ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งจะพยายามประกอบอาชีพและจะยุติเมื่อร่างกายไม่เอื้ออำนวยหรือบุตรหลานร้องขอให้ยุติ อย่างไรก็ตามสังคมเริ่มเปลี่ยนความคิดและความเชื่อถือโดยให้ความสำคัญกับความสามารถในเชิงเศรษฐกิจมากกว่าบทบาทด้านสังคมจิตวิทยา⁽⁵⁾ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเชิงเศรษฐกิจได้ จึงทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุเริ่มลดลงด้วยเช่นกันบทบาทที่เคยเป็นที่ปรึกษาและเป็นที่ตัดสินใจเรื่องต่างๆในครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ต้องรับฟังเรื่องราวต่างๆที่ผ่านการตัดสินใจของบุตรหลานมาแล้ว ในช่วงชีวิตวัยนี้ ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตอยู่ภายในบ้านมากกว่าจะมีกิจกรรมนอกบ้าน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและวัฒนธรรมบางประการมีส่วนทำให้บทบาทการเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ การอบรมสั่งสอน การขัดเกลาทางสังคม และการถ่ายทอดศิลปวิทยาการต่างๆของผู้สูงอายุลดลงเช่นกัน และเมื่อรวมกับบทบาทที่สถาบันทางสังคมบางประเภทรับภาระหน้าที่แทน ทำให้บทบาทด้านนี้ของผู้สูงอายุเริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทของผู้ที่คอยกำกับดูแลควบคุมให้บุตรหลานปฏิบัติตามเงื่อนไขกฎเกณฑ์ต่างๆของสถาบันทางสังคมเหล่านั้น นอกจากนี้การที่สังคมมีเครื่องอำนวยความสะดวกและมีเครื่องอุปกรณ์สื่อสารและบันเทิง ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะเด็กจะสนใจและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการฟังวิทยุและใช้โทรทัศน์ ทำให้ขาดการร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในด้านของผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุไม่คิดว่าบทบาท

ของตนลดลง แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทไปตามวัยเท่านั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การมีบทบาทใหม่ในครอบครัวต่อไป

บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน

การพิจารณาถึงบทบาทของผู้สูงอายุนั้น อาจพิจารณาได้จากสถานภาพและกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่ ดังที่กล่าวแล้วว่า โดยทั่วไปแต่ละครอบครัวมีความปรารถนาที่จะให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนและหยุดจากภารกิจประจำที่ทำมาเป็นเวลานาน แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความประสงค์ที่จะช่วยบุตรหลานในการทำกิจกรรมต่างๆ เท่าที่สามารถจะทำได้ บางครอบครัวถึงแม้จะมีผู้รับผิดชอบอยู่แล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังพยายามคงบทบาทอยู่เช่นเดิม ด้วยความรู้สึกอยากช่วยแบ่งเบาภาระของบุตร^(11-15,24-27) เช่น เลี้ยงหลาน ประกอบอาหาร ซักผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน และเฝ้าบ้านเมื่อสมาชิกในครอบครัวออกไปประกอบอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนน้อย ผู้สูงอายุยังคงรับผิดชอบภาระงานต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ถึงแม้จะไม่มีการมอบหมายงานที่ถาวรหรือเป็นกิจลักษณะที่แน่นอนก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังพยายามคงบทบาทของตนอยู่เช่นเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะมีบทบาทในครอบครัวทุกด้าน คือนอกจากมีบทบาทในการรับภารกิจต่างๆ ในบ้านแล้ว ยังมีบทบาทในการหารายได้และประกอบอาชีพอีกด้วย⁽¹¹⁻¹⁶⁾ หากพิจารณาอาชีพที่ผู้สูงอายุทำเป็นสองส่วนคือ อาชีพในภาคเกษตรและนอกภาคเกษตร พบว่าผู้สูงอายุในภาพรวมส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 ทำงานในภาคเกษตร เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพการทำงาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด คือ ร้อยละ 66 รองลงมาเป็นผู้ช่วยธุรกิจของครัวเรือน (ร้อยละ 18.5) และลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 10.2)⁽¹⁰⁾ ผู้สูงอายุจะหยุดการทำงานด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน โดยร้อยละ 59 หยุดด้วยเหตุผลทางสุขภาพ ร้อยละ 14 ด้วยเหตุผลที่ครอบครัว-บุตรต้องการให้หยุด ร้อยละ 10 ต้องการหยุดเอง และร้อยละ 7 จำเป็นต้องหยุดตามกฎหมายของหน่วยงาน⁽¹⁸⁾ เมื่ออายุสูงวัยมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวนั้นยังคงมีอยู่ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอาชีพใด กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทางเกษตรยังคงทำหน้าที่ไม่แตกต่างจากเดิมเพียงแต่ลดปริมาณลงเท่านั้น สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ รับจ้าง ค้าขาย พบว่าส่วนใหญ่เมื่อพ้นจากสภาพเดิมจะหันมาทำงานในบ้าน ปลูกพืชผักสวนครัวหรือเลี้ยงหลาน ส่วนผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีมักจะอยู่บ้านเฉยๆแต่อาจทำอะไรเล็กๆน้อยๆเป็นกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศแล้วข้อมูลจากหลายแหล่งระบุว่า ผู้สูงอายุสตรีที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุชายเป็นผู้ทำงานบ้านทุกชนิดในสัดส่วนที่สูง ไม่ว่าจะพิจารณาจากลักษณะและประเภทของงานในลักษณะใดก็ตาม⁽⁸⁾ เมื่อพิจารณาจากทัศนคติของผู้สูงอายุเองนั้น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทที่เหมาะสมของตนในครอบครัว คือ กระบวนการอบรมสั่งสอนทางสังคม (socialization) ซึ่งเป็นการอบรมสั่งสอนบุตรหลานให้มีความซื่อสัตย์สุจริต ขยันศึกษาเล่าเรียน ปฏิบัติตนในสิ่งที่ดีงาม เพื่อที่จะได้เป็นคนดีในอนาคต ส่วนบทบาทรองเป็นการช่วยทำงานบ้าน ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เฝ้าบ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวภายในครอบครัวอีกด้วย

บทบาทที่สำคัญของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่งคือ บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาหรือให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานในครอบครัวได้ลดน้อยลงมาก พบว่าบุตรหลานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) ไม่เคยนำเรื่องมาปรึกษาเลย ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นสิ่งที่ขัดกับระบบครอบครัวไทยที่มีมาแต่เดิม จากการศึกษาพบว่าถึงแม้บุตรหลานจะคงความสนิทสนม การเอาใจใส่ และการปฏิบัติอย่างดีต่อผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่จำเป็นต้องหมายความว่า ลูกหลานจะนำ

เรื่องที่ตนมีปัญหามาปรึกษาด้วย แต่มักเป็นไปในทำนองขออนุญาตเสียส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของการปรึกษาแล้ว เรื่องราวบุตรหลานที่ขอคำปรึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับธุรกิจการงาน รองลงมาได้แก่ ปัญหาครอบครัวหรือชีวิตความเป็นอยู่ เรื่องทางการศึกษา และเรื่องทางเศรษฐกิจ⁽²⁷⁾ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังคงบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาและเกื้อหนุนด้านจิตใจแก่บุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นโดยเฉพาะในชุมชนชนบท อาทิ การจัดงานศพ และพิธีการต่างๆที่สำคัญ⁽¹²⁻¹⁴⁾

การกลับคืนบทบาทของผู้สูงอายุ (role inversion) โดยเข้าสู่บทบาทพึ่งพิงครอบครัวนั้น เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองและการติดต่อกับผู้อื่นลดลง และบุตรหลานมีความรู้สึกที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจะพึ่งพิงตนเองได้และต้องเข้าไปดูแล ดังนั้นผู้สูงอายุจะกลายเป็นเสมือนบุตรหรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอีกครั้งหนึ่ง⁽²⁷⁾ โดยทั่วไปปัจจัยสำคัญของการกลับคืนบทบาทของผู้สูงอายุ คือ การที่บุตรมีระดับการศึกษาสูงและมีรายได้สูง และอายุของผู้สูงอายุที่มากขึ้น⁽²⁴⁾ ซึ่งแสดงว่าเศรษฐกิจจะมีผลต่อบทบาทต่างๆของผู้สูงอายุเท่ากับภาวะทางร่างกาย

กล่าวโดยสรุป ไม่ว่าจะพิจารณาข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวหรือจากผู้สูงอายุเอง ต่างมีความเห็นร่วมกันว่าผู้สูงอายุยังคงดำรงบทบาทที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

บทบาทและการเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน

บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัฏจักรชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวโดยตลอด บทบาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบจากสมาชิกรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพเป็นสองปัจจัยสำคัญของกระบวนการดังกล่าว ในระยะที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อกูลแก่สมาชิกในครอบครัวมากกว่าจะเป็นผู้รับ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจถดถอยแต่ยังมีสุขภาพที่ดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะยังดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อกูลทางสังคมและกายภาพแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่จะมีการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป โดยเกิดขึ้นอย่างช้าๆและต่อเนื่อง และความขัดแย้งทางความคิดเห็นอาจเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจะมีบทบาทเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม จนเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลเกื้อกูล บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจากผู้ให้ไปเป็นผู้รับ ระยะผันเปลี่ยนจะสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวหรือแม้แต่ว่าความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้เกื้อกูลไปเป็นผู้ที่ต้องรับการเกื้อกูลช่วยเหลือ และการเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับผิดชอบดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นบทบาทโดยทั่วไปของครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีต่อผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการและเกื้อหนุนดูแล ซึ่งหมายถึง การแสดงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร

เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลทั้งยามปกติและเจ็บป่วย และนามธรรมเช่น การให้กำลังใจ การเยี่ยมเยียน และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ทั้งในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคม^(4,10,12-14,18) ในสังคมไทยทั่วไป บทบาทของครอบครัวในการเกื้อกูลผู้สูงอายุจะประกอบด้วย บทบาท 3 ด้าน^(10,12-14,24) ได้แก่ บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ และบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม

บทบาทแรก บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย เป็นการดูแลทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการดูแลโดยเกื้อกูลบางลักษณะ เช่น การให้เงิน อาหาร เสื้อผ้า การจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการเกื้อกูลในปัจจุบันพื้นฐานของการดำรงชีวิต โดยร้อยละ 80.6 ของบุตรที่มีอายุระหว่าง 13-59 ปีที่มีพ่อแม่อายุ 50 ปีขึ้นไปได้มีบทบาทการเกื้อกูลดังกล่าว การเกื้อกูลที่ให้ความแตกต่างกันตามเศรษฐกิจ การศึกษา สถานภาพในครอบครัวและวิถีทางในการดำเนินชีวิตของแต่ละภูมิภาค⁽¹⁰⁾

การเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่สำคัญมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาจากความคาดหวังจากผู้สูงอายุหรือจากสัดส่วนของการเกื้อกูลที่ปรากฏอยู่ คือการช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามรักษาต่อเนื่องโดยพาไปพบแพทย์ และรับภาระด้านค่ารักษาพยาบาล⁽²⁸⁾ สัดส่วนการเกื้อกูลประเภทนี้อยู่ในระดับสูงมาก โดยสัดส่วนที่ให้การดูแลพ่อแม่ถึงร้อยละ 88.8 และให้การดูแลแม่มีสูงถึงร้อยละ 90.4⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาลให้การดูแลบิดามารดาในสัดส่วนที่สูงกว่าครอบครัวในเขตเทศบาล ซึ่งบทบาทนี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากรวมทั้งเป็นความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติเช่นนี้เมื่ออายุมากขึ้น

การดูแลเรื่องอาหารเป็นบทบาทที่ครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยร้อยละ 82.3 และ 85 ของครอบครัวได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่พ่อแม่ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ โดยทั่วไปบทบาทของครอบครัวในด้านอาหารนี้เป็นบทบาทของการจัดการดูแลภายในครัวเรือนสำหรับสมาชิกทุกคนและมิได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุสตรีที่มีสถานภาพเป็นแม่หรือยาย มักจะมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน อาทิ มีหน้าที่จัดหาอาหาร และทำการปรุงอาหารสำหรับทุกคนในบ้านที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นในภาพรวม การจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น มิได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใด ถือเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องอยู่กินร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพาหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษออกไป เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลว หรือความต้องการวิตามินหรืออาหารเสริม เป็นต้น ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นการเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน

สำหรับการเกื้อกูลด้านการเงิน เป็นการเกื้อกูลที่มีการปฏิบัติในสัดส่วนที่สูงเช่นกัน^(29,30) โดยบุตรร้อยละ 76.6 ได้ระบุว่าตนได้ให้เงินแก่พ่อแม่ และร้อยละ 82.3 ให้แก่แม่ การเกื้อกูลด้านการเงินแก่พ่อแม่ของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการให้เงินแก่พ่อแม่ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการเกื้อกูลเสมอไป ในวัฒนธรรมไทยที่ยังปฏิบัติกันอยู่ ลูกหลานจะให้เงินส่วนหนึ่งของรายได้แก่บุพการีด้วยเหตุผลของ

ความกตัญญู ทั้งที่ผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นจะต้องใช้เงินจำนวนนั้นแต่อย่างใด ในทางตรงข้าม การเกื้อกูลด้านการเงิน อาจอยู่ในรูปการเกื้อกูลทางอ้อมในรูปของอาหาร ค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาและการรักษาพยาบาล หรือ การจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ โดยไม่ได้อยู่ในรูปตัวเงินชัดเจน ดังนั้น ถึงแม้จะพบว่าร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปรายงานว่าไม่ได้รับการเกื้อกูลด้านการเงินจากบุตร⁽¹⁰⁾ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นขาดการเกื้อกูลอย่างเหมาะสมจากบุตรหลานแต่อย่างใด การพิจารณาผลการศึกษาวิจัยจึงต้องมีความระมัดระวังอย่างยิ่ง

สำหรับเครื่องนุ่งห่มหรือเสื้อผ้าเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัวค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับ การเกื้อกูลด้านอื่น โดยปรากฏว่าร้อยละ 58-63 ของครอบครัวนอกเขตเทศบาล และร่วร้อยละ 54-61 ของครอบครัวในเขตเทศบาล⁽¹⁰⁾ โดยทั่วไปลักษณะการจัดหาเสื้อผ้าจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1-2 ครั้งเฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ หรือวันขึ้นปีใหม่⁽¹⁸⁾

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายในระดับสูง โดยผู้สูงอายุหญิงได้รับการดูแลทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุชาย บุตรและคู่สมรสของบุตรเป็นผู้ที่เป็นกำลังสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายสูงกว่าเครือข่ายอื่น และเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้นสัดส่วนการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะบุตรก็จะสูงขึ้นในทุกๆ ด้าน

บทบาทที่สอง บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นบทบาทที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ⁽¹²⁻¹⁴⁾ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุมากกว่าเครือข่ายอื่นๆ เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ จะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแทน ลักษณะการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการแสดงความใกล้ชิด เอื้ออาทร พุดคุย ให้ความสำคัญในการตัดสินใจ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรทั้งที่อยู่ใกล้และที่อยู่ห่างไกล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและมีคุณค่า ในภาพรวม มีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 1 เท่านั้นที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง นอกจากนั้น การติดต่อสื่อสารยังเป็นกิจกรรมที่แสดงความรักเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้บุตรหลานในชนบทนิยมติดต่อกับผู้สูงอายุโดยทางจดหมาย ส่วนในเมืองนิยมใช้โทรศัพท์^(8,13,31-33)

การเกื้อกูลด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญประการหนึ่งคือ การที่บุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่น การไปวัด การตักบาตรหรือร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ ซึ่งครอบครัวในชนบทมีบทบาทด้านนี้สูงกว่าครอบครัวในเมือง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงในจิตใจและมีความพึงพอใจมากเช่นกัน

บทบาทที่สาม บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม เป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคม และเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทด้านนี้กับการเกื้อกูลและบทบาทด้านอื่นๆ พบว่าเป็นบทบาทที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด โดยบทบาทด้านสังคมที่ชัดเจนมักเป็นการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น⁽¹⁵⁾ และพบในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง แต่ผู้สูงอายุในเมืองมีโอกาสรับฟังข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟัง

วิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งน่าจะนำไปสู่การสรุปที่ว่า การถือผู้สูงอายุด้านสังคม มีความแตกต่างกันตามพื้นที่ โดยในชนบทเป็นลักษณะการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบที่เป็นกิจกรรม ในชุมชนโดยตรง แต่ในเมืองมักเป็นรูปแบบของการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆที่เข้าถึงได้ดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ในสังคมไทยพบว่าบทบาทและการถือผู้สูงอายุของครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยและองค์ประกอบ หลายด้าน ทั้งนี้เป็นไปตามโอกาสและความเหมาะสมที่กำหนดด้วยเงื่อนไขต่างๆ ได้แก่ ความพร้อมของบุตร หลานและเครือญาติ การพึ่งพาของผู้สูงอายุ และบุตรหญิงและสะใภ้ ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายการดูแลน้อยหรืออยู่ ห่างไกลจะประสบปัญหาขาดผู้ดูแลและถือผู้สูงอายุในโอกาสที่สูง⁽¹²⁾ บุตรที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกับบิดามารดา มี แนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านอาหารหรือเสื้อผ้าแก่บิดามารดาสูงอายุ ขณะที่บุตรที่อยู่ห่างไกลออกไปมี แนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านการเงินมากกว่าบุคคลอื่น⁽³⁴⁾ บทบาทของครอบครัวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อภาวะการ พึ่งตนเองของผู้สูงอายุถดถอยลง บุตรหญิงโดยเฉพาะผู้ที่ยังโสดและสะใภ้จะได้รับการคาดหวังจากครอบครัว และผู้สูงอายุว่าจะสามารถแสดงบทบาทในการถือผู้สูงอายุได้มากกว่าสมาชิกคนอื่น⁽³⁵⁾

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวยังคงให้ความสำคัญต่อบทบาทของตนเองในการถือผู้สูงอายุ แม้จะมี ภาระหน้าที่อื่นๆไม่ว่าจะเป็นงานประจำหรือภาระอื่นใดก็ตาม แต่บทบาทและหน้าที่ที่มีต่อผู้สูงอายุยังคงเป็นสิ่งที่ ครอบครัวให้ความสำคัญ โดยถ้าเป็นการดูแลถือผู้สูงอายุไป สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจะไม่รู้สึกว่าการถือผู้ สูงอายุในครอบครัวเป็นปัญหาที่สร้างความเครียดด้านอารมณ์ จิตใจ หรือภาระที่ต้องสูญเสียเวลาความเป็น ส่วนตัว การติดต่อสังสรรค์กับเพื่อนและบุคคลอื่นในสังคม⁽²⁸⁾ หากแต่เมื่อผู้สูงอายุมีสถานะพึ่งพาสูง โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมหรือช่วยตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวจะเกิดภาวะเครียดและได้รับแรง กดดันจากหน้าที่รับผิดชอบค่อนข้างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลด้าน สุขลักษณะ⁽³⁵⁻³⁸⁾ แต่ถึงแม้จะประสบปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทอยู่บ้าง ครอบครัวยังคงตระหนักในบทบาท หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติและถือผู้สูงอายุในฐานะบุพการีของตนอย่างมั่นคงและแน่วแน่ และก่อให้เกิดความ พึงพอใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก⁽³⁹⁻⁴⁰⁾ อาจกล่าวได้ว่า การถือผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรม ประเพณี และการอบรมสั่งสอนในสังคมไทยมาช้านาน

ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

สังคมไทยมีความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นเสมือนบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ที่กำหนดให้คนในสังคมต้องปฏิบัติตาม ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกหนึ่งของสังคมด้วย เช่นกัน โดยเฉพาะผลของการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ทุกศาสนามีข้อคำสอนที่ให้คนเคารพและอุปการะดูแลบิดามารดาของตน สำหรับพุทธศาสนาซึ่งเป็น ศาสนาประจำชาติได้สอนในเรื่องของการอุปการะบิดามารดา และถือให้พ่อแม่เป็นเจดีย์หรือเทวดาประจำ ครอบครัว นั่นคือดำรงอยู่ในฐานะที่ลูกทุกคนจะต้องมีความเคารพนับถือและเลื่อมใสศรัทธาเมื่อท่านอยู่ใน วัชชาไม่สามารถช่วยตนเองได้ ซึ่งการอุปการะเลื่อมใสศรัทธาบิดามารดานี้ถือว่าเป็นมงคลชีวิต นอกจากนั้นศาสนายัง สอนเรื่องบาปบุญคุณโทษ และกฎแห่งกรรม “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อระบบความคิดและ การดำเนินชีวิตของคนไทย จัดเป็นการอบรมสั่งสอนทางสังคม (socialization) ซึ่งส่งผลให้เกิดค่านิยมในทางดีที่ ทุกคนต้องประพฤติดีประพฤติงาม ระลึกถึงบุญคุณของผู้ที่มีพระคุณต่อตนและสังคม และเป็นการปลูกฝังให้บุตร

หลานมีความกตัญญูต่องานที่ต่อบุพการีและผู้มีพระคุณ ดังนั้นคนในสังคมไทยจึงมีความเอื้ออาทร เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีของตนเสมอมา ความเชื่อเหล่านี้เป็นเสมือนกฎเกณฑ์ของสังคม ในการควบคุมดูแลจริยธรรมและบรรทัดฐานทางสังคมของผู้คนและแทรกซึมอยู่ในระบบความคิดและการดำเนินชีวิตของคนไทยมาจนกระทั่งปัจจุบัน สังคมจะให้การยกย่องและสรรเสริญผู้ที่ดูแลบุพการีของตน ในทางตรงข้ามจะประณามและไม่ยอมรับผู้ที่ปฏิบัติไม่เหมาะสมต่อบุพการีเช่นเดียวกัน^(11-14,16,21,28,41)

ประเพณีต่างๆของคนไทยเป็นรากฐานสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อเกื้อหนุนด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น การบวชของชายไทยเมื่ออายุครบ 20 ปี ซึ่งถือว่าเป็นการบวชทดแทนคุณบิดามารดาและทดแทนค่าน้ำนมของมารดา เมื่อบุตรหลานได้บวชเรียนจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเชื่อที่ว่ากุศลจากการบวชของบุตรหลานจะมีผลต่อตนเองในภพหน้า และจัดเป็นการทดแทนคุณที่ถือว่าสูงสุด อีกทั้งยังเชื่อว่าจะมีกุศลแผ่ในหมู่วงศ์ญาติอีกด้วย นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต บุตรหลานจะนิยมบวชอีกครั้ง โดยเป็นการบวช “หน้าไฟ” ในงานศพ โดยทั่วไปนิยมบวชเพียง 1 วัน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าจะให้บุตรหลานคนใดเป็นผู้บวชให้ และจะรู้สึกปลื้มใจเมื่อทราบว่าบุตรหลานจะบวชหน้าไฟให้

ประเพณีที่สำคัญอื่นๆ ได้แก่ การรดน้ำดำหัวเนื่องในวันสงกรานต์ และการรดน้ำสังข์และให้พรเพื่อเป็นมงคลในพิธีแต่งงาน ยังเป็นประเพณีที่คงอยู่ในปัจจุบัน เป็นการสะท้อนถึงความสัมพันธ์และความสำคัญของผู้สูงอายุที่ยังคงมีต่อครอบครัวอย่างชัดเจน

ค่านิยมทางสังคมในการยึดถือระบบอาวุโสเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและเป็นการกำหนดสิทธิหน้าที่และสถานภาพของสมาชิกในสังคมไทยได้มีมาช้านาน⁽²³⁾ ระบบอาวุโสที่สังคมยึดถือได้แสดงออกในลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบ “ผู้ใหญ่” กับ “ผู้น้อย” อันสะท้อนถึงความแตกต่างทางฐานะและตำแหน่งทางสังคม ค่านิยมที่เป็นบรรทัดฐานทางสังคมนี้ดำรงอยู่อย่างเหนียวแน่น ดังจะเห็นได้จากการสื่อค่านิยมผ่านทางนิทานปรัมปรา คำสอนทางศาสนา สุภาษิต และคำพังเพยจำนวนมาก⁽¹¹⁾ จนกลายเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งของคนไทยในการประพฤติปฏิบัติ เช่น การกราบไหว้ การค้อมตัวเมื่อผ่านผู้อาวุโส การไม่ตีเสมอ การให้การเชื่อฟังคำสั่งหรือการว่ากล่าวตักเตือน และการให้ออกสีก่อนผู้อาวุโสก่อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการทะนุถนอม การดูแลตลอดจนการไม่ละเมิดหรือล่วงล้ำสิทธิของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยได้รับการยกย่องให้เกียรติ และเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆทางครอบครัวและสังคม⁽⁴¹⁾

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ภาพความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและคนรุ่นปัจจุบัน (ทั้งเด็ก วัยรุ่น และคนหนุ่มสาว) มีความห่างเหินกันมากขึ้น อันเป็นผลจากทัศนคติต่อผู้สูงอายุและวัยสูงอายุที่เปลี่ยนไป เนื่องจากคนรุ่นใหม่ในปัจจุบันถูกสิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสื่อต่างๆหรือการอบรมสั่งสอนปลูกฝังให้มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนความสำคัญจากเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรมและจากเขตชนบทไปสู่เขตเมืองทำให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีบทบาททางเศรษฐกิจสูงขึ้น ตลอดจนการเคลื่อนย้ายถิ่นที่ทำให้การพึ่งพาภายในครอบครัวและชุมชนลดความสำคัญลง จึงเป็นผลให้คนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับผู้ใหญ่ลดลงโดยเฉพาะการเคารพผู้สูงอายุ แต่ถึงแม้จะมีสัญญาณที่แสดงว่าค่านิยมเหล่านี้ได้เริ่มลดถอยลง แต่ผลการศึกษายังพบว่าค่านิยมในปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ดีพอที่จะยึดเหนี่ยวความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้ดังจะเห็นได้จากการลักษณะอยู่อาศัยร่วมกัน ตลอดจนการเกื้อกูลที่บุตรหลานมีต่อบุพการีที่ยังอยู่ในระดับที่ดีมาก⁽⁴²⁾ และหากมีการณรงค์อย่างจริงจังแล้ว คาดว่าจะสามารถดำรงค่านิยมนี้ให้อยู่ในระดับที่ดีเช่นนี้ได้ต่อไปในอนาคต

กล่าวโดยสรุป ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นค่านิยมที่เปรียบผู้สูงอายุเป็น “ผู้ให้” เป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม และเป็นผู้ที่ควรได้รับการตอบสนองอย่างยกย่องเชิดชู กล่าวคือเป็นผู้ทำประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้กับครอบครัวและสังคมในครั้งที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นผู้ที่ให้การเกื้อกูลทางวัฒนธรรมตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนภาระในครอบครัวมาชั่วชีวิต เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเปลี่ยนฐานะจาก “ผู้ให้” มาเป็น “ผู้รับ” มากขึ้น กล่าวคือ ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวและจากสังคม โดยจะปรากฏชัดเจนเมื่ออยู่ในสถานะช่วยตนเองไม่ได้และต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด ถึงแม้ในปัจจุบันการเกื้อกูลในครอบครัวและครัวเรือนยังอยู่ในระดับที่ดี แต่มีความจำเป็นในการรณรงค์ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้ค่านิยม “ระบบอาวุโส” และ “ความกตัญญู กตเวทิตา” ดำรงอยู่อย่างเข้มแข็ง เพื่อเป็นหลักประกันทั้งของการดำรงบทบาทของผู้สูงอายุในสถาบันครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการคงอยู่ของลูกโซ่ของการถ่ายทอดวิทยาการ-วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีอันเป็นเอกลักษณ์ของไทยให้คงอยู่ต่อไปโดยไม่เกิดการขาดตอนหรือสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังมองตนเองว่าเป็นผู้มีความสำคัญต่อสังคมและครอบครัว โดยเห็นว่า บุตรหลานยังคงมีการเคารพนับถือ ยกย่อง ให้เกียรติ และเชื่อฟังคำสั่งสอนหรือคำแนะนำทั่วถึงของผู้สูงอายุ และยังได้แสดงทัศนะว่า การเคารพผู้สูงอายุและการเปรียบผู้สูงอายุเสมือนร่มโพธิ์ร่มไทร จะยังคงมีอยู่และคงคู่ไปกับสังคมและวัฒนธรรมไทยต่อไปในอนาคต⁽¹⁵⁾ ซึ่งนับว่าเป็นการสะท้อนให้เห็นความรู้สึกในเชิงบวกที่ผู้สูงอายุมีต่อบุคคลในครอบครัว และต่อความเชื่อความศรัทธาในศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีของไทย

คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ

ค่านิยมในเรื่องคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการดำรงชีวิตในสังคม โดยมีพื้นฐานมาจากหลักของการเคารพส่วนบุคคล (respect for persons) ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดที่มนุษย์ปฏิบัติต่อกัน การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าตนยังมีความสำคัญและศักดิ์ศรีอย่างเท่าเทียมกันกับคนหนุ่มสาว^(11,16) ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 ประเมินตนเองว่าเป็นผู้มีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าต่อบุตรหลาน⁽¹¹⁾ ผู้สูงอายุมีทัศนะด้านคุณค่าของตนว่าเป็นผลจากความมีประสบการณ์และการประพฤติปฏิบัติโดยเฉพาะการแสดงออกถึงความมีเมตตากรุณา⁽⁴¹⁾ นอกจากนี้ ค่านิยมด้านคุณค่าอาจเป็นผลสะท้อนจากการเป็นผู้ที่มีบุญคุณและเป็นที่พึ่งทางใจต่อบุคคลในครอบครัว และที่สำคัญปัจจัยด้านวัตถุนิยมได้มีอิทธิพลต่อการกำหนดคุณค่าด้วยเช่นกัน คือ การมีเงินทองและทรัพย์สินของผู้สูงอายุ^(11-15,40) อย่างไรก็ตามในทัศนะของผู้สูงอายุนั้น การมีคุณค่าจะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีผู้ใดให้คุณค่ากับตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าของความเป็นผู้สูงอายุเกิดจากบุคคลในครอบครัว โดยผู้สูงอายุบางกลุ่มระบุว่า “คุณค่าอยู่ที่ลูก ถ้าลูกประพฤติปฏิบัติและอุปการะดี ผู้สูงอายุนั้นก็มีคุณค่า”⁽⁴¹⁾ ดังนั้น คุณค่าของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับลูกหลานในครอบครัวเป็นสำคัญ

ส่วนศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุมีมุมมองได้หลายนัย โดยอาจพิจารณาจากการเป็นผู้มีความประพฤติดี เป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นผู้ที่อยู่ในศีลธรรม เป็นผู้ที่ได้รับการเคารพยกย่อง เป็นผู้ที่ยังมีความดีงาม เป็นผู้ที่มีฐานะทางการเงินและมีทรัพย์สิน และเป็นผู้ที่ได้รับการเคารพยกย่องจากชุมชนและสังคม^(11,15) ซึ่งเป็นการพิจารณาจากด้านการกระทำและด้านจิตใจที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติและมีต่อผู้อื่นภายใต้เงื่อนไขของหลักศาสนาและบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ดังนั้น ความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุย่อมเกิดจากคุณความดีของผู้สูงอายุและความเคารพนับถือยกย่องให้เกียรติที่ครอบครัวและสังคมมีต่อผู้สูงอายุ

การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ

การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุในที่นี้หมายถึง การทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและ/หรือจิตใจ จากการที่ถูกกระทำโดยตรง หรือถูกละเลยหรือทอดทิ้งโดยไม่ได้รับการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสม การทำร้ายผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นในลักษณะการทำร้ายร่างกาย การล่วงเกินทางเพศ หรือการทำร้ายทางจิตใจ การเอาเปรียบจะเป็นการเอาเปรียบทางทรัพย์สิน และการละเลยทอดทิ้งจะเกิดกับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา โดยเป็นการเพิกเฉยไม่ให้การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ⁽⁴³⁾ ในปัจจุบัน ถึงแม้จะไม่มีสถิติหรือการศึกษาที่ยืนยันจำนวนหรือความชุกของการทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุที่แน่นอนก็ตาม แต่ประสบการณ์ของผู้ให้บริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมได้พบปัญหานี้ปรากฏในสังคมไทย⁽⁴⁴⁾

ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันมีอยู่จำกัดอย่างยิ่งและมีรายงานการศึกษาเฉพาะการทำร้ายด้านจิตใจและทางร่างกายเท่านั้น จากการศึกษาพบว่า การทำร้ายจิตใจผู้สูงอายุอาจแสดงออกได้หลายรูปแบบ ได้แก่ ลักษณะของคำพูดส่อเสียด ถากถาง หรือแสดงกิริยาไม่เหมาะสม^(10,12,24) และสำหรับการทำร้ายผู้สูงอายุทางร่างกายได้ปรากฏในรายงานเพียง 2 เรื่องเท่านั้น ที่ระบุว่าบุตรทำร้ายผู้สูงอายุจนกระทั่งแขนหักและบาดเจ็บ^(12,13)

กล่าวโดยสรุป การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจต่อการศึกษาและเก็บสถิติอย่างยิ่ง เนื่องจากสถานะความสามารถของครอบครัวที่มีแนวโน้มลดน้อยถอยลง รวมทั้งเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอาจทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลยและปฏิบัติไม่เหมาะสมมากขึ้นจนเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ดังกล่าว ซึ่งสถิติการเจ็บป่วยทางด้านการแพทย์หรือการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ จะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญต่อความรุนแรงของสภาพปัญหานี้

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ดังที่ทราบแล้วว่า ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าสถาบันอื่น และผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดคือ บุตรในครอบครัวนั้น ผลการศึกษาหลายเรื่องระบุปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุหลายประการที่สำคัญเรียงตามลำดับดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ^(23,45,46) ยิ่งผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากเพียงใด ก็เกิดภาระและความยากลำบากในการดูแลโดยครอบครัวและผู้ดูแลมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินทางและการเคลื่อนไหว จะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถเดินและเคลื่อนไหวเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันซึ่งพบมากในผู้สูงอายุหญิง นอกจากนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาในการดูแลมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

2. ปัญหาด้านการเงินของครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือขาดรายได้จะมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพซึ่งมีความต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ต้องการยาเพื่อรักษาโรค ต้องการอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย ต้องการอุปกรณ์ในการดูแลบางอย่างเป็นพิเศษ รวมทั้งความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แต่เมื่อครอบครัวประสบปัญหาด้านรายได้จึงทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแลให้มีคุณภาพและเหมาะสม ประการสำคัญ ปัญหาเหล่านี้จะเกี่ยวพันกันเป็นลูกโซ่และกระทบต่อหรือนำไปสู่ปัญหาอื่น อาทิ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและต้องไปพบแพทย์ แต่ภาวะความยากจนใน

ครอบครัวทำให้ไม่สามารถไปพบแพทย์ ทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือ
 เกื้อกูลสมาชิกในครัวเรือนได้เช่นเดิม จึงเกิดภาวะต่อสมาชิกคนอื่น ๆ รวมทั้งมีผลกระทบต่อการหารายได้ทั้งของ
 สมาชิกคนอื่น ๆ และของผู้สูงอายุเอง จึงเป็นผลให้ครอบครัวนั้นยากจนยิ่งขึ้นหรือเกิดความเครียดในครอบครัว
 และนำไปสู่ความแตกร้างหรือเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้สูงอายุหรือเกิดแม้กระทั่งการทำร้ายเอาเปรียบและ
 การละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ^(19,32,38)

3. ปัญหาด้านผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากการขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแล
 ไม่มีเวลาเพียงพอเนื่องจากมีภารกิจมากมายหลายด้านหรือผู้ดูแลประกอบอาชีพนอกบ้าน การขาดผู้ดูแลหรือ
 การดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ อาทิ แผลกดทับ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้ตามที่แพทย์
 สั่ง หรือเกิดปัญหาด้านจิตใจ สำหรับผู้ดูแลเองอาจจะได้รับความกดดันหรือความเครียดในการดูแล ปัญหา
 ผู้ดูแลนั้น นอกจากมีผลต่อผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว บางครั้งปัญหาเกิดขึ้นจากผู้ดูแลเองโดยเฉพาะปัญหาทางจิตใจ
 เช่น ความเหงาว่าเหวและรู้สึกถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลบางรายรู้สึกถึงภัยจบบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากการ
 ขยับอายุของผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง⁽⁴⁷⁾

4. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากสมาชิกใน
 ครอบครัวที่จะช่วยกันดูแลและแบ่งเบาภาระต่างๆ ครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี สมาชิกมี
 ความเอื้ออาทรห่วงใยซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจที่จะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้วยความเต็มใจ
 จะส่งผลต่อผู้สูงอายุให้มีความอบอุ่นใจ และยังเป็นการส่งเสริมหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมใน
 กิจกรรมตลอดจนร่วมเกี่ยวหนุนครอบครัวในด้านต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่ดี
 ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ตามสมควรอีกด้วย แต่หากสัมพันธ์ภาพของคนใน
 ครอบครัวไม่ดีแล้ว ผู้สูงอายุอาจได้รับการทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตใจ

5. จำนวนเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมมากประเภทเท่าใดย่อมได้รับการ
 ดูแลมากขึ้นเท่านั้น เช่น ครอบครัวที่มีพี่น้องหลายคนหรือมีญาติพี่น้องจำนวนมาก ผู้สูงอายุย่อมมีเครือข่ายการ
 ดูแลที่ดี นอกจากปริมาณของเครือข่ายแล้ว ความใกล้ชิดของเครือข่ายทั้งจากความสัมพันธ์และจากระยะทาง
 ต่างมีผลต่อผู้สูงอายุเช่นกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อยหรือพำนักอยู่ห่างไกลจากเครือข่ายที่
 ตนมีอยู่จะมีโอกาสประสบปัญหาการดูแลและการเกื้อหนุนมากขึ้น

แนวคิดการพัฒนาครอบครัว

การพัฒนาครอบครัวเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกทุกคน เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดำรง
 อยู่และปฏิบัติหน้าที่ไปได้ด้วยดี หากเกิดปัญหาหรืออุปสรรคที่รุนแรงขึ้นในครอบครัวอาจส่งผลกระทบต่
 พัฒนาการของครอบครัวในระยะต่อไป และมีผลต่อสมาชิกของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกที่พึ่งตนเอง
 ได้น้อย ซึ่งได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จึงเป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุ มิได้เป็นเพียงปัญหาของตัว
 ผู้สูงอายุเองเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของครอบครัวและสังคมด้วย เพราะฉะนั้นในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ จำเป็นจะ
 ต้องมีความร่วมมือจากทั้ง 3 ฝ่าย คือ ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม^(48,49) ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาครอบครัว
 เพื่อผู้สูงอายุจึงควรประกอบด้วยบทบาทและความร่วมมือของ 3 ฝ่ายดังกล่าว

1. **แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว** เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลปกป้องและตอบสนองความต้องการพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และเป็นสถาบันแรกและสุดท้ายที่ผู้สูงอายุต่างตั้งความหวังที่จะฝากฝังไว้และพึ่งพิงจนวาระสุดท้ายของชีวิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวให้สามารถตอบสนองความต้องการและเป็นที่พักพิงแก่ผู้สูงอายุได้อย่างพอเพียงจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และมีความหมายมากเกินกว่าจะนำไปเปรียบเทียบกับบริการที่จัดให้โดยสถาบันทางสังคมอื่นๆ ไม่ว่าบริการที่สถาบันเหล่านี้จะจัดให้อยู่ในสภาพที่ดีเลิศเพียงใดก็ตาม^(50,51)

ความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวมีปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญจากความสัมพันธ์ที่ดีและเหนียวแน่นของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีต่อกันของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเกื้อกูลดูแลซึ่งกันและกัน เป็นกำลังใจ เป็นแรงผลักดัน เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุย่อมได้รับอานิสงค์จากความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดีด้วย ปัญหาต่างๆจะลดลงและความเอื้ออาทรห่วงใยซึ่งกันและกันจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในทุกๆด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจที่มั่นคงและอบอุ่น

ในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกอาจดำเนินการ โดยการรณรงค์เพื่อการดำรงอยู่ของทัศนคติที่ดีของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณีที่มีมาแต่เดิม นอกจากนั้นการดำเนินการให้สมาชิกในครอบครัวในวัยต่างๆมีโอกาสในการพัฒนาความสัมพันธ์โดยการมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การจัดให้มีเวลาร่วมกันอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างเหมาะสม หรือการส่งเสริมสันทนาการในครอบครัว เป็นต้น

แนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว คือการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่รวมทั้งผู้สูงอายุด้วย มีการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในวัยสูงอายุ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีปรับตัวและเกิดสัมพันธภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุนั้น ควรส่งเสริมให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆในครอบครัวที่เกิดขึ้นตลอดเวลาตามกระบวนการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม⁽⁴⁹⁾

2. **แนวคิดการเสริมสร้างและใช้ประโยชน์จากศักยภาพของผู้สูงอายุ**⁽⁵²⁾ เป็นความจริงในสังคมไทยที่ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตในฐานะผู้ให้ ทั้งในส่วนของครอบครัว ชุมชน และสังคม อันนำไปสู่ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ จึงไม่น่าแปลกใจที่สังคมไทยได้ให้การยกย่องและนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นทิศที่ 6 เป็นปฐนียบุคคล เป็นผู้ที่ทรงภูมิปัญญาและประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อส่วนรวมทั้งในทางตรงและทางอ้อม จึงเป็นที่ตระหนักกันว่า ศักยภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทั้งทางด้านสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ด้วยเหตุนี้ ความเข้าใจและการดำเนินการให้ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์ตามกำลังความสามารถด้วยความสมัครใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทั้งในครอบครัวและสังคมจึงเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น

นอกจากนั้นการส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มของชนต่างวัย ซึ่งมีเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ทั้งเด็ก คนวัยทำงาน ผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุเอง ควรร่วมมือกันเรียนรู้และมีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นแหล่งในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างสรรค์กิจกรรม และสังสรรค์ระหว่างกัน ดังนั้นการปรับปรุงบริการและสวัสดิการพื้นฐานต่างๆและการสร้างเงื่อนไขหรือโอกาสเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกลุ่มและกิจกรรมได้โดยสะดวกจึงมีความจำเป็น

3. **แนวคิดการพัฒนาจิตสำนึกของเยาวชนและบุคคลในวัยต้น** เนื่องจากการเตรียมเยาวชนและบุคคลในวัยต้น ให้มีความพร้อมทั้งในการเป็นผู้ที่จะต้องให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีและในการที่ตนเองจะต้องพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต เป็นความสำคัญยิ่งทั้งในการกระบวนการพัฒนาครอบครัวและกระบวนการเตรียมตัวเพื่อวัยสูงอายุ การส่งเสริมให้เยาวชนและบุคคลในครอบครัวตระหนักถึงความจำเป็นของการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุและการมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและวัยสูงอายุ ย่อมทำให้รับรู้และตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีพระคุณซึ่งบุตรหลานต้องสำนึกในพระคุณและหาโอกาสตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เจตคติที่ดีที่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุและวัยสูงอายุย่อมจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกและ พฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว⁽¹²⁾

4. **แนวคิดการเสริมสร้างรายได้และหลักประกันเพื่อความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ**⁽⁵³⁾ การศึกษาที่ผ่านมาได้ระบุให้เห็นชัดเจนว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ดังนั้นการเสริมสร้างรายได้หรือการสร้างหลักประกันทางรายได้ เช่น การประกันสุขภาพหรือการสร้างโอกาสการทำงานในวัยสูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้แพร่ขยายไปให้มากขึ้นและสามารถครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ เพื่อแบ่งเบาไม่ให้เป็นภาระแก่ครอบครัวในการอุปการะดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

1. จากการศึกษาที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ความเป็นองค์รวมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเชิงทฤษฎีและแนวความคิดในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย ยังขาดแคลนเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการศึกษาเชิงทฤษฎีและแนวความคิดในการพัฒนาครอบครัวเพื่อผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ควรริเริ่มอย่างเร่งด่วน

2. การศึกษาเชิงคุณภาพที่ให้ข้อมูลที่เป็นความรู้ลึกซึ้งนึกคิด ความคาดหวัง ความปรารถนา ความผิดหวังและความคับข้องใจต่างๆของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ควรดำเนินการมากที่สุด เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณจำนวนมาก ในการศึกษาที่ผ่านมา ได้ให้ภาพในวงกว้างเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง แต่ความหลากหลายของความรู้ลึกซึ้งนึกคิด จัดตามมโนทัศน์ของแต่ละคน แต่ละภูมิภาค ย่อมแตกต่างกัน การศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยเติมสิ่งที่เป็ความรู้ลึกซึ้งนึกคิด จิต-วิญญาณ ความเป็นตัวตนที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้

3. การศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการดูแล และบริการผู้สูงอายุโดยชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากในอนาคต แนวคิดการพัฒนาประเทศมุ่งสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน โดยมีแนวคิดประชาสังคม (Civil society) เป็นพื้นฐาน การดูแลและบริการผู้สูงอายุต้องเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง วิธีการที่จะทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งสามารถเข้าใจสภาพปัญหาและรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับชุมชนของตน จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการเป็นอย่างยิ่ง

4. สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณนั้น การศึกษาที่ผ่านมาไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ หรือไม่สามารถเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดนโยบายระดับชาติได้ ดังนั้นการศึกษาในภาพกว้างระดับประเทศเกี่ยวกับภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และบริการสำหรับผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้เกิดขึ้น และควรเป็นการวิจัยที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในลักษณะความร่วมมือเชิงสหวิชาชีพ

5. การวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างครบวงจรที่ควรเพิ่มเติม และหาข้อมูลให้ชัดเจน คือ การวิจัยเกี่ยวกับการทารุณ ทอดทึง ละเลย และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งนับว่าเริ่มมีความรุนแรงขึ้น นอกจากนั้น การประเมินถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ของบริการต่างๆ ที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการดำเนินการเช่นเดียวกัน

6. การวิจัยด้านสังคมวิทยาเชิงวัฒนธรรม ยังไม่เพียงพอต่อการอธิบายและทำความเข้าใจต่อเรื่องราวของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในความแตกต่างของแต่ละวัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งควรมีความเข้าใจโดยละเอียด นอกจากนั้น งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจบลงที่ภาวะสุดท้ายของผู้สูงอายุในขณะที่มีชีวิต ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติต่อภาวะการตายของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติในเรื่องนี้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเช่นกัน

บรรณานุกรม

1. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน, 2524:142.
2. Magill FN, (ed). International Encyclopedia of Sociology (Volume II). Illinois: Eitzroy Searborn Publishers, 1995:892.
3. คณะอนุกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. นโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
4. Yodpet S. Home Based Family Intervention. Paper presented at the International Council on Social Welfare Asia-Pacific Regional Conference "Family and Development", 23-27 August 1993.
5. วาทีณี บุญชะลักษ์, ยุพิน วรสิริอมร. จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538:367.
6. สุรีย์ บุญญานุพงศ์. เยาวชนและคนหนุ่มสาวยุคปัจจุบันในทัศนะของผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: โครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
7. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ "ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ". กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2543:54-92.
8. มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง "ครอบครัวและผู้สูงอายุ". กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:57.
9. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต (บทบรรณาธิการ). วารสารพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:3-4.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ.2537. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537.
11. มัลลิกา มัติโก, ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. ร่วมโพธิ์ร่มไทร: สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ). กรุงเทพมหานคร: ภาคสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
12. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, กาวนา พัฒนาศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
13. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, กาวนา พัฒนาศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

14. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวณา พัฒนาศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
15. ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิณา ศิริสุข และคณะ. ไม้ไผ่ลี้ผึ้ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
16. นิศา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
17. แฉ่นทิพย์ น.สุพร. ปัญหาและการกำหนดนโยบายประชากรวัยชราในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538:77.
18. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
19. มัลลิกา มติโก, รัตนา เพ็ชรอุไร. ประมวลสถานภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย: วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
20. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. รายงานประจำปี 2542. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2543:105.
21. อุทัย หิรัญโต. สารานุกรมศัพท์สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2526:84-5.
22. ภัสสร ลิมานนท์, เกื้อ วงศ์บุญสิน, สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ และคณะ. สรุปผลการวิจัยเบื้องต้น โครงการศึกษาครอบครัวไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
23. สุมาลย์ โทมัส. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534:115.
24. เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
25. วันทนา กลิ่นงาม, นิวัต กลิ่นงาม. สภาพปัญหา ความต้องการ เป้าหมายชีวิตและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยครูเพชรบุรี, 2530.
26. จินตนา วาฤทธิ. ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ของผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ, 2533.
27. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในทางเศรษฐกิจและสังคมกับการเปลี่ยนแปลงในสังคม. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528.
28. บุศริน บางแก้ว. ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “ครอบครัวและผู้สูงอายุ”. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
29. นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ผลการวิจัยเบื้องต้น. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ, 2530.
30. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

31. Yodpet S. Family in Changing Society: Thailand Perspective. Paper presented at the International Seminar on The Family in the Context of Social and Economic Development. TOKYO, 3-7 December, 1997.
32. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ธานี ทวีกิตติกุล, ธนารตี คำยา, ชเนตตี มีลินทางกูร. การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการประชุม. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, (บรรณาธิการ). การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” 22-24 พฤศจิกายน 2542. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543:15-25.
33. คณะอนุกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2525.
34. ทรงธรรม สอนิยะ. สถิติการผู้สูงอายุ: การมีส่วนร่วมของชุมชนในสังคมไทยภายใต้ภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540.
35. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, Bryar RM, Newens AJ. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(4):15-24.
36. รัชฎา รักขนาม. สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(4):31-7.
37. วรณนิภา บุญระยอง. ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):11-8.
38. จรินทร์ มาลฮอตตรา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ลัดดาวัลย์ รวมเมฆ, สุกานดา นิมทองคำ. การศึกษาผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):5-15.
39. สุจิตรา นิลเลศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบทจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น สาขาวิชาประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
40. วิฑูร แสงสิงแก้ว. รายงานเรื่องความก้าวหน้าของการดูแลผู้สูงอายุในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ประเทศฝรั่งเศส และการเจรจากับองค์การอนามัยโลก เรื่องผู้สูงอายุที่เจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และรายงานการเดินทางเพื่อศึกษางานเกี่ยวกับโครงการผู้สูงอายุ ประเทศเดนมาร์ค สวีเดน สหรัฐอเมริกา พ.ศ.2533.
41. วิณา ศิริสุข, ปรีชา อุปโยคิน, มัลลิกา มัติโก และคณะ. พ่อใหญ่แม่ใหญ่: สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
42. นภาพร ชัยวรรณ, แชนซารี ชิมเมอร์. สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุในประเทศไทย: บุตรอยู่ที่ไหนและทำอะไรกันอยู่. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2): 24-42.
43. Wallace H. Family Violence. MA: Allyn & Bacon, 1996:221.

44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. Elderly abuse. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จรินทร์ มาลฮอตตรา, วิสุทธิ เตชะวิบูลย์ศักดิ์. มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543:25-8.
45. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวิน, ประเสริฐ รักภักดี. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเอง และปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523:62.
46. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, นิภา ส.ตุมรสุนทร, สุดสงวน สุธีสร, และคณะ. การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
47. กาญจนา เกาธาราษฎร์. การติดตามผลการเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (หญิง) หลังจำหน่ายโดยการให้บริการปรึกษาแนะแนวและบริการครอบครัวบำบัด. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
48. ภัสสร ลิมานนท์. นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย: บทเรียนสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
49. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
50. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย ประจำปี 2540. (มปพ. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม)
51. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
52. บรรลุ ศิริพานิช, ธงชัย ทำชาชาติ, วันดี โภคะกุล และคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์, 2531.
53. จักรินทร์ โกมลศิริ. รายงานการวิจัยเรื่อง แนวคิดและแนวทางจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย. ในการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.

บทที่ 4: สุขภาพกับผู้สูงอายุ

อ.พญ.สิรินธร ฉันทศิริกาญจน

รศ.ดร.ประคอง อินทรสมบัติ

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

ความสำคัญของสุขภาพต่อวัยสูงอายุ

ประชากรไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปีพ.ศ.2523 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพียงร้อยละ 5.4 ซึ่งเพิ่มเป็นร้อยละ 6.7 และ 8.7 ในปีพ.ศ.2533 และปีพ.ศ.2543 ตามลำดับ และคาดว่าจะประมาณว่าในราวปีพ.ศ.2553 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.8 ของประชากรทั้งหมด นั่นหมายถึงประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุ ประการสำคัญประชากรสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 22.3 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในปีพ.ศ.2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.7 ในปีพ.ศ.2553^(1,2) จากงานวิจัยต่างๆของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือปัญหาสุขภาพและปัญหาเศรษฐกิจ⁽³⁻⁵⁾ โดยปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ซึ่งแตกต่างจากปัญหาเศรษฐกิจที่ขนาดของปัญหามีความสัมพันธ์ไม่เด่นชัดกับอายุที่สูงขึ้น อีกทั้งปัญหาทางสุขภาพจะเป็นปัญหาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทในวัยท้ายของชีวิต (บทที่ 1) จากสถานะที่ดูแลตนเองได้ สามารถที่จะดำรงอยู่อย่างอิสระพึ่งพาตนเองได้ และสามารถทำงานและให้การเกื้อกูลบุตรหลานในครอบครัวได้ ไปสู่สถานะพึ่งพาที่ต้องอาศัยการเกื้อกูลช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือบุคคลอื่นๆโดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) จึงไม่น่าแปลกใจที่ “การมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ” จะเป็นลักษณะที่พึงปรารถนาในวัยสูงอายุที่มีลำดับความสำคัญเป็นลำดับแรก⁽⁶⁾ อีกทั้งในความเห็นของประชากรสูงอายุเอง ที่มีต่อปัจจัยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ก็ได้ให้ความสำคัญลำดับต้นกับการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุไทยเชื่อว่าสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความสุขและการมีสุขภาพดีจะทำให้จิตใจดีด้วย⁽⁷⁾ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาวัยสูงอายุและข้อมูลต่างๆทางด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็น เพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางการศึกษาวัยสูงอายุที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและการพัฒนาในอนาคต

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการทบทวนวรรณกรรมโดยเน้นที่สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ตลอดจนการบริการและระบบบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และถึงแม้จะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวนมาก แต่จะคัดเลือกข้อมูลที่มีลักษณะสอดคล้องกับลำดับความสำคัญทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย การพยายามหลีกเลี่ยงการศึกษาจำเพาะในด้านชีวการแพทย์ (Biomedical research) ที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพและทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดของประเทศ และจะคัดเลือกเฉพาะการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือโดยเฉพาะการศึกษาระดับชาติหรือมีขนาดประชากรศึกษาจำนวนมากพอและมีกระบวนการวิจัยที่น่าเชื่อถือ

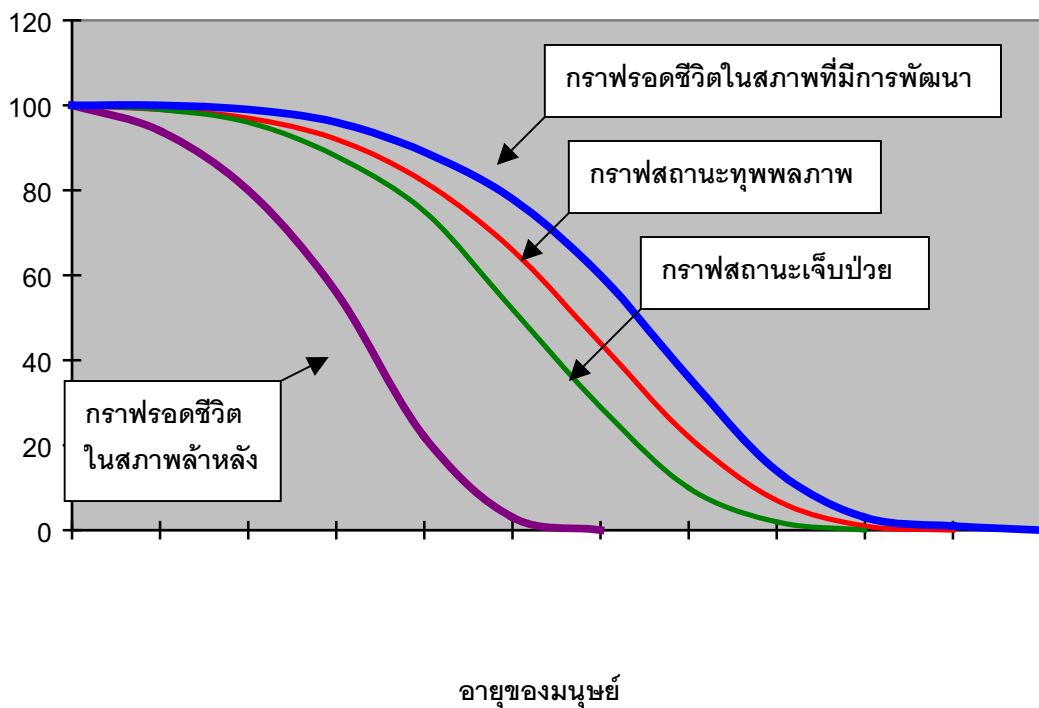
โรคและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

ปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วย การเกิดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กันทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร (รูปที่ 1) กราฟการรอดชีวิต (Survival curve) ของประชากรที่เป็นไปตามยถากรรมจะแตกต่างจากที่เกิดขึ้นเมื่อมีการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในความสัมพันธ์กับกราฟรอดชีวิต ยังมีกราฟของการเจ็บป่วยและกราฟของภาวะทุพพลภาพที่ดำเนินไปพร้อมๆ กันตลอดอายุขัยของมนุษย์ และไม่ว่าจะเป็นในระดับประชากรหรือบุคคลก็ตาม ความเจ็บป่วยจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึงพาและสุดท้ายไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด แน่นอนว่าความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพอาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว หากบุคคลสามารถดีขึ้นเองได้หรือการรักษาดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นอาจดำรงอยู่ไปจนชั่วชีวิตที่เหลืออยู่ก็เป็นได้

ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตาย สาเหตุการตาย อัตราป่วย สาเหตุการป่วย ตลอดจนการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสาเหตุ เป็นประโยชน์ในการแสดงถึงขนาดและประเภทของปัญหาทางสุขภาพ ตลอดจนยังใช้ในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือโรคเพื่อการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลป้องกันและแก้ไข จึงนับเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแผนสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

รูปที่ 1 กราฟรอดชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยในประชากร

ร้อยละของจำนวนประชากร



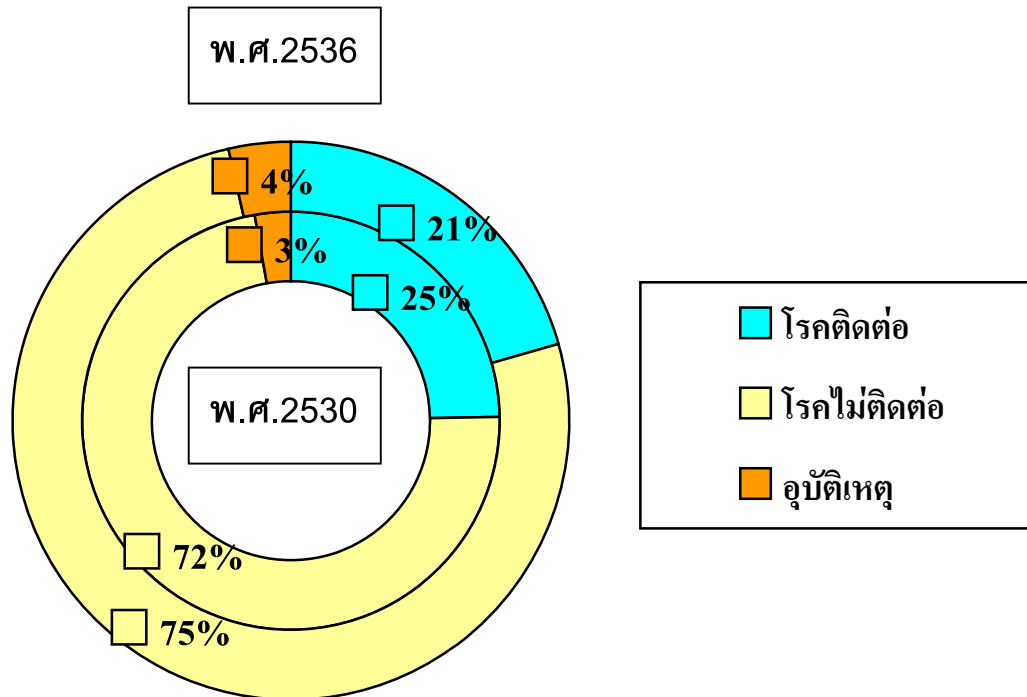
■ รูปแบบของโรคในประชากรสูงอายุ

การพิจารณาแบบของโรคในประชากร มักจะอาศัยความชุกหรืออุบัติการณ์ของสาเหตุการตายหรือความเจ็บป่วยเป็นเกณฑ์ โดยสภาพที่ยึดถือกันมาแต่เดิมจะให้น้ำหนักแก่โรคที่มีอัตราการตายหรืออุบัติการณ์สูง ทำให้รูปแบบของโรคในอดีตจะเน้นไปที่กลุ่มโรคติดเชื้อเป็นหลัก เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในการให้น้ำหนักโรคหรือกลุ่มโรคที่ผ่านมาจะขึ้นกับ “คุณค่า” (Value judge) ของบุคคลหรือคณะบุคคลผู้พิจารณา อาจมีความลำบากในการให้ภาพรวมของรูปแบบโรคเมื่อโรคหรือปัญหาทางสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้นซึ่งพร้อมๆ กับการเกิดสภาวะสูงอายุของประชากร (Population ageing) ดังเช่นในปัจจุบัน นอกจากนั้นโรคหรือปัญหาทางสุขภาพในปัจจุบันจำนวนไม่น้อยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ถึงแม้จะมีอุบัติการณ์ต่ำ แต่ด้วยศักยภาพทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้นและนำไปสู่การมีอัตราความชุกที่สูง ดังนั้นการเปรียบเทียบหรือให้น้ำหนักโดยอิงที่อุบัติการณ์จึงไม่เพียงพอ แต่การเปรียบเทียบอุบัติการณ์กับความชุกก็มีความยากลำบากเช่นกัน มากไปกว่านั้น กลุ่มโรคที่มีความชุกสูงซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรัง นอกจากจะแตกต่างจากกลุ่มโรคที่มีอุบัติการณ์สูงซึ่งมักเป็นโรคติดเชื้อฉับพลันแล้ว ก็ยังแตกต่างจากกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราสูงอีกด้วย

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาดัชนี Disability Adjusted Life Years หรือ DALYs⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นดัชนีของทุพพลภาพจากโรคต่างๆ (Burden of diseases) โดยการรวมน้ำหนักจากทุพพลภาพของการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพของแต่ละโรค ทำให้สามารถได้เป็นดัชนีรวมที่มีการถ่วงน้ำหนักระหว่างการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพซึ่งเป็นผลต่อเนื่องสำคัญจากโรค (Consequences of diseases) และถึงแม้จะต้องอาศัยการให้คุณค่าโดยคณะบุคคลในกระบวนการขั้นต้น แต่ก็นับว่าเป็นดัชนีที่ให้ภาพของรูปแบบของโรคและลำดับความสำคัญของโรคที่ดี อย่างไรก็ตาม การนำดัชนีนี้มาใช้ในประเทศไทยมีข้อด้อย เนื่องจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการคำนวณหา DALYs เป็นรายโรคได้⁽⁹⁾ ทำให้การศึกษาขั้นต้นสามารถให้ภาพรูปแบบของโรคเป็นรายกลุ่มได้เท่านั้น

จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของประเทศไทยยืนยันชัดเจนว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุในประเทศไทยคือกลุ่มโรคไม่ติดต่อซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง (รูปที่ 2) โดยมีลักษณะไม่แตกต่างไปจากที่รายงานจากประเทศที่พัฒนาแล้ว และพบว่าอุบัติเหตุเป็นปัญหาทางสุขภาพที่มีการขยายตัวเร็วที่สุด⁽¹⁰⁾

รูปที่ 2 DALYs ของกลุ่มโรคในประชากรที่มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า ในปีพ.ศ.2530 และพ.ศ.2536
จำแนกตามกลุ่มโรค



สถานการณ์เสียชีวิต

อัตราเสียชีวิตตามกลุ่มอายุในประเทศไทยมีทิศทางลดลงโดยตลอด ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากคือกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปที่มีอัตราตายเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรสูงอายุพบว่าร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุชายและร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุหญิงได้รับการบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตว่าเกิดจาก “ความชรา” และอีกร้อยละ 6-7 บันทึกว่าไม่รู้สาเหตุ^(11,12) ดังนั้นข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตจึงมีข้อด้อยในด้านความน่าเชื่อถือที่จะใช้ในการพิจารณาความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตเท่าที่ระบุไว้ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย 2 ลำดับแรก คือ หัวใจทำงานล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง โดยสาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ที่สำคัญในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ มะเร็งที่ไม่ทราบตำแหน่ง อุบัติเหตุ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคปอดอักเสบ และโรคแทรกซ้อนและสาเหตุกลุ่มเครื่องของโรคหัวใจ สาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ที่สำคัญในผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน การติดเชื้อโลหิตเป็นพิษที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อสเตรปโตคอคคัสนิวโมเนีย ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ โรคแทรกซ้อนและสาเหตุกลุ่มเครื่องของโรคหัวใจ โรคปอดอักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทยมาจาก “กลุ่มโรคนิติดต่อ” โดยเฉพาะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และจากอุบัติเหตุ⁽¹¹⁾

ได้มีการศึกษาปัจจัยของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทย⁽¹³⁾ โดยพบว่าภาวะทุพพลภาพและสถานะการทำงานเป็นปัจจัยอิสระ โดยโอกาสการเสียชีวิตจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและไม่ได้ทำงาน อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมถึงลักษณะทางสุขภาพและโรค สมรรถภาพ ลักษณะของวิถีชีวิต (Life style) และการเกื้อกูลทางสังคม

ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย

การศึกษาสภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือวิธีที่หนึ่ง ใช้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุทำการประเมินสุขภาพตามการรับรู้ของตนเอง วิธีที่สอง ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงปัญหาทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุรับรู้ หรือโรคหรือความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยมาจากแพทย์ สำหรับวิธีที่สามเป็นการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับการฝึกโดยตรงเพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัย ทั้งนี้ในการสำรวจทางระบาดวิทยาขนาดใหญ่มักจะใช้การประเมินโดยการสัมภาษณ์ตามแบบทดสอบที่ได้รับการพัฒนาเพื่อการสำรวจโดยครอบคลุมการศึกษาสถานะสุขภาพวิธีที่หนึ่งและสอง สำหรับการศึกษาขนาดใหญ่เพื่อการประเมินโดยการตรวจร่างกายหรือสมรรถภาพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษยังมีค่อนข้างน้อย

■ สถานะสุขภาพจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยที่ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในปีพ.ศ.2529 และพ.ศ.2538 ได้ข้อมูลสอดคล้องกัน คือวราย้อยละ 35 ของผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าดีหรือดีมาก โดยมีภาวะสุขภาพกายด้อยกว่ากลุ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าถดถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น^(14,15) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่า เพศชายมีสัดส่วนของการประเมินว่าตนเองสุขภาพดีสูงกว่าในกลุ่มเพศหญิง และผู้สูงอายุในเขตเมืองที่รวมทั้งกรุงเทพมหานครประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในชนบท^(14,16)

■ การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ในปีพ.ศ.2534-2535 พบว่าปัญหาปวดข้อและปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยมีความชุกมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาทางสุขภาพอื่นๆที่พบบ่อยอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁷⁾ (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ใช้ในการสำรวจครั้งนั้นมีค่าสูงกว่าที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการสำรวจสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงระดับความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท และเกณฑ์สำหรับโรคเบาหวานหมายถึงระดับน้ำตาลในพลาสมาเมื่ออดอาหาร (นานไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง) มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในขณะที่เกณฑ์ในปัจจุบันสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงเมื่อมีระดับความดันโลหิตเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานหมายถึงเมื่อมีระดับน้ำตาลในพลาสมาเมื่ออดอาหาร (นาน 10-12 ชั่วโมง) เท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นหากใช้เกณฑ์ใหม่ดังกล่าวคงจะทำให้อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในปีพ.ศ.2534-2535 เพิ่มขึ้นกว่าที่รายงาน

ในปีพ.ศ.2538 ได้มีการสำรวจระดับชาติในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ พบว่าความชุกของอาการปวดหลังและ/หรือปวดเอวมีความชุกสูงเป็นอันดับแรกเช่นกัน โรคและปัญหาอื่น ๆ ที่มีอัตราความชุกสูง ได้แก่ โรคไขข้ออักเสบ/เสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจกตา โรคกระเพาะ โรคหัวใจ และโรคหอบหืด⁽¹⁸⁾ (ตารางที่ 3) โรคที่พบบ่อยดังกล่าวทุกโรคเป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้นและส่วนใหญ่มีอัตราความชุกในประชากรสูงอายุหญิงสูงกว่าชาย ยกเว้น โรคหอบหืด อัมพาต/อัมพฤกษ์ และโรคไต/ทางเดินปัสสาวะ ที่มีความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

นอกจากนี้ จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทุพโภชนาการทั้งในผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง⁽¹⁷⁾ โดยพบแนวโน้มเกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น^(17,19,20) และจากรายงานการศึกษาของประเสริฐ อัสสันตชัย และสมหวัง เลชนะกุล พบว่าผู้สูงอายุชายในภาคต่างๆทั่วประเทศมีภาวะทุพโภชนาการ (ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ประมาณร้อยละ 13-27.8, 6.8-38.7 และ 28-38.9 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะทุพโภชนาการประมาณร้อยละ 5-24.5, 10.9-39.1 และ 29.2-53.6 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ⁽²¹⁾ ทั้งนี้ อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุในประเทศไทยร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบสามมื้อและมีถึงหนึ่งในสามที่รับประทานอาหารคนเดียวเป็นประจำ⁽¹⁴⁾ นอกจากนั้นผู้สูงอายุไทยจำนวนมากรับประทานอาหารผักผลไม้ไม่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยมีผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารผักทุกวันหรือเกือบทุกวันเพียงร้อยละ 76 เท่านั้น

นอกจากปัญหาทางภาวะทุพโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรายังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 27) และดื่มสุรา (ร้อยละ 23)⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ
กลุ่มอายุ และเขตที่อาศัย

| ลักษณะภูมิหลัง | การประเมินสุขภาพตนเอง | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------|---------|----------------|--------|
| | แข็งแรงมาก | ค่อนข้างแข็งแรง | ปานกลาง | ค่อนข้างอ่อนแอ | อ่อนแอ |
| กลุ่มอายุ | | | | | |
| 50-59 | 17.5 | 27.5 | 32.7 | 16.1 | 6.3 |
| 60 | 9.3 | 24.5 | 29.9 | 24.5 | 10.8 |
| 60-69 ปี | 10.3 | 27.3 | 32.5 | 21.0 | 8.8 |
| 70 ปี | 7.7 | 22.5 | 25.7 | 30.1 | 14.0 |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 12.3 | 28.2 | 30.5 | 21.2 | 7.8 |
| หญิง | 6.8 | 23.2 | 28.4 | 27.3 | 13.3 |
| เขตที่อาศัย | | | | | |
| กรุงเทพฯ | 17.6 | 33.0 | 24.8 | 17.5 | 7.2 |
| เมืองอื่น | 12.2 | 31.5 | 27.1 | 19.2 | 10.0 |
| ชนบท | 8.1 | 24.0 | 30.8 | 25.9 | 11.3 |

ที่มา : นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539.⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 2 อัตราการเจ็บป่วยที่สำคัญคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพ
อนามัยของประชากรไทย พ.ศ.2534-2535 (NHES-1) จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

| โรค / ปัญหาความเจ็บป่วย | ชาย | | | หญิง | | |
|-------------------------------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| | 60-64 | 65-69 | 70+ | 60-64 | 65-69 | 70+ |
| ปวดข้อระยะยาว [@] | 51.9 | 52.5 | 55.7 | 64.5 | 69.4 | 64.9 |
| ปวดหลังระยะยาว [@] | 49.5 | 53.7 | 50.2 | 52.6 | 52.6 | 54.7 |
| โคเลสเตอรอลในเลือดสูง* | 15.1 | 13.9 | 11.8 | 25.5 | 25.1 | 21.4 |
| ความดันโลหิตสูง** | 8.1 | 8.2 | 15.7 | 12.6 | 10.8 | 16.5 |
| หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง*** | 4.3 | 5.3 | 7.9 | 3.4 | 4.6 | 5.0 |
| เบาหวาน [•] | 4.1 | 4.3 | 4.2 | 4.4 | 6.8 | 5.5 |
| โรคหลอดเลือดหัวใจ** | 1.8 | 4.3 | 2.6 | 1.3 | 2.5 | 2.5 |
| โลหิตจาง [∇] | 26.7 | 36.6 | 50.2 | 38.3 | 41.0 | 45.6 |
| ภาวะทุพโภชนาการ ^{∇∇} | 35.0 | 35.2 | 52.8 | 30.3 | 34.1 | 43.7 |

ที่มา : จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2534-2535.⁽¹⁷⁾

[@] มีอาการมานานกว่า 6 สัปดาห์

* ระดับโคเลสเตอรอลในซีรัมสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

** ความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท

*** peak flow rate น้อยกว่าร้อยละ 80 ของการคาดการณ์ร่วมกับประวัติความเจ็บป่วย

• ระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

** ใช้เกณฑ์วินิจฉัยจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

[∇] ภาวะโลหิตจาง ความเข้มข้นของเลือดเพศหญิงใช้ค่าน้อยกว่า 35% หรือ 11.9 gm% เพศชายใช้ค่า น้อยกว่า 39% หรือ 13 gm%

^{∇∇} ใช้ค่ามวลน้ำหนักต่ำกว่า 20 กก./ตารางเมตร

ตารางที่ 3 อัตราร้อยละของภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย
ของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จากการสำรวจในปี พ.ศ.2538

| ภาวะการเจ็บป่วย/โรค | ชาย | | หญิง | |
|---------------------|----------|---------|----------|---------|
| | เขตเมือง | เขตชนบท | เขตเมือง | เขตชนบท |
| ปวดเมื่อยหลัง/เอว | 14.3 | 15.7 | 24.2 | 20.6 |
| ความดันโลหิตสูง | 19.2 | 12.9 | 29.9 | 17.1 |
| ไขข้ออักเสบ/เสื่อม | 12.9 | 12.7 | 24.2 | 18.0 |
| โรคกระเพาะ | 8.2 | 13.7 | 10.6 | 14.7 |
| โรคหัวใจ | 11.2 | 3.8 | 13.3 | 8.5 |
| เบาหวาน | 11.0 | 2.3 | 12.7 | 4.6 |
| ต้อกระจกตา | 8.9 | 4.7 | 12.5 | 6.8 |
| ต้อเนื้อตา | 3.5 | 2.1 | 4.7 | 4.6 |
| หอบหืด | 5.1 | 5.1 | 2.4 | 2.7 |
| ทางเดินปัสสาวะ | 4.0 | 3.1 | 3.1 | 2.4 |
| อัมพาต/อัมพฤกษ์ | 6.1 | 2.1 | 2.8 | 1.2 |
| วัณโรค | 1.6 | 2.5 | 0.3 | 1.6 |
| โรคเกี่ยวกับหู | 2.8 | 1.8 | 1.3 | 1.8 |
| กระดูกหัก | 1.4 | 0.9 | 1.1 | 0.7 |
| โรคตับ | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 0.3 |
| มะเร็ง | 0.5 | 0.2 | 0.4 | 0.5 |

ที่มา : คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้ยังมีโรคและปัญหาอื่นๆที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและผลของพยาธิสภาพ แต่ยังได้รับความสนใจจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์หรือแม้แต่ญาติในระดับต่ำ ด้วยเข้าใจว่าไม่เป็นปัญหา และไม่เห็นว่าปัญหาเหล่านี้เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพโดยเฉพาะกับการเสียชีวิตแต่อย่างใด กลุ่มโรคและปัญหาสุขภาพดังกล่าว ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม กระดูกหัก กลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ท้องผูก โรคต้อกระจกและต้อหิน และการติดเชื้อซิฟิลิส

การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) เป็นปัญหาที่มีผลกระทบด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตในสังคมค่อนข้างมาก^(22,23) โดยพบว่าในประชากรสูงอายุ มีความชุกสูงของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่เกิดขึ้นเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งถึงร้อยละ 16.2-25.5 ทั้งนี้เป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุหญิงได้บ่อยกว่าใน

ผู้สูงอายุชาย และเป็นปัญหาที่มักจะได้รับการละเลยหรือมองข้ามทั้งโดยผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว^(22,23)

ผู้สูงอายุไทยมีการหกล้มในระยะ 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 18.7⁽²⁴⁾ โดยเกิดในผู้หญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ของการหกล้มเกิดขึ้นภายในบ้าน และเกิดขึ้นในเวลากลางวันมากกว่า นอกจากเพศแล้วปัจจัยสำคัญที่พบร่วมกับปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุไทย^(24,25) ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาสายตา ปัญหาการทรงตัว กิจกรรมที่มาก ภาวะทุพพลภาพ การใช้ยาจำนวนมาก และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมสำหรับผลต่อเนื่องจากการหกล้มที่นอกจากจะทำให้อายุแล้ว ยังทำให้เจ็บปวดฟกช้ำ และยังสามารถนำไปสู่การเกิดบาดเจ็บแผล กระดูกหัก เลือดออกในอวัยวะภายใน และนำไปสู่การเสียชีวิตได้

การหกล้มและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุนำไปสู่กระดูกหักในผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัจจัยเสริมที่สำคัญคือโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) และการตอบสนองต่อการหกล้ม (Postural reflex) ที่ถดถอยลง ตำแหน่งกระดูกหักที่สำคัญในประชากรสูงอายุ คือ กระดูกสะโพกและกระดูกสันหลัง แม้ว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุไทยจะมีความชุกวาร์้อยละ 0.7-1.4⁽²⁶⁾ แต่การที่อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้อัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพราะประชากรสูงอายุที่มีอายุมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงที่สุด กอปรกับผลการศึกษาประชากรสูงอายุจีนในฮ่องกงพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักตามกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อมีการพัฒนาประเทศและตัวเมือง⁽²⁷⁾ ทำให้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในอนาคตของประเทศไทยจะเป็นผลให้อัตราการหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหักสูงขึ้น นอกจากนี้ผลจากการเกิดกระดูกสะโพกหักยังทำให้การเสียชีวิตทั้งในระยะแรกและแม้แต่ภายหลัง 1 ปีหลังจากการผ่าตัดและกลับสู่บ้านแล้วก็ตาม⁽²⁸⁾ สำหรับความชุกของกระดูกสันหลังหักชนิด wedge และ compress พบว่าสูงถึงร้อยละ 37.7⁽²⁹⁾ โดยเป็นการหักของกระดูกสันหลัง 1 ระดับร้อยละ 47.4 การหัก 2 ระดับร้อยละ 27.1 และการหัก 3 ระดับหรือมากกว่าถึงร้อยละ 25.5 โดยกระดูกสันหลังหักยุบตัวเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดหลังโก่งซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญระดับต้นของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย⁽³⁰⁾

กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุ จากการศึกษาพบว่ามีความชุกร้อยละ 3.4⁽³¹⁾ และประชากรสูงอายุที่มีอายุมากจะมีความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงมากขึ้นโดยเป็นไปตามกฎ “สามเท่า” ของทุกช่วงอายุ 10 ปีคือ ช่วงอายุ 60-69 ปีมีความชุกวาร์้อยละ 1 ช่วงอายุ 70-79 ปีมีความชุกวาร์้อยละ 3 ช่วงอายุ 80-89 ปีมีความชุกวาร์้อยละ 10 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีความชุกมากกว่าร้อยละ 30 ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีอัตราความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่กลับพบว่าเพศไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงเมื่อทำการวิเคราะห์ปรับด้วยอายุแล้ว ทั้งนี้ความชุกที่พบมากในเพศหญิงเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเป็นผู้หญิง สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสมองเสื่อม นอกเหนือจากอายุแล้ว ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ พื้นที่อาศัยที่มีการพัฒนาไปสูเขตเมือง และความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย⁽³²⁾ คือ โรคอัลไซเมอร์ (ร้อยละ 50) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 30) ผลต่อเนื่องสำคัญในผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมโดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ คือ มีความต้องการการดูแลในระดับสูงและทำให้การดูแลเป็นไปด้วยความลำบากจนเกิดผลกระทบทั้งทางจิตใจและสุขภาพกายของผู้ดูแลและสมาชิกในครัวเรือนอย่างมาก⁽³³⁻³⁵⁾

ภาวะซึมเศร้า (Pervasive depression) และโรคซึมเศร้า (Major depression) เป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุไทย จากการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันมากขึ้นอยู่กับวิธีการหรือแบบประเมินที่เลือกใช้ โดยมีความชุกวาร์ร้อยละ 20 ของประชากรสูงอายุ⁽³⁶⁻³⁸⁾ อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าไม่ได้เป็นปัญหาทางสุขภาพเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในประชากรอาจเป็นเพียงดัชนีของคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ของผู้สูงอายุเท่านั้น

ปัญหาท้องผูก (constipation) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยพบได้ถึงร้อยละ 35 ในประชากรสูงอายุ⁽³⁹⁾ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตพอสมควร แต่ผู้สูงอายุส่วนมากพยายามแก้ไขปัญหาของตนเองโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา โดยเฉพาะการปรับปรุงนิสัยการถ่าย การออกกำลังกาย และการรับประทานผักผลไม้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาศัยสมุนไพรและการซื้อยาระบายรับประทานเอง ปัญหาท้องผูกมีความชุกสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในผู้สูงอายุหญิง และในผู้ที่รับประทานผักน้อย⁽³⁹⁾

มีการศึกษาโรคต่อกระดูก⁽⁴⁰⁾ และโรคต่อหิน⁽⁴¹⁾ ในประชากรสูงอายุไทยและพบความชุกสูงถึงร้อยละ 74.6 และ 6.1 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก โดยเฉพาะโรคต่อกระดูกที่ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัดและจะช่วยป้องกันปัญหาตาบอดได้ ทำให้ปัญหาโรคต่อกระดูกจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

การติดเชื้อซิฟิลิส เป็นปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่งมีการศึกษาและรายงาน⁽⁴²⁾ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในเขตชุมชนชานเมืองถึงร้อยละ 16.5 ที่เคยติดเชื้อซิฟิลิสมาก่อน โดยร้อยละ 81 ไม่ทราบว่าตนเองเคยได้รับเชื้อ และมีเพียงร้อยละ 16 ของผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่ได้รับการรักษาครบถ้วน ทำให้มีความจำเป็นของการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้สูงอายุไทยในพื้นที่อื่นๆและการเกิดการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง

■ ภาวะบกพร่องของร่างกายที่ได้รับการสำรวจในระดับชาติ

จากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁴³⁾ ที่ส่วนหนึ่งของการสำรวจเป็นการรวบรวมข้อมูลภาวะบกพร่องในประชากร ได้แก่ แขน-ขา-นิ้วมือ-นิ้วเท้าขาดด้วน ตาบอด เป็นใบ้ หูตึง-หูหนวก อัมพาต-อัมพฤกษ์ ปากแหว่ง-เพดานโหว่ แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าปุก-แขนขา คดงอ โรคจิต-วิกลจริต ปัญญาอ่อน และกระดูกสันหลังคดงอ จากรายงานสามารถวิเคราะห์อัตราตามกลุ่มอายุและอัตราตามลักษณะภาวะบกพร่องและเพศในประชากรสูงอายุได้ โดยพบว่า อัตราตามกลุ่มอายุของภาวะบกพร่องดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งที่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีความชุกถึงร้อยละ 5.3 สำหรับประเภทของความบกพร่องที่พบบ่อยในประชากรสูงอายุ คือ หูตึง อัมพาต-อัมพฤกษ์ ตาบอด แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าปุก-แขนขา คดงอ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะบกพร่องประเภทต่างๆในประชากรสูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง

| | | |
|---|--------|------|
| หูตึง | ร้อยละ | 15.7 |
| อัมพาต-อัมพฤกษ์ | | 14.8 |
| ตาบอด 2 ข้าง | | 4.7 |
| แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าปุก-แขนขาคดงอ | | 4.6 |
| ตาบอด 1 ข้าง | | 4.4 |
| กระดูกสันหลังคดงอ | | 2.2 |
| หูหนวก 2 ข้าง | | 2.0 |
| นิ้วมือขาดด้วน | | 1.5 |
| เป็นใบ้ | | 1.0 |
| โรคจิต-วิกลจริต | | 0.9 |
| แขนขาดด้วน | | 0.4 |
| ขาขาดด้วน | | 0.4 |
| ปัญญาอ่อน | | 0.3 |
| นิ้วเท้าขาดด้วน | | 0.2 |

วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539⁽⁴³⁾

■ อัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกเหนือจากโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่จากสาเหตุต่างๆในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6^(14,18) ซึ่งสูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับประชากรรวม โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท อุบัติการณ์ของการป่วยและจำนวนวันเฉลี่ยที่ป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุ⁽¹⁴⁾ โรคและปัญหาเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงจนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก^(14,44) ได้แก่ ไข้หวัด ปวดมีนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และปวดหลัง (ตารางที่ 5) การที่อุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยใหม่ที่เกิดจากอาการปวดของร่างกายในบริเวณต่างๆมีอัตราโดยรวมที่สูง ทำให้ยาที่มีการใช้มากที่สุดในผู้สูงอายุคือกลุ่มยาระงับปวด (ร้อยละ 34.4) ส่วนใหญ่ของยาระงับปวดจะได้มาจากการซื้อยารับประทานเองมากที่สุด และพฤติกรรมการซื้อยาระงับปวดนี้พบสูงสุดในประชากรสูงอายุที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร^(16,18)

สำหรับการเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าในแต่ละปี รวบรวมร้อยละ 14.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมดต้องเข้าพำนักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา⁽⁴⁵⁾ โดยจำนวนวันเฉลี่ยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับ 11.9 วัน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.1 วัน) สาเหตุของการเจ็บป่วยที่ทำให้จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบบ่อย คือ ท้องเสีย กระเพาะอาหารอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจก โรคหัวใจ ปวดเสียดแน่นท้อง เป็นลมหมดสติ หอบหืด เบาหวาน และการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้ม (ตารางที่ 6) จากการ

ศึกษาพบว่า อัตราการเกิดเจ็บป่วยใหม่ในประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (ร้อยละ 31.6) สูงกว่าประชากรสูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ (ร้อยละ 27.5) ชัดเจน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยใหม่ 1.2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีความทุพพลภาพ⁽⁴⁴⁾

อัตราเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป⁽⁴⁶⁾ อัตราการเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือความต้องการดูแลพิเศษเช่นการฟิ้นตัวที่ช้าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยทำให้มีความจำเป็นต้องใช้หออภิบาลผู้ป่วยหนักในอัตราสูง⁽⁴⁷⁾ การครองเตียงในโรงพยาบาลนานกว่า⁽⁴⁶⁾ เกิดปัญหาผลข้างเคียงจากยามากกว่า⁽⁴⁸⁾ และต้องการการเฝ้าระวังทางสังคมเมื่อจะส่งตัวออกจากโรงพยาบาลสูงกว่า⁽⁴⁶⁾

ตารางที่ 5 อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 15 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจจำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย

| อาการเจ็บป่วย | ชาย | | หญิง | | รวม |
|-----------------|----------|---------|----------|---------|------|
| | เขตเมือง | เขตชนบท | เขตเมือง | เขตชนบท | |
| หวัด/น้ำมูกไหล | 31.3 | 27.0 | 25.7 | 20.3 | 25.7 |
| ปวดศีรษะ | 10.0 | 8.9 | 12.7 | 14.8 | 12.5 |
| ปวดกล้ามเนื้อ | 4.6 | 9.3 | 7.5 | 7.5 | 9.1 |
| ปวดกระดูกข้อ | 2.3 | 4.1 | 3.3 | 4.3 | 4.6 |
| ปวดข้อ | 3.1 | 7.4 | 8.1 | 5.7 | 7.0 |
| ปวดหลัง | 2.3 | 3.8 | 3.6 | 4.6 | 4.5 |
| เวียนหน้ามืด | 4.6 | 3.4 | 5.2 | 6.1 | 5.3 |
| กระเพาะอาหาร | 1.5 | 4.1 | 1.6 | 1.5 | 2.8 |
| ไข้ตัวร้อน | 1.5 | 3.1 | 2.3 | 2.7 | 3.3 |
| เป็นลม | 0.0 | 2.7 | 3.6 | 5.3 | 3.8 |
| ปวดเอว | 0.0 | 3.1 | 0.7 | 3.3 | 3.5 |
| ความดันโลหิตสูง | 3.8 | 0.7 | 4.9 | 2.1 | 1.6 |
| ท้องเสีย | 3.1 | 1.7 | 2.0 | 2.9 | 2.7 |
| ไอ | 3.1 | 1.9 | 1.0 | 2.8 | 2.4 |
| อ่อนเพลีย | 3.8 | 1.7 | 1.6 | 2.7 | 2.5 |

ที่มา: คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

ตารางที่ 6 ร้อยละของอาการนำ/โรค 20 อันดับแรกที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัว
ในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมาจำแนกตามเพศและเขตที่อาศัย

| อาการนำ/โรค | ชาย | | หญิง | | รวม | |
|------------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
| | เขตเมือง | เขตชนบท | เขตเมือง | เขตชนบท | เขตเมือง | เขตชนบท |
| ท้องเสีย | 6.7 | 8.4 | 11.9 | 16.5 | 10.0 | 13.2 |
| กระเพาะอักเสบ | 3.4 | 10.2 | 4.8 | 5.6 | 4.3 | 7.5 |
| ความดันโลหิตสูง | 5.4 | 4.4 | 5.9 | 6.9 | 5.7 | 5.9 |
| ต้อกระจก | 5.4 | 4.4 | 12.2 | 3.7 | 9.8 | 4.0 |
| โรคหัวใจ | 7.4 | 1.8 | 5.2 | 3.2 | 6.0 | 2.6 |
| ปวดเสียดแน่นท้อง | 2.0 | 3.4 | 1.5 | 3.7 | 1.7 | 3.6 |
| เป็นลม | 0.0 | 3.4 | 0.7 | 4.1 | 0.5 | 3.8 |
| หืด | 2.7 | 4.4 | 1.1 | 1.4 | 1.7 | 2.6 |
| เบาหวาน | 4.7 | 1.2 | 3.7 | 1.2 | 4.1 | 1.2 |
| นิ่วในไต | 2.0 | 2.0 | 0.7 | 2.2 | 1.2 | 2.1 |
| วัณโรคปอด | 0.7 | 2.4 | 1.5 | 1.7 | 1.2 | 2.0 |
| อ่อนเพลีย | 0.7 | 1.4 | 1.5 | 2.2 | 1.2 | 1.9 |
| ไข้ | 0.0 | 1.2 | 0.4 | 2.9 | 0.2 | 2.2 |
| รถชน | 2.7 | 3.0 | 1.5 | 0.6 | 1.9 | 1.5 |
| บาดเจ็บ | 1.3 | 1.6 | 1.5 | 1.8 | 1.4 | 1.7 |
| กระดูกหัก | 1.3 | 2.2 | 3.3 | 0.6 | 2.6 | 1.2 |
| ปวดศีรษะ | 0.0 | 0.8 | 2.2 | 1.9 | 1.4 | 1.5 |
| หกล้ม | 2.0 | 0.6 | 2.2 | 1.5 | 2.1 | 1.1 |
| ไส้ติ่งอักเสบ | 0.7 | 1.6 | 0.7 | 1.4 | 0.7 | 1.5 |
| ต่อมลูกหมากโต | 6.0 | 2.4 | - | - | 6.0 | - |

ที่มา: คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

โดยสรุปในภาพรวมโรคและปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุ
ไทยแสดงให้เห็นในตารางที่ 7 โดยเรียงลำดับตามความชุกหรืออุบัติการณ์ที่มีในรายงานการศึกษาต่างๆ

ตารางที่ 7 ความชุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทย

| การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสั้น | | การเจ็บป่วยเรื้อรัง | |
|--------------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| ชนิด | ร้อยละ | ชนิด | ร้อยละ |
| ไข้หวัด | 24 | โรคข้อเสื่อม-ปวดข้อเรื้อรัง | 55-70 |
| ปวดศีรษะ | 12 | ปวดหลังเรื้อรัง | 50-55 |
| ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ | 8 | โรคต่อกระฉก | 75 |
| ปวดหลัง-เอว | 7 | นอนไม่หลับ | 30-45 |
| ปวดข้อต่างๆ | 6 | โรคความดันโลหิตสูง | 20-30 |
| มีนิ่ว | 5 | ท้องผูก | 20-25 |
| เป็นลม | 4 | หูตึง | 21 |
| ปวดท้อง-จุกเสียด | 4 | หกล้ม | 20 |
| ไข้จากสาเหตุอื่นๆ | 4 | ภาวะซึมเศร้า | 20 |
| ท้องเสีย | 2 | โคเลสเตอรอลสูง | 15-20 |
| ไอ | 2 | กลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ | 12-16 |
| อ่อนเพลีย | 2 | โรคเบาหวาน | 8-12 |
| โรคกระเพาะ | 2 | โรคต่อหีน | 6 |
| หอบหืด | 1-2 | โรคหัวใจอื่นๆ | 4-6 |
| | | โรคหลอดเลือดสมอง | 3-7 |
| | | โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง | 4-5 |
| | | กลุ่มอาการสมองเสื่อม | 3-4 |
| | | โรคหลอดเลือดหัวใจ | 2-3 |
| | | โรคต่อมลูกหมากโต | 1-2 |
| | | ตาบอด | 1 |
| | | หูหนวก | 0.7 |
| | | มะเร็ง | 0.5 |

ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจต่างๆ ที่ควรกระทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากความบกพร่อง เช่น ความจำกัดปกติมีอาการหลงลืมทำให้จ่ายตลาดไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรงทำให้สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ หรือหัวใจล้มเหลวทำให้เดินออกนอกบ้านไม่ได้⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ ภาวะทุพพลภาพหรือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจที่เคยทำได้เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุห่วงใยและให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญของความเป็นอิสระและการต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุจะประเมินความมีสุขภาพดีและความแข็งแรงของตนเองโดยให้ความสำคัญมากที่สุดกับความสามารถในการประกอบกิจต่างๆ ในขณะนั้น สำหรับผู้ให้บริการ ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุเป็นเงื่อนไขสำคัญของการกำหนดการจัดการและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต นอกจากนั้นการวัดหรือการประเมินภาวะทุพพลภาพยังทำได้ง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับ การวัดความเจ็บป่วยและปัญหาทางสุขภาพที่มีความหลากหลายจนยากจะรวมเข้าเป็นดัชนีเดียวหรือยากที่จะเข้าใจ ดังนั้นภาวะทุพพลภาพจึงเป็นดัชนีชี้วัดสถานะทางสุขภาพที่สำคัญนอกเหนือจากอายุคาดหวัง อัตราตาย และอัตราป่วย⁽⁴⁹⁾

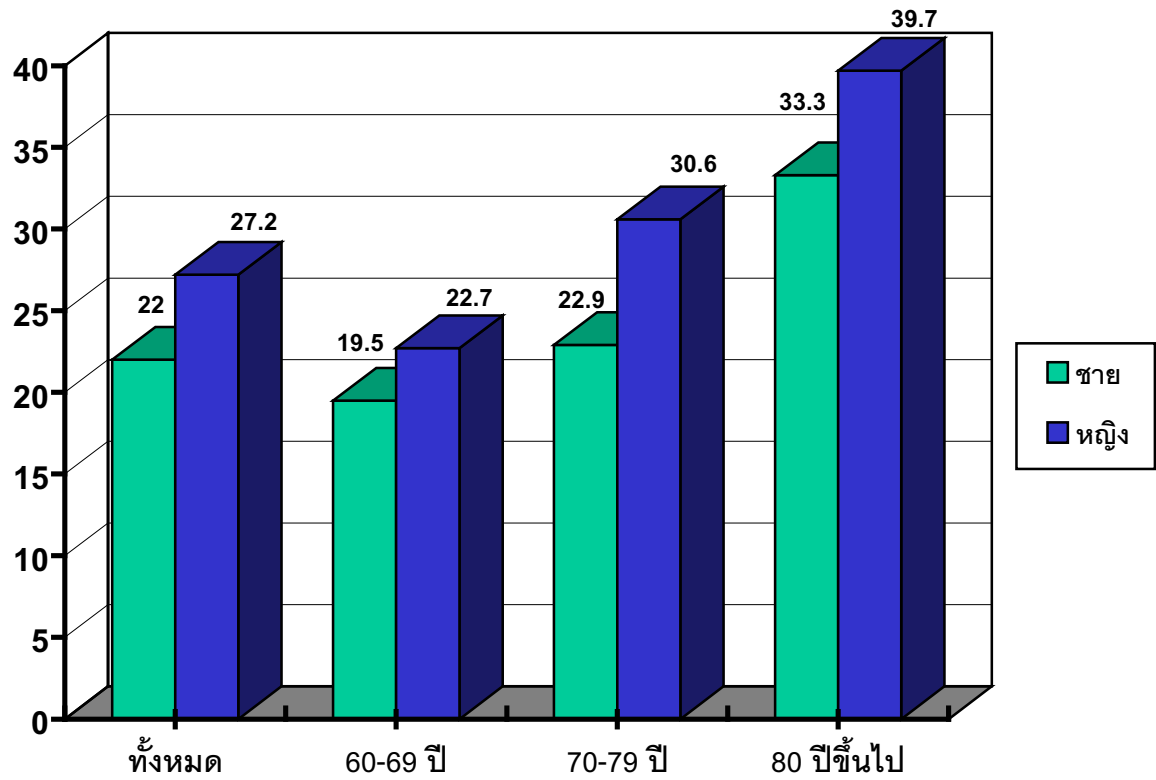
นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นดัชนีของสถานะทางสุขภาพแล้ว ภาวะทุพพลภาพยังมีประโยชน์อื่นๆ ได้แก่ ใช้วัดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้เพื่อการคัดกรองความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงในประชากร ใช้ในการติดตามการดำเนินของโรค ใช้ในการกำหนดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการให้บริการ และใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ของโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติควรจะต้องมีการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทั้งในชุมชนและในสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีอายุสูงมาก (75-80 ปีขึ้นไป) ผู้ที่มีประวัติหกล้ม ผู้ที่โรคเรื้อรังบางประการ หรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาอยู่แล้ว เป็นต้น

■ การศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การศึกษาที่มีมาในประเทศไทยที่เป็นการศึกษาในระดับชาติเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกมีเพียงการศึกษาเดียว คือ การศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2539-2540⁽⁵²⁾ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์ และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 2

ผลจากการศึกษาระดับประเทศดังกล่าว พบมีผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 มีปัญหาเช่นนี้มานานกว่า 6 เดือน (ประมาณ 1 ใน 5 คน) และถือว่ามีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (รูปที่ 3) ประการสำคัญมีผู้สูงอายุในประเทศไทยถึงร้อยละ 1.6 ที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องได้โดยลำพัง และอีกร้อยละ 3.1 ที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระ (ตารางที่ 8)

รูปที่ 3 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของภาวะทุพพลภาพระยะยาวตามกลุ่มอายุและเพศ



ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

ตารางที่ 8 ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ

| ระดับความรุนแรง | ลักษณะในการจำแนก | จำนวน (คน) | ร้อยละของประชากรทั้งหมด | ร้อยละของประชากรที่ทุพพลภาพ |
|-----------------|---|---------------|-------------------------|-----------------------------|
| ไม่มี | ไม่มีภาวะทุพพลภาพ | 3,279 | 81.0 | - |
| น้อย | สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย | 576 | 14.2 | 70.9 |
| ปานกลาง | ไม่สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย แต่ยังเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องที่อยู่ได้ | 126 | 3.1 | 16.4 |
| รุนแรง | ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือในห้อง แต่นั่งได้ | 29 | 0.7 | 3.8 |
| รุนแรงมาก | ต้องนอนตลอดเวลาและต้องการการดูแลอย่างมาก | 38 | 0.9 | 4.9 |

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง (ตารางที่ 9) โดยเฉพาะกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน (Instrumental activity of daily living) เช่น การใช้การขนส่งสาธารณะ และการประกอบอาหาร เป็นต้น ประการสำคัญมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานซึ่งเป็นกิจกรรมดูแลส่วนตนอย่างน้อยหนึ่งอย่าง กิจกรรมเหล่านั้น คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินภายในห้องหรือบ้าน และการอาบน้ำ

ประมาณร้อยละ 1.0-2.1 ของผู้สูงอายุไทยมีดัชนีบาร์เรลต่ำกว่า 12 คะแนนซึ่งจัดว่าอยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรงถึงรุนแรงมาก⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ โดยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอยู่เป็นประจำหรือตลอดเวลา สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพระดับนี้คือ โรคหลอดเลือดสมอง⁽⁵⁴⁾

ตารางที่ 9 อัตราความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรต่างๆ

| | ความชุก (ร้อยละ) | 95% confidence interval |
|----------------------------|------------------|-------------------------|
| การรับประทานอาหาร | 2.4 | 1.9 - 2.9 |
| การทำความสะอาดใบหน้า | 2.5 | 2.0 - 3.0 |
| การสวมใส่เสื้อผ้า | 3.4 | 2.8 - 4.0 |
| การอาบน้ำ | 3.7 | 3.1 - 4.3 |
| การเข้าใช้ห้องสุขา | 4.4 | 3.8 - 5.0 |
| การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง | 4.5 | 3.8 - 5.0 |
| การเดินภายในห้อง/บ้าน | 8.0 | 7.2 - 8.8 |
| การเดินภายนอกบริเวณบ้าน | 11.5 | 10.5 - 12.5 |
| การทอนเงิน | 18.0 | 16.8 - 19.2 |
| การขึ้นบันได | 22.7 | 21.4 - 24.0 |
| การทำงานบ้าน | 37.9 | 36.4 - 39.4 |
| การทำครัว/ประกอบอาหาร | 45.8 | 44.3 - 47.3 |
| การใช้การขนส่งสาธารณะ | 45.6 | 44.1 - 47.1 |
| การกลืนอุจจาระ | 5.0 | 4.3 - 5.7 |
| การกลืนปัสสาวะ | 14.0 | 12.9 - 15.1 |

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณารักษ์). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุไทยเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินขัดสน⁽⁴⁴⁾ (ตารางที่ 10) ประการสำคัญ จากการศึกษาภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุของประเทศไทยสามารถแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพ (รูปที่ 4)

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ⁽⁴⁴⁾ ยังได้ศึกษาความชุกของภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะ 2 สัปดาห์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย โดยเรียกเป็นภาวะทุพพลภาพระยะสั้น และพบมีความชุกถึงร้อยละ 7.4 (95% confidence interval : 6.5-8.3) ของประชากรสูงอายุทั้งหมดที่ทำการศึกษา เมื่อรวมกับความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะได้เป็นความชุกของภาวะทุพพลภาพทั้งหมดซึ่งเท่ากับร้อยละ 25 หรือหมายความว่าในเวลาใดเวลาหนึ่ง ทุก 4 คนของผู้สูงอายุไทยจะมีความจำกัดในการประกอบกิจกรรมที่เคยทำได้หรือมีภาวะทุพพลภาพนั่นเองซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูง นอกจากการจัดการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแล้ว การจัดการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจได้ดีขึ้น จะเป็นการช่วยบรรเทาหรือขจัดปัญหาทุพพลภาพให้หมดไป

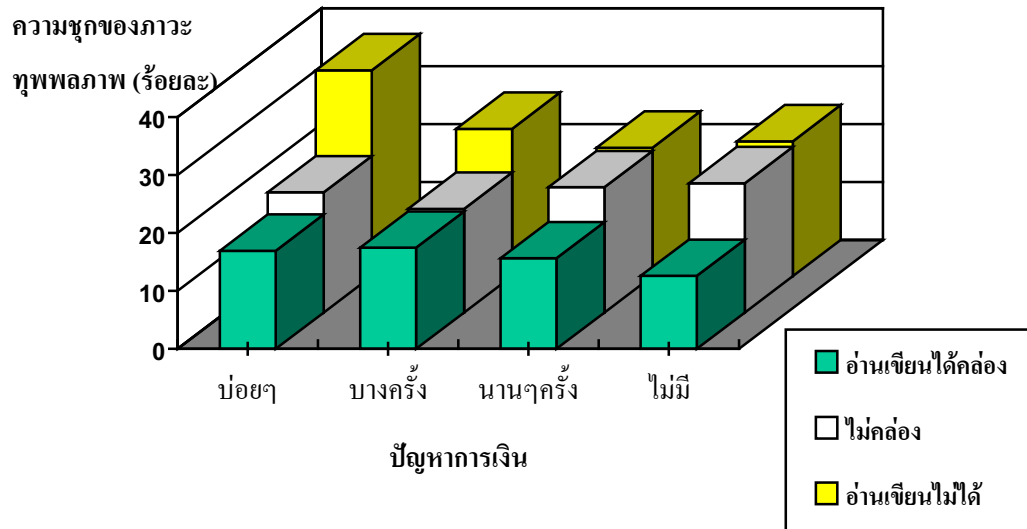
ตารางที่ 10 ความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

| ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ | ไม่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว | มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว / ความรุนแรง | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------------------|------|---------|--------|-----------|
| | | ทั้งหมด | น้อย | ปานกลาง | รุนแรง | รุนแรงมาก |
| กลุ่มอายุ* | | | | | | |
| 60-69 | 85.2 | 14.8 | 12.4 | 1.5 | 0.5 | 0.4 |
| 70-79 | 78.4 | 21.6 | 16.5 | 3.4 | 0.7 | 1.0 |
| 80+ | 67.1 | 32.9 | 17.2 | 10.4 | 1.7 | 3.6 |
| เพศ** | | | | | | |
| ชาย | 82.6 | 17.4 | 13.7 | 2.5 | 0.6 | 0.6 |
| หญิง | 79.8 | 20.2 | 14.6 | 3.5 | 0.8 | 1.2 |
| พื้นที่อาศัย* | | | | | | |
| ก.ท.ม. | 70.1 | 29.9 | 19.4 | 6.1 | 2.8 | 1.6 |
| ภาคกลาง | 73.9 | 26.1 | 20.2 | 4.4 | - | 1.5 |
| ภาคเหนือ | 86.6 | 13.4 | 11.0 | 2.0 | 0.1 | 0.3 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | 87.5 | 12.5 | 10.5 | 1.4 | 0.6 | 0.3 |
| ภาคใต้ | 83.3 | 16.7 | 12.5 | 2.6 | 0.5 | 1.1 |
| พื้นที่การปกครอง** | | | | | | |
| ในเขตเทศบาล | 79.5 | 20.5 | 14.2 | 4.1 | 1.1 | 1.1 |
| นอกเขตเทศบาล | 82.4 | 17.6 | 14.2 | 2.2 | 0.4 | 0.7 |
| การอ่านหนังสือ* | | | | | | |
| อ่านได้คล่อง | 84.9 | 15.1 | 12.2 | 1.7 | 0.6 | 0.5 |
| อ่านได้แต่ไม่คล่อง | 77.5 | 22.5 | 17.2 | 3.8 | 0.9 | 0.6 |
| อ่านไม่ได้ | 76.8 | 23.3 | 15.5 | 5.1 | 0.7 | 1.9 |
| การเขียนหนังสือ | | | | | | |
| เขียนได้คล่อง | 86.0 | 14.0 | 11.5 | 1.3 | 0.6 | 0.6 |
| เขียนได้แต่ไม่คล่อง | 78.7 | 21.3 | 16.8 | 3.3 | 1.0 | 0.3 |
| เขียนไม่ได้ | 75.9 | 24.1 | 15.9 | 5.6 | 0.7 | 1.9 |
| สถานะเศรษฐกิจ** | | | | | | |
| ขัดสนมาก | 74.5 | 25.5 | 18.1 | 4.3 | 1.6 | 1.6 |
| ขัดสนบ้าง | 79.2 | 20.8 | 16.6 | 3.4 | 0.2 | 0.7 |
| ขัดสนบางครั้ง | 80.4 | 19.6 | 15.4 | 3.3 | 0.4 | 0.5 |
| ไม่ขัดสนเลย | 82.3 | 17.7 | 12.7 | 2.8 | 0.9 | 1.2 |

* $p < 0.001$ ** $p < .05$

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณารักษ์). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

รูปที่ 4 ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพโดยพิจารณาจากความชุกของภาวะทุพพลภาพในกลุ่มประชาชนย่อยจำแนกตามสถานะทางการเงินและการเขียนหนังสือ



ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

■ ลำดับความสำคัญของโรคและความผิดปกติที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว

การศึกษาระดับชาติของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽³⁰⁾ ยังได้ใช้ข้อมูลภาวะทุพพลภาพระยะยาว วิเคราะห์หา population attributable risk fraction ของโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์อิสระกับภาวะทุพพลภาพระยะยาว เพื่อใช้ลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาทางสุขภาพในประชากรสูงอายุไทย ทั้งนี้คณะผู้วิจัยเห็นว่าภาวะทุพพลภาพเป็นหัวใจหลักของการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของวัยสูงอายุ ทำให้โรคหรือปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพมีความหมายที่ชัดเจนกว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ทำให้เสียชีวิต ประการสำคัญการสำรวจภาวะทุพพลภาพเช่นนี้จะเห็นทางออกสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่มีปัญหาในด้านความถูกต้องของการเสียชีวิตและสาเหตุของการเสียชีวิตดังเช่นที่ประสบอยู่ในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าโรคและความผิดปกติทางสุขภาพที่มีลำดับต้นจะเป็นโรคหรือปัญหาที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการรับรู้ เช่น อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข้า-เข้าอึกเสบ อุบัติเหตุ และตาบอด เป็นต้น ลำดับความสำคัญมีความแตกต่างชัดเจนกันระหว่างเพศชายและหญิง (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ลำดับความสำคัญของโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว
ในผู้สูงอายุชายและหญิงโดยอาศัย population attributable risk fractions

| ลำดับ | ทั้งชายและหญิง | ชาย | หญิง |
|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | อัมพาตครึ่งซีก | อัมพาตครึ่งซีก | ปวดเข่า-เข่าอักเสบ |
| 2. | ปวดเข่า-เข่าอักเสบ | แขนและ/หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง | ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง |
| 3. | อุบัติเหตุ (unintentional injuries) | อุบัติเหตุ (unintentional injuries) | อุบัติเหตุ (unintentional injuries) |
| 4. | ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง | แขนขาอ่อนแรง | หูหนวกหรือหูตึงมาก |
| 5. | กระดูกสันหลังโก่งหรือโก่งคดงอ | โรคตา | กระดูกสันหลังโก่งหรือโก่งคดงอ |
| 6. | แขนขาอ่อนแรง | กระดูกสันหลังโก่งหรือโก่งคดงอ | โรคความดันเลือดสูง |
| 7. | โรคตา | ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง | โรคตา |
| 8. | หูหนวกหรือหูตึงมาก | หูหนวกหรือหูตึงมาก | อัมพาตครึ่งซีก |
| 9. | โรคความดันเลือดสูง | โรคความดันเลือดสูง | แขนขาอ่อนแรง |
| 10. | แขนและ/หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง | โรคหลอดเลือดหัวใจ | โรคเบาหวาน |
| 11. | โรคเบาหวาน | โรคปอดต่างๆที่ไม่ใช่หอบหืด | โรคไต |
| 12. | โรคหลอดเลือดหัวใจ | โรคหัวใจอื่นๆ | กลุ่มอาการสมองเสื่อม |
| 13. | โรคหัวใจอื่นๆ | โรคลมชัก | โรคหลอดเลือดหัวใจ |
| 14. | กลุ่มอาการสมองเสื่อม | - | มือ-เท้า-นิ้วขาด |
| 15. | โรคไต | - | แขนและ/หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง |
| 16. | โรคลมชัก | - | - |
| 17. | มือ-เท้า-นิ้วขาด | - | - |

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบลีย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณานิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

จากการที่ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุเป็นผลจากโรคเรื้อรังและปัญหาทางสุขภาพ โดยหากสามารถให้การป้องกันหรือรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ก็น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการลดทอนการเกิดภาวะทุพพลภาพขึ้นได้ โรคหรือความผิดปกติซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกๆและน่าจะป้องกันหรือรักษาฟื้นฟูอย่างได้ผล ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ที่เป็นสาเหตุของอัมพาตครึ่งซีก โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการปวดเข่า-เข่าอักเสบ อุบัติเหตุ โรคต่อกระดูกและต่อหินที่เป็นสาเหตุสำคัญของตาบอด กระดูกสันหลังโก่งหรือคดงอซึ่งสัมพันธ์กับโรคกระดูกพรุนและการหกล้ม หูหนวก/หูตึงมาก และโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การป้องกันและชะลอการเกิดโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเนื่องจากการทำให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นอิสระช่วยเหลือตนเองได้ และยังสามารถอยู่ในสถานะของผู้ให้เกียรติ ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุดำรงเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่อง

ภาพรวมโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุ

จากข้อมูลต่างๆทางสุขภาพที่ถึงแม้จะไม่สามารถหาสถิติในการจัดลำดับความสำคัญได้ด้วยดัชนีเพียงอย่างเดียว แต่จากข้อมูลเหล่านี้ยังสามารถใช้อนุมานภาพรวมของความสำคัญโดยพิจารณาถึงความสำคัญต่อการเสียชีวิต ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ และความชุกของปัญหาในประชากร^(11,56) ถึงแม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับความสำคัญเหล่านี้ แต่ภาพรวมความสำคัญโดยการประมาณนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดการทรัพยากรและลำดับความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาในระดับประเทศ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 โรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆโดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน *

- โรคตา (ต้อกระจกและต้อหิน) และตาบอด
- โรคหลอดเลือดสมอง
- อุบัติเหตุ
- โรคข้อเสื่อมโดยเฉพาะที่ข้อเข่า
- โรคความดันโลหิตสูง
- ทุพโภชนาการ
- โรคเบาหวาน
- โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจอื่นๆ
- ความผิดปกติของการได้ยิน
- การติดเชื้อ โดยเฉพาะปอดอักเสบ
- กลุ่มอาการสมองเสื่อม
- โรคของหลังที่ทำให้ปวดหลังเรื้อรัง
- การหกล้มและกระดูกหัก
- มะเร็ง
- ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา
- นอนไม่หลับ
- การกลืนปัสสาวะไม่ได้
- ท้องผูกประจำ

* ปรับปรุงจาก: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ.(56)

ดัชนีสุขภาพในประชากรสูงอายุ⁽⁵⁷⁾

นอกจากการใช้อัตรารายและอายุคาดหวังเมื่อแรกเกิดหรืออายุคาดหวังที่อายุ 60 ปีเป็นดัชนีในการติดตามเปรียบเทียบสถานะทางสุขภาพแล้ว ยังมีดัชนีที่สามารถรวมการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเข้าด้วยกันโดยจะให้ภาพที่ดีขึ้นในการติดตามสถานะทางสุขภาพของประชากร คือ อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (disability-free life expectancy; DFLE) และ อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy; ALE) [DFLE คำนวณจากความชุกของภาวะทุพพลภาพร่วมกับตารางชีพ; ALE คำนวณจากความชุกของการพึ่งพาในกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเข้าใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ ร่วมกับตารางชีพ]

จากการศึกษาพบว่า DFLE และ ALE ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับที่ดีพอสมควร (ตารางที่ 13) การติดตามศึกษาดังนี้จะช่วยในการติดตามประเมินสถานะทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและดียิ่งขึ้นอันจะสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพของระบบสุขภาพของประเทศ

ตารางที่ 13 อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (longterm-disability free life expectancy; LDFLE) และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy; ALE)

| กลุ่มอายุ | ชาย | | | หญิง | | |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | LE | LDFLE | ALE | LE | LDFLE | ALE |
| 60-64 | 20.29 | 16.39 | 18.65 | 23.89 | 18.18 | 21.30 |
| 65-69 | 17.14 | 13.53 | 15.51 | 20.20 | 14.77 | 17.59 |
| 70-74 | 14.18 | 10.93 | 12.63 | 16.89 | 11.84 | 14.34 |
| 75-79 | 11.87 | 8.96 | 10.37 | 14.60 | 9.84 | 12.03 |
| 80 + | 10.90 | 7.89 | 8.96 | 13.60 | 8.71 | 10.76 |

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณานิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพต่ออายุคาดหวังแล้ว (ตารางที่ 14) จะเห็นว่าทั้งชายและหญิงจะมีสัดส่วนที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและสัดส่วนในเพศชายจะมากกว่าในเพศหญิง ดังนั้นการที่มีอายุยืนมากขึ้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุไทยจะมีสุขภาพที่ดีมากขึ้นหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเสมอไป ข้อมูลในตารางที่ 14 ยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุหญิงมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุชาย

ตารางที่ 14 สัดส่วน (ร้อยละ) ระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพ (DFLE, ALE) กับอายุคาดหวัง (LE) ของประชากรสูงอายุจำแนกตามสุขภาพและเพศ

| กลุ่มอายุ | ชาย | | หญิง | |
|-----------|-----------|---------|-----------|---------|
| | %LDFLE/LE | %ALE/LE | %LDFLE/LE | %ALE/LE |
| 60-64 | 16.39 | 18.65 | 18.18 | 21.30 |
| 65-69 | 13.53 | 15.51 | 14.77 | 17.59 |
| 70-74 | 10.93 | 12.63 | 11.84 | 14.34 |
| 75-79 | 8.96 | 10.37 | 9.84 | 12.03 |
| 80 + | 7.89 | 8.96 | 8.71 | 10.76 |

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณารักษ์). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

พฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพ

เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักจะไม่ใช้บริการจากสถานบริการทางสุขภาพ⁽⁵⁸⁾ แต่หากมีอาการมากหรือไม่ดีขึ้นหลังจากการดูแลตนเองโดยทั่วไปแล้ว โดยเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่นิยมมากที่สุด ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะซื้อหรือจัดหาयरับประทานเอง และร้านขายยาเป็นสถานบริการทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยเลือกใช้เป็นลำดับแรก^(39,58) เมื่อการซื้อยาที่ซื้อมาไม่ได้ผลหรือได้ผลไม่เป็นที่พอใจจึงจะเลือกใช้สถานบริการทางสุขภาพแห่งอื่นต่อไป สถานบริการทางสุขภาพอื่นที่ผู้สูงอายุไปใช้มากตามลำดับ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลรัฐ และคลินิกเอกชน โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทนิยมใช้บริการจากสถานีอนามัย ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองนิยมใช้บริการจากโรงพยาบาลและคลินิก⁽¹⁴⁾ เหตุผลสำคัญของการเลือกใช้สถานบริการดังกล่าวอาจเนื่องมาจากความสะดวกในการเดินทาง สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินดี และผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา จะใช้ระบบบริการสุขภาพที่ให้การรักษา เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาล มากกว่าการซื้อยารับประทานเอง⁽⁵⁸⁾

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจระดับชาติเพื่อศึกษาการรับรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับการรักษา และความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง⁽⁵⁹⁾ พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ที่ถูกตรวจว่ามีความดันโลหิตสูง (Unawareness cases) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีถึงร้อยละ 51 ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ผลจากการศึกษานี้แม้จะสะท้อนถึงปัญหาของการเข้าถึงสถานบริการ แต่ก็ยังสะท้อนถึงพฤติกรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ที่อาจมีปัญหในระดับสูงเช่นกัน

สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ปีที่ผ่านมา จากการสำรวจสถานะผู้สูงอายุไทยพบว่า ร้อยละ 14.9 ของผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 79.5 และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 17.8⁽⁴⁵⁾ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองเพียงร้อยละ 30 โดยมากกว่าสองในสามของผู้สูงอายุจะมีบุตรเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยอิสระ

ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ มีฐานะทางการเงินที่ไม่ดีอาศัยในเขตชนบทและไม่เคยรับทราบเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุไทยของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁸⁾

ภาระต่อระบบบริการสุขภาพและการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทยพบว่า จำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามอายุ^(14,46) เกิดปรากฏการณ์อุดกั้นเตียง (bed blocker)⁽⁶⁰⁾ อันเนื่องมาจากภาวะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุมักมีความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสามารถเสื่อมถอยลงจากภาวะเดิมก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งมักจะมีปัญหาทางด้านสังคม⁽⁴⁶⁾ ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งตัวกลับสู่ชุมชน สภาพเหล่านี้จึงนำไปสู่การใช้เตียงในโรงพยาบาลในระดับสูง จึงไม่น่าแปลกใจที่พบว่าอัตราการใช้เตียงของโรงพยาบาลรัฐที่มีอยู่ทั่วประเทศโดยผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด⁽⁵⁸⁾ และได้รับการประมาณการว่าจะมีการเพิ่มของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าของการเพิ่มในประชากรอายุน้อย⁽⁶¹⁾ ปัญหาสุขภาพในประชากรสูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพโดยอิงกับอัตราความชุกในปัจจุบัน จะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาในอนาคตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก⁽⁶²⁾ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังดำเนินเข้าสู่ระยะประชากรสูงอายุ (Population ageing) แต่ถ้าอัตราความชุกไม่ได้คงที่ตามที่มิข้อมูลในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจะเปลี่ยนไปด้วย ปัจจุบันมีหลักฐานหลายประการที่สำคัญยิ่งซึ่งชี้ว่าอาจมี “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย” โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป^(10,63) ซึ่งได้เกิดขึ้นกับประเทศที่พัฒนาแล้วมาก่อน อันเป็นผลมาจากปัญหาพฤติกรรม สุขภาพ วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม และสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยในอนาคตที่มีปัญหาทางสุขภาพจะสูงกว่าที่คาดประมาณไว้

ความไม่เท่าเทียมกันของสถานะสุขภาพปรากฏชัดเจนในประชากรสูงอายุ⁽⁴⁴⁾ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้และเศรษฐกิจฐานะยากจนจะมีความชุกของภาวะทุพพลภาพในอัตราที่สูงมากกว่าผู้สูงอายุที่เขียนได้และมีเศรษฐกิจฐานะที่ดีกว่าชัดเจน ความแตกต่างของสถานะสุขภาพดังกล่าวอาจเป็นผลต่อเนื่องระยะยาวของความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิตที่มาปรากฏชัดเจนในวัยสูงอายุ หรืออาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุโดยตรงเนื่องจากเป็นวัยที่ไวต่อผลกระทบที่มาจาก การด้อยโอกาสด้านการศึกษาและเศรษฐกิจ เช่น ระดับการศึกษาที่ต่ำ และความยากจน เป็นเหตุบั่นทอนความสามารถในการเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และลดโอกาสหรือศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จึงนำไปสู่ผลเสียต่อสถานะสุขภาพในคนวัยนี้ได้ชัดเจน ดังนั้นนอกจากแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพในจำนวนมากกว่าที่คาดประมาณโดยใช้อัตราความชุกคงที่แล้ว ผลกระทบด้านความไม่เป็นธรรมก็อาจมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน

การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในการบริการทางสุขภาพจะประกอบไปด้วยมิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบริการในมิติเหล่านี้โดยตรง ได้แก่

การส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการออกกำลังกาย⁽⁶⁴⁻⁶⁸⁾ แต่การศึกษาเหล่านี้มักจะเป็นการศึกษาถึงการยอมรับหรือรูปแบบการปฏิบัติที่เหมาะสมหรือการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ และการศึกษาดังกล่าวมักมีตัวอย่างขนาดเล็กหรือมีข้อจำกัดด้านกระบวนการวิจัย ประการสำคัญยังไม่มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ต่อสุขภาพที่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตาม ได้มีการพัฒนาเครื่องมือ “แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย” ขึ้น⁽⁶⁹⁾ หากมีการทดสอบเพิ่มเติมว่ามีคุณค่าและความน่าเชื่อถือที่ดี แบบทดสอบนี้จะประโยชน์ในการศึกษาวิจัยทางกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในประชากรสูงอายุต่อไป

การตรวจคัดกรองและการป้องกันโรค ได้มีการศึกษาข้อมูลต่างๆทั้งในและต่างประเทศสำหรับการตรวจคัดกรอง⁽⁷⁰⁾ โดยเน้นโรคหรือปัญหาที่สมควรทำการตรวจคัดกรองและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในประเทศไทย คำแนะนำได้แสดงไว้ในตารางที่ 15 สำหรับการให้วัคซีนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อ พบว่าการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังจะได้ประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินหายใจ⁽⁷¹⁾ และชี้แนะว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรังน่าจะได้ประโยชน์จากวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ สำหรับการศึกษาถึงระดับภูมิคุ้มกันต่อบาดทะยัก คอตีบและไอกรน พบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจะไม่เคยได้รับวัคซีนในวัยเด็กแต่กลับมีระดับภูมิคุ้มกันในระดับสูง⁽⁷²⁾ ซึ่งน่าจะเป็นการเกิดภูมิคุ้มกันจากการได้รับเชื้อ ดังนั้นการให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก คอตีบ และไอกรน แบบทั่วไป (Primary prevention) แก่ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจึงอาจจะไม่มีคามจำเป็น

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อการตรวจคัดกรองที่เป็นประโยชน์และน่าเชื่อถือถึง นอกจากเครื่องมือในการประเมินโอกาสการเกิดการหล่ม⁽⁷³⁾ ยังมีการพัฒนาเครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยเป็นการเฉพาะ ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อม (เครื่องมือประเมินสภาพจิตจุฬา – Chula Mental Test⁽⁷⁴⁾ และการประเมินโดยวาดภาพนาฬิกาและวิธีการให้คะแนน – Clock drawing test and Chula clock-drawing scoring system⁽⁷⁵⁾) และเครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีจุฬาเอดีแอล – Chula ADL Index⁽⁷⁶⁾) นอกจากนั้นยังมีรายงานการศึกษาคุณค่าเครื่องมือ WHOQoL ในการประเมินคุณภาพชีวิตในประชากรสูงอายุไทย⁽⁷⁷⁾ สำหรับเครื่องมือหรือแบบประเมินที่เป็นการแปลจากที่ใช้กันในประเทศมีอยู่เป็นจำนวนมากตามความสนใจ แต่ไม่ขอกล่าวถึงในที่นี้ เพราะไม่มีการศึกษาถึงคุณค่าชนิด Criterion validity ให้ประจักษ์ หรือกระบวนการศึกษาที่ใช้ไม่รัดกุมน่าเชื่อถือเพียงพอ หรือมีหลักฐานที่แสดงถึงข้อดีของการใช้แบบทดสอบเหล่านั้นในประเทศไทย^(32,78)

ตารางที่ 15 โรคที่ควรตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทยและกลวิธีที่แนะนำ⁽⁷⁰⁾

| โรค | กลวิธี | รายละเอียดคำแนะนำ |
|--------------------|--|---|
| ปัญหาการมองเห็น | สัมผัสการณ์ประวัติการมองเห็นและ Snellen chart | ทุกปี |
| หูบวม | สัมผัสการณ์ประวัติการหูบวม | ทุกปี |
| ต้อกระจก | สัมผัสการณ์ประวัติการต้อกระจก | ทุกปี |
| ภาวะขาดโภชนาการ | สัมผัสการณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและ วัดดัชนีความหนาของร่างกาย | ทุกปี |
| โรคความดันโลหิตสูง | วัดความดันโลหิต | ทุกปี |
| โรคเบาหวาน | ตรวจน้ำตาลกลูโคสตอนเช้าเมื่ออดอาหาร | ทุกปี |
| มะเร็งเต้านม | ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจเต้านมโดยแพทย์ ตรวจ mammogram | ทุกสัปดาห์ ทุกปี (ตามสถานะ-ทุกปี) |
| มะเร็งปากมดลูก | ตรวจ papanicolau smear | ปีละครั้ง สามปีติดต่อกัน |
| มะเร็งผิวหนัง | ตรวจผิวหนังทั่วตัว | ทุกปี |
| มะเร็งช่องปาก | ตรวจช่องปาก | ทุกปี |

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ⁽⁷⁰⁾

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษาเรื่องการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหรือปัญหาต่างๆ ในผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด การศึกษาที่สำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับประเทศเป็นการศึกษาวิจัยการบริการ สุขภาพ ได้แก่ การบริการในรูปแบบสหสาขาสำหรับการบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน⁽⁷⁹⁾ การบริการเยี่ยมบ้านเพื่อ การเฝ้าระวังในชุมชน⁽⁸⁰⁾ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน⁽⁸¹⁾ และการบริการในชุมชน^(82,83) การศึกษาเหล่านี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการบริการในอนาคต

ระบบบริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

มีรายงานการทบทวนพัฒนาการของระบบสวัสดิการและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ⁽⁵⁶⁾ และรายงานการ ประเมินการดำเนินการตามนโยบายด้านสาธารณสุข⁽⁸⁴⁾ ไว้อย่างดี อย่างไรก็ตามการบริการและสถานบริการที่จัด หรือมีการพัฒนาขึ้นโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

1. ชมรมผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ 3,487 ชมรม ทั้งแบบที่ดำเนินการเป็นเอกเทศ อยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข และดำเนินงานโดย หน่วยงานอื่นๆ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล

- บรมราชชนนี กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) กิจกรรมนันทนาการพบปะสังสรรค์ 3) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม 4) กิจกรรมกีฬาหรือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 5) กิจกรรมการกุศล เป็นต้น ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้กระจายไปสู่ระดับตำบล หมู่บ้าน มักจะดำเนินการอยู่ในระดับอำเภอ
2. การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นในประเทศแห่งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ.2506 จนกระทั่งปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลราวร้อยละ 44 ของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน
 3. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุและโครงการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ของการดำเนินการเป็นการจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร
 4. การบริการในสถานพยาบาล จะเป็นการบริการสุขภาพประเภทฉับพลันเป็นส่วนใหญ่ และกลวิธีดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ยังจำกัด สำหรับหอผู้ป่วยกึ่งฉับพลันสำหรับระยะพักฟื้นและการฟื้นฟูสุขภาพมีน้อยมาก
 5. สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนในการจัดตั้งการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้มีการจัดตั้งการบริการทางสุขภาพในพื้นที่ต่างๆอย่างกระจัดกระจาย และจะเป็นการบริการเฉพาะพื้นที่ ได้แก่ การบริการตรวจรักษาในชุมชนเป็นครั้งคราว การสนับสนุนของ Helpage International ต่อโครงการบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชนแออัดคลองเตย การจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำขึ้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โครงการบริการชุมชนในเขตชนบทของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นต้น
 6. เอกชนกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีทั้งที่เป็นธุรกิจการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Non-profit) ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง การให้บริการการดูแลระยะกึ่งฉับพลัน และบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม นอกจากนี้ยังมีบริการจัดส่งพยาบาลหรือแพทย์ไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน รวมทั้งการบริการทางสังคมที่สัมพันธ์กันคือการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุไปตรวจที่สถานพยาบาล
 7. บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยภาคเอกชนได้ให้บริการจัดหาผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีการเปิดโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุและให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปตามบ้าน⁽⁸⁵⁾ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ประกันคุณภาพแต่อย่างใด ทั้งนี้มักเป็นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพพลภาพและผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ได้มีบทความเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการในปัจจุบัน⁽⁸⁶⁾ และได้ทำการวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่มีต่อประชากรสูงอายุ โดยในภาพรวมผู้สูงอายุจะได้มากขึ้นจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในด้านการเงินที่รัฐจัดสรรให้ 1,179 บาทต่อหัว และในด้านความครอบคลุมของชุด

สิทธิประโยชน์ที่มีการกำหนดไว้ชัดเจน ประเด็นสำคัญที่สุดของประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้มากขึ้น คือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและสถานบริการโดยเฉพาะสถานบริการเรื้อรัง ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นเร็วกว่าที่เคยคาดหวังกัน อย่างไรก็ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ลงตัว ทำให้ผลกระทบทั้งด้านดีและด้านเสียต่อผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นจริงอาจเปลี่ยนไปจากที่คาดไว้ จึงยังคงต้องการการติดตามประเมินต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

1. การศึกษาธรรมชาติวิทยาของกำลังความสามารถ (Functional capacity) ของประชากรไทย
 - ก. การศึกษา กระบวนการเปลี่ยนแปลงของกำลังความสามารถในประชากรสูงอายุก่อกลุ่มต่างๆ
 - ข. การศึกษา การปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการถดถอยและสูญเสียกำลังความสามารถ และการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวและครัวเรือนต่อการถดถอยและสูญเสียกำลังความสามารถของบุพการี
 - ค. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการถดถอยในกำลังความสามารถ
2. การศึกษาที่จำเป็นด้านภาวะการมีสุขภาพที่ดีและภาวะทุพพลภาพ
 - ก. การศึกษา ปัจจัยของการมีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ
 - ข. การศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคนในวัยสูงอายุและวัยต้น
 - ค. การศึกษา การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย
 - ง. การศึกษา วิธีการจัดการให้มีการส่งเสริมสุขภาพในประชากรสูงอายุในทุกระดับของการบริการ
 - จ. การศึกษา สภาพแวดล้อมและอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เหมาะสมและกลวิธีในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อดำรงกำลังความสามารถให้ต่อเนื่องและเพื่อลดทอนภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ
 - ฉ. การศึกษา รูปแบบการบริการทางสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ที่เอื้อต่อการเข้าถึงการบริการของผู้สูงอายุ
 - ช. การศึกษา ปัจจัยของศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆ (Active ageing)
 - ซ. การศึกษา กลไกหรือวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง
 - ฌ. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพ
 - ญ. การศึกษา ประเภทและขนาดของภาวะทุพพลภาพและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ
 - ฎ. การศึกษา การตอบสนองและการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา (วัยที่ 4) และการตอบสนองและการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวและครัวเรือนต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา (วัยที่ 4) ของบุพการี
 - ฏ. การศึกษา ความต้องการของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและผู้ดูแล

- ฐ. การศึกษา สถานะและแนวโน้มของผลกระทบของภาวะทุพพลภาพและโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ
- ท. การศึกษา สถานะและแนวโน้มของการขยายตัวของโรคเรื้อรังที่สำคัญและภาวะทุพพลภาพ
- ฒ. การศึกษา กลวิธีหรือรูปแบบการบริการที่เป็นทางเลือกของและลดทอนความจำเป็นของการใช้สถานบริการระยะยาว (ทำอย่างไรให้อยู่ในชุมชนได้นานที่สุด?)
- ณ. การศึกษา ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในประชากรสูงอายุกลุ่มต่างๆ
3. การศึกษาโรคหรือประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ
- ก. การศึกษา เพื่อการลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ
- ข. โรคอัลไซเมอร์
- การศึกษา การดำเนินโรค (Natural course) ของโรคอัลไซเมอร์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุไทย
 - การศึกษา รูปแบบหรือกลวิธีในการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม
- ค. การศึกษา รูปแบบของระบบการป้องกันโรคและส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
- ง. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของโรคสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ
- จ. การศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัยที่เหมาะสม สาเหตุ และการป้องกันภาวะซีด
- ฉ. การศึกษา ขนาดของปัญหาการติดเชื้อซิฟิลิสในระบบประสาทส่วนกลาง
- ช. การศึกษา ความจำเป็นและความคุ้มค่าของการให้วัคซีน
- วัคซีน ไขหวัดใหญ่
 - วัคซีน นิวโมคอคคัส
 - วัคซีน Diphtheria-Pertussis-Tetanus
- ซ. การศึกษา กลวิธีและความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับประเทศไทยของโรคสำคัญหรือที่เป็นประเด็นต้องทำการศึกษา
- มะเร็งเต้านม
 - มะเร็งต่อมลูกหมาก
 - มะเร็งลำไส้
 - วัณโรคและมะเร็งปอด
 - โรคซึมเศร้า
 - โรคตับอักเสบ
 - โรคตับหิน
 - กลุ่มอาการสมองเสื่อม
 - โรคกระดูกพรุน
- ณ. การใช้ยาและปัญหา

- การศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยของการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- การศึกษา ชนิดยาสำคัญที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงและกลวิธีในการป้องกัน
- การศึกษา ความคุ้มค่าของการใช้ยาในโรคสำคัญหรือที่เป็นประเด็น เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษา ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคกระดูกพรุน โรคซึมเศร้า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคต่อกระฉก
- การศึกษา ระบบสนับสนุนการสั่งและการจ่ายยาที่เหมาะสม
- การศึกษา ระบบป้องกันการสั่งและการใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง

ญ. ปัญหาการหกล้มและอุบัติเหตุ

- การศึกษา เครื่องมือในการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม
- การศึกษา กระดูกหักและผลต่อเนื่องจากการหกล้ม
- การศึกษา ปัจจัยของการหกล้ม ของผู้สูงอายุ
- การศึกษา กลวิธีในการป้องกันการหกล้มและกระดูกหัก
- การศึกษา สาเหตุและกลวิธีในการป้องกันอุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ฎ. ปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ (Elderly abuse and neglect)

- การศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัยปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา ขนาดของปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา กระบวนการเฝ้าระวัง การวินิจฉัย และการจัดการในระดับปฏิบัติการต่อปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา กระบวนการและระบบการจัดการในระดับนโยบายและแผนงานต่อปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ

ฏ. ปัญหาฟันและช่องปาก

- การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฟันและเหงือก
- การศึกษา กลวิธีในการป้องกันและจัดการปัญหาฟันและช่องปากที่สำคัญในผู้สูงอายุ

ฐ. การศึกษา กลวิธีและรูปแบบการบริการปัญหากลืนปัสสาวะไม่ได้ในชุมชน

ฑ. ภาวะทุพโภชนาการ

- การศึกษา สถานะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการมีภาวะทุพโภชนาการ
- การศึกษา กลวิธีที่เหมาะสมในการประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงด้านทุพโภชนาการ
- การศึกษา กลวิธีหรือรูปแบบของการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีและการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

4. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้จากข้อมูลทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับวัยสูงอายุ เพื่อให้ได้สาระที่จำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย การจัดเตรียมแผนงาน การดำเนินกิจกรรมและการบริการ และการประเพณีปฏิบัติที่เหมาะสม
- ก. การออกกำลังกายที่เหมาะสม
 - ข. โภชนาการและความจำเป็นของสารอาหารเสริม
 - ค. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ
 - กลุ่มอาการสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์
 - โรคหลอดเลือดสมอง
 - โรคกระดูกพรุน
 - การหกล้ม
 - ปัญหาทางเพศสัมพันธ์
 - อติวินิตบาตกรรม
 - การทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ (Elderly abuse and neglect)
 - อื่นๆ (ตามความจำเป็น)
 - ง. พฤติกรรมหรือระบบบริการหรือการบริการที่สัมพันธ์กับ “สุขภาพดีในวัยสูงอายุ” และ “ภาวะทุพพลภาพ”

บรรณานุกรม

1. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: สู้วัยสูงอายุคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
2. ศรีจิตรา บุนนาค, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน: ปัญหาทางสุขภาพภาวะพึ่งพา และแนวโน้มนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ. ใน: สู้วัยสูงอายุคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
3. นิศา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
4. เกริกศักดิ์ บุญญาพงษ์, สุรีย์ บุญญาพงษ์, สมศักดิ์ ฉันทะ. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
5. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Health care for elderly people in developing countries: a case study of Thailand. Age Ageing 1993;22:377-81.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรามัย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, สิริพร ฉันทศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
7. ปรีชา อุบายน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิณา ศิริสุข, มัลลิกา บัติโก. ไม่ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
8. Murray CJL, Lopez AD, eds. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk actors in 1990 and projected to 2020. Cambridge MA: Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, vol I).
9. Smutharaks B, Wecharak P, Kongkamned R, Sitthi-Amorn C. Quantitative Assessments of Disease Impact on Society: a conceptual approach to prioritization & agenda setting of health problems for policy determination in Thailand. Bangkok: The College of Public Health, Chulalongkorn University, 1997.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:42-9.
11. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.

12. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, 1998.
13. Jitapunkul S. Factors associated with one-year mortality of the Thai elderly living in a community. J Med Assoc Thai 1996;79:434-8.
14. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบัน หมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
15. Chayovan N, Wongsith M, Saengtienchai C. Socio-economic consequences of the ageing of the population in Thailand (IPS Publication No.161/88). Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1988.
16. สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิณา ศิริสุข. การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
17. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณานิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2534-2535. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539.
18. คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538. การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปีพ.ศ.2538. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
19. ศรีน้อย มากเกษม, นฤมล ชัยสุพรรณ, ประพิมพ์ สมมาแซง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2532;4:266-74.
20. กองโภชนาการ กรมอนามัย. การศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุของประเทศไทย (อายุ 55-74 ปี). นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2540.
21. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมหวัง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
22. Jitapunkul S, Khovidhunkit W. Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai 1998;81:160-8.
23. เพ็ญศิริ สันตโยภาส. อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีไทย. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2544;2:26-37.
24. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. Falls and their associated factors: a national survey of Thai elderly. J Med Assoc Thai 1998;81:233-42.
25. ลัดดา เกียมวงศ์. ปัจจัยของการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:46-54.
26. Suriyawongpaisal P, Siriwongpairat P, Laohachareonsombat W, et al. A multicenter study on hip fractures in Thailand. J Med Assoc Thai 1994;77:488-95.

27. Lau EM. The epidemiology of hip fracture in Asia: an update. *Osteoporosis International* 1996;6(Suppl 3):19-23.
28. Jitapunkul S, Yuktanantana P. Consequences of hip fracture among Thai women aged 50 years and over: a prospective study. *J Med Assoc Thai* 2001;83:1447-51.
29. รายงานการศึกษาเบื้องต้น โครงการการศึกษาระยะยาวของปัญหา ปัจจัยเสี่ยงของปัญหา และปัจจัยของการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
30. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุและลำดับความสำคัญ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:34-46.
31. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. กลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:58-69.
32. Phanthumchinda K, Jitapunkul S, Sitthi-Amorn C, Bunnag S, Ebrahim S. Prevalence of dementia in an urban slum population in Thailand: validity of screening methods. *Inter J Geriatr Psychiatr* 1991;6:639-46.
33. วรณนิภา บุญระยอง. ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;1:11-8.
34. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryan RM, Newens AJ. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;4:15-24.
35. รัชฎา รักขนาม. ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;4:31-7.
36. นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุกร, ธงชัย ทวิชาชาติ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ; เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2534;35:145-203.
37. อรพรรณ ทองแดง. การศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย (บทคัดย่อ). ใน: สุวัยสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย 2542:297-8.

38. Sitthi-Amorn C, Bunnag S. Ageing problems and possible solution in Klong Toey slum. A complete report, Sandoz, 1990.
39. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, วงศ์วัฒน์ ลิ่วลักษณ์, ธานี ทวีกิตติกุล, จักรณา ปัญญาชีวิน. ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชน: ความหมายและอัตราความชุก. วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:8-19.
40. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาดพิการ พ.ศ.2539. ลำปาง: คณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาดพิการ กระทรวงสาธารณสุข, 2540;7:43.
41. รจิต ตูจินดา, อังคณา เมธีไตรรัตน์. การศึกษามาตรการการตรวจคัดกรองและความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ (บทคัดย่อ). ใน: ส่วยสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ สมาคมพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:294.
42. Jitapunkul S. Syphilis among Thai population aged 50 years and over: value of mass screening. Asian J Trop Med 2000;31:349-53.
43. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540.
44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:17-33.
45. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. Factors associated with state hospital utilisation among Thai elderly who had illness which need hospitalisation. J Med Assoc Thai 1998;81:658-64.
46. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศรีจิตรา บุณนาค. การเสียชีวิตและการกลับสู่บ้านของผู้ป่วยในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2535;36:839-44.
47. Lertakymanee J, Santawat U, Foongdej S, Muangkasem J. Comparison of immediate recovery period among young, middle-aged and elderly patients. J Med Assoc Thai 1998;81:473-9.
48. Jitapunkul S, Lertkupinit C, Jongsitimahakul A, Suteparuk S. Use of drugs and adverse reactions in medical inpatients. J Med Assoc Thai 1997;80:636-40.
49. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพดุมหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:95-104.
50. World Health Organisation. International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps. Geneva: World Health Organisation, 1980.

51. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disabilities and Health: Final draft, full version. Geneva: World Health Organisation, 2001. (WHO/EIP/GPE/CAS/ICIDH-2/FI/01.1)
52. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
53. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
54. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai 1994;77:231-8.
55. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994;23:97-101.
56. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุสาขาวิชา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
57. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. อายุคาดหวังทางสุขภาพ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:70-78.
58. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. A national survey of health services utilisation during ailment and its determinants among Thai elderly. Age Ageing 1999;28:67-71.
59. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคความดันเลือดสูง: ภาพสะท้อนคุณภาพการบริการและความไม่เท่าเทียมกัน. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ.2542:79-88.
60. Thampreechavai S, Somerville K, Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Elderly bed-blockers in a Thai teaching hospital : is it a problem? J Med Assoc Thai 1992;75:418-22.
61. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารประชากรศาสตร์ 2535;7:47-59.
62. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะทางนโยบาย. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหา

- สุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:89-120.
63. ธารดี คำยา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรไทยอายุยืนขึ้นแต่ทำงานเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกันด้วยหรือไม่?: ผลการศึกษาอายุคาดหวังเฉลี่ยในการทำงาน พ.ศ.2528-2538. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:4-10.
 64. จิราภรณ์ กลีบจำปี. การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการศึกษาในการออกกำลังกายผู้สูงอายุ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี2539. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ 2539;10:31-5.
 65. ชนินัฐ วโรทัย, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, จารุวรรณ เหมะธรร, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, พิมพพรรณ ศิลปสุวรรณ, นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร. การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2539;26:15-26.
 66. ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร. ผลการฝึกแอโรบิคตามแบบแรงกระแทกต่ำและปลอดภัยแรงกระแทกที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและสารเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ. เอกสารรายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
 67. กรกานต์ ป้อมบุญมี. ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
 68. นิรันดร์ ชาวเรือหัก. ผลของการเดินออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ต่างกันของวันที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้สูงอายุหญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาคศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาพลศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
 69. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์. การพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาสารณศาสตร์)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
 70. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. แนวทางการบริการตรวจคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุไทย. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2541.
 71. Nanta Maranetra, Phunsup Wongsurakiat, Uraiwan Kositanont. The efficacy and cost-effective of influenza vaccination in COPD patients (abstract). ใน: สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:285.
 72. ชีรพงษ์ ตันทวีเชียร. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จรินทร์ มาลฮอตรา, วิสุทธิ์ เตชะวิบูลย์ศักดิ์, (บรรณาธิการ). มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ (หนังสือประกอบการอบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา). กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543.

73. ลัดดา เทียมวงศ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินการหกล้มในผู้สูงอายุไทยในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
74. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkachorn A, Ebrahim S. Chula Mental Test: a screening mental test developed for Thai elderly. *Inter J Geriatr Psychiatr* 1996;11:715-20.
75. Jitapunkul S, Worakul P, Kiatprakoth J. Validity of clinical use of the clock-drawing test in Thai elderly patients with memory problems. *J Med Assoc Thai* 2000;83:342-7.
76. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 1994;23:97-101.
77. สุนุดตรา ตะบุญพงษ์, วันดี สุทธิรังษี, พัชรียา ไชยลังกา. การประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2:6-15.
78. Jitapunkul S, Lailert C. Mini-mental status examination: is it appropriate of screening in Thai elderly. *J Med Assoc Thai* 1997;80:116-20.
79. Jitapunkul S, Nuchprayoon C, Aksaranugraha S, Chaiwanichsiri D, Leenawat B, Kotepong W, Sornthonchartwat B, Rotprapaisri P, Chandraprasert S. A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach and strengthened physician-nurse collaboration in general medical wards of a Thai acute care hospital. *J Med Assoc Thai* 1995;78:618-23.
80. Jitapunkul S. A randomised controlled trial of regular surveillance in Thai elderly using a simple questionnaire administered by non-professional personnel. *J Med Assoc Thai* 1998;81:352-6.
81. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Effectiveness and cost analysis of community-based rehabilitation service in Bangkok. *J Med Assoc Thai* 1998;81:572-8.
82. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;1:67-79.
83. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปราวรณา ยศพล, สีนีนาง บุญต่อเติม. โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี, 2537.
84. พิรสิทธิ์ คำนวนคิดปี่, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ, จอห์น ไบรอัน, อารีย์ พรหมไม้. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
85. วาทีนี บุญชะลิกษ์, ยุพิน วรสิริอมร. ธุรกิจการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการศึกษานำเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.
86. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 1-2-3 ของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2:59-64.

บทที่ 5: เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ

รศ.ดร. มัทนา พนานิรามัย

อ. นงนุช สุนทรชวากานต์

นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีความเป็นห่วงและกังวลมากที่สุด เมื่อพูดถึงปัญหาทางเศรษฐกิจ เรามักหมายถึงความไม่เพียงพอของรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่ายและมักรวมไปถึงปัญหาที่เกิดจากความไม่แน่นอนหรือผันผวนของรายได้และรายจ่ายด้วย

โดยทั่วไปการพิจารณาถึงรายได้มักคำนึงปัจจัยการผลิต ในทางเศรษฐศาสตร์จำแนกปัจจัยการผลิตเป็น 4 หมวดใหญ่ๆ คือ ที่ดิน พุณ แรงงานและทักษะการประกอบการ เมื่อนำปัจจัยการผลิตทั้ง 4 ไปรวมกันในกระบวนการผลิตก็จะก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มขึ้นในสังคม มูลค่าเพิ่มนั้นจะถูกจัดสรรกลับไปเป็นรายได้ของผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตต่างๆเหล่านั้น รายได้ของผู้เป็นเจ้าของที่ดินจะอยู่ในรูปของค่าเช่า ผู้เป็นเจ้าของทุนอยู่ในรูปของดอกเบี้ย ผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างอยู่ในรูปของค่าจ้าง และผู้ประกอบการอยู่ในรูปของกำไรจากการประกอบการ ยังมีรายได้อีกประเภทหนึ่งเรียกว่ารายได้จากการโอน (transfer income) รายได้ประเภทนี้มีใช้รายได้แท้จริงในความหมายข้างต้นเพราะมิได้เกิดจากการสร้างมูลค่าเพิ่มขึ้นในสังคม แต่เป็นเพียงการโอนรายได้จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งเท่านั้น เช่น การที่ลูกส่งเงินให้พ่อแม่ หรือการที่รัฐรวบรวมเงินจากคนทั้งประเทศในรูปของภาษีแล้วนำไปจัดสรรให้เป็นสวัสดิการแก่ผู้ด้อยโอกาส ดังนั้นถึงแม้ว่าเงินที่พ่อแม่ได้รับหรือเงินที่ผู้ด้อยโอกาสได้รับการจัดสรรอาจถือเป็นรายรับของพ่อแม่หรือผู้ด้อยโอกาสแต่ก็ไม่ใช่ว่ารายได้ที่แท้จริง สำหรับผู้สูงอายุกำลังและสติปัญญาย่อมเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา ดังนั้นรายได้ที่ได้จากแรงกายและแรงสมยอมย่อมลดลงและสูญเสียโดยสิ้นเชิงในที่สุด แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุจึงเหลือเพียงรายได้จากสินทรัพย์ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นที่ไม่ใช่แรงงาน เช่น รายได้จากดอกเบี้ย ค่าเช่า หรือจากเงินโอนเท่านั้น ในขณะที่รายได้ของผู้สูงอายุลดลง แต่รายจ่ายหลายด้านโดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกลับเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจำนวนมากจึงต้องประสบกับปัญหาเศรษฐกิจและรายได้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ยกเว้นเสียแต่ผู้สูงอายุที่มีสินทรัพย์สะสมไว้เป็นจำนวนมากพอ หรือมีรายได้จากเงินโอน เช่น จากบุตรหรือจากรัฐ

วัตถุประสงค์ของบทนี้เพื่อทบทวนผลงานวิจัยในอดีตในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจและความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุ ความรู้ดังกล่าวจะเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดโจทย์คำถามงานวิจัยที่จำเป็น ตลอดจนการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว การทบทวนการศึกษาจะแบ่งเป็นหัวข้อดังนี้

การทบทวนเกี่ยวกับการเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว ความยากจนในประชากรผู้สูงอายุและครอบครัว สถานการณ์การทำงาน การเกษียณและปัญหางบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้มหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอเพื่อการศึกษาคต่อไป

แหล่งข้อมูลหลักระดับประเทศที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีไม่มากนัก โดยข้อมูลหลักที่ใช้ในการทบทวนครั้งนี้ ได้แก่ (1) การสำรวจรายได้โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2529⁽¹⁾ (Socio-Economic Consequences of the Aging of the Population in Thailand หรือ SECAPT) (2) การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537⁽²⁾ (The 1994 Survey of Elderly in Thailand หรือ SET) และ (3) โครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽³⁾ (1995 Survey of the Welfare of the Elderly in Thailand หรือ SWET) นอกจากนี้แหล่งข้อมูลทั้งสามซึ่งเป็นการสำรวจเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ยังมีการสำรวจระดับครัวเรือนทั่วราชอาณาจักรอื่นๆ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สามารถใช้ศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุได้ เช่น การสำรวจสภาวะการมีงานทำของประชากร ซึ่งดำเนินการทุกปี ปีละ 2 - 4 รอบ การสำรวจรายได้รายจ่ายระดับครัวเรือนซึ่งดำเนินการ 2 ปีต่อครั้ง และการสำมะโนประชากรซึ่งดำเนินการทุก 10 ปีต่อครั้ง

อุปสรรคในการเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างแต่ละงานที่สำคัญคือ คำจำกัดความของตัวแปรแต่ละคำจากข้อมูลแต่ละแหล่งแตกต่างกัน หรือแม้กระทั่งจากแหล่งเดียวกันแต่ต่างเวลากันก็ยิ่งแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่กล่าวมานี้ล้วนเป็นข้อมูลที่มีการวางแผนการสำรวจมาอย่างดี รอบคอบและรัดกุม ดังนั้น แม้มีความแตกต่างในรายละเอียดอยู่บ้าง แต่ภาพโดยรวมเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุล้วนสอดคล้องกันค่อนข้างมาก

การเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว

ตัวแปรหลักที่ใช้ศึกษาฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุคือรายได้และสินทรัพย์ที่ครอบครองโดยผู้สูงอายุ รายได้ในกรอบที่แคบที่สุดคือรายได้จากแรงงานและสินทรัพย์ที่ตนเองครอบครองอยู่ แต่ภายใต้กรอบนี้ก็ยังมีความแตกต่างระหว่างข้อมูลแต่ละแหล่ง เช่น ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ที่เจ้าของใช้เองนั้นควรจัดเป็นรายได้หรือไม่ การสำรวจส่วนใหญ่ที่กล่าวมาข้างต้นจะไม่รวมผลตอบแทนของสินทรัพย์ที่เจ้าของใช้เองเป็นรายได้อีกเว้นการสำรวจรายได้รายจ่ายจะนำค่าเช่าบ้านมาประเมินกรณีที่เจ้าของอยู่เองมารวมเป็นทั้งรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนนั้นด้วย ในกรอบที่กว้างถัดไปจะรวมรายได้ที่เป็นเงินโอนด้วย นอกจากนี้การจะดูฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุควรจะรวมเฉพาะรายได้ของผู้สูงอายุ หรือควรรวมรายได้ของคู่สมรส ของบุตรหรือของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วยหรือไม่ ผู้สูงอายุบางคนที่ไม่มียาได้แต่ครอบครัวมีฐานะดีควรจะถูกระบุฐานะการเงินอย่างไร แต่ไม่ว่าโดยหลักการควรจะเป็นอย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ บ่อยครั้งเราก็ไม่สามารถแยกรายได้ของครอบครัวที่ทำธุรกิจส่วนบุคคลว่ารายได้ของธุรกิจนั้นเป็นของบุคคลใดเท่าใด ทั้งนี้ยังไม่ต้องพูดถึงความยากลำบากของการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ซึ่งผู้ตอบอาจไม่เต็มใจให้ข้อมูล ผู้ตอบอาจไม่ทราบข้อมูลเพราะรายได้ไม่แน่นอน หรือเพราะระบบบัญชีไม่ดีพอทำให้ไม่ทราบว่าต้นทุนแท้จริงของการประกอบธุรกิจส่วนบุคคลว่าเป็นเท่าใด ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุได้ว่ารายได้นั้นเป็นรายได้รวม (gross income) หรือรายได้สุทธิ (net income) ปัญหาเหล่านี้ ทำให้รายได้จากแหล่งต่างๆ เปรียบเทียบกันได้ยาก แต่ถ้าต้องการเปรียบเทียบฐานะของคนแต่ละกลุ่มจากแต่ละแหล่งในการศึกษาเดียวกันน่าจะทำได้เพราะฐานะเปรียบเทียบ (relative status) ดังกล่าวน่าจะถูกกระทบด้วยความแตกต่างของคำจำกัดความน้อยกว่า

ข้อสรุปภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ปีพ.ศ.2529 ปรากฏว่า⁽¹⁾ รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ 12,200 บาทต่อปี รายได้ของผู้สูงอายุชายที่ได้มาจากการทำงานมากกว่ารายได้ของผู้หญิงซึ่งส่วนมากต้องพึ่งรายได้จากบุตรหลาน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีรายได้จากการทำงานสูงกว่าของผู้สูงอายุในเมือง แต่ร้อยละของผู้สูงอายุในชนบทที่ไม่มีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองก็มีอัตราส่วนของผู้ที่มีรายได้เหลือใช้สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท โดยสรุปงานวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทและผู้สูงอายุหญิงที่ไม่มีคู่ ดังนั้นข้อเสนอคือ ให้เพิ่มโอกาสการทำงาน หรือจัดหางานที่เหมาะสมกับภาวะร่างกายผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี

จากข้อมูล SET พ.ศ.2537⁽²⁾ พบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคือ 31,093 บาทต่อปี โดยมีค่าเฉลี่ยสำหรับในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเท่ากับ 87,680 และ 22,911 บาทต่อปีตามลำดับ ผู้สูงอายุชายมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 33,253 บาทต่อปี ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 27,915 บาทต่อปี ถ้าพิจารณาตามภาคพบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุดถึง 105,542 บาท และภาคที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียง 23,019 บาทต่อปี

การศึกษาล่าสุด พ.ศ.2538⁽³⁾ ได้ใช้รายได้ของผู้สูงอายุหรือของคู่สมรส (เรียกว่ารายได้ของตนเอง) และรายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ (เรียกว่ารายได้ของครัวเรือน) เป็นดัชนีประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผลพบว่าทั้งรายได้ของตนเองและรายได้ของครัวเรือนต่างก็ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) มีมัธยฐานของรายได้อยู่ระหว่าง 20,000-29,000 บาทต่อปี กลุ่มอายุ 60-69 ปีมีมัธยฐานของรายได้ในช่วง 10,000-19,999 บาทต่อปี และลดลงเหลือเพียง 2,500-4,999 บาทต่อปีสำหรับกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้หญิงมีรายได้ของตนเองต่ำกว่าผู้ชาย และโดยทั่วไปจะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าด้วย ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯและในเมืองอื่นๆจะมีรายได้ของตนเองและของครัวเรือนสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทอย่างชัดเจน แหล่งรายได้หลักของผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุคือรายได้ของตนเอง รองลงไปคือของบุตร แต่สำหรับผู้สูงอายุส่วนมากจะมีแหล่งรายได้หลักจากบุตร รองลงไปคือเป็นรายได้จากการทำงานของตนเองหรือของคู่สมรส สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้จากสินทรัพย์หรือเงินบำนาญบำนาญมีไม่สูงนัก

นอกจากนั้นยังได้ประเมินการเป็นเจ้าของสินทรัพย์ประเภทต่างๆและหนี้สิน และพบว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่างมีทรัพย์สินที่เป็นบ้านและที่ดิน แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบัญชีเงินฝากหรือหุ้นจะต่ำกว่า โดยผู้ชายและผู้ที่อยู่ในเมืองหรือกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนที่เป็นเจ้าของบัญชีเงินฝากหรือหุ้นสูงกว่าผู้สูงอายุผู้หญิงหรือผู้อยู่ในชนบท แต่ในทางด้านหนี้สินนั้น ผู้ชายและผู้ที่อยู่ในชนบทมีสัดส่วนที่เป็นหนี้สินสูงกว่าผู้หญิงหรือผู้ที่อาศัยในเขตเมืองหรือกรุงเทพมหานคร สำหรับความแตกต่างในด้านการมีของใช้ในครัวเรือนอื่นๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ จักรยานยนต์ รถยนต์หรือรถปิคอัพ ตู้เย็น เครื่องปรับอากาศ และโทรศัพท์ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างเพศบ้างในประเภทของที่อยู่ในความครอบครอง แต่จะมีความแตกต่างระหว่างผู้อยู่ในเมืองและชนบทมากกว่า โดยผู้ที่อยู่ในเมืองหรือกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของผู้ที่มีของใช้แต่ละชนิดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท ยกเว้น รถจักรยานยนต์

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจรายได้รายจ่าย (SES) ปีพ.ศ.2535⁽⁴⁾ พบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วราชอาณาจักรคือ 2,720 บาทต่อเดือน (หรือประมาณ 32,640 บาทต่อปี) รายได้ดังกล่าวจะสูงกว่าทั้งของรายได้จากข้อมูล SET พ.ศ.2537 หรือของ SWET พ.ศ.2538 ซึ่งมีสาเหตุจากความแตกต่างของกระบวนการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จากข้อมูล SES พ.ศ.2535 ยังพบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุในเขต

เมืองและชนบทเท่ากับ 4,948 และ 2,052 บาทต่อเดือนตามลำดับ รายได้ของผู้สูงอายุชายสูงกว่าของผู้สูงอายุหญิงประมาณร้อยละ 80 สำหรับเขตเมือง และร้อยละ 90 สำหรับเขตชนบท นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 47.3 ตอบว่าไม่มีรายได้ (รายได้เฉพาะของตนเอง ไม่รวมรายได้ของคู่สมรส) ร้อยละ 28.2 ของผู้ที่มีรายได้ตอบว่าเป็นรายได้จากบำเหน็จ บำนาญ เงินสงเคราะห์ หรือเงินชดเชยจากการออกจากงาน รองลงไปเป็นรายได้จากการทำธุรกรรมภาคการเกษตร (ร้อยละ 22.1) และนอกภาคการเกษตร (ร้อยละ 8.1) ผู้ที่มีรายได้จากสินทรัพย์และจากค่าจ้างมีเพียงประมาณอย่างละร้อยละ 7 เท่ากัน

จากข้อมูลการสำรวจแรงงานพ.ศ.2540⁽⁵⁾ รอบที่ 1 (เดือนกุมภาพันธ์) พบว่าจากผู้สูงอายุที่ทำงานทั้งหมด 1.7 ล้านคน ร้อยละ 65.2 มีรายได้จากการทำงานต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 20.8 มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,001-4,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุหญิงที่ทำงานโดยมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมีสัดส่วนร้อยละ 68 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชายซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 62

แม้รายได้ของผู้สูงอายุจะค่อนข้างต่ำ แต่ก็มีเพียงร้อยละ 29 ที่ตอบว่าไม่พอใจในรายได้ของตนเอง ผู้สูงอายุซึ่งเป็นเพศชายและผู้สูงอายุในชนบทมีความไม่พอใจในสภาพการเงินของตนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุในเมืองตามลำดับ นอกจากนี้ แม้รายได้จะลดลงตามอายุแต่ผู้ที่ตอบว่าไม่พอใจกับภาวะเศรษฐกิจของตนเองกลับลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะความพึงพอใจย่อมขึ้นอยู่กับรายได้เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคาดหมายของรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นจริง เข้าใจว่าความคาดหมายในด้านรายจ่ายของผู้สูงอายุลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะลดลงหรืออาจเป็นได้ว่าบุตรหลานอาจเข้ามารับผิดชอบในรายจ่ายที่จำเป็นมากขึ้นเมื่อพ่อแม่มีอายุมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ทั้งรายได้และแหล่งที่มาของรายได้หลักมีความแตกต่างกันตามอายุ เพศ และแหล่งที่อยู่อาศัย ยิ่งมีอายุสูงมากขึ้นเพียงใดรายได้ก็จะลดลงมากเพียงนั้น โดยผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุมีแหล่งรายได้หลักจากแรงงานของตนเองสูงกว่าผู้ที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว และผู้ชายจะมีรายได้จากแรงงานของตนเองสูงกว่าผู้หญิง ผู้สูงอายุหญิงจะมีแหล่งรายได้หลักจากบุตรมากกว่า อย่างไรก็ตามเมื่อรวมรายได้จากทุกแหล่งแล้วผู้สูงอายุหญิงก็ยังคงมีรายได้ต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับความแตกต่างของรายได้ตามแหล่งที่อยู่อาศัยนั้น ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองอื่นๆจะมีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทอย่างชัดเจนแม้ว่าผู้สูงอายุในชนบทจะมีสัดส่วนของผู้ทำงานสูงกว่าก็ตาม การวัดสถานะภาพทางเศรษฐกิจด้วยการครอบครองสินทรัพย์ประเภทต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่อาศัย แต่การครอบครองบัญชีเงินฝากหรือหุ้นมีไม่มากนัก ผู้สูงอายุในเมืองจะมีสัดส่วนของผู้ที่ครอบครองบัญชีเงินฝากหรือหุ้นสูงกว่า ในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุในเมืองก็มีการครอบครองสินทรัพย์ที่อำนวยความสะดวกต่างๆ สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ความยากจนในประชากรผู้สูงอายุและครอบครัว

แม้รายได้ของผู้สูงอายุจะค่อนข้างต่ำดังที่ได้ทบทวนมาแล้ว แต่ลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุหรือไม่ หรือเป็นลักษณะของคนไทยทั่วไป ที่สำคัญคือมีผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดที่จัดอยู่ในกลุ่มยากจน เราสามารถให้คำนิยามความยากจนได้หลายแบบ คำจำกัดความอย่างง่ายที่สุดคือการกำหนดจากความรู้สึกของผู้สูงอายุเองว่ามีรายได้เพียงพอสำหรับการยังชีพหรือไม่ โดยอาจถือว่าผู้ที่ตอบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอเป็น

ผู้ยากจน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 54 และ 35 ในปี พ.ศ.2529 และ พ.ศ.2539 ตามลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ร้อยละของผู้ชายที่ตอบว่าตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอมีสูงกว่าของผู้หญิงเล็กน้อยทั้งที่ผู้ชายโดยเฉลี่ยมีรายได้สูงกว่าผู้หญิง สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย⁽⁷⁾ ให้ข้อสรุปที่คล้ายๆกัน กล่าวคือ มีผู้สูงอายุราว 1 ใน 3 รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุ 60-69 ปีมีสัดส่วนของคนที่รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป สัดส่วนของผู้ชายที่รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอมีมากกว่าสัดส่วนของผู้หญิงที่มีความรู้สึกดังกล่าว และนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอสูงกว่าในเขตเทศบาล ข้อมูลเหล่านี้แสดงว่าตัวรายได้อย่างเดียวไม่สามารถเป็นตัวกำหนดว่ารายได้นั้นๆมีความเพียงพอหรือไม่ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับภาระในด้านค่าใช้จ่ายและอุปนิสัยการใช้จ่าย ความจน ความคาดหวัง หรือความพอใจของแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้น ความเพียงพอของแต่ละคนจึงไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้และยากที่จะให้เป็นดัชนีของความยากจน ดังนั้น ผู้ที่ตอบว่าไม่เพียงพอก็อาจจะไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายแรกที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ

นักเศรษฐศาสตร์มีวิธีวัดความยากจน 2 แบบ คือแบบสัมบูรณ์ (absolute poverty) และแบบเปรียบเทียบ (relative poverty) ความยากจนแบบสัมบูรณ์นั้นจะใช้เกณฑ์รายได้ขั้นต่ำที่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายที่จำเป็นขั้นต่ำเป็นเส้นแบ่ง โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำดังกล่าวถือว่าเป็นผู้ยากจน รายจ่ายที่ถือว่าเป็นขั้นต่ำสำหรับการยังชีพประกอบด้วยรายจ่าย 2 หมวด คือ รายจ่ายหมวดอาหารและรายจ่ายหมวดอื่นๆ รายจ่ายที่จำเป็นหมวดอาหารจะนับการคำนวณจากจำนวนสารอาหารที่บุคคลหนึ่งๆจำเป็นต้องได้รับตามหลักโภชนาการ แล้วแปลงสารอาหารดังกล่าวเป็นประเภทของอาหารที่บุคคลในแต่ละท้องถิ่นรับประทาน จากนั้นจึงแปลงประเภทอาหารเหล่านั้นออกมาเป็นตัวเงินด้วยดัชนีราคาอาหารในท้องถิ่นนั้นๆ ส่วนรายจ่ายที่จำเป็นด้านอื่นๆจะคำนวณจากแบบแผนการใช้จ่ายเงินระหว่างหมวดอาหารและหมวดอื่นๆของกลุ่มที่มีรายได้น้อยในประเทศ เช่น คำนวณจากแบบแผนการใช้จ่ายเงินของกลุ่มรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20 ของทั้งหมด (first quintile) เป็นต้น เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ยากจนจะต้องใช้รายได้ส่วนใหญ่ของตนเองเป็นค่าอาหาร⁽⁸⁾ โดยประมาณว่าสัดส่วนรายจ่ายด้านอาหารต่อรายจ่ายด้านอื่นของคนยากจนอยู่ประมาณ 60 ต่อ 40 สำหรับการกำหนดความยากจนแบบเปรียบเทียบจะถือว่าผู้ที่มีรายได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆในสังคมเป็นผู้ยากจน เช่น อาจถือว่าการกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุดร้อยละ 10 หรือ 20 ของประเทศเป็นผู้ยากจน เป็นต้น แม้ว่าในความเป็นจริง กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำในสังคมนั้นก็อาจจะมีรายได้เพียงพอสำหรับการยังชีพตามความต้องการแท้จริงของร่างกายก็ตาม ประเทศกำลังพัฒนาส่วนมากจะใช้วัดความยากจนแบบสัมบูรณ์ ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วมักใช้วัดความยากจนแบบเปรียบเทียบเพราะประเทศเหล่านี้มีผู้ที่ยากจนแบบสัมบูรณ์น้อยมาก

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าจำนวนเงินที่จำเป็นเพื่อให้บุคคลผู้หนึ่งซื้อสารอาหารและสิ่งที่เป็นจำเป็นสำหรับชีวิตจะขึ้นอยู่กับเพศและอายุ ตลอดจนดัชนีราคาของอาหารและสิ่งจำเป็นเพื่อการยังชีพอื่นๆด้วย เช่น ผู้ใหญ่ย่อมต้องการเงินเพื่อการยังชีพมากกว่าเด็กและผู้ชายก็ต้องการเงินยังชีพมากกว่าผู้หญิง เป็นต้น เมื่อพิจารณาในระดับครัวเรือน จำนวนและโครงสร้างทางอายุและเพศของสมาชิกครัวเรือนจะมีผลต่อจำนวนเงินที่จะใช้เป็นเกณฑ์กำหนดความยากจน วิธีที่กล่าวมานี้เป็นวิธีการกำหนดความยากจนมาตรฐานที่ใช้กันทั่วไป แต่รายละเอียดที่ใช้ในแต่ละการศึกษาอาจแตกต่างกันบ้าง ทำให้รายได้ที่ถือว่าเป็นเส้นแบ่งความยากจนแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่เกี่ยวกับความยากจนในประเทศไทยส่วนมากเป็นการศึกษาปัญหาความยากจนของคนทั่วไปจำแนกตามภาค ตามเขตเมืองและชนบท หรือตามอายุของหัวหน้าครัวเรือน มากกว่าการจำแนกตามเพศหรืออายุของประชากร⁽⁹⁾ การศึกษาเหล่านี้ล้วนพบว่าสัดส่วนของประชากรยากจนในประเทศไทย

ลดลงแม้ว่าดัชนีความไม่เท่าเทียมกันซึ่งวัดด้วย Gini Coefficient จะไม่ลดลงก็ตาม มีข้อมูลที่ระบุว่าสัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนลดลงจากร้อยละ 32.6 ในปีพ.ศ.2531 เหลือเพียงร้อยละ 12.9 ในปีพ.ศ.2541⁽¹⁰⁾ และจากข้อมูลของสัดส่วนของครัวเรือนยากจนจำแนกตามอายุของหัวหน้าครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุระหว่าง 20-29 ปี มีสัดส่วนที่เป็นผู้ยากจนน้อยที่สุด⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหัวหน้าครัวเรือนเหล่านี้ยังไม่ค่อยมีภาระต้องดูแลผู้อื่น ดังนั้นรายได้จึงเพียงพอสำหรับรายจ่าย สัดส่วนของครัวเรือนยากจนเพิ่มขึ้นสำหรับหัวหน้าที่มีอายุ 30-39 ปี แล้วค่อยๆลดลงเล็กน้อยจนกระทั่งหัวหน้ามีอายุ 50-59 ปี แต่จะเริ่มเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งเมื่อหัวหน้ามีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป และจะเพิ่มสูงที่สุดเมื่อหัวหน้ามีอายุ 70 ปีขึ้นไป นี่คือรูปแบบที่เป็นอยู่ระหว่างปี พ.ศ.2531-พ.ศ.2539 แต่ในปีพ.ศ.2541 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจที่รุนแรงแบบแผนดังกล่าวต่างจากเดิมเล็กน้อย กล่าวคือ กลุ่มที่ถูกกระทบมากที่สุดดูเหมือนจะเป็นครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุ 30-39 ปี และระหว่าง 50-59 ปี ทำให้ร้อยละของครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่ยากจนกลับต่ำกว่าของครัวเรือนที่ถูกกระทบรุนแรงดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุ 70 ปีขึ้นไปก็ยังคงเป็นครัวเรือนที่มีสัดส่วนของผู้ยากจนสูงที่สุดนั่นเอง โดยในปี พ.ศ.2541 สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนทั้งประเทศคือร้อยละ 12.9 แต่สัดส่วนของครัวเรือนที่หัวหน้าอายุ 60-69 และ 70 ปีขึ้นไปที่ยากจนคือร้อยละ 12.7 และ 16.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกับงานศึกษาของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽¹¹⁾ ในปีพ.ศ.2539 ที่พบว่าร้อยละ 11.4 ของครัวเรือนทั้งประเทศที่อยู่ในสถานะยากจน ในขณะที่ร้อยละของครัวเรือนที่หัวหน้าครอบครัวมีอายุ 60-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไปที่ยากจนเท่ากับร้อยละ 11.6 และ 14 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวก็ยังไม่บอกไม่ได้ว่าความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้เพราะถ้าเราถือว่าสมาชิกของครัวเรือนที่ยากจนทุกคนเป็นผู้ยากจน สมาชิกของครัวเรือนที่มีหัวหน้าเป็นผู้สูงอายุประกอบด้วยบุคคลหลายกลุ่มซึ่งอาจเป็นทั้งผู้สูงอายุหรือไม่ก็ได้ ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุเองก็อาจไปเป็นสมาชิกของครัวเรือนที่มีหัวหน้าไม่เป็นผู้สูงอายุก็ได้ เพื่อตอบคำถามดังกล่าวได้มีการศึกษาที่ใช้วิธีการกำหนดความยากจนของ Hutaserani และ Bauer⁽¹²⁾ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับวิธีการกำหนดความยากจนมาตรฐานทั่วไปที่กล่าวมาแล้ว แต่นำมิติด้านการประหยัดจากขนาดครัวเรือนมาประกอบการคำนวณเส้นความยากจนด้วยเพื่อกำหนดเส้นความยากจน และสมมติให้สมาชิกทุกคนของครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนเป็นผู้ยากจนทั้งหมด จากนั้นประมาณจำนวนผู้ยากจนจำแนกตามอายุของสมาชิกจากครัวเรือนเหล่านั้นด้วยข้อมูลการสำรวจรายได้และรายจ่าย⁽⁴⁾ ผลการศึกษาพบว่าในปีพ.ศ.2535 จากผู้สูงอายุทั่วประเทศ 5.1 ล้านคนพบเป็นผู้ยากจนราว 0.681 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมดโดยเป็นผู้สูงอายุยากจนในเมืองประมาณ 0.139 ล้านคน และในชนบทประมาณ 0.542 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.1 และ 13.9 ของผู้สูงอายุในเมืองและชนบทตามลำดับ⁽⁴⁾ สัดส่วนของผู้ยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุนี้นสูงกว่าในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆทุกกลุ่ม เนื่องจากการประมาณความยากจนด้วยเกณฑ์การวัดดังกล่าวพบว่าร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทยในปีพ.ศ.2535 เป็นผู้ยากจน ในขณะที่ร้อยละของประชากรเด็กอายุ 0-14 ปีที่ยากจนคือ 12.4 และของผู้ใหญ่กลุ่มอายุ 15-59 ปีคือ 9.8 จากการประมาณการในอนาคตคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่ยากจนเพิ่มเป็น 0.8 ล้านคนในปี พ.ศ.2540 และเป็น 1.07 ล้านคนในปี พ.ศ.2550⁽⁴⁾

จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแม้ไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนจะเป็นคนยากจน แต่ผู้สูงอายุก็มีโอกาสที่จะเป็นผู้ยากจนสูงกว่าบุคคลกลุ่มอื่นๆ ยิ่งมีอายุสูงขึ้นโอกาสที่จะเป็นผู้ยากจนก็ยิ่งสูงขึ้น ถึงแม้ว่าการศึกษาดังกล่าวจะพบว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนมากยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวก็ตาม แต่ก็อาจหมายความว่าสมาชิกอื่นๆของ

ครอบครัวผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยทำงานรวมทั้งตัวผู้สูงอายุไม่มีความสามารถเพียงพอในเชิงเศรษฐกิจและส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ข้อสังเกตนี้ได้รับการยืนยันจากการศึกษาที่พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักจากการทำงานเป็นผู้ที่มีรายได้ปานกลาง มีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้ที่มีรายได้หลักจากการทำงานเป็นผู้ยากจน แต่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงบุตรมากกว่าพึ่งพิงตัวเองหรือพึ่งเงินบำนาญมีโอกาสเป็นผู้ยากจนสูงกว่า⁽¹³⁾ นั้นหมายความว่า การส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะกลายเป็นคนยากจนลงได้ (ภายใต้การอนุมานว่าผู้สูงอายุเหล่านี้อยู่ในสภาวะที่พอทำงานได้แต่ขาดโอกาสในการทำงาน) การที่ครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากไม่มีกำลังพอที่จะจุนเจือผู้สูงอายุให้อยู่ได้อย่างไม่อดคัต ทำให้การสร้างระบบประกันรายได้ให้ผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นเพิ่มเติมจากการส่งเสริมค่านิยมให้บุตรและบุคคลในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน่าจะดีขึ้นถ้าผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวโดยไม่ต้องเป็นภาระด้านการเงินแก่บุตรหลานที่ตนเองอาศัยอยู่ด้วยมากจนเกินไป และการไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานในครอบครัวน่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่ายิ่งขึ้น

สถานภาพการทำงาน การเกษียณและปัญหา

เมื่อคนมีอายุมากขึ้นความสามารถในการทำงานจะลดลง ดังนั้นจึงเป็นประเพณีปฏิบัติที่ผู้ว่าจ้างจะกำหนดเวลาเกษียณอายุไว้ เมื่อลูกจ้างถึงวัยดังกล่าวการเลิกจ้างก็เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติโดยไม่ต้องมีการขดเซยการเลิกจ้างแต่ประการใด ในประเทศไทย รัฐบาลกำหนดให้ข้าราชการเกษียณอายุที่ 60 ปี สถานประกอบการเอกชนส่วนมากก็กำหนดด้วยเกษียณอายุที่ 60 ปีเช่นกัน แต่บางแห่งจะกำหนดด้วยเกษียณอายุสำหรับผู้หญิงที่อายุ 55 ปี การกำหนดอายุเกษียณที่ 60 ปีนั้นมีมานานพอสมควร ตั้งแต่สมัยที่ประชากรไทยยังมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเพียงประมาณหกสิบปี แต่ในปัจจุบันอายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยได้เพิ่มขึ้นมาก ทำให้ช่วงเวลาที่ชีวิตอยู่หลังเกษียณอายุนานขึ้นมาก ยิ่งเกษียณอายุนานเท่าใดรายได้ก็ยิ่งลดลงมากเพียงนั้น เป็นผลให้เกิดภาระสำหรับผู้สูงอายุอย่างมากในการที่จะยังชีพอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในช่วงเวลาดังกล่าว ดังนั้นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจประการหนึ่งคือการสร้างโอกาสการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดช่วงเวลาที่ต้องอยู่โดยไม่มีรายได้ให้สั้นลง อีกทั้งเพิ่มเวลาสำหรับการออมสำหรับใช้ในชวบบันปลายของชีวิตได้นานขึ้นอีกด้วย สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นลูกจ้าง แม้ไม่มีการกำหนดด้วยเกษียณอายุ แต่คนส่วนมากเห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นก็ควรหยุดทำงานอาชีพ จากการถามทัศนคติคนหนุ่มสาวอายุ 15-44 ปี พบว่า คนส่วนมากเห็นว่าควรมีการหยุดทำงานอาชีพและตนเองก็จะหยุดทำงานอาชีพเมื่ออายุมากขึ้น วัยที่คนหนุ่มสาวเห็นว่าควรหยุดทำงานอาชีพมากที่สุดคือวัยระหว่าง 60-64 ปี⁽¹⁴⁾ ผลจากการนี้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก็พบว่าส่วนมากของผู้สูงอายุจะหยุดการทำงานระหว่างอายุ 60-64 ปี แต่เมื่อถามถึงอายุที่ควรหยุดทำงาน กลุ่มใหญ่ที่สุดกลับตอบว่าไม่ควรมีการกำหนดอายุ รองลงไปตอบว่าขึ้นอยู่กับเหตุผลประกอบและอันดับสามจึงตอบว่าควรหยุดทำงานระหว่างอายุ 60-69 ปี⁽¹⁵⁾

ข้อมูลที่ใช้ศึกษาลักษณะการทำงานของคนเราจะได้จากคำถามในทำนองเหล่านี้ เช่น ในรอบเวลาที่กำหนดได้ทำงานหรือไม่ ทำงานกี่ชั่วโมง อาชีพที่ทำหรือสถานภาพของการทำงานเป็นเช่นใด (หมายถึงเป็นลูกจ้างหรือประกอบอาชีพอิสระ เป็นต้น) ต้องการงานเพิ่มหรือไม่ เป็นต้น แม้ข้อมูลเหล่านี้จะมีความยุ่งยากในการเก็บน้อยกว่าข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ แต่ข้อมูลจากแต่ละแหล่งก็ยังคงมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง เช่น เป็นการถาม

ภาวะการทำงานในรอบสัปดาห์ รอบเดือน หรือรอบปี ถ้าเป็นการถามในรอบสัปดาห์หรือรอบเดือนข้อมูลก็จะแตกต่างกัน ภาวะการทำงานจะแตกต่างกันอย่างมากหากฤดูกาลที่ออกสัมภาษณ์แตกต่างกัน เช่น จำนวนผู้ทำงานระหว่างในและนอกฤดูการเกษตรแตกต่างกันได้ถึง 3 ล้านคน นอกจากนี้การจะระบุว่าบุคคลหนึ่งเป็นผู้ทำงานนั้นต้องถือว่าทำงานอย่างต่ำกี่ชั่วโมงต่อวันหรือสัปดาห์ ข้อมูลบางแหล่งถือว่าผู้ที่ทำงานเพียงหนึ่งชั่วโมงในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นผู้ทำงาน ในขณะที่ข้อมูลบางแหล่งจะถือว่าบุคคลผู้หนึ่งเป็นผู้ทำงานต่อเมื่อในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาทำงานไม่ต่ำกว่าจำนวนชั่วโมงที่กำหนด เช่น ไม่ต่ำกว่า 10 ชั่วโมงเป็นต้น ข้อมูลบางแหล่งไม่ได้ถามเรื่องชั่วโมงทำงาน ดังนั้นจึงปล่อยให้ผู้ตอบพิจารณาเองว่าตนเองเป็นผู้ทำงานหรือไม่ เหล่านี้ล้วนทำให้ข้อมูลที่ได้จากแต่ละแหล่งแตกต่างกันได้

เมื่อพิจารณาถึงภาวะการมีงานทำของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากการสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2513 และพ.ศ.2523 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจหลังอายุ 60 ปีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่า 5 ใน 6 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจเป็นผู้ไม่สามารถทำงานได้ และจากการใช้ข้อมูลการสำรวจแรงงานพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำงานได้โดยเฉลี่ยระหว่างปีพ.ศ.2524และปีพ.ศ.2525 มีประมาณร้อยละ 58 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽¹⁶⁾

ส่วนการศึกษาล่าสุด⁽⁵⁾ ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับภาวะการทำงานของผู้สูงอายุระหว่างปีพ.ศ.2536-พ.ศ.2540 ไว้ดังนี้ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจค่อนข้างคงที่ โดยผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจในที่นี้หมายถึงผู้ที่ทำงานเพื่อรายได้ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือเป็นผู้ที่พร้อมจะทำงานแต่ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่ได้ทำงานเพราะยังไม่มีงานที่เหมาะสมให้ทำ ทั้งนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจตกประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 23.5 และ 47 ตามลำดับในปีพ.ศ.2540) สัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 23.2 และ 36.9 ตามลำดับ) การที่สัดส่วนของผู้สูงอายุในเมืองที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่ำกว่าอาจเกิดจากความจำเป็นน้อยกว่า⁽¹⁷⁾ หรืออาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเมืองจำนวนมากทำงานเป็นลูกจ้างดังนั้นจึงจำเป็นต้องออกจากงานเมื่อถึงวัยเกษียณอายุ ทั้งนี้แตกต่างจากผู้ทำงานในชนบทซึ่งส่วนมากเป็นผู้ประกอบธุรกิจหรือเป็นผู้ช่วยธุรกิจส่วนบุคคลหรือทำงานในภาคเกษตรกรรมทำให้สามารถทำงานไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีกำหนดด้วยเกษียณอายุ

ข้อมูลที่น่าสนใจต่อไปคือผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนมากยังทำงานเต็มเวลาโดยทำงานเฉลี่ยถึง 49.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยของผู้ชายสูงกว่าของผู้หญิงประมาณ 3.6 ชั่วโมง (50.7 และ 47.1 ตามลำดับ)⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลจะมีชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (54.6 และ 48.6 ชั่วโมงตามลำดับ) อย่างไรก็ตามชั่วโมงทำงานก็ขึ้นอยู่กับอาชีพด้วย ผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจส่วนมากจะทำงานในภาคการเกษตร (ร้อยละ 62.1) รองลงไปที่คืองานที่เกี่ยวกับการค้า (ร้อยละ 15.9) และเป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต (ร้อยละ 13.4) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการค้าจะมีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยสูงที่สุดถึงสัปดาห์ละ 58.5 ชั่วโมง รองลงไปที่คือผู้ทำงานในภาคการเกษตรที่ทำได้เฉลี่ย 47.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้ที่ทำงานในกระบวนการผลิตจะทำงานประมาณ 46.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁽⁵⁾ การทำงานเกือบ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์นับว่าสูงมากสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เชื่อว่าบุคคลเหล่านี้ส่วนมากน่าจะทำงานเพราะความจำเป็นบังคับ และการที่ต้องทำงานมากชั่วโมงส่วนหนึ่งคงเพราะผลตอบแทนจากแรงงานของตนเองค่อนข้างต่ำนั่นเอง ทั้งนี้ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ทำงานด้านที่เกี่ยวกับการใช้วิชาชีพ (ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.9 ของผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจทั้งหมด) บุคคลกลุ่มนี้มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยเพียงสัปดาห์ละ 27.7 ชั่วโมง

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของภาวะการทำงานกับปัจจัยอื่นๆ พบว่าสัดส่วนของผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนอกจากจะเปลี่ยนแปลงตามอายุแล้วยังเปลี่ยนแปลงตามระดับการศึกษาด้วย⁽¹⁸⁾ โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานมีความสัมพันธ์เป็นรูปตัว U กับระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมจะมีสัดส่วนของผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจสูง ลดลงสำหรับผู้มีการศึกษาระดับมัธยม แต่เพิ่มขึ้นอีกครั้งสำหรับผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมต้นหรือต่ำกว่าร้อยละ 36 เป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ สัดส่วนดังกล่าวลดลงเหลือเพียงราวร้อยละ 17 สำหรับผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24 สำหรับผู้ที่จบระดับอุดมศึกษา⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ ประมาณการของสมการผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา ด้วยข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานปีพ.ศ.2535 และ พ.ศ.2540 ยืนยันว่าผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนที่ทำงานสูงกว่าผู้หญิงในทุกะดับการศึกษา และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีสัดส่วนที่ทำงานต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท

ประเด็นของความต้องการทำงานของผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานแต่หางานทำไม่ได้ประมาณ 13,300 คนที่ไม่มีงานทำและอีก 38,700 คนที่ไม่ได้ทำงานเพราะกำลังรอฤดูกาลการเกษตร ตัวเลขเหล่านี้คิดเป็นอัตราการว่างงานและอัตราผู้กำลังรอฤดูกาลเท่ากับ 0.8 และ 2.2 ตามลำดับ⁽⁵⁾ อัตราการว่างงานดังกล่าวจะต่ำกว่าของประชากรในวัยทำงานทั่วไป อย่างไรก็ตามตัวเลขอัตราการว่างงานที่ต่ำไม่น่าจะสะท้อนปัญหาการว่างงานของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง เพราะภายใต้สถานการณ์ที่ไม่มีหลักประกันทางเศรษฐกิจใดๆ สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความจำเป็นก็ต้องพยายามหางานอะไรก็ได้ทำไปก่อน ส่วนมากก็คือการเป็นผู้ทำการค้าเล็กๆ น้อยๆ เพื่อการยังชีพ โอกาสที่จะทำงานเป็นลูกจ้างต่อไปน้อยมาก แท้จริงแล้วผู้ที่ทำงานเป็นลูกจ้างไร้ฝีมือมีโอกาสถูกให้ออกก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่ใกล้จะเป็นผู้สูงอายุเมื่อถูกให้ออกจากงาน โอกาสที่จะหางานใหม่นั้นยากมาก จากข้อมูลการศึกษาระดับประเทศพบว่าร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุต้องการทำงานและทำงานไวร้อยละ 39 ต้องการงานแต่ทำไม่ได้ และอีกประมาณร้อยละ 33 ไม่ต้องการงานแล้ว⁽³⁾ ทั้งนี้ผู้อยู่ในเมืองจะมีสัดส่วนของผู้ต้องการงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าชนบท และถ้าเป็นเขตเมืองสัดส่วนดังกล่าวจะลดลงตามอายุ ผู้ชายมีสัดส่วนของคนที่ต้องการงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าผู้หญิง ถ้าเปรียบเทียบตามกลุ่มการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองเรื่องการทำงานสูงที่สุด แต่ถ้าเป็นชนบท กลุ่มที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงที่สุดคือคนในกลุ่มอายุ 65-69 ปี ไม่มีความแตกต่างในสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองเรื่องการทำงานระหว่างหญิงและชายในชนบท แต่สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองด้านการงานเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามได้มีรายงานเสนอการคำนวณดัชนี “โอกาสของการทำงานมีรายได้” (Index of Working Opportunity) โดยกำหนดให้มีค่าเท่ากับ ร้อยละของสัดส่วนระหว่าง “สถานะการทำงานในประชากร” กับ “ความพอเพียงในรายได้ในประชากร” ทั้งนี้ค่าดัชนียังสูงแสดงว่ายังมีโอกาสในการทำงานมีรายได้สูง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชายมีโอกาสสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโอกาสมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท⁽¹⁷⁾ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองเปลี่ยนแปลงตามอายุ เพศ ระดับการศึกษาและเขตที่อยู่อาศัย⁽¹⁵⁾

ลักษณะของงานที่ผู้สูงอายุต้องการทำ ได้แก่ งานที่สามารถทำอยู่กับบ้าน งานที่ตนเองเป็นเจ้าของ งานเบาๆ งานที่ให้ผลตอบแทนดี งานที่ไม่ต้องใช้สมอง และงานที่ไม่ต้องทำเต็มเวลาหรือทำทุกวัน^(3,15)

ความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุมีกำลังวังชา กำลังสมองอ่อนล้าลง ไม่สามารถทำงานได้ดีเท่าคนหนุ่มสาว

ความสามารถในการเรียนรู้ผู้คนหนุ่มสาวไม่ได้ ความเชื่อเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคทำให้ไม่มีนายจ้างอยากรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน แม้ความเชื่อเหล่านี้จะมีส่วนจริงอยู่บ้าง แต่ผู้สูงอายุก็มีจุดเด่นที่ไปชดเชยจุดด้อยเหล่านั้นได้ การศึกษาในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้สูงอายุจะมีความตั้งใจทำงานมากกว่า มีเสถียรภาพทางจิตใจและวุฒิภาวะสูงกว่า ใ่วางใจได้มากกว่าและมีความรับผิดชอบสูงกว่า เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีที่รวดเร็วและเพิ่มความซับซ้อนยิ่งขึ้นอาจทำให้ข้อเสียเปรียบของผู้สูงอายุในการทำงานในอนาคตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนเทคโนโลยีการผลิตแต่ละครั้งเท่ากับเป็นการทำลายงานเดิมที่มีอยู่พร้อมๆกับการสร้างงานใหม่ขึ้นมา แต่โดยมากแล้วผู้ที่ทำงานเดิมมักไม่สามารถเข้ามาทำงานใหม่ได้เนื่องจากทักษะเดิมอาจไม่เหมาะกับงานใหม่ที่ต้องการทักษะใหม่นั้นเอง ดังนั้นจึงมีกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสทำงานน้อยลงในขณะที่มีคนอื่นกลุ่มหนึ่งที่จะมีโอกาสทำงานมากขึ้น จากการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีต่อการมีงานทำ พบว่าบุคคลที่ได้รับผลกระทบทางลบจากการเปลี่ยนแปลงมักเป็นผู้สูงอายุและผู้หญิง⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม จุดด้อยนี้ น่าจะแก้ไขได้ด้วยการจัดให้มีบริการเสริมอื่นๆควบคู่กันไปด้วย เช่น การมีบริการแนะแนวอาชีพสำหรับผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังเกษียณอายุ หรือการฝึกอบรมใหม่ (re-training) เป็นต้น มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ทำงานที่แตกต่างจากงานที่เคยทำก่อนเป็นผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นการย้ายจากลูกจ้างมาเป็นผู้ทำธุรกิจส่วนบุคคล ดังนั้นความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือ เงินทุนเริ่มต้น รองลงไปจึงเป็นเรื่องการฝึกอบรม⁽¹⁵⁾

งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้ม

งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุนั้นกระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน ที่สำคัญได้แก่ทบกลางสำหรับการจ่ายบำนาญและรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าราชการบำนาญ งบการสงเคราะห์รูปแบบต่างๆที่จัดสรรผ่านกรมประชาสงเคราะห์ และงบเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณที่จัดสรรให้กรมประชาสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุนั้นจะนำไปใช้ในกิจกรรมหลัก 3 ประเภท คือ หนึ่ง-ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2496 สอง-ให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในศูนย์บริการทางสังคมและการสงเคราะห์คนชราโดยทั่วไปเป็นโครงการที่เริ่มในปีพ.ศ.2522 และสาม-ให้เป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ยากไร้และขาดคนดูแลในอัตราคนละ 200 บาทต่อเดือนซึ่งเริ่มดำเนินการในปีพ.ศ.2536 (เพิ่มเป็น 300 บาทต่อเดือนในปีพ.ศ.2541) สำหรับงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรรวมอยู่ในงบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากไร้และผู้ที่ยากจนที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้มีบัตรสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก ผู้สูงอายุ เด็กอายุระหว่าง 0-12 ปี ผู้พิการ และผู้นำศาสนาและชุมชน

จากการศึกษางบประมาณเพื่อผู้สูงอายุ โดยประมาณการต้นทุนของรัฐบาลในกรณีนี้ต้องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ระหว่างปีพ.ศ.2530-พ.ศ.2549 ด้วยการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่ยากไร้ 2 แบบ แบบแรกสมมติตามการศึกษาของนิศา ชูโต (พ.ศ.2525) ซึ่งคาดประมาณว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่มีปัญหาเศรษฐกิจอย่างรุนแรง (having severe economic problems) แบบที่สองสมมติตามการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำวนคิดปี (พ.ศ.2523 / พ.ศ.2524) ซึ่งคาดประมาณว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ (needing economic support) เมื่อนำร้อยละที่กล่าวมานี้ไปคูณกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ได้จากการฉายภาพประชากรก็จะได้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ หลังจากนั้นจึงนำไปคูณกับจำนวนเงินที่รัฐจะจัดสรรให้ต่อเดือนโดยใช้ข้อสมมติระหว่าง 500-3,000 บาทต่อเดือน ผลพบว่า ถ้าคิด

จากตัวเลขร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุและให้เงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาท รัฐต้องใช้จ่ายงบประมาณราว 3,703 ล้านบาทในปีพ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 6,913 ล้านบาทในปีพ.ศ.2549 แต่ถ้าคิดจากร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุและให้เงิน 500 บาทต่อเดือนเช่นเดิม รัฐต้องใช้งบประมาณ 4,628 ล้านบาทในปีพ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 8,642 ล้านบาทในปีพ.ศ.2549 สำหรับข้อสมมติอื่นๆ เช่น การเพิ่มเงินช่วยเหลือต่อเดือนเป็น 3,000 บาท หรือการปรับเงินช่วยเหลือขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ รัฐก็ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของข้อสมมติเหล่านั้น ซึ่งจะไม่นำมาเสนอในที่นี้⁽¹⁶⁾

ผลการศึกษาโดยทำการวิเคราะห์งบประมาณของรัฐเพื่อผู้สูงอายุที่ผ่านงบกลางกรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งฉายภาพไปในอนาคตโดยมีจำนวนประชากรเป็นฐานในการฉายภาพ^(4,13) ให้ภาพดังนี้ ประการแรก สำหรับงบประมาณที่จัดสรรผ่านกรมประชาสัมพันธ์นั้น นอกจากเรื่องเบี้ยยังชีพที่เราทราบจำนวนเงินที่ต้องใช้สำหรับผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างชัดเจนแล้ว เป็นการยากมากที่จะประมาณต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) ของการบริการประเภทอื่นๆ เช่น เราไม่สามารถประมาณการได้ว่าต้นทุนแท้จริงต่อการให้บริการผู้สูงอายุหนึ่งคนในสถานที่ไม่รื้อนอกสถานที่เป็นเท่าใดต่อปีหรือต่อครั้ง ทั้งนี้เพราะในการจัดสรรงบประมาณนั้นสามารถหาต้นทุนแปรผันของการให้บริการแต่ละประเภทได้ แต่ในส่วนที่เป็นต้นทุนบริหารและต้นทุนคงที่ (เช่น ค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง) นั้นเราไม่สามารถจำแนกได้ว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นเป็นของแต่ละโครงการเท่าใด ดังนั้น ในการประมาณการจึงต้องอาศัยการตั้งข้อสมมติเกี่ยวกับวิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายด้านการบริหารและต้นทุนคงที่แบบต่างๆ ทั้งนี้เพราะสิ่งก่อสร้างและบุคลากรในหน่วยงานเดียวกันล้วนใช้ร่วมกันสำหรับหลายๆโครงการ ข้อสมมติที่แตกต่างกันมีผลอย่างมากต่อการประมาณงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับงบประมาณในโครงการเบี้ยยังชีพนั้น แม้จะทราบต้นทุนต่อหน่วย แต่จำนวนผู้ที่จะเข้ารับบริการในอนาคตล้วนขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐว่าต้องการครอบคลุมผู้สูงอายุกว้างขวางแค่ไหน ดังนั้น การประมาณงบประมาณจึงเป็นเพียงการฉายภาพภายใต้ข้อสมมติเกี่ยวกับการครอบคลุมต่างๆเท่านั้น

ประการที่สองสำหรับงบประมาณที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้นส่วนมากเป็นการจัดสรรผ่านสำนักงานประกันสุขภาพโดยรวมอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (โครงการ สปร.) ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่ม มิใช่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น สำนักงานงบประมาณอาจมีแนวทางกว้างๆว่า งบประมาณดังกล่าวจัดสรรให้บุคคลกลุ่มใดเป็นจำนวนเท่าใด แต่ในทางปฏิบัติงบดังกล่าวจะจัดสรรอย่างไรภายในกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ แม้กระทั่งการอุดหนุนข้ามโครงการก็อยู่ในวิสัยที่จะทำได้เช่นกัน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าไม่มีใครทราบอย่างแท้จริงว่างบประมาณที่รัฐจัดสรรเพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเป็นเท่าใด ซึ่งเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้การคาดประมาณงบประมาณในอนาคตมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้

มัทนา พนานิรามัย และสมชาย สุขสิริเสรีกุล⁽⁴⁾ ได้ทำการวิเคราะห์งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายในโครงการทั้งสามนี้ พร้อมทั้งคาดประมาณรายจ่ายของรัฐเพื่อกิจการเหล่านี้ไปในอนาคต วิธีประมาณการสำหรับรายจ่ายด้านบำเหน็จและบำนาญของข้าราชการจะเริ่มด้วยการประมาณจำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปี โดยสมมติให้จำนวนข้าราชการบำนาญขึ้นอยู่กับจำนวนข้าราชการบำนาญเดิมและจำนวนข้าราชการอายุ 50-59 ปีในปีเดียวกัน สำหรับเงินบำนาญเฉลี่ยที่ข้าราชการแต่ละคนได้รับซึ่งประมาณจากแนวโน้มในอดีตพบว่าเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 8.8 ต่อปี เมื่อนำจำนวนข้าราชการบำนาญไปคูณกับจำนวนเงินบำนาญเฉลี่ยก็จะได้งบประมาณทั้งหมด ผลจากการประมาณการพบว่าค่าใช้จ่ายของรัฐเพื่อข้าราชการบำนาญจะเพิ่มประมาณร้อยละ 12.5 ต่อปีระหว่าง พ.ศ.2537-พ.ศ.2550 หรือเพิ่มจาก 9,972 ล้านบาทเป็น 45,983 ล้านบาท เงินบำนาญเฉลี่ยที่แต่ละคน

ได้รับคือ 64,428 บาทต่อปีในปีพ.ศ.2539 และประมาณว่าจะเพิ่มเป็น 169,963 บาท ต่อปีในปีพ.ศ.2550 สำหรับเงินบำเหน็จนั้นประมาณจากแนวโน้มของเงินบำเหน็จต่อข้าราชการหนึ่งคน เมื่อนำไปคูณกับจำนวนข้าราชการบำเหน็จที่ประมาณได้ก็จะได้งบบำเหน็จทั้งหมด ผลประมาณการคือรัฐต้องจ่ายบำเหน็จเพิ่มจากประมาณ 3,050 ล้านบาทในปีพ.ศ.2537 เป็น 9,463 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 9 ต่อปี

สำหรับงบที่จัดผ่านกรมประชาสงเคราะห์งบประมาณในปีพ.ศ.2537 ที่ใช้เป็นเงินเบี้ยยังชีพคือ 48 ล้านบาท และอีก 90 ล้านบาทสำหรับการให้บริการประเภทอื่นๆ รายจ่ายเพื่อเป็นเบี้ยยังชีพในอนาคตขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐว่าต้องการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการศึกษาที่อ้างมาใช้ข้อสมมติเกี่ยวกับการครอบคลุม 2 แบบ คือครอบคลุมร้อยละ 36 และ 70 ของกลุ่มเป้าหมาย พบว่างบประมาณที่ต้องใช้สำหรับการครอบคลุมแบบแคบจะเพิ่มจาก 700 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 1,848 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 แต่ถ้าเป็นการครอบคลุมแบบกว้าง งบประมาณจะเพิ่มเป็น 3,523 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 สำหรับงบประมาณเพื่อการสงเคราะห์รูปแบบอื่นๆ นั้นประมาณว่าต้นทุนแปรผันของการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต่อคนต่อปีตกประมาณ 20,400 บาท ส่วนการสงเคราะห์นอกสถานที่จะตกประมาณ 50 บาทต่อรายเมื่อรวมงบลงทุนด้วย (โดยคิดเป็นร้อยละ 25 ของต้นทุนทั้งหมด) ประมาณว่างบในส่วนนี้จะเพิ่มจาก 100 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 268 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 เมื่อรวมเบี้ยยังชีพและบริการอื่นๆ ด้วยคาดว่าจะประมาณว่างบประมาณที่ผ่านกรมประชาสงเคราะห์เพื่อผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 801 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 2,116 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี นอกจากประมาณการงบประมาณเหล่านี้แล้ว การศึกษาดังกล่าวยังได้วิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณก่อนนี้ว่าถึงกลุ่มเป้าหมายและมีความเท่าเทียมประการใด ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าการจัดสรรงบประมาณระหว่างภาคยังไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุยากจนในแต่ละภาค กล่าวคือผู้สูงอายุที่ยากจนในภาคที่ยากจนจะมีโอกาสได้รับการสงเคราะห์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ยากจนในภาคที่ร่ำรวย ยิ่งไปกว่านั้นการจัดสรรภายในหมู่บ้านก็ยังไม่เป็นธรรม กล่าวคือผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมักไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง⁽²¹⁾

สำหรับงบที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2539 งบเงินอุดหนุนทั้งหมดคือ 4,811 ล้านบาท โดยจัดสรรให้ผู้สูงอายุ 1,320 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 27 ของงบเงินอุดหนุน ด้วยงบดังกล่าวแสดงว่ารัฐจัดสรรเงินเพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเฉลี่ยคนละ 296 บาทต่อปี หรือถ้าคิดเฉพาะผู้สูงอายุยากจน แต่ละคนจะได้รับประมาณ 1,904 บาทต่อปี ประมาณการว่างบส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 3,807 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 10 ต่อปี

ในการฉายภาพงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุโดยผ่านงบกลาง^{(13),(4)} ใน 2 ประเด็นหลักคือ ได้นำเหตุการณ์ใหม่ๆ โดยเฉพาะผลจากโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตสำหรับข้าราชการและความพยายามลดจำนวนข้าราชการลงร้อยละ 20 ภายในปีพ.ศ.2549 (ลดลงร้อยละ 4 ต่อปี) ระหว่างปีงบประมาณพ.ศ.2545-พ.ศ.2549 มาประกอบ⁽¹³⁾ ตลอดจนเรื่องการนำรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการบำนาญมารวมกับงบบำเหน็จบำนาญโดยถือว่าเป็นงบเพื่อผู้สูงอายุผ่านงบกลางทั้งสิ้น สำหรับการฉายภาพรายจ่ายไปในอนาคตนั้น เริ่มด้วยการประมาณจำนวนข้าราชการที่ออกตามปกติและรับบำนาญปกติและข้าราชการที่ออกตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตที่รับบำนาญปกติ เมื่อนำสองส่วนนี้ไปรวมกับข้าราชการบำนาญเดิมก็จะได้จำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปี นำจำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปีไปคูณกับจำนวนเงินบำนาญเฉลี่ยก็จะได้งบที่จ่ายเป็นเงินบำนาญในแต่ละปี สำหรับเงินบำเหน็จและบำนาญรวมทำการคำนวณโดยสมมติให้เงินบำนาญเป็นร้อยละ 60 ของเงินบำเหน็จ

บำนาญทั้งหมด ส่วนหนึ่งที่จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลข้าราชการบำนาญนั้นประมาณจากสมการถดถอยโดยมีเงินบำนาญปกติในแต่ละปีเป็นตัวอธิบาย ผลประมาณการพบว่า บำเหน็จบำนาญรวมจะเพิ่มจาก 24,716 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 139,826 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 13 ต่อปี ส่วนค่ารักษาพยาบาลจะเพิ่มจาก 1,762 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 เป็น 12,279 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 15 ต่อปี อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยรับว่าการประมาณการข้าราชการบำนาญของการศึกษานี้เป็นการประมาณการขั้นสูง ซึ่งหมายความว่าประมาณการของรายจ่ายเพื่อผู้สูงอายุจากงบกลางก็เป็นรายจ่ายขั้นสูง เช่นกัน

สำหรับการประมาณงบที่จัดสรรเพื่อผู้สูงอายุโดยผ่านกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมนั้นประมาณแยกเป็น 3 รายการคือ หนึ่ง-งบเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งให้บริการครบวงจรแก่ผู้สูงอายุ สอง-งบเพื่อศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นการให้บริการเป็นครั้งคราวนอกสถานที่ และสาม-การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผลการประมาณการพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการในสถานที่ จะเพิ่มจาก 54.7 ล้านบาทในปีพ.ศ.2542 เป็น 117.2 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 6.6 ต่อปี (การประมาณการสมมติให้ไม่มีการลงทุนสร้างสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มขึ้น) ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการนอกสถานทีนั้น คาดว่าจะเพิ่มจาก 76.7 ล้านบาทในปีพ.ศ.2541 เป็น 147.7 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 5 ต่อปี

สำหรับงบเพื่อการจ่ายเป็นเบี้ยยังชีพนั้นประมาณว่าถ้าขนาดการครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายยังเหมือนเดิม งบประมาณจะเพิ่มจาก 1,102 ล้านบาทในปี พ.ศ.2542 เป็น 1,961 ล้านบาทในปี พ.ศ.2554 แต่ถ้าต้องการครอบคลุมผู้สูงอายุยากจนทั้งหมดหรือผู้สูงอายุทั้งหมด งบประมาณเพื่อการนี้จะสูงถึง 4,263 ล้านบาท และ 20,786 ล้านบาทตามลำดับ

สำหรับงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุที่ผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้นแยกประมาณการเป็น 2 ส่วนคือ หนึ่ง-งบที่จัดสรรผ่านสำนักงานประกันสุขภาพโดยรวมอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยสมมติให้ร้อยละ 40 ของงบโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เป็นการจัดสรรให้ผู้สูงอายุ และ สอง-ส่วนที่จัดสรรผ่านสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำหรับการประมาณงบรายจ่ายในอนาคตนั้นใช้การคาดประมาณจากสมการถดถอยโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นตัวอธิบาย ผลพบว่า งบเพื่อผู้สูงอายุผ่านกระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มจาก 3,880 ล้านบาทในปีพ.ศ.2543 เป็น 8,308 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 หรือคิดเป็นอัตราการเพิ่มร้อยละ 7 ต่อปี

เมื่อเปรียบเทียบงบรายจ่ายของรัฐเพื่อผู้สูงอายุทั้งหมดกับรายได้ประชาชาติและรายจ่ายทั้งหมดของรัฐพบว่าในปีพ.ศ.2540 งบทั้งหมดเพื่อผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 0.02 ของรายได้ประชาชาติและเป็นร้อยละ 0.09 ของรายจ่ายรัฐบาล ข้อสมมติเกี่ยวกับการครอบคลุมของโครงการเบี้ยยังชีพจะเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดว่ารายจ่ายในอนาคตจะเป็นอย่างไร คาดว่าสัดส่วนของรายจ่ายของรัฐเพื่อผู้สูงอายุต่อรายได้ประชาชาติจะเพิ่มเป็นร้อยละ 0.03, 0.12 หรือ 2.24 ในปีพ.ศ.2554 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสมมติฐานว่าจะมีการให้เบี้ยยังชีพครอบคลุมเท่าปัจจุบัน หรือครอบคลุมผู้สูงอายุยากจนทุกคน หรือครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ตามลำดับ แต่ถ้าคิดเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมดจะเป็นร้อยละ 0.16, 0.59 หรือ 10.85 ตามลำดับ

กล่าวโดยสรุป การศึกษาประมาณการของรัฐเพื่อผู้สูงอายุนั้นมีอุปสรรคเนื่องจากขาดข้อมูลหลายประการ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนจริงที่โรงพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุเพราะมีการอุดหนุนซึ่งกันและกันระหว่างโครงการค่อนข้างมาก แต่คาดได้ว่างบทั้งหมดน่าจะอยู่ที่ระดับประมาณ 2.8-3.0 หมื่นล้านบาทในปี

พ.ศ.2540 ซึ่งยังเป็นสัดส่วนที่ต่ำมากของรายจ่ายของรัฐทั้งหมดซึ่งอยู่ในราวเกือบ 8 แสนล้านบาท นอกจากนี้ยังพบส่วนมากที่รัฐจ่ายเพื่อผู้สูงอายุ (เกือบร้อยละ 90) เป็นบทย่อยให้แก่ข้าราชการบำนาญ ดังนั้น การเพิ่มงบเพื่อผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น อย่างไรก็ตามวิธีการจัดสรรงบดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวัง การศึกษาส่วนมากพบว่าโครงการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ยากจนอย่างแท้จริง

หลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่ารายได้ที่เกิดจากน้ำพักน้ำแรงของผู้สูงอายุมักไม่เพียงพอจากรายจ่าย ดังนั้น จำเป็นต้องมีการโอนรายได้ระหว่างบุคคล เช่น การเก็บภาษีจากประชากรวัยทำงาน แล้วนำมาเก็หนุนผู้สูงอายุในขณะนั้น หรือการโอนรายได้ข้ามเวลาจากขณะที่อยู่ในวัยทำงานและมีรายได้มาใช้จ่ายขณะที่เป็นผู้สูงอายุและไม่มีรายได้ เช่น การออมเงินและการเพิ่มมูลค่าแล้วนำมาใช้จ่ายเมื่อถึงวัยสูงอายุ แท้จริงแล้วการโอนรายได้ดังกล่าวเกิดขึ้นโดยธรรมชาติในตัวคนและในครอบครัวแต่ละคนอยู่แล้ว เช่น การที่คนเราพยายามออมรายได้บางส่วนที่หาได้เพื่อเอาไว้ใช้ในอนาคต หรือการที่พ่อแม่สะสมน้ำพักน้ำแรงของตนเองในตัวบุตร เมื่อพ่อแม่เป็นผู้สูงอายุและไม่มีรายได้แล้วบุตรก็จะเป็นผู้รับผิดชอบรายจ่ายของพ่อแม่ต่อไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่ อย่างไรก็ตามเมื่อโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง ทำให้ความสามารถในการสร้างหลักประกันแบบอดีตด้วยตัวเองหรือด้วยครอบครัวไม่ค่อยมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ทั้งนี้เพราะปัจเจกบุคคลและครอบครัวอาจไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ถูกต้อง เช่น ไม่ทราบว่าตนเองจะมีอายุยืนยาวเท่าใด ต้องออมเท่าใดจึงเพียงพอ ไม่ทราบว่าตนเองจะต้องเลิกทำงานเวลาใด อีกทั้งไม่ทราบว่าค่าครองชีพในอนาคตจะเป็นอย่างไร ไม่ทราบว่ามียังช่องทางออมอะไรบ้าง ทำให้ไม่สามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวก็มักมีขนาดเล็กเกินกว่าที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้ในยามที่ภัยทางเศรษฐกิจมาถึง อีกทั้งสมาชิกของครอบครัวเดียวกันก็มักมีอาชีพและหน้าที่การงานคล้ายๆกัน ทำให้มักต้องเผชิญภัยทางเศรษฐกิจคล้ายๆกันในเวลาเดียวกัน ทำให้บ่อยครั้งไม่สามารถเกื้อกูลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสร้างหลักประกันในรูปแบบอื่นๆที่ได้ผลกว่าจึงมีความจำเป็น

องค์การแรงงานระหว่างประเทศจำแนกระบบให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุเป็น 4 ประเภท ดังนี้ หนึ่ง-ระบบที่ใช้โครงการประเภทให้ประโยชน์กับผู้สูงอายุทุกคน (Universal benefit schemes) คือเป็นโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุทุกคนที่เป็นพลเมืองของตนเองโดยไม่คำนึงถึงฐานะความเป็นอยู่หรือรายได้ของผู้ขอรับประโยชน์ สอง-ระบบที่ใช้โครงการประเภทให้ประโยชน์เฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ (Universal social assistance schemes) โดยมีการตรวจสอบความจำเป็นของผู้ขอรับประโยชน์ สาม-ระบบที่ใช้โครงการประกันสังคม (Social insurance schemes) เป็นโครงการประเภทที่จะให้ประโยชน์เฉพาะกลุ่มสมาชิกโดยประโยชน์จะขึ้นอยู่กับการเป็นสมาชิกและเงินที่จ่ายสมทบเข้าโครงการ และ สี่-ระบบที่ใช้กองทุนเงินสะสม (Provident funds) เป็นรูปแบบการสะสมเพื่ออนาคตของแต่ละบุคคล ไม่มีการกระจายรายได้ระหว่างสมาชิกในกองทุนเดียวกันซึ่งแตกต่างจากแบบที่ 3 ที่มีการกระจายรายได้ระหว่างสมาชิกในกองทุนเดียวกัน⁽²²⁾ ระบบแบบที่หนึ่งและสองซึ่งเป็นแบบครอบคลุมทุกคน (universal coverage) ถือเป็นการช่วยเหลือทางสังคมแบบหนึ่งโดยมีแหล่งที่มาของเงินช่วยเหลือจากภาษีทั่วไปหรือจากงบประมาณแผ่นดินนั่นเอง เนื่องจากได้มีการ

ทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่รัฐใช้เพื่อโครงการประเภทที่ 1 และ 2 มาแล้วในหัวข้อที่ 4.5 ดังนั้น ในหัวข้อนี้จะทบทวนเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการประเภทที่ 3 และ 4 เท่านั้น

รูปแบบการประกันสังคม (Social Insurance) ในปัจจุบันเริ่มขึ้นครั้งแรกในประเทศเยอรมันตั้งแต่สมัยเริ่มพัฒนาอุตสาหกรรม หลักการของการประกันคือให้ผู้ที่เป็สมาชิกแบกรับภาระของต้นทุนร่วมกัน ถ้าผู้แบกรับภาระเป็นลูกจ้างจะถือว่านายจ้างเป็นผู้ได้ประโยชน์จากแรงงานนั้นด้วย ดังนั้น นายจ้างจึงต้องร่วมแบกรับภาระด้วย สำหรับภัยที่กำหนดว่าต้องมีการคุ้มครองนั้นมีหลายประเภทโดยการชราภาพเป็นหนึ่งในภัยเหล่านั้นที่ต้องได้รับการประกัน (ภัยประเภทอื่นๆ ได้แก่ ภัยจากการเจ็บป่วย ภัยที่เกิดจากการตายของผู้หารายได้หลักของครอบครัวและการว่างงาน เป็นต้น) การประกันชราภาพเป็นการผูกพัน (commitment) ของสังคมในระยะยาว ดังนั้น จึงต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์การบริหารและการเงินของโครงการที่รัดกุมยิ่ง องค์ประกอบของโครงการที่ต้องกำหนดคือ หนึ่ง-โครงการจะครอบคลุมบุคคลประเภทใดบ้าง โครงการประกันสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลกส่วนมากจะเริ่มจากกลุ่มที่เป็นลูกจ้างก่อน ภายหลังจึงค่อยๆ ขยายไปยังกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระหรือเกษตรกร สอง-เงื่อนไขของผู้ที่ได้รับประโยชน์ทดแทนคืออะไร ส่วนมากเงื่อนไขจะกำหนดจากอายุและระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบ สาม-ใครบ้างจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ในเรื่องชราภาพผู้จ่ายเงินส่วนมากคือลูกจ้างและนายจ้าง โดยรัฐมักช่วยในเรื่องการบริหารจัดการและเป็นผู้ค้ำประกันกองทุน สี่-ประโยชน์ทดแทนจะถูกกำหนดอย่างไร ส่วนมากจะถูกกำหนดจากระยะเวลาและเงินสมทบทั้งนี้จากกำหนดให้มีประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำที่คาดว่าจะเพียงพอสำหรับการยังชีพไว้ด้วย^(22,23)

องค์ประกอบของโครงการทั้ง 4 ประการข้างต้นนั้นล้วนเกี่ยวข้องกัน โดยมีหัวใจอยู่ที่เรื่องความอยู่รอดของกองทุน ถ้ากำหนดเงื่อนไขการมีสิทธิค่อนข้างผ่อนปรน เช่น ถ้าเริ่มให้สิทธิตั้งแต่อายุค่อนข้างต่ำหรือระยะเวลาการส่งเงินสมทบสั้นก็ต้องลดประโยชน์ทดแทนลงหรือเพิ่มอัตราการจ่ายเงินสมทบขึ้น เป็นต้น ดังนั้นในการกำหนดลักษณะของโครงการจะเริ่มที่การกำหนดประโยชน์ทดแทนก่อน (defined benefit) แล้วกำหนดระดับเงินสมทบที่จะทำให้กองทุนอยู่ได้ในระยะยาวก็ได้ หรือเริ่มด้วยการกำหนดระดับเงินสมทบที่เหมาะสม (defined contribution) ส่วนประโยชน์ที่จะได้รับในอนาคตขึ้นอยู่กับจำนวนเงินสมทบที่สะสมไว้และดอกผลจากเงินดังกล่าว แม้ในทางคณิตศาสตร์ประกันภัย ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราเงินสมทบและอัตราเงินทดแทนจะมีสูตรเชื่อมโยงที่ชัดเจนถ้าทราบตัวแปรด้านรายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบและระยะเวลารับประโยชน์ทดแทนได้ถูกต้อง แต่ในทางปฏิบัติไม่มีใครพยากรณ์อนาคตได้ ด้วยเหตุนี้ทั้งเงินสมทบและ/หรือเงินบำนาญจึงต้องมีการปรับตามเงื่อนไขทางประชากรและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

นอกจากมีการแบ่งโครงการเป็นแบบ “กำหนดประโยชน์ทดแทน” (defined benefit) หรือ “กำหนดระดับเงินสมทบ” (defined contribution) แล้ว ยังมีการแบ่งอีกลักษณะหนึ่งตามระบบการเงินของกองทุนประกันว่าเป็นแบบ Pay-As-You-Go (PAYG) หรือแบบ Fully Funded หรือแบบ Partially Funded ในทางคณิตศาสตร์ประกันภัย อัตราเงินสมทบแบบ PAYG จะถูกกำหนดจากสัดส่วนของประมาณการรายจ่ายในแต่ละปีและประมาณการรายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบทั้งหมด เช่น ถ้าประมาณการรายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบคือ 100 ล้านบาท ในขณะที่ประมาณการรายจ่ายคือ 8 ล้านบาท อัตราเงินสมทบคือร้อยละ 8 ของรายได้ของสมาชิกที่จ่ายเงินสมทบ เป็นต้น ดังนั้น ระบบ PAYG จึงต้องมีการปรับอัตราการจ่ายสมทบและ/หรืออัตราประโยชน์ทดแทนให้สอดคล้องกับสัดส่วนของรายรับและรายจ่ายของกองทุนอยู่เสมอ ซึ่งสัดส่วนรายรับและรายจ่ายของกองทุนย่อมขึ้นอยู่กับสัดส่วนของผู้รับบำนาญและผู้จ่ายเงินสมทบด้วย⁽²⁴⁾ ถ้ามองในด้านการโอนรายได้ PAYG มี

ลักษณะของการโอนรายได้ระหว่างคนต่างรุ่นและต่างวัยมากที่สุด กล่าวคือ รายได้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันได้มาจากรายได้ของผู้ที่ทำงานในปัจจุบันโดยคาดว่าเมื่อตนเองเป็นผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาวซึ่งเป็นผู้ทำงานในสมัยนั้นก็นำรายได้ส่วนหนึ่งมาเป็นค่าใช้จ่ายของตนเช่นกัน ถ้าใช้ระบบ PAYG อัตราเงินสมทบมักต่ำในระยะเริ่มตั้งโครงการเพราะในขณะนั้นสัดส่วนของจำนวนผู้รับบำนาญต่อจำนวนสมาชิกที่จ่ายเงินสมทบจะต่ำ แต่เมื่อโครงการประกันดำเนินการไปนานขึ้น ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น สัดส่วนของจำนวนผู้รับบำนาญต่อจำนวนผู้จ่ายเงินสมทบจะเพิ่มขึ้น อัตราเงินสมทบต้องเพิ่มขึ้นด้วย⁽²⁵⁾

ระบบแบบ Fully Funded นั้น ในทางคณิตศาสตร์ประกันภัยสามารถคำนวณอัตราเงินสมทบได้จากสัดส่วนของมูลค่าปัจจุบันของประมาณการส่วนที่จ่ายออกในอนาคตกับมูลค่าปัจจุบันของประมาณการรายได้ในอนาคต⁽²⁴⁾ กล่าวคือ ถ้าต้องการรับเงินก้อนหรือเงินบำนาญในอนาคตเป็นเท่าใดก็ต้องเก็บสะสมเข้ากองทุนในจำนวนที่มีมูลค่าปัจจุบันเท่ากัน ดังนั้น เงินที่จะใช้ในอนาคตสำหรับผู้สูงอายุจึงมีการเก็บสะสมไว้แล้วเต็มจำนวนจากผู้สูงอายุเองในอดีต อัตราการเป็นภาระของประชากรจะไม่มีผลต่อโครงการประเภทนี้ ในทางปฏิบัติโครงการ Fully Funded มักจะเป็นแบบกำหนดเงินสมทบ (defined contribution) โดยปล่อยให้ประโยชน์ทดแทนเป็นตัวแปรตาม ตัวอย่างของโครงการประเภทนี้คือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund) โดยเป็นการออมของแต่ละบุคคล โดยการโอนรายได้ข้ามเวลาของบุคคลเดียวกัน และไม่มีการโอนเงินข้ามบุคคล

สำหรับแบบ Partially Funded นั้น จะมีการเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนหรือผู้ที่จ่ายเงินสมทบในนามของผู้ประกันตน (นายจ้างและ/หรือรัฐบาล) เข้ากองทุนเพื่อจ่ายให้ผู้ที่เกษียณในอนาคตตามประโยชน์ทดแทนที่กำหนดไว้ส่วนหนึ่ง แต่จะไม่ได้เก็บเต็มจำนวนดังเช่นในแบบ Fully Funded ดังนั้น เมื่อโครงการดำเนินไปได้ระยะเวลานานหนึ่ง กองทุนจะหมดลงและโครงการจะไม่สามารถจ่ายเงินบำนาญได้ตามสัญญา ดังนั้น โครงการที่ใช้ระบบ Partially Funded จึงต้องมีการปรับโครงการอยู่เสมอ วิธีการที่ใช้ปรับอาจเป็นการปรับเงินสมทบขึ้นหรือลดเงินบำนาญลง แต่ในความเป็นจริง การลดเงินบำนาญลงมักดำเนินการไม่ได้เพราะจะมีการต่อต้านสูงมาก การปรับจึงมักเป็นการเพิ่มอัตราเงินสมทบขึ้นเป็นระยะๆ ถ้ามีการปรับเงินสมทบขึ้น หมายความว่าคนที่เข้าระบบรุ่นหลังจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบส่วนที่ขาดไปให้แก่คนที่เข้าระบบรุ่นก่อน ดังนั้น partially funded จึงเป็นระบบที่ผู้สูงอายุออมเพื่อตนเองส่วนหนึ่ง และเป็นการโอนรายได้จากคนรุ่นหลังมาอีกส่วนหนึ่ง หลักปฏิบัติทั่วไปในการบริหารกองทุนคือ เมื่อพบว่ากองทุนจะเริ่มติดลบในเวลาประมาณ 20 ปี ก็ต้องมีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ⁽²⁴⁾

โครงการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในประเทศไทย ส่วนมากจะเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของบุคคลนั้นๆ เช่น โครงการบำนาญของข้าราชการและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ซึ่งผู้ทำงานเหล่านี้ หลังจากที่มีอายุงานถึงเกณฑ์ที่กำหนด หากเลือกที่จะออกจากงานหรือต้องเกษียณอายุตามเกณฑ์ก็จะได้รับเงินบำนาญก้อนหนึ่งหรือได้รับเงินบำนาญเป็นรายเดือนเพื่อการยังชีพจนกว่าชีวิตจะหาไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาทำงาน ดังนั้น ข้าราชการจึงเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันด้านเศรษฐกิจดีมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง ก่อนปีพ.ศ.2539 เงินบำนาญของข้าราชการทั้งหมดนำมาจากงบประมาณแผ่นดินโดยถือว่าเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าราชการเพื่อชดเชยรายได้ของข้าราชการที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าของภาคเอกชนในตำแหน่งงานที่ใกล้เคียงกัน แต่หลังจากปีพ.ศ.2539 โครงการสวัสดิการของข้าราชการมีลักษณะผสมผสานระหว่างการออมด้วยตนเองโดยมีรัฐบาลในฐานะนายจ้างร่วมจ่ายเงินสมทบ แต่ก็ยังคงมีส่วนของบำนาญซึ่งถือเป็นสวัสดิการที่มากับอาชีพในปัจจุบัน รัฐและข้าราชการแต่ละฝ่ายจะจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 3 ของเงินเดือนข้าราชการ ส่วนที่เป็น

บำนาญและส่วนที่รัฐจ่ายเงินสมทบยังคงจ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน เงินสมทบของข้าราชการและของรัฐเพื่อข้าราชการนั้นๆจะอยู่ในบัญชีของแต่ละบุคคลซึ่งข้าราชการจะได้รับคืนพร้อมดอกผลเมื่อเกษียณอายุ วัตถุประสงค์ของการปรับเปลี่ยนระบบบำนาญของข้าราชการก็เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการมีการออมมากขึ้น อีกทั้งเป็นความพยายามที่จะลดงบประมาณผูกพันที่ต้องจ่ายสำหรับสวัสดิการบำนาญของข้าราชการให้น้อยลงด้วย ทั้งนี้เพราะระบบใหม่ซึ่งครอบคลุมข้าราชการใหม่ทุกคนตั้งแต่เริ่มมีโครงการและข้าราชการเก่าที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจะได้รับเงินบำนาญในอัตราที่ต่ำกว่าเดิมเล็กน้อย เช่น แทนที่จะใช้เงินเดือนสุดท้ายเป็นฐานการคำนวณบำนาญก็จะใช้เงินเดือนเฉลี่ยของ 5 ปีสุดท้ายเป็นฐานในการคำนวณแทน นอกจากนี้สัดส่วนของบำนาญต่อฐานเงินเดือนจะถูกจำกัดให้ไม่เกินร้อยละ 70 ในขณะที่ระบบเดิมไม่มีข้อจำกัดดังกล่าว ในเดือนธันวาคมของปี พ.ศ.2542 มีข้าราชการที่เป็นสมาชิกกองทุนประมาณ 1.12 ล้านคนและขนาดกองทุนเท่ากับ 117,406 ล้านบาท

(26)

ก่อนปีพ.ศ.2541 ลูกจ้างเอกชนสามารถสร้างหลักประกันชราภาพให้ตนเองด้วยการเข้าร่วมในโครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund) ซึ่งเริ่มในปีพ.ศ.2527 การจัดตั้งกองทุนต้องขึ้นอยู่ด้วยความสมัครใจของทั้งนายจ้างและลูกจ้าง โดยทั้งนายจ้างและลูกจ้างจะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้าระหว่างร้อยละ 3-15 ของค่าจ้าง และนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่าของลูกจ้าง (แต่ไม่เกินร้อยละ 15) กองทุนดังกล่าวถือเป็นนิติบุคคลที่แยกจากสถานประกอบการของนายจ้างและมีการบริหารจัดการโดยบริษัทเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงการคลัง เมื่อลูกจ้างสิ้นสุดสมาชิกภาพก็จะได้รับเงินก้อนหนึ่งซึ่งเป็นผลรวมของเงินสมทบทั้งของฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างและดอกผลที่เกิดจากการลงทุน ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2528 มีสถานประกอบการเอกชน 209 แห่งที่มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนครอบคลุมสมาชิก 31,095 คน และมียอดเงินในกองทุน 589 ล้านบาท⁽¹⁶⁾ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาจำนวนสมาชิกและขนาดของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปีพ.ศ.2541 กองทุนดังกล่าวครอบคลุมสมาชิกถึง 1.03 ล้านคนจากสถานประกอบการ 4,005 แห่ง ยอดเงินในกองทุนทั้งหมดสูงถึง 182,735.7 ล้านบาท⁽²⁶⁾

หลักประกันชราภาพเริ่มบังคับใช้กับลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2541 และนิยมเรียกว่าโครงการประกันสังคมกรณีประกันชราภาพ ผู้จ่ายเงินสมทบในโครงการประกอบด้วยนายจ้างและลูกจ้าง โดยรัฐบาลช่วยออกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริหารและเป็นผู้ค้ำประกันการจ่ายเงินตามเงื่อนไขของโครงการ เงื่อนไขการเกิดสิทธิเพื่อรับประโยชน์ทดแทนคือ ต้องเป็นผู้ที่มีอายุครบ 55 ปีและส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 15 ปี (จำนวนปีที่จ่ายเงินสมทบอาจติดต่อกันหรือไม่ก็ได้) บำนาญที่จะได้รับคือร้อยละ $(15+A)$ ของเงินเดือนที่ใช้เป็นฐาน (เงินเดือนเฉลี่ยของ 5 ปีสุดท้าย) ไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่ โดย A คือจำนวนปีที่จ่ายเงินสมทบที่เกินกว่า 15 ปี (เช่น ถ้าจ่ายเงินสมทบ 20 ปี ค่า A = 5 ดังนั้นเมื่อเกษียณอายุจะได้รับเงินบำนาญร้อยละ 20 ของเงินเดือนฐาน) ผู้ที่จ่ายเงินสมทบระหว่าง 1-15 ปีเมื่อออกจากการเป็นสมาชิกจะได้รับเงินก้อนที่รวมเงินสมทบของตนเองและของนายจ้างพร้อมดอกผล ถ้าจ่ายเงินสมทบน้อยกว่า 1 ปีจะได้รับเงินก้อนที่เป็นผลรวมเฉพาะส่วนที่เป็นเงินสมทบของตนเองและดอกผล ในปัจจุบันเงินสมทบของแต่ละฝ่ายกำหนดไว้ที่ร้อยละ 3 ของค่าจ้าง แต่เนื่องจากโครงการเริ่มดำเนินการในปีที่เกิดวิกฤติเศรษฐกิจพอดี ดังนั้นในปีพ.ศ.2542 อัตราเงินสมทบจึงได้รับการลดหย่อนให้เหลือเพียงร้อยละ 1 ของค่าจ้างสำหรับแต่ละฝ่าย แต่อัตราเงินสมทบได้รับการกำหนดให้เพิ่มเป็นร้อยละ 2 และร้อยละ 3 ในปีพ.ศ.2543 และพ.ศ.2544 ตามลำดับ โดยปีแรกที่เริ่มมีการจ่ายเงินบำนาญจากกองทุนชราภาพดังกล่าวคือ ปีพ.ศ.2556 ตามรายงานล่าสุดในเดือน

มกราคม พ.ศ.2543 มีลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนในโครงการนี้ 5,759,517 คนจากสถานประกอบการ 101,635 แห่ง⁽²⁶⁾

ความยั่งยืนของกองทุนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้หลักประกันที่มั่นคงอย่างแท้จริงในอนาคต กองทุนสำหรับผู้สูงอายุเกือบทุกแห่งในโลกล้วนมีความเสี่ยงที่จะต้องล้มละลายสูงมาก หากไม่มีการบริหารจัดการที่ดีตั้งแต่ต้น เหตุผลเพราะคนมีแนวโน้มที่จะอายุยืนยาวขึ้น ทำให้จำนวนผู้ที่ได้รับประโยชน์จากกองทุนเพิ่มเร็วกว่าที่เคยคาดประมาณไว้แต่ต้น นอกจากนี้ การบริหารจัดการกองทุนที่ไม่ระมัดระวังและอิทธิพลของนักการเมืองที่มักต้องการให้ใช้กองทุนเพื่อประโยชน์ในระยะสั้นมากกว่าประโยชน์ในระยะยาวล้วนเป็นเหตุผลที่ทำให้กองทุนไม่ยั่งยืน ดังนั้นก่อนที่จะได้ข้อสรุปของโครงการที่ออกมาเป็นกฎหมายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้มีผู้เชี่ยวชาญเรื่องประกันสังคมจากองค์การระหว่างประเทศหลายแห่งมาศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชราภาพที่เหมาะสม^{27,28}

การศึกษาเหล่านี้ให้ผลคล้ายๆกัน คือ ด้วยโครงสร้างทางประชากรไทยที่เป็นอยู่และที่คาดว่าจะเป็นอย่างในอนาคต อัตราเงินสมทบต้องสูงกว่าที่กำหนดในกฎหมายปัจจุบันกองทุนจึงจะอยู่ได้ เช่น ถ้ากำหนดให้ผู้ประกันตนเกษียณอายุ 55 ปีและมีอัตราประโยชน์ทดแทน (ประโยชน์ทดแทน หรือ replacement rate หมายถึง เงินบำนาญเฉลี่ยหารด้วยค่าจ้างเฉลี่ย) ที่ร้อยละ 30 อัตราเงินสมทบที่เหมาะสมควรเป็นร้อยละ 10.7 ของค่าจ้าง²⁷ และถ้าต้องการให้อัตราประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำที่ร้อยละ 25 เมื่อส่งเงินสมทบครบ 15 ปี แล้วเพิ่มอีกร้อยละ 1 ต่อปีทำงานเพิ่มจาก 15 ปี ควรเก็บเงินสมทบ ร้อยละ 7 เมื่อเริ่มโครงการ แล้วเพิ่มไปจนเป็นร้อยละ 13 ภายใน 30 ปีหลังจากเริ่มโครงการ⁽²⁸⁾ หรือถ้าให้ลูกจ้างเกษียณอายุที่ 55 ปี และอัตราประโยชน์ทดแทน เท่ากับร้อยละ 20+A โดย A คือ จำนวนปีที่จ่ายเงินสมทบเกินกว่า 15 ปี กองทุนจะติดลบในเวลาประมาณ 46 ปีนับจากเมื่อเริ่มโครงการ⁽²⁹⁾ อย่างไรก็ตามถ้าประชากรในประเทศไทยยังเพิ่มในระดับที่พอทดแทนตนเองได้ (อัตราเจริญพันธุ์ หรือ Total Fertility Rate อยู่ประมาณ 2) และถ้าอายุที่มีสิทธิรับบำนาญคือ 60 ปี การเก็บเงินสมทบร้อยละ 6 ของค่าจ้างจะทำให้กองทุนเริ่มลดเมื่อดำเนินการไปได้ประมาณ 30-40 ปี และเริ่มติดลบเมื่อดำเนินการไปได้ประมาณ 50-60 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอัตราผลตอบแทนของสินทรัพย์⁽³⁰⁾

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าระบบประกันชราภาพของประเทศไทยเป็นระบบ Partially funded เพราะภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดเกี่ยวกับ อัตราเงินสมทบ อัตราประโยชน์ทดแทนและอายุเกษียณ จะทำให้กองทุนอยู่ไม่ได้ในที่สุด ดังนั้นจึงต้องมีการเพิ่มอัตราเงินสมทบเป็นระยะๆ เป็นระบบที่ผู้เข้าโครงการภายหลังต้องอุดหนุนคนที่เข้าก่อน จากงานล่าสุด ซึ่งเป็นการศึกษาให้กระทรวงการคลังและ Asia Development Bank (ADB) ก็ล้วนให้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกัน และเสนอให้ปรับเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอายุของการรับสิทธิจากอายุครบ 55 ปี เป็นอายุ 60 ปีโดยเร็ว ตลอดจนต้องเพิ่มอัตราเงินสมทบทันทีที่จะทำได้⁽³¹⁾ อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่าการเพิ่มเงินสมทบหรือการเพิ่มอายุเกษียณมักได้รับการต่อต้านพอสมควร ซึ่งหากผู้บริหารประเทศไม่มีความกล้าหาญเพียงพอจะเพิ่มไม่สำเร็จและจะทำให้ผู้สูงอายุในอนาคตไม่ได้หลักประกันตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งผลเสียจะรุนแรงกว่าการจัดการแก้ไขโครงการให้เหมาะสมตั้งแต่ต้นอย่างมาก ดังนั้น รัฐต้องทำความเข้าใจกับผู้ประกันตนให้ทราบความจริงโดยเร็วว่าเงินที่เก็บนั้นยังไม่เพียงพอสำหรับอนาคต

โครงการทั้ง 3 ที่กล่าวมาแล้ว คือ โครงการสำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำ โครงการประกันสังคม และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ล้วนเป็นโครงการที่มากับอาชีพ และผู้ที่ได้รับประโยชน์ส่วนมากจะเป็นผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไป ผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ เช่น กลุ่มเกษตรกร หรือกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจส่วนบุคคลยังไม่มี

หลักประกันรายได้ยามสูงอายุแต่อย่างไร บุคคลเหล่านี้เมื่อมีปัญหา มักต้องอาศัยโครงการสวัสดิการของรัฐซึ่งส่วนมากบริหารจัดการโดยกรมประชาสงเคราะห์ เช่น โครงการเบี้ยยังชีพ และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้งในและนอกสถานที่ เป็นต้น แต่เป็นที่ทราบดีว่าโครงการเหล่านี้ยังไม่เพียงพอและบ่อยครั้งที่การสงเคราะห์ก็ยังไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง^(21,31) ดังนั้นการขยายหลักประกันทางสังคมไปยังบุคคลกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

วิวัฒนาการใหม่ของกองทุนซึ่งเป็นการริเริ่มของชุมชนร่วมกับผู้นำท้องถิ่นเป็นสิ่งที่น่าศึกษา ยิ่ง การตั้งกองทุนชุมชนอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อการใดการหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้านทั่วไป กองทุนเหล่านี้เกิดจากการที่ชาวบ้านที่เป็นสมาชิกในชุมชนนำ รายได้ส่วนหนึ่งเข้ากองทุนทุกเดือน ผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุนจะได้รับประโยชน์จากการกู้เงินจากกองทุนเพื่อนำไปเป็นทุนในการประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมอื่นๆตามความจำเป็น เช่น ช่วยค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยของสมาชิก เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการบริหารกองทุน เมื่อสามารถเก็บสะสมเงินกองทุนได้มากขึ้นก็มีความพยายามขยายลักษณะของประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับให้กว้างขวางมากขึ้น ประโยชน์หลังจากเรื่องการรักษาพยาบาลก็มักจะเป็นเรื่องการช่วยเหลือฉุกเฉินของผู้สูงอายุภายในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของกองทุนเหล่านี้ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของผู้นำและสภาวะแวดล้อมอื่นๆภายในชุมชน ดังนั้นความสำเร็จของกองทุน ณ ชุมชนแห่งหนึ่งจึงไม่สามารถนำไปเป็นแบบอย่างสำหรับชุมชนอื่นๆได้ แม้ในปัจจุบันกระแสการพัฒนาในประเทศไทยจะหันไปเน้นที่ชุมชนมากขึ้น และตั้งความหวังกับชุมชนในเรื่องการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ในเรื่องการสร้างหลักประกันทางรายได้จะอาศัยเพียงทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรกายภาพภายในชุมชนน่าจะยังไม่เพียงพอ กลยุทธ์การบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านที่สูงมาก ดังนั้นความหวังที่จะใช้กองทุนชุมชนเป็นแหล่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมยังเป็นเรื่องของอนาคตอันยาวไกล นอกจากนั้นกองทุนเหล่านี้ล้วนเพิ่งเกิดขึ้นไม่นานเมื่อเปรียบเทียบกับบทให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นภาระผูกพันระยะยาว ความยั่งยืนของกองทุนยังต้องมีการศึกษาและพิสูจน์กันต่อไป

มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหา

การแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุก็เหมือนกับการแก้ปัญหาอื่นๆของประเทศ วิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น ด้วยการพึ่งตนเอง ด้วยครอบครัว แล้วจึงด้วยสังคม การทำงานเป็นแหล่งรายได้หลักของคนเรา ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานให้นานที่สุดตามความต้องการและตามความสามารถจะช่วยให้ช่วงเวลาที่ต้องเป็นภาระทางเศรษฐกิจสั้นเข้า และนับเป็นวิธีการป้องกันปัญหาขั้นที่หนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในไม่ช้าก็เร็ว ความสามารถในการทำงานก็คงต้องหมดลง ดังนั้นการป้องกันขั้นที่สองคือต้องหัดให้คนไทยรู้จักการเก็บออมเพื่ออนาคตตั้งแต่เวลาที่ยังทำงานอยู่ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมความพร้อมภายในครอบครัวทั้งในด้านรายได้-การเลือกออม-และการเกื้อหนุนระหว่างสมาชิก การป้องกันขั้นที่สามคือการจัดระบบเพื่อเฉลี่ยทุกข์และเฉลี่ยสุขกันภายในกลุ่มอาชีพหรือชุมชนเดียวกันซึ่งจะทำให้ภาระของการมีอายุยืนยาวไม่ไปตกอยู่ที่คนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งโดยเฉพาะ ถ้าการป้องกันทั้ง 3 ขั้นยังไม่เพียงพอจึงมาถึงขั้นที่สี่ ซึ่งเป็นเรื่องของคนในสังคมทั้งประเทศที่จะต้องให้การอนุเคราะห์ต่อไป ดังนั้นกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุจึงสามารถแบ่งเป็น 4 เรื่อง คือ 1) การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมระบบเกื้อหนุนภายในครอบครัว 3) การส่งเสริมการให้มีหลักประกันชราภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และ 4) การ

ส่งเสริมระบบสวัสดิการอย่างเพียงพอและได้ผลเพื่อผู้สูงอายุที่ยากไร้ เนื้อความต่อจากนี้จะเน้นเฉพาะมโนทัศน์ของกลวิธีการแก้ปัญหาในเรื่องที่ 1 และ 3 เท่านั้น

สำหรับปัญหาเรื่องการทำของของผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ ยังมีการกีดกันการรับผู้มีอายุมากเข้าทำงานในรูปแบบต่างๆ เช่น การแกล้งให้ออกจากงานก่อนวัยอันสมควร การระบุนายชั้นสูงของผู้มีสิทธิในการสมัครงานต่างๆ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนงานยากเพราะหางานใหม่ทำไม่ได้ ตัวผู้สูงอายุเองก็อาจไม่พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถเรียนรู้งานใหม่ๆ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ของการจ้างงานในปัจจุบันเป็นแบบเต็มเวลา ดังจะเห็นได้จากชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยของคนไทยที่สูงมากซึ่งผู้สูงอายุอาจทำไม่ได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการจ้างงานแบบไม่เต็มเวลา (part-time) เป็นการเพิ่มต้นทุนในการบริหารจัดการทางธุรกิจ ดังนั้นรัฐอาจต้องมีมาตรการบางอย่างเพื่อชดเชยต้นทุนที่เพิ่มขึ้นนี้ให้แก่สถานประกอบการที่ยินดีจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงานด้วยเงื่อนไขเวลาที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากต้องการทำงานที่ตนเองเป็นเจ้าของซึ่งน่าจะหมายถึงต้องการเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคล แต่การเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคลนั้นต้องอาศัยทักษะการเป็นผู้ประกอบการที่ต้องการความรู้หลายเรื่อง เช่น เรื่องแหล่งเงินทุน แหล่งวัตถุดิบ ตลาด และการบริหารจัดการ เป็นต้น การฝึกอบรมและการแนะแนวอาชีพตลอดจนการให้ความช่วยเหลือเงินทุนเริ่มต้นสำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยนอาชีพจึงมีความจำเป็น ในประเทศไทยมีหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนที่ดำเนินการในเรื่องการฝึกอบรมหรือแนะแนวอาชีพให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าง เช่น กรมการศึกษานอกโรงเรียน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และชมรมผู้สูงอายุต่างๆ เป็นต้น แต่การจัดบริการเหล่านี้ยังอยู่ในขอบเขตที่แคบมากและยังไม่มีการศึกษาที่รวบรวมและประเมินงานเหล่านี้อย่างเป็นระบบ สำหรับการให้สิ่งจูงใจหรือการจัดระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่นสำหรับผู้สูงอายุนั้นยังไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมเช่นกัน อย่างไรก็ตามการเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ต้องการเวลา กำลังกาย และกำลังสมองมาก ดังนั้นลำพังผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จในการเริ่มธุรกิจส่วนบุคคลนั้นคงยาก การรวมกลุ่มภายในชุมชนอาจเป็นทางออกในเรื่องนี้ โดยผู้สูงอายุในชุมชนอาจมีส่วนร่วมในเรื่องการผลิต หรือการจัดจำหน่ายตามความถนัด ด้วยเหตุนี้กลยุทธ์สำหรับการส่งเสริมการทำของของผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

- การออกกฎหมายเพื่อห้ามกีดกันคนทำงานอันเนื่องมาจากอายุ
- การส่งเสริมนิสัยการเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนไทยซึ่งจะช่วยให้คนไทยและผู้สูงอายุมีความคล่องตัวในการเปลี่ยนงานตามการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วด้านเทคโนโลยีได้
- ส่งเสริมให้มีรูปแบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่นและเป็นธรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำงานแบบไม่เต็มเวลา (part-time) หรือการทำงานที่บ้าน
- มีมาตรการให้สิ่งจูงใจแก่สถานประกอบการที่จ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน
- ส่งเสริมการแนะแนวอาชีพและการฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติม โดยเฉพาะทักษะการเป็นผู้ประกอบการให้ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุ
- ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทุนเริ่มต้นโดยคิดดอกเบี้ยต่ำ
- ส่งเสริมการทำธุรกิจชุมชนเพื่อให้สมาชิกผู้สูงอายุได้ใช้เวลาหารายได้เสริมได้อย่างเหมาะสม

ในเรื่องการสร้างระบบประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือ ประการแรก- ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถครอบคลุมคนไทยได้อย่างครบถ้วน เกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระรวมทั้ง

ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กยังไม่มีหลักประกัน ประการที่สอง-หลักประกันที่มีอยู่นั้นยังมีความแตกต่างกันอยู่มาก หลักประกันของข้าราชการนั้นมีอัตราทดแทน (replacement rate) ที่สูงกว่า เช่น ข้าราชการที่ทำงานมา 30 ปีจะได้อัตราทดแทนหรืออัตราเงินบำนาญสูงถึงประมาณร้อยละ 60 ในขณะที่ลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบการขนาดกลางขึ้นไปทำงานในระยะเวลาเดียวกันจะมีอัตราเงินบำนาญเพียงร้อยละ 30 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำเกินไป อย่างไรก็ตามความแตกต่างนั้นส่วนหนึ่งก็เนื่องจากข้าราชการรับรายได้ที่ต่ำกว่าภาคเอกชนในช่วงเวลาที่ทำงานเพื่อแลกกับหลักประกันที่ดีกว่าเมื่อเกษียณอายุ ในแง่ที่ลูกจ้างเอกชนซึ่งมีรายได้ดีกว่าในช่วงเวลาที่ทำงานจึงจำเป็นต้องออมเพื่ออนาคตของตนเองด้วย สำหรับส่วนใหญ่ของลูกจ้างรัฐวิสาหกิจและข้าราชการท้องถิ่นตลอดจนลูกจ้างประจำของรัฐบาลมีหลักประกันในลักษณะเดียวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพซึ่งจะได้เงินก้อนเมื่อออกจากงาน โดยทั่วไปแล้วบำเหน็จหรือเงินก้อนมักไม่สามารถเป็นหลักประกันที่เพียงพอในระยะยาว สภาพในปัจจุบันแสดงให้เห็นชัดเจนถึงปัญหาการครอบคลุมของระบบประกันรายได้เมื่อเกษียณอายุและความแตกต่างในแต่ละโครงการอื่นทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมขึ้นในสังคม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นจะต้องพยายามปฏิรูประบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นให้ครอบคลุมคนทั้งประเทศภายใต้เงื่อนไขที่ใกล้เคียงกัน

การแก้ไขปัญหาเหล่านี้สามารถมองได้เป็น 2 ระยะ ในระยะสั้น โครงการต่างๆที่มีอยู่ต้องทำให้มีประสิทธิภาพและต้องให้อิสระในการบริหารจัดการพอสมควรแต่ต้องมีความโปร่งใส ในปัจจุบันกระทรวงการคลังมีกฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุนของกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และกองทุนประกันสังคมค่อนข้างเข้มงวด กล่าวคือมีการกำหนดสัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์แต่ละประเภทเพื่อลดความเสี่ยงของกองทุน อาทิ กองทุนไม่สามารถนำไปลงทุนในต่างประเทศได้ เป็นต้น ข้อกำหนดเหล่านี้แม้เป็นการกำหนดเพื่อความมั่นคงของกองทุน แต่ก็ต้องแลกกับโอกาสและความสามารถในการได้มาซึ่งผลตอบแทนของการลงทุนและอาจเป็นเหตุให้ผลตอบแทนที่ได้ที่ต่ำเกินไปจากที่ควรจะเป็น นอกจากนี้เมื่อขนาดของแต่ละกองทุนใหญ่ขึ้นและหากตลาดทุนในประเทศยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร จะทำให้ช่องทางการลงทุนมีความจำกัดมากยิ่งขึ้นซึ่งจะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุในระยะยาว⁽³²⁾ สำหรับกองทุนประกันสังคมเพื่อสุขภาพนั้น ควรปรับเปลี่ยนเงื่อนไขอายุการเริ่มได้รับสิทธิจากอายุ 55 ปี เป็น 60 ปีโดยเร็ว ตลอดจนค่อยๆเพิ่มอัตราเงินสมทบให้เหมาะสมตามความเป็นจริงมากขึ้นทันทีที่กระทำได้⁽³¹⁾

สำหรับการแก้ปัญหาในระยะยาว ต้องพยายามสร้างระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงโดยเร็ว รูปแบบของหลักประกันแห่งชาติที่เหมาะสมต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการให้หลักประกันและประสิทธิภาพที่เกิดแก่ผู้สูงอายุโดยจะต้องไม่เป็นภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมมากเกินไป แนวคิดหลักในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน คือ การมีหลักประกันหลายชั้น เช่น ธนาคารโลกเสนอให้หลักประกันที่แบ่งเป็น 3 ชั้น⁽³³⁾ โดยหลักประกันชั้นแรกเป็นระบบการประกันแบบบังคับซึ่งครอบคลุมทุกคน ประโยชน์จากระบบประกันชั้นแรกนี้ควรเป็นประโยชน์ขั้นต่ำซึ่งเพียงพอสำหรับการยังชีพเท่านั้น ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กำหนดทุกคนจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนสุขภาพนี้ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้ รัฐต้องเป็นผู้จ่ายแทนซึ่งมาจากภาษีทั่วไป หลักประกันชั้นแรกควรเป็นแบบ PAYG หลักประกันชั้นที่สองจะเป็นการให้หลักประกันเสริมจากชั้นแรกเพื่อให้ผู้ที่อยู่ในวัยที่ยังจะออมได้มีกลไกที่จะออมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ไม่แตกต่างจากเมื่อครั้งที่ยังทำงานอยู่มากนัก ธนาคารโลกเสนอให้หลักประกันชั้นที่สองเป็นแบบ fully funded เหมือนกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในปัจจุบัน แต่ควรกำหนดให้เป็นแบบบังคับแทนการสมัครใจ

สำหรับหลักประกันชั้นที่ 3 จะเหมือนชั้นที่ 2 เพียงแต่ให้การออมในชั้นนี้เป็นแบบสมัครใจ การสร้างหลักประกันทั้ง 3 ชั้นนี้จะเป็นการปิดจุดบกพร่องของการสร้างหลักประกันแต่ละแบบได้และน่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันที่มั่นคงได้ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการออมภายในประเทศซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศอีกด้วย ในการสร้างระบบหลักประกันหลายชั้นโดยพัฒนาจากสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาจถือว่าโครงการประกันสังคมที่ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคมเป็นระบบประกันชั้นแรก ซึ่งมีความจำเป็นต้องขยายหลักประกันส่วนนี้ให้ครอบคลุมประชากรทุกคนโดยเร็ว มิใช่จำกัดอยู่เฉพาะลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบการขนาดที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปเท่านั้น การพัฒนาระบบประกันชั้นที่ 2 อาจขยายจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในปัจจุบันที่เป็นแบบสมัครใจให้เป็นแบบบังคับสำหรับผู้ที่มีรายได้เกินกว่าระดับที่กำหนด ส่วนระบบประกันชั้นที่ 3 จึงปล่อยให้เป็นเรื่องของการออมโดยความสมัครใจ⁽⁴⁾

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการตามกลวิธีที่กล่าวมาในหัวข้อที่ 4.7 เป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกวิธีและได้ผลดีที่สุด จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาพในปัจจุบันและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงการที่มีอยู่หรือการเพิ่มโครงการใหม่ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม งานวิจัยในหัวข้อต่อไปนี้จะเป็นการสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นเพื่อปูทางไปสู่การสร้างระบบประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อไป

- ศึกษาความต้องการทำงานและข้อจำกัดในการทำงานของผู้สูงอายุ
- ศึกษาความต้องการและข้อจำกัดเกี่ยวกับการจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงานของสถานประกอบการ
- ศึกษาผลกระทบของการปฏิรูประบบราชการต่อผู้สูงอายุ
- ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกอบรมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในด้านการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ
- ศึกษารูปแบบการจัดธุรกิจชุมชนที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมเข้าทำงานของผู้สูงอายุ
- ศึกษาศักยภาพของกองทุนชุมชนในการเป็นหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในระยะยาว
- ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการออมเพื่ออนาคตของประชากรไทย
- ศึกษารูปแบบของระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
- ศึกษาแนวทางการปฏิรูประบบการประกันสุขภาพจากปัจจุบันสู่รูปแบบที่เหมาะสม
- ศึกษาผลกระทบของการมีหลักประกันสังคมต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครัวเรือน
- ศึกษาผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพต่อตลาดแรงงาน การออม การพัฒนาตลาดทุนและการพัฒนาประเทศไทย

บรรณานุกรม

1. นภาพร ชโยวรรณ, มალიณี วงษ์สิทธิ์, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 165/32). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2538.
3. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
4. มัทนา พนานิรามัย, สมชาย สุขศิริเสรีกุล. การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันทางสังคม: อดีต ปัจจุบันและอนาคต (โครงการวิจัยเพื่อสำนักงบประมาณ). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2540.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี, 2541.
6. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน. ใน: สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สมาคมพญาวินิจฉัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:52-92.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2541.
8. Kakwani N, Krongkaew M. Poverty in Thailand: Defining, Measuring and Analyzing (Working Paper No. 4). Bangkok: Asian Development Bank and Development Evaluation Division, NESDB, 1998.
9. Krongkaew M, Tinakorn P, Suphachalasai S. Rural Poverty in Thailand. in Rural Poverty in Developing Asia. edited by M.G.Quibria. Manila: Published by Asian Development Bank. 1996 (vol 2).
10. Department of Social Welfare. Social Development in Thailand: A National Report for the Special Session of the General Assembly on the Implementation of the Outcome of the World Summit for Social Development (Geneva 2000). Bangkok, Department of Social Welfare, 2000.
11. สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เครื่องชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและการวิเคราะห์เชิงนโยบาย: ลักษณะและโครงสร้างปัญหาความยากจนในประเทศไทย. จดหมายข่าวของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ภายใต้ความช่วยเหลือจากธนาคารพัฒนาเอเชีย. กรุงเทพฯ: สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2541;2(3).
12. Bauer J, Hutaserani S. Demographics and Poverty in Thailand Chapter 3. In: Andrew Mason. Family Size and Family Welfare in Thailand. Honolulu: East- West Center and Thailand Development Research Institute, 1991.

13. สุกัญญา นิธังกร, นงนุช สุนทรชวากานต์. งบประมาณของรัฐเพื่อผู้สูงอายุ. ใน: การประเมินโครงการ บริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 ธันวาคม 2542). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
14. นภาพร ชัยวรรณ. การอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 195/35). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
15. มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (เอกสารสถาบันหมายเลข 269/41). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
16. Kirananda S. Population Policy Background Paper Study on Implications of Demographic Change for Old Age Security in Thailand 1987-2021. Bangkok: Thailand Development Research Institute, 1985.
17. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ, สมาคมพญกวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
18. มัทนา พานานิรามย์, นิรติ อิงพรประสิทธิ์. การฉายภาพอุปทานแรงงานจำแนกตามระดับและสาขาการศึกษา. ใน: แผนแม่บทการพัฒนากำลังคนเพื่ออุตสาหกรรมการผลิตและบริการของประเทศไทย พ.ศ. 2541-2549. ฝ่ายการวิจัยทรัพยากรมนุษย์และพัฒนาสังคม มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2541.
19. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
20. กุศล สุนทรธาดา, นิมฟา บี โอเฮนา. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและตลาดแรงงาน. ใน: กุศล สุนทรธาดา, (บรรณาธิการ). จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
21. อภิญา เวชชัย. บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต. ใน: การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 ธันวาคม พ.ศ.2542). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
22. International Labor Organization. Introduction to Social Security. Geneva, Published by International Labor Organization, 1984.
23. Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the World – 1999 (SSA Publication No. 13-11805). Washington D.C., Office of Research, Evaluation and Statistics, 1999.
24. ยานี ประเสริฐพันธ์. รูปแบบการประกันกรณีชราภาพ: แนวคิดและข้อเสนอแนะ. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540.

25. McCleary WA. Improving Old-Age Security In Thailand. ใน: สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:52-92.
26. Kesornsutjarit J. Social Security System in Thailand: Past Experiences, Obstacles and Ways to Reform. Paper Prepared for The Third APEC Regional Forum on Pension Fund Reform. Bangkok, Thailand, 30-31 March 2000.
27. ฝ่ายกิจกรรมการคลัง กองทุนการเงินระหว่างประเทศ. บันทึกช่วยจำ: การพัฒนาระบบการประกันสังคมในประเทศไทย โดย Robert P. Hagemann, Juan Amieva, Stanford Ross (เอกสารเผยแพร่ในวงจำกัด). พ.ศ.2536.
28. Internatioanl Labour Office. Thailand Pensions and Family Benefits (Confidential paper). Bangkok: Social Security department, Geneva and ILO East Asia Multidisciplinary Advisory Team, 1995.
29. คณะอนุกรรมการเตรียมการประกันกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร สำนักงานประกันสังคม. เอกสารรายงานการเตรียมการประกันกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม, 2539.
30. มัทนา พนานิรามัย, นิรติ อิงพรประสิทธิ์. ประชากรและความอยู่รอดของการประกันสังคมกรณีประโยชน์ทดแทนการชราภาพ (โครงการหนึ่งภายใต้การศึกษาเรื่อง แนวโน้มประชากรไทย: การศึกษาระดับมหภาคและการศึกษาเชิงนโยบายในภาคเหนือตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง). กรุงเทพฯ: ฝ่ายการวิจัยทรัพยากรมนุษย์และพัฒนาสังคม สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2537.
31. Tohmatsu DT. Pension and Provident Funds Reform: Interim Report (Submitted to Ministry of Finance, Government of Thailand). Asian Development Bank, 1999.
32. Nawaporn Ryanskul. Pension Fund, Provident Fund and Social Security System in Thailand: Past Experiences, Obstacles, and Ways to Reform. Paper Prepared for The third APEC Regional Forum on Pension Fund Reform. Bangkok, Thailand, March 30-31, 2000.
33. World Bank. Averting The Old Age Crisis. New York: A World Bank Policy Research Report. Oxford University Press, 1994.

บทที่ 6 : ผู้ดูแล

ศิริวรรณ ศิริบุญ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ สภาวะจิต และอารมณ์ของคนจากวัยหนึ่งไปสู่วัยหนึ่ง ก่อให้เกิดการกำหนด บทบาทและสถานภาพทางสังคมของปัจเจกบุคคลและสมาชิกของสังคมที่แวดล้อมบุคคลนั้นอยู่ สำหรับ ปัจเจกบุคคล การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาททางสังคมจากผู้ที่เคยเป็น “ผู้ดูแล” คนอื่นมาเป็น “ผู้พึ่งพา” และในขณะเดียวกัน คนกลุ่มหนึ่งก็ถูกกำหนดบทบาทให้เป็น “ผู้ดูแล” ของผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของปัจเจกบุคคลในช่วงปัจฉิมวัย

การที่ต้องพิจารณาด้าน “ผู้ดูแล” ควบคู่ไปกับด้าน “ผู้สูงอายุ” เนื่องจากเหตุผลสำคัญสามประการคือ ประการแรก-แนวโน้มของการขยายตัวของประชากรสูงอายุและความต้องการการเกื้อกูลสนับสนุนที่เพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁾ ประการที่สอง-โอกาสของความมั่นคงหรือความไม่เพียงพอของการเกื้อกูลสนับสนุนภายในครัวเรือนหรือครอบครัวอาจเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบของครัวเรือน จำนวนบุตรและจำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนลดลง แรงกดดันในสังคมที่ทำให้ลักษณะของแรงงานในครัวเรือนลดลงเพราะผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น การขยายตัวของเขตเมืองและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีพอย่างอิสระของผู้สูงอายุ ตลอดจนวัฒนธรรม-ทัศนคติ-รูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนแปลง ประการที่สาม-แนวทางของนโยบายหลักระดับชาติที่กำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัว

ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ผู้สูงอายุแบบไหนหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาแบบใดจึงจะจัดว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล และสำหรับผู้ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น มีขอบเขตของภาระหน้าที่และบทบาทมากนักน้อยเพียงใด จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันอยู่ในระดับใด และจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในอนาคต

เนื่องจากการถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มภาระหน้าที่และพันธะในการที่จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือแวดล้อมผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุจึงไม่จำเป็นต้องดำเนินไปอย่างราบรื่นหรือสาธุตลอดไป ประเด็นที่เป็นที่สนใจของสาธารณชนก็คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาและความทุกข์ยากใดหรือไม่ เครือข่ายทางสังคมที่แวดล้อมอยู่ได้เข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพียงใด นอกจากนี้องค์กรภาครัฐและภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลหรือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่และในทิศทางใด ประเด็นต่างๆเหล่านี้คือประเด็นการศึกษาที่จะนำเสนอต่อไป

ใครคือผู้ดูแล

องค์ประกอบของการเป็นผู้ดูแล (caretaker) คือ “ผู้” (บุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้) และ “ดูแล” (การกระทำ การให้ หรือการดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับการดูแล) ดังนั้นการที่จะกำหนดว่าใครคือผู้ดูแล จึงต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้งสองโดยละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดนิยาม

“ผู้” หรือบุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้ อาจครอบคลุมถึง บุคคลที่เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือน เพื่อนบ้าน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคลากรในสถานบริการทั้งที่เป็นสถานบริการระยะสั้นและระยะยาวของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนบุคลากรของรัฐที่ร่วมในการบริการชุมชน อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด หรืออาสาสมัครผู้ดูแล

สำหรับคำว่า “ดูแล” พิจารณาได้เป็นสองลักษณะคือ “การดูแลจัดการ” (care management) และ “การดูแลช่วยเหลือ” (care providing) การดูแลจัดการ หมายถึง การจัดการกิจต่างๆแทนผู้สูงอายุทั้งที่ในความ เป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง สำหรับการดูแลช่วยเหลือ หมายถึง การปฏิบัติกิจทดแทน เนื่องจากผู้สูงอายุกระทำเองไม่ได้ หรือเป็นการช่วยเหลือกิจบางส่วน หรือเป็นการช่วยเฝ้าระวังซึ่งมีความจำเป็น ต่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียหรืออุบัติเหตุขึ้น เช่น การติดตามเฝ้าระวัง (supervise) เวลาที่ผู้สูงอายุเดิน

การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ในเรื่องผู้ดูแลและการดูแลที่มีในประเทศไทยจะไม่แยกประเภทของการดูแล ทำให้การพิจารณาในรายละเอียดของสภาพการดูแลหรือความต้องการการช่วยเหลือเป็นไปอย่างยากลำบาก การดูแลที่มีความหมายทางนโยบายการบริการคือการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งในการศึกษาเท่าที่มีอยู่มักใช้วิธีการ ศึกษาโดยจำแนกระดับภาวะพึ่งพาเพื่อให้ได้ภาพของความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ลักษณะบางประการในสังคมไทยซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาวิจัยต่างๆทางด้านผู้ดูแล และจำเป็นต้อง พิจารณาโดยละเอียดคือ ประการแรก-ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ประการที่สอง-การที่บุตรหลานอยู่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องเป็นผู้ดูแล สมาชิกใน ครัวเรือนจะมีลักษณะเกื้อกูลกันอยู่แล้วโดยธรรมชาติ กิจบางประการที่ทำร่วมกันหรือแบ่งกันทำในลักษณะ ช่วยเหลือกันไม่ได้แปลว่าบุตรหลานได้ให้การดูแล บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุกลับเป็นผู้ให้มากกว่าเป็นผู้รับ ประการที่ สาม-การให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่า เป็นการดูแลเสมอไป การให้ที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียง ลักษณะของกตัญญูต่อบุพการีเท่านั้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจที่ด้อย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์รายงานการศึกษาต่างๆในด้านผู้ดูแลจึงมีความ จำกั ด อย่างไรก็ตามในบทความต่อไปนี้ได้พยายามแสดงให้เห็นสถานภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยผู้อ่าน ควรคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆข้างต้น

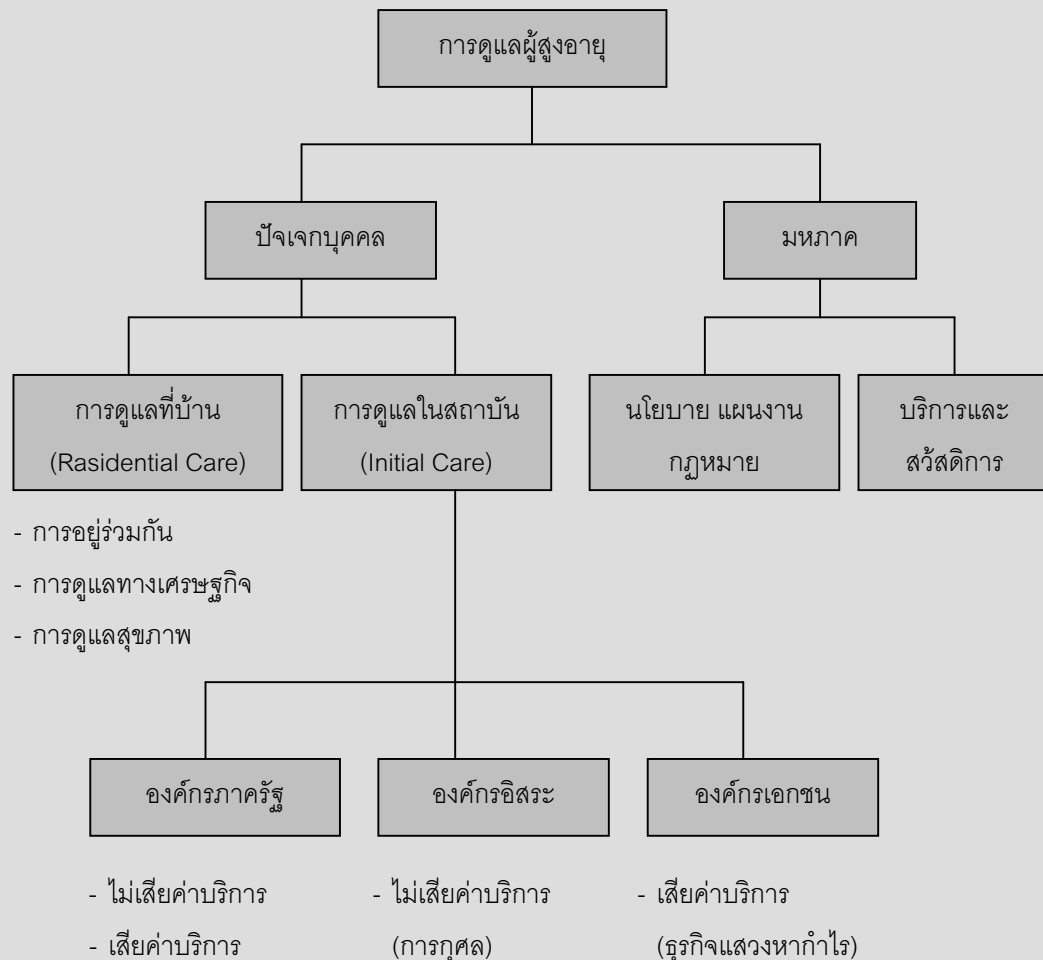
จำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันและประมาณการความต้องการผู้ดูแลในอนาคต

การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพราะจำนวนผู้ดูแลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนคือ ผู้สูงอายุและการดูแล องค์ประกอบส่วนแรกคือ ผู้สูงอายุแบบไหนที่ต้องการการดูแลหรือต้องได้รับการดูแล และองค์ประกอบส่วนที่สองคือการดูแลแบบไหนและ สถานที่ในการให้การดูแลแบบใดจึงจะถือว่าเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุ

เนื่องจากจำนวนผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้สูงอายุ ดังนั้นถ้าจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป จำนวนผู้ดูแลภายใต้คำจำกัดความดังกล่าวนี้ก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในปัจจุบันประเทศไทยใช้ อายุ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่าเป็นเกณฑ์กำหนดความเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่อีกหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศในยุโรปใช้อายุ 65 ปีหรือมากกว่าเป็นตัวกำหนด⁽²⁾ หากประเทศไทยเปลี่ยนไปใช้ อายุ 65 ปีในการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุ จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากประเด็นในเรื่องเกณฑ์อายุของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุและลักษณะการดูแล (การดูแลจัดการหรือการดูแลช่วยเหลือ) องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดจำนวนผู้ดูแลยังรวมถึง ระดับของการดูแล (ปัจเจกบุคคล หรือมหภาค) และสถานที่หรือรูปแบบของการดูแล (ในบ้าน ในสถาบัน หรือในสังคมระดับมหภาค) ดังปรากฏในรูปที่ 1

รูปที่ 1 องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดการดูแลและจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ



ในระดับปัจเจกบุคคล การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย (residential care providers) มีประเด็นในเรื่องรูปแบบของการดูแลที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบ เพราะรูปแบบของการดูแลอาจอยู่ในรูปของการพักอาศัยอยู่ร่วมกัน (ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน) การดูแลทางเศรษฐกิจ และการดูแลทางสุขภาพ

การพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ ถือเป็นหลักประกันทางสังคมว่าผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้รับการดูแลในทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพกายและจิตใจ ผลการศึกษาวิจัยระดับประเทศหลายโครงการพบว่า เกือบทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 96-98) ของผู้สูงอายุไทยอยู่กับครอบครัว^(3,5) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 5.3 ล้านคน ดังนั้นในปัจจุบันจึงน่าจะมีสมาชิกครัวเรือนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคน (ผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรสมักจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน) และโดยเหตุที่บุตรเป็นบุคคลหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป) อย่างน้อย 1 คน จึงน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนบุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยระดับประเทศพบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 78 พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอย่างน้อย 1 คน⁽⁴⁾ จึงอาจประมาณการได้ว่าจะมีบุตรทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในครัวเรือนอย่างน้อย 3.1 ล้านคน ทั้งนี้เพราะอาจจะมีบุตรมากกว่า 1 คนที่ดูแลผู้สูงอายุคนเดียวกัน

สำหรับการดูแลทางด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษาการเกื้อหนุนทางการเงินหรือวัตถุที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตร ในปีพ.ศ.2538 พบว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรจะได้รับเงินจากบุตรสูงถึงร้อยละ 87 สำหรับผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ที่อื่นพบว่าร้อยละ 89 ของผู้สูงอายุเหล่านั้นได้รับอาหารหรือสิ่งของจากบุตรทุกปี⁽³⁾ ถ้าใช้สัดส่วนดังกล่าวนี้ประมาณจำนวนบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจ น่าจะมีประมาณ 4.6-4.7 ล้านคน โดยมีบุตรที่ให้เงินแก่ผู้สูงอายุอย่างน้อย 4.6 ล้านคน (บุตร 1 คนอาจให้เงินแก่ผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน ในขณะที่ผู้สูงอายุ 1 คนก็อาจได้รับเงินจากบุตรมากกว่า 1 คนเช่นกัน) การคำนวณดังกล่าวใช้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเป็นฐานในการคำนวณ หากใช้บุตรที่ให้เงินบิดามารดาหรือสิ่งของเป็นฐานในการคำนวณจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจน่าจะมากกว่านี้

ในส่วนของ การดูแลในเรื่องการรักษาพยาบาล ผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าการเกื้อหนุนจากบุตรอยู่ในระดับที่ไม่สูง โดยผู้ดูแลร้อยละ 52.9 ให้การเกื้อหนุนแก่มารดา และร้อยละ 46.1 ให้การเกื้อหนุนแก่บิดา⁽⁵⁾ ในขณะที่การสำรวจภาวะสุขภาพประชากรสูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40.8 รายงานว่าบุตรเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁽⁶⁾ หากใช้สถิติจากทั้งสองแหล่งจะประมาณการได้ว่าอย่างน้อยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการรักษาพยาบาลอยู่ระหว่าง 2.2-2.6 ล้านคน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้รับสวัสดิการช่วยเหลือจากรัฐ โดยการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุและบัตรสุขภาพให้ผู้สูงอายุ

สำหรับการดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพพบว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรเมื่อป่วย⁽⁵⁾ ในกรณีนี้อย่างน้อยน่าจะมียุดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยประมาณ 4.2 ล้านคนหรือมากกว่า แต่หากใช้ภาวะพึ่งพาเป็นเกณฑ์ในการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุจะน้อยกว่าที่ประมาณการจากการดูแลยามเจ็บป่วย การสำรวจภาวะพึ่งพา* ของประชากรผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ.2537 โดยใช้ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) พบว่าร้อยละ 1.6 ของ

* การสำรวจภาวะพึ่งพา ใช้วิธีการประเมินความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน และกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในชุมชน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ประเมินจากกิจวัตรพื้นฐานรวม 10 ชนิด ในขณะที่ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ใช้ประเมินจากกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องรวม 5 ชนิด

ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร เป็นต้น⁽⁷⁾ และในปีพ.ศ.2540 ได้มีการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศ ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่าง 5,010 คนได้รับการประเมินภาวะพึ่งพาโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและจู่ฟ่าเอดีแอล พบว่าประมาณร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุไทยมีภาวะพึ่งพาในระดับสูงที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด⁽⁸⁾ ดังนั้นหากใช้สถิติที่รวบรวมได้ในปีพ.ศ.2540 ในการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ในปีพ.ศ.2543 จะมีทั้งสิ้น 100,901 คน และจะเพิ่มเป็น 213,034 คนในปีพ.ศ.2558

มีรายงานการศึกษาการคาดการณ์จำนวนผู้ดูแลในอนาคตโดยใช้ผลงานวิจัยของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ที่สำรวจภาวะพึ่งพาของประชากรผู้สูงอายุในชุมชนสลัมคลองเตย เป็นอัตราในการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ระหว่างปีพ.ศ.2533-พ.ศ.2538 โดยใช้อัตราร้อยละ 1.6 ของผู้สูงอายุ ต้องมีผู้ดูแล และตั้งสมมติฐานให้สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ทุก 5 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีมากขึ้นและโรคเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาคาดว่าในปี พ.ศ.2558 ต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ประมาณ 41,257-64,798 คน โดยจำแนกเป็นผู้ดูแลที่บ้าน 21,303-42,607 คนและผู้ดูแลในสถาบันประมาณ 19,972-22,191 คน⁽⁹⁾

ถึงแม้ผลการศึกษาวิจัยหลายโครงการจะพบว่า นอกจากการดูแลทางด้านสุขภาพกายแล้ว ผู้สูงอายุยังมีปัญหาทางด้านจิตใจที่ต้องการการดูแลเช่นกัน^(3,5) โดยเฉพาะปัญหาในเรื่องความเหงา อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาเชิงประจักษ์ว่ามีผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุทางด้านจิตใจหรือไม่ และมีจำนวนผู้ดูแลเท่าใด ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะปัญหาทางด้านจิตใจเป็นเรื่องที่วัดยาก เพราะค่อนข้างเป็นเรื่องนามธรรมและผันแปรตามเวลา

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรภาครัฐ (governmental organization) องค์กรอิสระ (non-governmental organization) และองค์กรเอกชน (private sector) การให้การดูแลเป็นการให้บริการตามเงื่อนไขที่กำหนด การดูแลโดยองค์กรภาครัฐ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าบริการในรูปการสงเคราะห์หรือเสียค่าบริการบางส่วน การดูแลจากองค์กรอิสระมักจะไม่มีค่าบริการเพราะมักอยู่ในรูปการกุศล สำหรับการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรเอกชนจะดำเนินการในรูปธุรกิจแสวงหากำไร

การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันโดยองค์กรภาครัฐจะอยู่ในรูปของสถานสงเคราะห์ ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ที่อยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์รวมทั้งสิ้น 20 แห่ง และกำลังจะเปิดให้บริการเพิ่มอีก 2 แห่ง สถานสงเคราะห์แต่ละแห่งจะมีข้าราชการประจำแห่งละ 12-16 คน ประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำสถานสงเคราะห์ ตามระเบียบแล้วผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีอัตราส่วนพี่เลี้ยง 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 25 คน แต่ปัจจุบันพี่เลี้ยง 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 30-40 คน

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันโดยองค์กรอิสระและองค์กรเอกชน มักจะอยู่ในรูปของสถานสงเคราะห์ สถานดูแลพักฟื้น และสถานพยาบาล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแล ในปี พ.ศ.2540-พ.ศ.2541 กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ได้ดำเนินการสำรวจบริการสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานเอกชนในประเทศไทย แต่ปรากฏว่ามีหน่วยงานเอกชนให้ข้อมูลเพียง 78 แห่ง จากที่ส่งแบบสอบถามไป 554 แห่ง ถึงแม้มหาวิทยาลัยมหิดลจะทำการศึกษาวิจัย เรื่องธุรกิจการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย แต่การศึกษาใช้วิธีสุ่มตัวอย่างซึ่งไม่มีรายละเอียดของจำนวน ประเภทของสถานบริการ และจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับประเทศ ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงมีอยู่จำกัดอย่างไรก็ตามสถิติที่รวบรวมได้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลที่ดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจแสวงหากำไร รอง

ลงมาคือ สถานสงเคราะห์ สถานดูแลและพักฟื้น บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลมักจะเป็นแพทย์และพยาบาล ในสถานสงเคราะห์และสถานดูแลและพักฟื้นจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป แต่ข้อมูลที่มีอยู่ก็ไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแลในแต่ละประเภท^(10,115)

ในระดับมหภาค การดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในรูปของการกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ระเบียบกฎเกณฑ์ และกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รูปแบบของการให้การดูแลจะอยู่ทั้งในรูปของบริการและสวัสดิการองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุระดับมหภาคคือ องค์กรในภาครัฐซึ่งมีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงสาธารณสุข แต่การกำหนดจำนวนผู้ดูแลในระดับมหภาคไม่สามารถทำได้

ขนาดของปัญหาในการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแล - ครอบครัว - ชุมชน และประเทศ

ขนาดของปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ประเทศมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล ในสถานการณ์ปัจจุบันและสถานะของปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต มีแนวโน้มว่าปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับการตอบสนองได้ทั้งหมด (unmet need) ทั้งนี้เพราะระดับอุปสงค์และอุปทาน (demand and supply sides) มีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาที่รวบรวมได้จากงานวิจัยหลายโครงการพบว่าปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาทางสุขภาพอนามัยซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกระดับ ปัญหาทางเศรษฐกิจนับเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการผลิตลดลงตามสมรรถภาพของร่างกายที่ค่อยๆเสื่อมถอยลง ยิ่งอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมเพิ่มมากขึ้น

มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้แนะว่า ขนาดของปัญหาเศรษฐกิจในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายประจำวัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขมีโครงการต่างๆ ที่ให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ อาทิเช่น คลินิกผู้สูงอายุ บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ ดังนั้นความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาลก็ยังคงเป็นภาระของสังคมโดยเฉพาะภาระของรัฐ และโดยเหตุที่จำนวนผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จึงเป็นที่แน่นอนว่า ผลกระทบดังกล่าวนี้จะตกอยู่กับทั้งผู้ดูแล ครอบครัว และประเทศในระดับที่รุนแรงมากขึ้น⁽⁸⁾

การมีปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งต้องการทำงานหารายได้ แต่ก็พบว่าความต้องการทำงานของผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need for work)⁽¹²⁾ สัดส่วนของอายุคาดหวังในการทำงานกับอายุคาดหวังเฉลี่ยระหว่างปีพ.ศ.2528 และปีพ.ศ.2538 ลดลง ซึ่งแสดงว่าในระยะเวลาที่ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลาที่ไม่ได้ทำงานสร้างผลผลิตทางเศรษฐกิจให้กับสังคม⁽¹³⁾ ซึ่งมีความ

เป็นไปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้ภาระของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจมีมากขึ้น

ภาวะทุพพลภาพ (disability) และภาวะเจ็บป่วย (morbidity) เป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุและจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อวัยสูงขึ้น⁽¹⁴⁾ ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุยืนยันว่าภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นภาระของประเทศ โดยเฉพาะภาวะทุพพลภาพนับเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุไทย ประมาณร้อยละ 7 ของประชากรสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแลตลอดหรือเกือบตลอดเวลา การคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงว่าในปีพ.ศ.2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำนวน 1,644,685 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) ต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยจำนวน 412,910 คน (ร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน (ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) ทั้งนี้ผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลดูแลสุขภาพส่วนตนจำนวน 602,316 คน (ร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) จากผลการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมพบว่าร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหานี้ ประมาณว่าในปีพ.ศ.2558 จะมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมราว 291,633 คน (ร้อยละ 3.3 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) โดยประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนนี้เกิดจากโรคอัลไซเมอร์⁽⁸⁾ ภาวะนี้พบบ่อยขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุ และปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และทางจิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีผลกระทบและสร้างความเครียดให้กับครอบครัวและผู้ดูแล ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เป็นภาระทั้งต่อครอบครัว สังคม และระบบบริการที่จะมีขึ้นในต้นศตวรรษหน้า⁽⁸⁾

การศึกษาการป่วยหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลพบว่า ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีไม่ถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่กลับมีอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลทั่วประเทศถึงร้อยละ 30^(15,16) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลเป็นสัดส่วนที่สูงกว่า และต้องนอนพักรักษาตัวเป็นระยะเวลาที่ยาวนานกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ และแน่นอนว่า ผู้ที่ใช้เตียงเหล่านี้ในอัตราสูงคือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ ผลที่ตามมาคือ “ภาวะอุดกั้นเตียง” (bed block) ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคตของสถานบริการสุขภาพเฉียบพลัน ซึ่งก็คือโรงพยาบาลนั่นเอง⁽²⁰⁾ ปรากฏการณ์ “No Care Zone” ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาและเกินกำลังของผู้ดูแลและครอบครัวจะดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งปรากฏการณ์นี้เป็นผลมาจากการขาดแคลนระบบบริการชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนความไม่เพียงพอของสถานบริการสุขภาพเรื้อรังของภาครัฐสำหรับรองรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น⁽²¹⁾

นอกจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมแล้ว ผลการศึกษาล่าสุดยังแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงลักษณะของความไม่เป็นธรรมในประชากรสูงอายุไทย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษา กลุ่มยากจน และกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีปัญหาด้านสุขภาพในอัตราสูงและมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพของรัฐต่ำ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพและสังคมขยายตัวมากขึ้นไปอีก เนื่องจากปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจในระยะที่ผ่านมาส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^(8,22)

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้เพราะปัญหาด้านอื่นๆ ของสังคมไทยในปัจจุบัน ได้แก่ ปัญหายาเสพติด โรคเอดส์ และ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาทิเช่น การขยายตัวของเมือง การลดลงของขนาดครอบครัว และการย้ายถิ่นของคนในวัยทำงาน ทำให้การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างล่าช้าและยังไม่ทั่วถึง (8,23)

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะขยายตัวจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะระยะเวลาที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจะยาวนานและต้องดูแลใกล้ชิดขึ้น ครอบครัวและญาติจะมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นรูปแบบของการให้การดูแลผู้สูงอายุจะต้องได้รับการปรับเปลี่ยน โดยต้องมีการจัดการระบบบริการชุมชนใหม่ เช่น การเยี่ยมบ้าน การพยาบาลที่บ้าน การช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน การจัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน รวมทั้งการสนับสนุนระบบบริการที่ไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายอาสาสมัคร หรือชมรมการจัดให้มีสวัสดิการที่เหมาะสมและการปรับสภาพแวดล้อมต่างๆ ทั้งในชุมชนและหน่วยบริการต่างๆ (8,24)

ขนาดของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ปรากฏในปัจจุบันที่จะมีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต ทำให้ภาระของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศมีมากขึ้น และปัญหาดังกล่าวนี้ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศโดยส่วนรวม ด้วยเหตุนี้จึงมีแนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย โดยมีผู้เห็นความจำเป็นของการจัดตั้ง “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” เพื่อเสริมศักยภาพของการสาธารณสุขมูลฐานให้เข้มแข็ง มุ่งให้ประชากรได้รับโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างทั่วถึง และมีส่วนร่วมทั้งในการกำหนดประเด็นและการสนับสนุนทางทรัพยากร (20,25) ความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุมีผลกระทบในทิศทางที่เป็นแรงผลักดันให้หน่วยงานภาครัฐทุกระดับ ไม่ว่าในระดับชุมชนหรือระดับประเทศต้องดำเนินการกระจายจำนวนหน่วยบริการและการบริการ (availability) การเข้าถึงบริการ (accessibility) ความต่อเนื่องของการบริการ (continuity) และประสิทธิผลของการบริการ (effectiveness)

ประเด็นปัญหาที่ยังเป็นจุดอ่อนของการศึกษานโยบายและผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศก็คือ ถึงแม้ข้อมูลที่เกิดขึ้นได้มาจนถึงปัจจุบันแสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาในด้านที่เกี่ยวข้องกับอุปสงค์ (demand side) เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ให้ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับระดับของความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการที่ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้เพราะยังขาดการศึกษาในเรื่องปริมาณและคุณภาพขององค์ประกอบในด้านอุปทาน (supply side) ข้อมูลด้านอุปทานที่มีอยู่ก็มีเพียงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นตัวเลขผู้ให้บริการทุกระดับไม่เน้นในเรื่องการให้บริการผู้สูงอายุ แม้แต่การให้บริการทั่วไปก็ยังพบว่า บุคลากรยังไม่เพียงพอ สถิติสาธารณสุขชี้ชัดว่ามีความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับ ในปีพ.ศ.2540 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร (1:3,640) ทันตแพทย์ต่อประชากร (1:17,711) เภสัชกรต่อประชากร (1:10,178) พยาบาลวิชาชีพต่อประชากร (1:1,073) พยาบาลเทคนิคต่อประชากร (1:1,992) แสดงถึงความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับ (26)

ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่แน่นอนว่า การขาดแคลนบุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรุนแรงมากกว่า แต่ปัญหาก็คือระดับของความรุนแรงว่ามีมากเพียงใด ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

ความทุกข์ยากของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักสำหรับผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุบางกลุ่มจึงประสบปัญหาและได้รับความทุกข์ยากในการดูแล ซึ่งความทุกข์ยากของผู้ดูแลจะกระทบทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจทุกข์กายอาจเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุถึงขั้นทารุณทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้⁽²⁷⁾ ในสังคมไทยบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ^(28,29) ด้วยเหตุนี้งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมากกว่าจะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน

ถึงแม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล แต่งานวิจัยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแล การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยเมื่อพ.ศ.2540 พบว่ามีการวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 148 ชื่อเรื่อง ส่วนใหญ่ผลิตขึ้นในช่วงปีพ.ศ.2535 ถึงพ.ศ.2539 และเป็นการศึกษาในประชากรที่เป็นผู้สูงอายุทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ โดยมีประเด็นหลัก 5 ลำดับแรกคือ พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความเครียดและการปรับตัว การให้การพยาบาลหรือการจัดการ และคุณภาพชีวิต^(30,31) โดยที่การศึกษาวิจัยในประเด็นความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีไม่มากนัก

อย่างไรก็ตามการประมวลผลงานวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความทุกข์ยากทั้งกายและใจ ปัญหาสำคัญที่พบ คือ ความเครียดทางจิตและอารมณ์ ความเครียดในการดำเนินชีวิตในสังคมหรือชีวิตส่วนตัว ความเครียดทางสุขภาพกาย และความเครียดทางการเงิน^(32,33) ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเกิดขึ้นได้แม้แต่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแล (professional carers)⁽³⁴⁾

ความซับซ้อนและความรุนแรงของปัญหาของผู้ดูแลแปรผันตามลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบทที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่าในเขตเมืองประสบปัญหาต่างๆมากกว่าผู้ดูแลในเขตเมือง ผู้ดูแลที่มีอายุมากโดยเฉพาะที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันมักจะมีปัญหาและการในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สำหรับผู้ดูแลในวัยกลางคน ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพ และผู้ดูแลเพศชายซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลเหล่านี้จะประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการเงินมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น ผู้ดูแลที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวจะประสบปัญหาในเรื่องความจำกัดของเวลาและการขาดอิสระในการใช้ชีวิตในสังคมมากที่สุด แต่ผู้ดูแลที่มีโอกาสได้รับความทุกข์ทางด้านจิตใจและประสบปัญหาทางด้านอารมณ์สูงคือผู้ดูแลเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่า “sandwich generation” จากการที่ต้องดูแลทั้งบุตรและบุพการีพร้อมๆกัน นอกจากนั้นยังมีบทบาทหลายด้านไม่ว่าจะเป็นบทบาทของการเป็นภรรยา แม่บ้าน และสตรีทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้เกิดความกดดันด้านจิตใจได้สูง นอกจากนั้นผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุมานานไม่เกิน 5 ปี จะมีปัญหาในการปรับตัวและปรับใจมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุมานาน การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดวันหรือทุกวัน การดูแลผู้สูงอายุคนเดียวโดยไม่มีใครช่วย รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาต้องพึ่งพาทางกาย (physical dependency) เป็นการเพิ่มความทุกข์ยากให้แก่ผู้ดูแลมากที่สุด^(35,36)

นอกจากการศึกษาความทุกข์ยากของผู้ดูแล โดยการสอบถามความรู้สึกและปัญหาโดยทั่วไปของผู้ดูแลแล้ว งานวิจัยหลายโครงการได้นำกรอบทฤษฎีความเครียดของ Lazarus⁽³⁷⁾ มาใช้ในการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ภายใต้กรอบทฤษฎีของ Lazarus ดังกล่าวพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ความยากลำบากในการดูแล ภาระในการดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแล⁽³⁸⁾ อายุของผู้ดูแล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾ และระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้⁽⁴⁰⁾

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดความทุกข์ยากในผู้ดูแล กลไกประการหนึ่งในการลดความทุกข์ยากคือการปรับตัวปรับใจของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ทศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้⁽⁴¹⁾ ผู้ดูแลยังหาทางออกเพื่อแก้ปัญหาความทุกข์ยากที่เกิดขึ้น โดยขอร้องไห้ญาติอื่นมาแบ่งเบาภาระ หรือระบายความอัดอั้นให้เพื่อนบ้านฟัง นอกจากนั้นผลของการอบรมให้รู้ระเบียบสังคม (socialization) ค่านิยมในเรื่องระบบอาวุโส (seniority) ความเชื่อในเรื่องกรรม ความกตัญญูต่ตวที่ตามหลักพุทธศาสนาได้ช่วยลดความขัดแย้งในใจ (conflict) และความคับข้องใจ (frustration) ของผู้ดูแลได้⁽⁴²⁾

โดยภาพรวมแล้ว งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีไม่มากนัก ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพจะเป็นการศึกษาเชิงตัดขวาง (cross sectional) ซึ่งนำเสนอได้เพียงข้อมูลเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแล แต่ยังขาดการศึกษาที่จะเจาะลึกในเรื่องกระบวนการการเกิดความเครียดหรือความทุกข์ยากของผู้ดูแล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะบ่งชี้ให้เห็นถึงขั้นตอนและกระบวนการการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเพื่อแสวงหาวิถีทางในการป้องกันหรือลดการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกัน

ถึงแม้ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลจะได้รับความสนใจมากขึ้นจากผู้ศึกษาวิจัย แต่ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยในเชิงประจักษ์อย่างกว้างขวางเพียงพอ นอกจากนื่องานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลมักเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีและจำนวนตัวอย่างมีขนาดเล็ก ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้การสำรวจและสุ่มตัวอย่างระดับประเทศยังไม่มีในปัจจุบัน ทำให้ขาดภาพรวมเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับประเทศ

เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุถือเป็นบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ที่มีพื้นฐานมาจากบรรทัดฐานสำคัญ 3 ประการคือ การต่างตอบแทน (reciprocity) ความเสมอภาค (equity) และความรับผิดชอบของสังคม (social responsibility)⁽⁴³⁾ ภายใต้กรอบแห่งบรรทัดฐานทางสังคม สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายสังคม เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย โดยอาจจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น

จำแนกตามขนาดของเครือข่าย ก็จะจำแนกได้เป็นเครือข่ายรวม (total network) และเครือข่ายย่อย (partial network) หรือถ้าจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ก็จะแบ่งเป็นเครือข่ายตรง (direct network) และเครือข่ายอ้อม (indirect network)⁽⁴⁴⁾ อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ระดับคือ ระดับครอบครัวและระดับชุมชน

เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว

เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่ระบบสวัสดิการสังคมยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรในวัยสูงอายุ และองค์กรต่างๆ ในชุมชนท้องถิ่นยังไม่มีวามเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ⁽⁴⁵⁾ การสนับสนุนที่เครือข่ายครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางเศรษฐกิจ หรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ดีขึ้น⁽⁴⁶⁾

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เป็นทางนำไปสู่ระบบเครือญาติ ความเป็นญาติในสังคมไทยอาจสืบเนื่องมาจากญาติร่วมสายโลหิต (consanguineal or biological kin) ญาติที่เกิดจากการแต่งงาน (conjugal kin) รวมทั้งญาติสมทบ (affine kin) ที่เกิดขึ้นเพราะข้อกำหนดทางสังคม อาทิเช่น การรับบุตรบุญธรรม ซึ่งความเป็นญาติ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นด้วยวิถีทางใดย่อมก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่ต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ด้วยเหตุนี้ผู้ที่ถูกทอดทิ้งมักจะถูกเปรียบเปรยว่าเป็น “คนไร้ญาติ ขาดมิตร” การมีสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติอื่นๆ จึงเป็นเสมือนหลักประกันในยามสูงอายุว่าจะมีคนคอยดูแลยามที่ต้องการความช่วยเหลือ⁽⁴⁷⁾ การที่สมาชิกของครอบครัวทอดทิ้งการดูแลผู้สูงอายุให้แก่บุคคลอื่นจะถูกตำหนิว่าเป็นการปิดกั้นการรับผิดชอบและเป็นการทอดทิ้งผู้สูงอายุ⁽⁴⁸⁾

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและเครือญาติหรือไม่และเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ การมีญาติ (availability)⁽⁴⁹⁾ ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้ชิดกับญาติ (location) และรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ (pattern of contact) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้ชิดกันเพียงใด และมีการติดต่อกับญาติแบบใดหรือได้รับการดูแลหรือไม่

ผู้สูงอายุไทยมีญาติโดยมีสายสัมพันธ์เป็นบุตรธิดามากที่สุด (ร้อยละ 96) รองลงมาคือ หลานสายตรง (ร้อยละ 92) หลานอื่นๆ (ร้อยละ 91) พี่น้องร่วมสายโลหิต (ร้อยละ 83) คู่สมรส (ร้อยละ 62) และบิดามารดาของผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ 8) ทั้งนี้บุตรและคู่สมรสนับเป็นกลุ่มญาติที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่บิดามารดาของผู้สูงอายุเองจะมีบทบาทเป็นผู้พึ่งพา ความใกล้ชิดของที่อยู่อาศัยระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุเป็นตัวแปรสำคัญต่อการแปรผันในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การพักอาศัยอยู่ร่วมกันทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทุกด้าน ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 97) ในกลุ่มผู้ที่มีบุตรพบว่าร้อยละ 74 พักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ร้อยละ 84 อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหรือมีบ้านติดกันกับบุตร และร้อยละ 92 อาศัยอยู่กับบุตรหรือมีบ้านอยู่ติดกันกับบุตรหรืออยู่ในชุมชนเดียวกัน สำหรับญาติอื่นๆ นั้น ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ร่วมกับหลานสายตรงมากที่สุด (ร้อยละ 49.2) รองลงมาคือ หลานอื่นๆ (ร้อยละ 6.4) และพี่น้อง (ร้อยละ 3.6) นอกจากนี้ยังพบว่าในกรณีที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันผู้สูงอายุยังคงได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร (ร้อยละ 98) หลานสายตรง (ร้อยละ 92) หลานอื่นๆ (ร้อยละ 78) และญาติอื่นๆ (ร้อยละ 52) ในระดับที่ค่อนข้างสูงเช่นกัน⁽⁵⁰⁾

เนื่องจากบุตรเป็นญาติกลุ่มหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีมากที่สุดและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด การศึกษาวิจัย การเกื้อหนุนที่บุตรให้แก่ผู้สูงอายุจึงมีอยู่อย่างหลากหลาย ผลการศึกษาหลายโครงการชี้แนะว่าการพักอาศัยอยู่ ร่วมกันกับบุตรอย่างน้อย 1 คนนับเป็นรูปแบบที่สำคัญของการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระบบครอบครัวไทย⁽⁵¹⁻⁵³⁾ ทั้งนี้เป็นเพราะการพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรทำให้โอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการตอบสนองความต้องการในทุก ด้านมีสูงกว่ารูปแบบของการพักอาศัยแบบอื่น⁽⁵⁴⁾ การอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ด้าน วัตถุในแง่ของการมีสิ่งของต่างๆในครัวเรือนรวมทั้งการมีสภาพบ้านที่ดีกว่าด้วย⁽⁵⁵⁾ การย้ายถิ่นหรือการพักอาศัย อยู่ห่างไกลจากบิดามารดาส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁵⁶⁾ ดังนั้นผลงานวิจัยระดับประเทศหลายโครงการจึงให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 74 ถึง 80 พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรอย่างน้อย 1 คน⁽³⁻⁵⁾ สถิติจากสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 แสดงว่าผู้สูงอายุหญิงพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรสูงถึงร้อยละ 82⁽⁵⁵⁾

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาระดับการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรเพียงด้านเดียวอาจให้ภาพของการดูแลที่ เกินจริง บุตรที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอาจเป็นผู้พึ่งพิง ทั้งนี้เพราะการพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรแปรผันไปตามขั้นตอน ชีวิตของผู้สูงอายุและบุตร⁽⁵⁷⁾ การเจริญวัยของบุตรเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการสูงวัยของบิดามารดา เมื่อบิดามารดา เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ บุตรส่วนใหญ่ก็มักจะสำเร็จการศึกษา มีงานทำ สร้างครอบครัวของตนขึ้นใหม่ และย้ายออกไป จากครัวเรือนของบิดามารดา บุตรที่ยังคงพักอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่สูงอายุจึงมักจะมีอายุน้อย กำลังอยู่ระหว่าง การศึกษาเล่าเรียน ยังไม่มีงานทำ และยังเป็นโสด⁽⁵⁵⁾ ซึ่งบุตรกลุ่มนี้จะอยู่ในฐานะที่เป็นผู้รับการอุปการะจากบิดา มารดามากกว่าจะเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนบิดามารดา⁽⁵⁸⁾ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นเท่าใดความต้องการการดูแลที่เพิ่ม ขึ้น ทำให้บุตรที่โตแล้วและพึ่งพาตนเองได้ต้องรับผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในบ้านเดียวกันกับตน หรือต้องย้ายกลับเข้าไป อยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ⁽⁵⁹⁾

ดังนั้นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวจึงต้องคำนึงถึงขั้นตอน ชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตรเป็นสำคัญ และข้อที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่งก็คือ การอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการดูแลแต่เพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุยังให้การเกื้อหนุนแก่ สมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆด้วย ดังนั้นการอยู่ร่วมกันจึงหมายถึงการพึ่งพากัน⁽⁶⁰⁾ (co-residence is co-dependence) ส่วนใครจะพึ่งพาใครมากกว่ากันนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับขั้นตอนชีวิตซึ่งแปรผันไปตามอายุของ ผู้สูงอายุและของบุตรเป็นสำคัญ ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่งคือ การอยู่ร่วมกันกับบุตรเป็นดัชนี คร่าวๆที่แสดงว่าผู้สูงอายุน่าจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว แต่ทั้งนี้ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้สูงอายุจะ ได้รับการดูแลอย่างดีและมีคุณภาพ ผู้สูงอายุอาจถูกทอดทิ้งทั้งทางกายและทางใจแม้จะอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับ สมาชิกในครัวเรือน

ไม่ว่าจะอยู่ด้วยกันหรืออยู่ไกลกัน ในสังคมไทยบุตรยังเป็นบุคคลหลักที่ให้การดูแลเกื้อหนุนทั้งทางด้าน อาหาร เสื้อผ้า วัตถุสิ่งของ และเงิน^(4,28) สำหรับญาติอื่นๆ อาทิเช่น พี่น้อง หลานสายตรง (ลูกของลูก) หลานอื่นๆ และญาติอื่นๆ ที่ถึงแม้ระดับของการให้การดูแลจะไม่เท่ากับที่บุตรให้ แต่ก็พบว่าในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรหรือ ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน โดยเฉพาะหลานสายตรงและพี่น้องจะเป็นทางเลือกอีกประการหนึ่งของ ผู้สูงอายุ (safety valve)⁽⁶¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรที่ตนให้กำเนิด การรับบุตรบุญธรรมซึ่ง เปรียบเสมือนการขยายวงญาติตามข้อกำหนดทางสังคมก็เป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้วย⁽⁶²⁾ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่าในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรหรือไม่ได้อยู่ร่วมกับบุตรที่ตนเป็นผู้ให้กำเนิด ผู้สูงอายุมี

แนวโน้มที่จะพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรบุญธรรม สำหรับสังคมไทยส่วนใหญ่มักจะเป็นการรับบุตรของญาติพี่น้องที่คุ้นเคยกันมาเป็นบุตรบุญธรรม ซึ่งต่างจากสังคมตะวันตกที่บุตรบุญธรรมมักจะเป็นคนที่ไม่ใช่ญาติ⁽⁴⁾

การเปลี่ยนแปลงทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ก่อให้เกิดความวิตกว่าบทบาทของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลที่บุตรให้แก่ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป ผลงานวิจัยหลายโครงการยืนยันว่า ถึงแม้ภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างมากก็ตาม แต่อัตราเจริญพันธุ์รวมยอดของสตรีไทยจะไม่ต่ำกว่าการเกิดระดับทดแทน (การมีบุตร 2 คน) มากนัก⁽⁶³⁾ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มว่าจะไม่มีบุตรหรือมีบุตรเพียงคนเดียวยังอยู่ในระดับต่ำ และผู้สูงอายุที่มีบุตรอย่างน้อย 2 คนก็ยังมีแนวโน้มที่จะอยู่กับบุตรเพียงคนเดียว ทั้งนี้เพราะประเพณีไทยนิยมโครงสร้างครัวเรือนแบบย้อย (stem family) ซึ่งมีบุตรที่สมรสแล้วเพียงคนเดียวที่ยังคงอาศัยและให้การดูแลบิดามารดา⁽⁶⁴⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้จำนวนบุตรที่พักอาศัยอยู่ร่วมกันจะลดลงแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจะไม่ให้การเกื้อหนุนบิดามารดาที่สูงอายุ ทั้งนี้เพราะบุตรส่วนใหญ่ยังคงติดต่อ เยี่ยมเยียน ส่งเงิน อาหาร เสื้อผ้า และสิ่งของให้แก่บิดามารดา⁽⁶⁵⁾ คุณลักษณะและพฤติกรรมของบุตรเป็นเรื่องสำคัญมากกว่าจำนวนบุตร การมีบุตรน้อยอาจจะดีในแง่ที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุตรด้านการศึกษา การเพิ่มโอกาสในการปลูกฝังค่านิยมในเรื่องความกตัญญู และการกำหนดความรับผิดชอบของบุตรจะชัดเจนขึ้นโดยไม่มีการผลักรับผิดชอบในหมู่พี่น้อง⁽⁶⁶⁾ นอกจากนี้สังคมไทยเป็นสังคมที่ค่านิยมในเรื่องการตอบแทนคุณบิดามารดายังมีอยู่สูง⁽⁶⁷⁾ และระบบครอบครัวไทยก็เป็นแบบที่เป็นระบบญาติ 2 คู่ (bilateral family system) ที่ถือว่าญาติทั้งฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชายมีความสำคัญเท่ากัน ดังนั้นความแตกต่างในเรื่องเพศของบุตรจึงไม่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบและระดับของการให้การดูแลบิดามารดาที่สูงอายุมากนัก ถึงแม้ผลการศึกษาจะพบว่าในสังคมไทยบุตรสาวจะพักอาศัย ให้การส่งเสริมด้านการเงิน วัตถุสิ่งของ และเยี่ยมเยียนบิดามารดาที่สูงอายุมากกว่าบุตรชาย แต่ความแตกต่างนี้ก็ไม่น่าจะก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ⁽⁶⁸⁾

นอกจากการดูแลที่ได้รับจากบุตรซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มญาติร่วมสายโลหิตแล้ว คู่สมรสก็นับเป็นบุคคลสำคัญในเครือข่ายสังคมระดับครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุชายยังคงอยู่กับคู่สมรสเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 82.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 44.9) ทั้งนี้เพราะในวัยสูงอายุระดับการตายของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง^(50,69) ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะสมรสใหม่มากกว่าผู้หญิง⁽³⁾ และการพักอาศัยอยู่ร่วมกับภรรยาทำให้ผู้สูงอายุชายได้รับการดูแลเอาใจใส่ในทุกๆ ด้านไม่ว่าทางด้านอารมณ์หรือความสะดวกสบายในเรื่องต่างๆ^(28,70,71)

ผลงานวิจัยหลายโครงการพบว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุยังเป็นบรรทัดฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันในสังคมไทย ถึงแม้ไม่ได้อยู่ร่วมกัน แต่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่พักอาศัยอยู่ใกล้กันก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบของการให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เสื้อผ้า วัตถุ สิ่งของเครื่องใช้ และการติดต่อเยี่ยมเยียน^(4,28,55,58) ในกรณีที่พำนักอยู่ไกลกัน บุตรก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจโดยการส่งเงินมาให้⁽⁷²⁾ หรือยังมีการมาเยี่ยมเยียนและติดต่อกับผู้สูงอายุในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระยะทางไม่ได้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความห่วงใยและความอาทรที่สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติมีให้แก่ผู้สูงอายุ สภาวะ“ใกล้ชิด ไกลตา” (an intimacy at a distance) ยังคงปรากฏให้เห็นอย่างสม่ำเสมอในสังคมไทย อย่างไรก็ตามได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ความบ่อยครั้งของการเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องอาจไม่ได้แสดงถึงระดับของความสัมพันธ์ ทั้งนี้เพราะไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งชี้ว่าการเยี่ยมเยียนนั้นเป็นไปอย่างอบอุ่นหรือเป็นทางการ⁽⁷³⁾ ประการสำคัญการเยี่ยมเยียนนั้นไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้เยี่ยมเยียนจะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีสถานะพึ่งพาสูงและ

ต้องการการดูแลใกล้ชิด และยังไม่ได้เป็นหลักประกันว่าการดูแลจะมีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่เกิดการกระทำที่เป็นผลร้ายต่อผู้รับการดูแล (elderly abuse)

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน

เนื่องจากเป็นที่คาดการณ์กันว่าเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติจะมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (community-based approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น “พี่เลี้ยง” และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง⁽⁷⁴⁾

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อน-เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มและสมาคมต่างๆ ซึ่งผลการศึกษา พบว่ามีความผูกพันระหว่างครอบครัว/เครือญาติ เพื่อน-เพื่อนบ้าน เพราะบางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ว่าผู้ใดเป็นเครือญาติ และผู้ใดเป็นเพื่อน-เพื่อนบ้าน เพราะความผูกพันที่ลึกซึ้งเป็นเวลานานก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น⁽⁷⁵⁾ ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ น่าจะเป็นจริงในสังคมชนบท แต่สังคมในเขตเมืองที่มีความสัมพันธ์กันแบบทุติยภูมิ (secondary group) มีลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ต่างคนต่างอยู่และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อย เป็นผลให้บทบาทของเพื่อน-เพื่อนบ้านในการดูแลผู้สูงอายุน่าจะมีน้อยกว่าในเขตชนบท

สำหรับเครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชนนั้นจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ยกเว้นเครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้หรือได้รับในครอบครัวและเครือญาติ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกระแทก การจัดหาที่พักอาศัย การดูแลเมื่อตกทุกข์ได้ยาก การให้ข่าวสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น⁽⁷⁵⁾

สถาบันทางสังคมในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัดนับเป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่สำคัญยิ่ง ทั้งนี้เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและกิจกรรมทางด้านสังคมของชุมชน⁽⁷⁶⁾ และวัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมและได้ “ชีวิตทางสังคม” จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁽⁷⁷⁾ นอกจากนั้นวัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค และที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งพิง วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่อย่างเป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนและทำหน้าที่เหมือนบ้านพักคนชราไปด้วยในตัว⁽⁷⁸⁾ การศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) ที่อาศัยอยู่ใน “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะเป็นการอาศัยอยู่ในวัดและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในวัดเป็นผู้สูงอายุชายซึ่งมักบวชเป็นพระ แม้ผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยใน “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะมีน้อย แต่ราว 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุหญิงเหล่านี้อาศัยอยู่ในวัดในฐานะชี ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าวัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่นอกเหนือจากครอบครัว⁽¹⁸⁾

สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือสมาคมต่างๆที่น่าจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเอง การรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ⁽⁷⁹⁾ ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้วการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเป็น

กลุ่มตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะรวมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น⁽⁸⁰⁾

สำหรับกลุ่มหรือสมาคมในชุมชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจหลายโครงการพบว่า กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี สหกรณ์เกษตร สหกรณ์ออมทรัพย์ เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญ^(44,81,82) ในบรรดากลุ่มต่างๆเหล่านี้ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์และชมรมผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายและมีสมาชิกมากที่สุด

กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกมากที่สุด โดยข้อเท็จจริงแล้วกลุ่มนี้ไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในขณะที่มีชีวิตอยู่ ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางด้านสันติชนาการหรือส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ แต่เป็นการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่างสมศักดิ์ศรีพอควรและสมาชิกในครอบครัวไม่ต้องลำบากด้านการเงิน

ชมรมผู้สูงอายุนับเป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีรายงานระบุว่าชมรมผู้สูงอายุตามทะเบียนรายชื่อรวมทั้งสิ้น 3,487 ชมรม⁽⁸³⁾ แต่จากรายงานของส่วนอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁴⁾ มีจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งสิ้นถึง 18,521 ชมรม⁽⁸⁴⁾ ชมรมผู้สูงอายุนับว่าเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุประการหนึ่ง

เครือข่ายทางสังคมในระดับชุมชนที่ได้รับการกล่าวถึงในระยะเวลาไม่นานมานี้คือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยเริ่มมีการแสดงความเห็นกันมากเกี่ยวกับภาระหน้าที่และบทบาทของ อบต.ในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยอบต.ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะกิจกรรมที่คุ้นเคยมาแต่เดิม เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานประเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ/ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ นอกจากนั้น อบต.มีบทบาทเพียงทำหน้าที่เป็นกรรมการพิจารณาจัดสรรงบประมาณสงเคราะห์ราษฎร ซึ่งได้จากการมประชาสัมพันธ์เป็นรายปี เพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไว้ที่พึงและอยู่ในภาวะยากลำบาก แต่ในแง่ของการพัฒนาผู้สูงอายุไม่ปรากฏว่ามีกิจกรรมใดๆที่ อบต. คิดและทำขึ้น ซึ่งเมื่อสอบถามถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งขึ้นบ้างในบางพื้นที่ ส่วนใหญ่ของอบต.ก็เพียงแต่รับรู้ว่ามีชมรมดังกล่าวและยังมีความรู้สึกว่าเป็นชมรมที่ตั้งขึ้นโดยโรงพยาบาลหรือสถานเอนามัยจึงเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่ของ อบต. ยิ่งไปกว่านั้น แม้จะได้ทราบกิจกรรมต่างๆที่ชมรมจัดขึ้นและได้ไปร่วมด้วยในบางครั้ง แต่ก็ในฐานะแขกรับเชิญมากกว่าจะร่วมเป็นเจ้าของชมรมที่จะมีบทบาทร่วมค้นหาปัญหาและกำหนดแผนงาน กิจกรรมและทรัพยากรเพื่อพัฒนาประชากรสูงอายุ⁽⁸⁵⁾

ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นองค์กรประชาชนในระดับหมู่บ้าน ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการบนพื้นฐานของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้โดยมีหน้าที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการสงเคราะห์ ด้านการป้องกัน ด้านการพัฒนาและฟื้นฟู^(86,87) สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ศูนย์ฯ ทำหน้าที่ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ โดยพิจารณาจากฐานะทางเศรษฐกิจ คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ยากจน และไม่มีผู้ดูแล⁽⁸⁸⁾

นวัตกรรมใหม่ของเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนเพื่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุล่าสุดคือ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานในรูปของ “ชุมชนช่วยชุมชน” เปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้

เข้าร่วมในการดำเนินงาน และผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” ปัจจุบันทั้งประเทศมีศูนย์บริการทางสังคมที่จัดตั้งประมาณ 200 ศูนย์

การศึกษาการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ^(44,81,82) ในพื้นที่ศึกษาภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แบ่งเครือข่ายทางสังคมไว้ 5 ประเภทคือ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อน-เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และนักวิชาชีพ พร้อมทั้งจัดอันดับความสำคัญหรือความใกล้ชิดของบุคคลในเครือข่าย และพบว่าเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทั้งทางด้านอารมณ์ สิ่งของหรือบริการ และข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้เครือข่ายระดับครอบครัวและเครือญาติโดยเฉพาะบุตรมีบทบาทอย่างสำคัญต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน

โดยภาพรวมแล้ว ถึงแม้เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนในประเทศไทยจะมีพัฒนาการไปในทางที่เอื้อประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ แต่การพัฒนาไปสู่แนวคิด “ประชาสังคม” ต้องใช้เวลาอีกหลายปี ทั้งนี้เพราะรากฐานของความคิดของคนไทยเกิดจากการปกครองที่มีการแต่งตั้ง-จัดตั้งมาหลายชั่วอายุคน ดังนั้นในความเป็นจริงการมีส่วนร่วมของประชาชนยังคงเป็นเพียงการนำเสนอ จัดตั้งและกำหนดจากผู้มีอำนาจและตำแหน่งหน้าที่มากกว่าจะเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ⁽⁸⁰⁾

ทางออกหรือการสนับสนุน

การศึกษาในเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีข้อสรุปเพื่อการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุและทางออกของปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุพอสรุปได้ดังนี้

- ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุทุกคนไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ต้องได้รับการดูแล การเตรียมตัวทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับความต้องการได้รับการดูแล เพื่อยืดเวลาให้ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแล และเพื่อลดภาระและปัญหาของครอบครัวและสังคมอันเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรจัดทำโครงการและการดำเนินงานที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการเตรียมตัวของปัจเจกบุคคลที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ
- ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย การขาดการศึกษาทำให้ผู้สูงอายุขาดความเข้าใจในการดูแลตัวเอง ซึ่งนำไปสู่การลดลงในความสามารถที่จะพึ่งพาตนเอง หน่วยงานภาครัฐจึงควรจัดให้มีการศึกษาผู้ใหญ่ตลอดชีวิต เพื่อการให้ความรู้และข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การลดการพึ่งพาผู้อื่นและลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ครอบครัวเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุดในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือการดูแลที่บ้าน รัฐควรกำหนดนโยบายสนับสนุนด้านการเงิน มาตรการในการลดหย่อนภาษี และบริการทางด้านสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแล
- สนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานบริการในเวลากลางวัน (day care) ที่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานของผู้ดูแลด้วยมาตรการส่งเสริมการลงทุนและมาตรการทางภาษี รวมทั้งต้องมีมาตรการในการกำกับดูแล และส่งเสริมสถานดูแลผู้สูงอายุเพื่อควบคุมคุณภาพการดูแล และความเป็นธรรมในการคิดค่าบริการ
- สนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้คนในชุมชนหรืออาสาสมัครชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล โดยหน่วยงานภาครัฐทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” สนับสนุนเงินทุนบางส่วน (seed money) งานวิชาการ และ

บุคลากรในรูปของพยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (mobile clinic) เพื่อปรับปรุงและส่งเสริมประสิทธิภาพของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

- ผู้สูงอายุบางคนจัดอยู่ในกลุ่มด้อยโอกาส จึงปรากฏความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย การลดช่องว่างของความด้อยโอกาสเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง การบริการทางด้านสุขภาพควรจัดให้มีการกระจายของหน่วยบริการและการบริการอย่างทั่วถึง ให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มในการเข้าถึงบริการ โดยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเต็มประสิทธิภาพของการบริการ

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการการปรับตัวและการปรับใจ การให้บริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเพียงฝ่ายเดียวไม่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมและแหล่งบริการอื่นๆที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ

- ความเข้มแข็งของค่านิยมในเรื่องระบบอาวุโส ความกตัญญูตเวที และความเชื่อเรื่องกรรมช่วยลดความเครียด ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ และช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุในการ “ปรับใจ” ดังนั้นการปลูกฝังค่านิยมเหล่านี้ในสังคมไทยยังมีความจำเป็นและเป็นภาระหน้าที่ที่สังคมจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- องค์การภาครัฐและเอกชนที่ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพ ควรให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ความสนใจในการตรวจสุขภาพประจำปีและการเข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะต้นๆที่ปรากฏอาการ

- ภาวะทุพพลภาพจำนวนไม่น้อยที่เป็นชั่วคราวและกลับคืนได้ ปัญหาสำคัญของบริการทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุคือ การฟื้นฟูสุขภาพได้รับความสนใจน้อยกว่าการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่อุบัติการณ์ความชุกของภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานและการเจ็บป่วยเรื้อรัง การให้บริการด้านสุขภาพจึงควรให้ความสนใจในเรื่องการฟื้นฟูให้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มบุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดและเพิ่มศักยภาพบุคลากรในเรื่องการฟื้นฟูสุขภาพให้ทันกับจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการรับบริการด้านการฟื้นฟู ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมในครอบครัวและในชุมชนที่เหมาะสมก็เป็นการลดโอกาสที่จะเกิดภาวะด้อยโอกาสและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้

- การปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยการเพิ่มศักยภาพของสาธารณสุขมูลฐานในรูปของ “ชุมชนช่วยชุมชน” หรือ “เพื่อนช่วยเพื่อน” น่าจะเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ลดภาระในการดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ดีที่สุด ทั้งนี้โดยให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดสรรทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุ

- การให้บริการแก่ผู้สูงอายุควรมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม กิจกรรมที่ควรมีหรือควรสนับสนุนคือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) บริการดูแลที่บ้าน (home care) บริการเยี่ยมบ้าน (home visit) บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล การจัดตั้งระบบเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน การสนับสนุนระบบอาสาสมัครเพื่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ การมีอาสาสมัครในชุมชนที่ช่วยผลักดันเปลี่ยนผู้ดูแลในรูปของการมาช่วยเฝ้าหรือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (elderly sitting) เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพักผ่อนหรือทำกิจกรรมนอกบ้าน การมีแหล่งพักพิงฉุกเฉินหรือบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (emergency shelter service) เป็นต้น

งานวิจัยที่ควรมี

- การศึกษาจำนวนและลักษณะของผู้ดูแล โดยควรทำการจำแนกกลุ่มหรือประเภทผู้ดูแลซึ่งอาจจะประกอบไปด้วยผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือ (care provider) ผู้ที่เพียงช่วยทำหน้าที่จัดการกิจต่างๆ ให้ (care manager) ผู้ที่ให้อาหาร เช่น เลี้ยงผ้า พาหระ เงินทอง โดยเป็นการแสดงการกตัญญู และผู้ที่เพียงอยู่ในฐานะผู้อยู่ร่วมครัวเรือนซึ่งเกือบลูกกันอยู่ทั่วไปตามธรรมชาติ
- ตัวเลขเกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่ได้มีการรวบรวมไว้อย่างชัดเจน การประมาณการจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันและการคาดประมาณความต้องการจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อใช้ประโยชน์ในการเป็นฐานข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย แผนงาน และมาตรการในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
- งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีน้อยและส่วนใหญ่มุ่งเน้นในเรื่อง ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแล การศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพของการดูแลและปัจจัยที่นำไปสู่การมีคุณภาพของการดูแลที่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม
- การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับของปัญหา การศึกษากระบวนการของการเกิดปัญหาและความทุกข์ยากของการดูแลยังไม่มี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและยืดระยะเวลาการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล
- ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นการศึกษแบบตัดขวาง (cross sectional study) ทำให้ผลการศึกษาดำเนินข้อมูลในรายละเอียดเกี่ยวกับความลึกซึ้งของปัญหาและกระบวนการการเกิดความทุกข์ยากในการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาปัญหาของผู้ดูแลเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ควรนำระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นการศึกษาต่อเนื่องระยะยาว (longitudinal study หรือ event history analysis) มาใช้
- การศึกษาในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างขนาดเล็กและไม่ได้เป็นตัวแทนในระดับประเทศ การศึกษาพฤติกรรมและการดูแล และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างข้อมูลในระดับประเทศ เพื่อจะได้ภาพรวมเกี่ยวกับการดูแลและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในระดับประเทศได้ชัดเจนขึ้น
- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะจากบุตร จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อแสวงหาแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัวและบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสวัสดิการสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในความดูแล
- สถาบันครอบครัวเริ่มมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แนวคิดในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มมีบทบาทในทางปฏิบัติมากขึ้น งานวิจัยที่ควรมีคือการศึกษาศรีอัยทางสังคมระดับชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดผลสำเร็จในการที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและความต้องการของชุมชนในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

1. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ สมาคมพหุฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542 : 53-92.
2. ธนู ชชาติธนันท์. ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 1997;(April-June): 87-91.
3. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบัน หมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
4. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบคลุมอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและของ บุตร (เอกสารสถาบันหมายเลข 197/35). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2535.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2538.
6. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, มงคล ณ สงขลา, นภาพร ชโยวรรณ. การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ.2538. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 1997;(April-June): 15-35.
7. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, Bunnag S. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. J Med Assoc Thai 1994;77:231-38.
8. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนัก นโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
9. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ, ทิพวรรณ อิศรพัฒนสกุล. การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2540;20(2):36-46.
10. กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์. การสำรวจหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2541.
11. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. ใน: หนังสือประกอบการ ประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เรื่อง "สังคมศาสตร์สุขภาพและ มนุษยศาสตร์". กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539:85-113.
12. Wongsith M, Siriboon S. Household Structure and Care for the Elderly in Thailand. In: The Family and Older Persons in China, Indonesia and Thailand (Asian Population Studies Series No.152). Bangkok: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations, 1999:97-152.

13. ธนารดี คำยา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรไทยอายุยืนขึ้นแต่ทำงานเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกันด้วยหรือไม่? : ผลการศึกษาอายุคาดหวังเฉลี่ยในการทำงาน พ.ศ.2528-2538. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):4-10.
14. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
15. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. Factors Associated with State Hospital Utilization Among Thai Elderly Who Had Illness which Need Hospitalization. J Med Assoc Thai 1998;81:658-64.
16. Jitapunkul S, Bunnag S. Death and Discharge from the Department of Medicine, Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1992;36:839-44.
17. Thamprechavai S, Somerville K, Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Elderly Bed-blockers in a Thai Teaching Hospital: Is It Problem?. J Med Assoc Thai 1992;75:18-22.
18. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ (เอกสารสถาบันหมายเลข 180/33). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
19. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารประชากรศาสตร์ 2534 ;7(2):47-60.
20. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44(2):69-74.
21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
22. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรามัย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาภักดิ์, สิรินทร ชันศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
23. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
24. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):51-4.
25. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประชุม“ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย” ให้อะไรกับเราบ้าง?. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44(3):151-4.
26. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542.

27. ธนพรรณ สิทธิสุนทร. การดูแลผู้สูงอายุ: จะเกื้อหนุนกันอย่างไร?. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2541 “เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2541:21-35.
28. มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (เอกสารสถาบันหมายเลข 269). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
29. อัจฉรา เอ็นท์, ปรียา รุ่งโสภาคกุล. การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 266/41). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
30. ไพรินทร์ สมบัติ. การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
31. ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ . การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
32. สุชีรา น้อยจันทร์. การศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัว ผู้ใช้บริการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง และครอบครัวสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์. [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
33. เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
34. จรรย์ มาฮอลตรา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ลัดดาวัลย์ รวมเมฆ, สุกานดา นิมทองคำ. การศึกษาผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2): 5-15.
35. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และกรุงเทพมหานคร. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปีพ.ศ.2541 “เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2541:49-72.
36. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การดูแลผู้สูงอายุและปัญหาของผู้ดูแล. ในหนังสือประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2541. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักประชากรไทย, 2541:245-9.
37. Kennie DC. Preventive Care for Elderly People. London: Cambridge University Press, 1993.
38. วิภาวรรณ ชุ่ม, ประคอง อินทสมบัติ, พรรณวดี พุฒินนะ. ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2539;2(1):16-25.
39. คมสัน แก้วระยะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

40. สมฤดี สิทธิมงคล. ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
41. สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
42. วรณนิภา สมนาวรรณ. การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
43. Schulz R. 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., 1990:27-52.
44. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นเรื่องการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารวิจัย หมายเลข 015/41). กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
45. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. รายงานการวิจัยการพัฒนาคอร์บอร์: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
46. สุมาลี ว่องเจริญกุล. เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามานุษยวิทยาประยุกต์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
47. สนิท สมัครการ. มีเงินก็นับว่านอ มีทองก็นับว่าพี่: ระบบครอบครัวและเครือญาติของไทย. กรุงเทพมหานคร: บรรณกิจเทรตติ้ง, 2519.
48. Concepcion MB. The Elderly in Asia. In: Population Aging : Review of Emerging Issues (Asian Population Studies Series No. 80). Bangkok: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations, 1987:21-32.
49. Hermalin AI, Ofstedal MB, Chang MC. Types of Supports for Aged and Their Providers in Taiwan. In: Hareven TK, (ed). Ageing and Generational Relations Over the Life Course. New York: Walter de Greyter, 1996:400-37.
50. Chayovan N, Knodel J. Thai Elderly and Their Kin: Availability and Contacts. Paper presented at the international conference on "Emerging Policy Issues on Ageing in Asia and Research Response" (13-15 January 1997. Taipei, Taiwan).
51. Cowgill DO. The Role and Status of the Aged in Thailand. In: Cowgill DO, Holmes LD, (eds). Aging and Modernization. New York: Applenton-Century-Crofts, 1972:91-101.
52. Pramualratana A. Support Systems of the Old in a Rural Community in Thailand. The Ph.D. Thesis. Australian National University, 1990.

53. Knodel J, Saengtienchai C, Sittitrai W. The Living Arrangements of Elderly in Thailand: Views of the Populate. (Comparative Study of the Elderly in Asia - Research report No.92-20). Michigan: Population Studies Center, University of Michigan, 1992.
54. Sung KT. Family-Centered informal Support Networks of Korean Elderly: The Resistance of Cultural Traditions. *Journal of Cross Cultural Gerontology* 1991; 6(4) October:431-47.
55. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย (เอกสารหมายเลข 274/42). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
56. Mason KO. Family Change and Support of the Family in Asia. In: *Population Ageing Asia* (Asian Population Studies Series No.108). New York: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific and Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning, United Nations, 1991.
57. Morioka K. Generational Relations and Their Changes As They Affect the Status of Older People in Japan. In: Tamara KH, (ed). *Aging and Generational Relations: Life-Course and Cross-Cultural Perspectives*. New York: Aldine de Gruyter, Inc., 1996:263-80.
58. นภาพร ชโยวรรณ. การอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 195/35). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
59. Chayovan N, Wongsith M, Saengtienchai C. Socio-Economic Consequences of the Population in Thailand: Survey Findings. (IPS Publication No.161/88). Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1988.
60. Domingo LJ, Casterline JB. Living Arrangements of the Filipino Elderly. *Asia-Pacific Population Journal* 1992; 7(3):63-88.
61. Siriboon S, Knodel J. Thai Elderly Who Do Not Coreside With Their Children. (Comparative Study of the Elderly in Asia-Research report No.93-24). Michigan: Population Studies Center, University of Michigan, 1993.
62. Rubinstein RL. Childless Elderly: Theoretical Perspectives and Practical Concerns. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1987;2:1.
63. Knodel J, Ruffolo VP, Ratanalangarn P, Wongboonsin K. Reproductive Preferences and Fertility Trends in Post-transition Thailand. *Studies in Family Planning* 1996;27(6):307-18.
64. Knodel J, Saengtienchai C. Family Care for Rural Elderly in the Midst of Rapid Social Change: The Case of Thailand. (Elderly in Asia - Research report No.95). Michigan: Population Studies Center, University of Michigan, 1995.
65. Knodel John, Chayovan N. Persistence and Change in the Living Arrangement and Support of Thai Elderly. (Elderly in Asia -Research report No.97-42). Michigan: Population Studies Center, University of Michigan, 1997.

66. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ผลกระทบของการลดภาวะเจริญพันธุ์ต่อระบบครอบครัว
อุปถัมภ์ของผู้สูงอายุ: ตัวอย่างประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 198/35). กรุงเทพมหานคร: สถาบัน
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
67. Wongisth M. Family Care of the Elderly in Thailand. In: Kosberg JI, (ed). Family Care of the
Elderly: Social and Cultural Changes. CA : Sage Focus Edition, 1992.
68. Ofstedal MB, Knodel J, Chayovan N. Intergenerational Support and Gender: A Comparison of
Four Asian Countries. Southeast Asian Journal of Social Science 1999;27(2):21-42.
69. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and
Geriatric Medicine, 1998.
70. Andrew GR, Adrian Esterman, Annette Braunack-Mayer and Cam Rungie. Aging in the Western
Pacific. (Manila: WHO Regional Office for Western Pacific) World Health Organization, 1986.
71. Kendig HL, McCallum J. Greying Australia. Canberra: Australian Government Publishing Service,
1986.
72. Knodel J, Amornsirisomboon P, Khiewyoo J. Living Arrangements, Family Support and the
Welfare of the Elderly : Findings and Implications of the 1994 Survey of Elderly in Thailand. ใน:
หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติพ.ศ.2540. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักประชา
กรไทย, 2540:209-48.
73. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มานินี วงษ์สิทธิ์. ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานคร
ต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ (เอกสารสถาบันหมายเลข 200/35). กรุงเทพมหานคร:
สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
74. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมโดยการลดการพึ่งพิง
บริการของรัฐ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
เรื่อง “การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม” 21 - 22 พฤศจิกายน 2539.
75. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, นิภา ส.ตุมรสุนทร, ภาวณา พัฒนศรี, สุดสงวน สุธีสร, เล็ก สมบัติ. การศึกษาศักยภาพ
ของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
ประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยเรื่อง “การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนา
สังคม” 21 - 22 มีนาคม 2539.
76. Siriboon S. Community Participation in Providing Care for Elderly in Rural Thailand. Paper
presented at the 7th International Conference on Thai Studies, Amsterdam, Netherlands, 4-8 July,
1999.
77. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ผู้สูงอายุไทยกับศาสนา. วารสารประชากรศาสตร์ 2538;11(1):17-48.
78. มานินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, อัจฉรา เอ็นซ์.. ชุมชนกับการดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่
ผู้สูงอายุ: ข้อเท็จจริงและข้อคิดเห็นจากผู้สูงอายุ. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์
แห่งชาติ พ.ศ.2539. กรุงเทพมหานคร: สมาคมประชากรไทย, 2539:201-30.

79. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ปัญหา ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน: ข้อมูลจากผู้สูงอายุ. ใน: มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, อัจฉรา เอ็นท์, (บรรณาธิการ). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ (เอกสารสถาบันหมายเลข 263/41). กรุงเทพมหานคร: สถาบัน ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:48-139.
80. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี พ.ศ.2541 เรื่อง “เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤฒาวิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2541:88-96.
81. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวณา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม, สุดสงวน สุธีธร. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาค กลาง (เอกสารกองบริหารงานวิจัยหมายเลข 006/40). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
82. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวณา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เอกสารกองบริหารงานวิจัยหมายเลข 014/41). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
83. บรรลุ ศิริพานิช, ฉลาด ธิพัฒน์, มรกต สิงห์เคนทร์, พนิษฐา พานิชชีวะกุลและเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ: สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2539.
84. ส่วนอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ. ข้อมูลรายงานจำนวนชมรมผู้สูงอายุ ปี 2542. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.).
85. ลือชา วรรณรัตน์. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานส่งเสริมสุขภาพ. ใน: เอกสารประกอบการประชุม สัมมนาวิชาการเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพประชากรอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุและเร่งรัดหาผู้รับบริการวางแผนครอบครัวแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย). (ม.ป.ป.).
86. กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน. คู่มือการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน. (เอกสารทางวิชาการ ลำดับที่ 300 เล่มที่ 2/2537) กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537.
87. กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน. เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรวิทยากรศูนย์สงเคราะห์ราษฎร ประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537.
88. กรมประชาสงเคราะห์. รายงานประจำปี 2536. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, 2537.

บทที่ 7 : ชุมชนและผู้สูงอายุ

รศ. มาลินี วงษ์สิทธิ์

คำนำ

แนวความคิดเรื่องการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการพัฒนา เป็นแนวความคิดที่ได้มีการยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นหนทางหนึ่งที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ที่อาศัยในชุมชน ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกครอบครัวขณะเดียวกันก็เป็นสมาชิกของชุมชนด้วย การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดี และมีความมั่นคงตามอัตภาพนั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับตัวผู้สูงอายุเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวแล้ว ยังขึ้นอยู่กับประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานะในชุมชน และขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนด้วย ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของชุมชน โดยพิจารณาจากสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุ วัฒนธรรมชุมชน/ พื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และแนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจ และได้นำเสนอในบทนี้

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

ความหมายของชุมชน

เมื่อเอ่ยถึงคำว่าชุมชน จากการพิจารณาตามความหมายในภาษาไทยแล้ว เป็นที่เข้าใจกันว่าหมายถึงกลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคม อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน⁽¹⁾ ซึ่งเป็นการให้ความหมายที่สอดคล้องกับองค์ประกอบสำคัญของชุมชนในทางสังคมวิทยา^(2,3) ที่ชุมชนต้องประกอบด้วยคน พื้นที่ และความสัมพันธ์ของกลุ่มคน อย่างไรก็ตามการให้ความหมายของชุมชนอาจมีการนิยามต่างกันทั้งในขอบเขตและแง่มุมต่างๆตามทัศนะของผู้ที่ศึกษาหรือเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือแม้แต่คนในชุมชนเอง ซึ่งสามารถจะพิจารณาความหมายของ “ชุมชน” ได้ตามนัยที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมดังนี้⁽²⁻⁵⁾

1. ชุมชนที่นิยามโดยใช้แนวคิดของที่ตั้งทางภูมิศาสตร์เป็นพื้นฐาน โดยมีกลุ่มบุคคลอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง มีการพึ่งพาอาศัยกันไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม และมีส่วนร่วมในเอกลักษณ์ของสถานที่ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และแก่นของชุมชนตามคำนิยามนี้ ก็ยังพบว่ายังไม่มี ความหมายที่แน่ชัดร่วมกันในกรอบที่เป็นตัวกำหนดลักษณะของชุมชน อย่างไรก็ตาม ชุมชนในประเทศไทยที่ปรากฏ มีหลายประเภทคือ “ชุมชนชนบท” เป็นชุมชนที่ประชากรมีความสัมพันธ์กันแบบปฐมนิคมและประกอบอาชีพเกษตรเป็นหลัก “ชุมชนกึ่งชนบท” เป็นชุมชนที่มีประชากรฐานะเศรษฐกิจดีขึ้น มีความเจริญและความทันสมัยเข้ามาสู่ชุมชนมากขึ้น หากแต่ยังไม่พัฒนาขึ้นมาเต็มที่เท่าเขตเมือง “ชุมชนเมือง” เป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาล ส่วน

ชุมชนลักษณะอื่นคือ ชุมชนแบบใหม่ที่อยู่รอบๆเมืองหรือรอบเขตปริมณฑลของเมืองใหม่ เช่น “ชุมชนบ้านจัดสรร” เป็นต้น

2. ชุมชนในฐานะที่เป็นเขตการปกครอง ตามเกณฑ์กำหนดของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย นิยาม “ชุมชนชนบท” โดยอาศัยเลขที่หมู่บ้านซึ่งแบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครอง ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเลขที่ใดถือเป็นคนในชุมชนนั้น สำหรับ “ชุมชนในเขตเมือง” หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับชุมชนให้คานยามชุมชนในเขตเมืองต่างกัน โดยสำนักว่ากรมการกรุงเทพมหานครให้ความหมายของชุมชนในกรุงเทพมหานคร หมายถึง ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง เคหะชุมชน หมู่บ้านจัดสรร และชุมชนเมืองที่สำนักงานกรุงเทพมหานครกำหนดขึ้น โดยทำเป็นประกาศของกรุงเทพมหานคร หากแต่สำนักงานการเคหะแห่งชาติซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับชุมชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ได้กำหนดชุมชนไปตามขนาดเพื่อการปฏิบัติงาน โดยใช้เขตพื้นที่ทางการปกครองเป็นเกณฑ์ในการแบ่งคือ แบ่งชุมชนออกเป็น 4 ขนาด ได้แก่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และเมือง และกำหนดชุมชนเมืองหมายถึงบริเวณที่มีพื้นที่ที่มีการอยู่อาศัยหนาแน่น *

อนึ่ง แม้จะมีคานยามทางการเป็นเกณฑ์ หากแต่ความหมายของชุมชนในการวิจัยแต่ละวิจัยก็อาจผันแปรไป เช่น ชุมชนชนบทนั้นมักใช้เลขที่หมู่บ้านของกรมการปกครองเป็นเกณฑ์ สำหรับชุมชนเมืองนั้นส่วนใหญ่มักกำหนดให้เป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตเทศบาล และงานวิจัยบางโครงการในอดีต (ก่อนปี พ.ศ.2540) ให้นับรวมถึงชุมชนที่อยู่ในเขตสุขาภิบาลเป็นชุมชนเมืองด้วย

3. ชุมชนที่นิยามอย่างไม่เป็นทางการ โดยอาศัยวัฒนธรรมของพื้นที่เป็นตัวกำหนด เช่น เรียกเป็นคุ้ม กลุ่ม หรือบ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีเลขหมู่เดียวกัน ยังอาจนิยามว่าตนเองอยู่ในชุมชนย่อยภายในหมู่บ้านเดียวกันได้ เช่น ประชากรในหมู่บ้านของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในหมู่บ้านหนึ่งอาจประกอบด้วยหลายชุมชนย่อย ซึ่งเรียกกันว่า “คุ้ม” และประชากรภายในหมู่บ้านนั้นก็จำแนกตัวเองว่าเป็นคนของชุมชนย่อยใดหรือคุ้มใด

การศึกษาวิจัยเรื่องของชุมชนกับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันมี 2 แนวคิดหลักในการแบ่งชุมชนคือ⁽⁶⁾

(1) ชุมชนในฐานะหน่วยทางสังคม (community as a social system unit) ชุมชนเป็นระบบย่อยที่มีศักยภาพในการจัดให้มีสิ่งต่างๆที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม หรือเป็นเครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ของคน ซึ่งประกอบด้วยสถานภาพ บทบาท กลุ่มคน และสถาบัน โดยมีความสัมพันธ์ทั้งในทางแนวดิ่งและแนวนอน

(2) ชุมชนในฐานะเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมทั้งมวล โดยต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกันตลอดเวลา ชุมชนในลักษณะนี้เป็นชุมชนที่มีสายใยสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน มีความรู้สึกร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

ตามความหมายข้างต้นนี้ เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของชุมชนและผู้สูงอายุมักเน้นที่เครือข่ายของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างชุมชนกับคนที่อาศัยอยู่ในเขตหรือพื้นที่เดียวกัน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กันของกลุ่มคนนั้น เป็นไปตามสถานภาพ บทบาท กลุ่มคน และสถาบันต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

* จากเอกสารของการเคหะแห่งชาติ โครงการแก้ไขปัญหามหาชุมชนแออัดและคนจนในเมืองตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 2545-2549. พฤษภาคม 2544.

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

นอกจากอายุซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานภาพผู้สูงอายุแล้ว⁽⁷⁾ โดยทั่วไปดัชนีที่ใช้วัดสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การเป็นหัวหน้าครัวเรือน การเป็นเจ้าของบ้าน การมีรายได้หรือเงินออม เป็นต้น การเป็นหัวหน้าครัวเรือนจะควบคู่ไปกับการมีอำนาจและบทบาทในครัวเรือนด้วย เช่น การเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานและการมีส่วนตัดสินใจในเรื่องสำคัญของครอบครัว และขณะเดียวกันการมีอำนาจทางการเงิน น่าจะเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพของผู้สูงอายุได้อย่างหนึ่ง เพราะผู้สูงอายุที่มีอำนาจในการควบคุมทรัพย์สินน่าจะมีสถานภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอำนาจในการควบคุมทรัพย์สิน

การเป็นหัวหน้าครัวเรือนและการเป็นเจ้าของบ้านเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของสถานภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน จะเป็นเจ้าของบ้านและที่ดินที่ปลูกสร้างบ้าน โดยมี สัดส่วนของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุในชนบทเป็นหัวหน้าครัวเรือนและเจ้าของบ้านสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง⁽⁸⁻¹¹⁾ และผู้สูงอายุในเมือง การเป็นหัวหน้าครัวเรือนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นผู้มีสถานภาพ ที่น่ายกย่อง อย่างไรก็ตาม ในหลายๆกรณีการเป็นหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพียงสัญลักษณ์ของการให้ความเคารพนับถือยกย่องในฐานะที่เป็นผู้อาวุโสเท่านั้น

สังคมมีส่วนในการกำหนดสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ โดยสังคมคาดหวังให้บุคคลในวัยสูงอายุปฏิบัติตามกรอบและบรรทัดฐานทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุในมุมมองของคนในสังคมพบว่ามีเหมือนและความแตกต่าง โดยสะท้อนจากเกณฑ์ที่ใช้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุและคำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ

ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณพบว่า^(9,12-14) ตามทัศนะของทั้งคนหนุ่มสาวและผู้สูงอายุ เกณฑ์อายุที่ใช้กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นสอดคล้องกับเกณฑ์กำหนดทางสังคม ซึ่งกำหนดให้ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ นอกจากอายุแล้วเกณฑ์ที่นำมาใช้ชี้ถึงการเป็นผู้สูงอายุคือ สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมขาว และภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรมลง สำหรับคำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุนั้น พบว่ามีความหมายที่แตกต่างกันในคำเรียกขาน ได้แก่ “ผู้สูงอายุ” “คนแก่” “คนชรา” ซึ่งความหมายในเชิงพัฒนาการและการปฏิสัมพันธ์ของสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุมีอยู่ใน 3 ลักษณะคือ “ผู้สูงอายุ” สื่อความหมายว่าบุคคลยังมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงก็ยังคงมีบทบาทที่เข้มแข็งในสังคม “คนแก่” สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง ร่างกาย จิตใจ และภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย ซึ่งซ่อนความหมายว่าผู้ที่เป็นคนแก่มักจะมีสถานภาพและบทบาทในสังคมลดลง ส่วน “คนชรา” นั้นให้ความหมายในทางที่เป็นผู้ที่มีอายุมากที่สุด เป็น ภาวะของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เสื่อมสภาพเหมือนไม้ใกล้ฝั่ง ถือเป็นการเรียกผู้ที่มีอายุมากระดับสูงสุด เป็นกลุ่มที่ช่วยตนเองลำบาก ต้องพึ่งพาครอบครัวและสังคม^(9,12)

สำหรับสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในอดีตนั้น มีงานวิจัยหลายเรื่องที่สรุปว่าผู้สูงอายุไทยมีสถานภาพสูง⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ ทั้งนี้เนื่องจากในอดีตประชากรไทยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม และทรัพย์สินทางการผลิตที่สำคัญคือที่ดิน ผู้สูงอายุเป็นผู้นำครอบครัว มักจะเป็นเจ้าของที่ดินซึ่งเป็นแหล่งที่มาของผลผลิตและรายได้ ด้วยเหตุที่เงินคืออำนาจ สถานภาพของผู้สูงอายุในอดีตจึงค่อนข้างสูง ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมไปสู่ความทันสมัย รายได้หรือผลผลิตทางเศรษฐกิจไม่ได้พึ่งพาที่ดินทางการเกษตรแต่เพียงอย่างเดียว หากบุตรหลานสามารถออกไปประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมหรือบริการอื่นได้ ที่ดินในฐานะเป็นแหล่งให้ผลผลิตทางเศรษฐกิจลดความสำคัญลง ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานเชิง

เศรษฐกิจ สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจึงถูกกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจึงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในอดีต

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของบุคคลในวัยสูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเผชิญ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่องานของผู้สูงอายุมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่ได้รับผิดชอบมาเป็นผู้ที่พึ่งพิง จากที่เคยหาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นภาระของบุตรหลานเท่ากับเป็นการลดอำนาจและความสำคัญของผู้สูงอายุลง อนึ่ง ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะมีอำนาจและความสำคัญจะลดลง แต่ผู้สูงอายุบางกลุ่มโดยเฉพาะในเขตชนบท ยังคงมีบทบาทเป็น “ผู้ให้” ด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว โดยการให้ความช่วยเหลือครอบครัวด้านการเงิน ด้วยรายได้ของผู้สูงอายุที่ได้จากบำเหน็จบำนาญและเงินออม⁽⁹⁾ และคุณค่าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับตัวบุคคลว่า บุคคลนั้นสร้างประโยชน์ให้แก่คนรุ่นหลังได้มากน้อยแค่ไหน ไม่ว่าจะเป็นการสร้างประโยชน์โดยการอาศัยแรงงานหรือกำลังกาย เช่น ช่วยงานของชุมชน หรือการสร้างประโยชน์โดยไม่ได้อาศัยแรงงาน เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำกับคนรุ่นหลัง⁽⁹⁾ นอกจากนี้สำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม การมีอายุเพิ่มมากขึ้นกลับมีความสำคัญมากขึ้น เพราะมีประสบการณ์ มีความรู้ ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีและได้รับการเคารพยกย่อง อย่างไรก็ตาม สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจในทางที่ด้อยลง เพียงแต่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับสถานภาพของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรม

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนเกิดขึ้นเพราะความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ทั้งนี้สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับอำนาจของผู้สูงอายุ^(9,12,20) สถานภาพในเชิงอำนาจขึ้นอยู่กับการทำงาน กำลังกาย กำลังเงิน ความรู้ความสามารถทางกายและใจ บทบาททางสังคมและการที่ผู้อื่นให้ความสำคัญ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สถานภาพและบทบาทย่อมเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ^(9,12,20) ผู้สูงอายุผู้ที่สามารถปรับตัวได้และยอมรับความจริงแห่งชีวิตจะรายงานว่ามีความสุขสบาย พอใจที่จะปลดวางจากภาระทั้งปวง เนื่องจากทำงานมานานแล้วจึงสมควรแก่เวลาที่จะพักผ่อน และส่วนหนึ่งประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทในยามสูงอายุเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าครอบครัวไม่มีปัญหา ผู้ที่มีความพึงพอใจในบทบาทใหม่ เป็นผู้ที่ได้คงสถานภาพและบทบาทที่สำคัญบางอย่างไว้ เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว และการที่มีบุคคลมาแบ่งเบาภาระและหน้าที่ทั่วไปแทน

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความรู้สึกในทางลบต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทในวัยสูงอายุ โดยมีความรู้สึกว่ตนเองด้อยความสำคัญลง ซึ่งส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ เช่น เบื่อ หงุดหงิด เหนงา ทุกข์ใจ เสียหายที่อายุมาก เป็นต้น ประกอบกับผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาด้านสุขภาพกาย ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทที่ปรารถนา การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทในยามสูงอายุจึงไม่เป็นที่พึงพอใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่

วิธีการหรือแนวทางในการปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญในการลดความรู้สึกทางลบของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ แนวทางการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นมีหลายแนวทาง⁽⁹⁾ เริ่มตั้งแต่การปรับตัวด้านการทำงาน โดยอาจทำงานเหมือนเดิมแต่ลดปริมาณลง หรือเปลี่ยนมาทำงานเบาๆ ปรับตัวโดยอาศัย

ศาสนา เข้าวัดฟังธรรม ช่วยเหลืองานวัดงานบุญ ปรับตัวโดยการยอมรับสัจธรรมแห่งชีวิตในเรื่องของสังขารที่ร่วงโรย และที่สำคัญคือการปรับตัวด้านจิตใจ ดังนั้นสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากขึ้นกับสถานภาพทางการศึกษาและเศรษฐกิจของครอบครัวแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ปรับตัวของผู้สูงอายุเอง

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุและครอบครัวก็อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นนอกเหนือจากการมีบทบาทในครัวเรือน ผู้สูงอายุยังสามารถมีบทบาทภายนอกครอบครัวซึ่งก็คือเข้าไปมีบทบาทในชุมชน ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชน สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการมีบทบาทในด้านต่างๆ ทั้งทางสังคมวัฒนธรรมและการเมืองในชุมชน หากมีการรวมกลุ่มกันอย่างเข้มแข็งก็จะมีส่วนช่วยชุมชนได้มากขึ้น เพราะการรวมพลังเป็นองค์กรชุมชนจะเพิ่มศักยภาพในการสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ชุมชนเผชิญได้⁽²¹⁾

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมาก ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชน เป็นทรัพยากรบุคคลที่สามารถกระตุ้นเตือนหรือจรรโลงวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ ของชุมชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ที่สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ และเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพคือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและยังประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุเมื่อพ้นวัยทำงานแล้วบทบาททางสังคมภายนอกจะมีแนวโน้มลดลง แต่บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนก็ยังเป็นสิ่งที่พบเห็นโดยทั่วไป ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทค่อนข้างหลากหลายทั้งบทบาททางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมถึงบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง

■ บทบาททางเศรษฐกิจ

งานวิจัยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาททางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อชุมชนโดยตรงยังมีอยู่น้อยมากเท่าที่มีอยู่นั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน และบทบาทในการเป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ การมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นแม้ในวัยปลายของชีวิต และผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในทางเศรษฐกิจมีโอกาสที่จะมีบทบาททางสังคมของชุมชนมากขึ้น

การวิจัยเชิงปริมาณหลายงานรวมทั้งข้อมูลจากสำมะโนประชากร^(7,9,10,14,16-18) พบว่า มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจในรอบปีที่ผ่านมา และไม่ว่าจะเป็นการใช้ค่านิยมใดในการศึกษาถึงบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานในรอบ 7 วันก่อนการสำรวจ หรือทำงานในรอบปีที่ผ่านมาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบทบาทเชิงเศรษฐกิจจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุแตกต่างกันตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนที่รายงานว่ามีบทบาทเชิงเศรษฐกิจสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในชนบทมีสัดส่วนที่มีบทบาทเชิงเศรษฐกิจสูงกว่า ผู้สูงอายุในเมืองงานอาชีพที่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ทำคือ อาชีพทางการเกษตร โดยเฉพาะผู้อยู่ในชนบท เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจนั้น ส่วนหนึ่งให้เหตุผลถึงความจำเป็นทางการเงิน และเป็นการหารายได้เพื่อแบ่งเบาภาระ

บุตรหลาน และมีอยู่บ้างที่ทำงานอาชีพหรือหารายได้เสริมเพราะไม่อยากอยู่เฉยๆ ส่วนเหตุผลของการไม่ทำงานอาชีพของผู้สูงอายุคือ สุขภาพไม่ดีหรือแก่

นอกจากนั้น ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงมีบทบาทในการทำงานเชิงเศรษฐกิจด้วยเหตุผลว่าอายุไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานอาชีพ^(19,20) ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเหล่านี้ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม ได้แก่ ทำไร่ ทำนา ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ ซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่มีอายุเกษียณ ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจได้แทบเท่าที่ร่างกายยังไหว และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะค่อยๆ ยุติบทบาททางเศรษฐกิจและหันมาทำงานในครัวเรือนทดแทน

อนึ่ง ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีบทบาททางเศรษฐกิจต่อชุมชนในทางอ้อม กล่าวคือ ผู้สูงอายุใช้ประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจที่มีมายาวนาน เข้ามาช่วยแก้ไขหรือจัดการกับเหตุการณ์วิกฤติทางสังคมที่มีผลต่อเศรษฐกิจของชุมชนที่เกิดขึ้น โดยการมีส่วนร่วมดูแลทรัพยากรบุคคลในชุมชน ทั้งในเรื่องของการที่ผู้สูงอายุทำหน้าที่สั่งการแนะนำและดูแลบุคคลที่อยู่ในวัยผลิตทางเศรษฐกิจของชุมชน ตลอดจนช่วยดูแล สุขภาพของเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน⁽²³⁾ การดูแลสุขภาพแบบเพื่อนช่วยเพื่อนได้ผลดีโดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันและรักษาสุขภาพ⁽²⁴⁾ หากผู้สูงอายุรักษาสุขภาพได้ดี ก็เท่ากับลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันเป็นการรักษาศักยภาพของผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งบทบาทของผู้สูงอายุในทางบวกเช่นนี้ เท่ากับเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ชุมชนธำรงไว้ซึ่งผู้ผลิตเชิงเศรษฐกิจมากกว่าเพิ่มผู้ที่เป็นภาระ

■ บทบาททางสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบทบาททางด้านสังคมในชุมชน^(15,25-31) ด้วยการเข้าไปมีบทบาทและแสดงศักยภาพทางศาสนามากที่สุด โดยการถ่ายทอดและปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุอาจเป็นตั้งแต่ผู้เข้าร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนา เช่น ตักบาตร ทำบุญ ร่วมงานวัด ไปจนถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือวัด เป็นกรรมการวัด หรือเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในกิจกรรมสาธารณประโยชน์ต่างๆ เช่น เป็นลูกเสือชาวบ้าน เป็นต้น ชื่อน่าสังเกตคือ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนมักเป็นผู้ที่เคยมีบทบาทหรือทำกิจกรรมทางสังคมมาก่อน⁽²¹⁾ ผู้สูงอายุในชนบทมีบทบาทในชุมชน สูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เคยทำมาในอดีต แต่พบน้อยมากในปัจจุบันก็คือ บทบาทของการเป็นผู้ไกล่เกลี่ยหรือพิพากษาในกรณีพิพาทหรือทะเลาะเบาะแว้งในชุมชน บทบาทนี้เป็นบทบาทที่มีความหมายเพราะผู้ที่ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้ชี้ขาดหรือไกล่เกลี่ยในกรณีของคนในชุมชนเกิดปัญหากันนั้น ต้องเป็นผู้ที่ทุกคนให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง และให้ความเชื่อถือ⁽²⁵⁾ ปัจจุบันไม่ค่อยมีงานวิจัยที่เสนอบทบาททางด้านนี้ของผู้สูงอายุ อาจเป็นด้วยสภาพชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ภาวะในการไกล่เกลี่ยตัดสินคดีความกลายเป็นเรื่องของบุคคลที่เป็นผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือเป็นบุคคลที่ชาวบ้านส่วนใหญ่นับถือ ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้สูงอายุก็ได้

นอกจากการมีบทบาทต่อสังคมโดยตรงแล้ว ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในชุมชนอีกบทบาทหนึ่งคือการบำรุงรักษาและถ่ายทอดความรู้ที่มีคุณค่าให้ตกทอดสู่คนรุ่นหลังต่อไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้เคย ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตหรือสิ่งที่ตนเองรู้และเข้าใจให้แก่คนรุ่นปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหาในอาชีพหรือการใช้ชีวิต การจัดการด้านพิธีกรรม โดยวิธีการเล่าให้ฟัง หรือฝึกอบรมให้คนรุ่นปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ^(32,33) บทบาทของผู้สูงอายุในด้านนี้เป็นที่ยอมรับกันของคนในชุมชน อย่างไรก็ตาม การขอให้ผู้สูงอายุไปเป็นวิทยากรหรือผู้บรรยายความรู้ต่างๆ ในวงกว้างยังมีอยู่น้อย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางสังคมได้ไม่มากเท่าที่ที่มีศักยภาพ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากท่าทีของบุคคลในวัยเด็กกว่า ที่เป็นไปในทางที่ไม่

ค่อยยอมรับความสามารถของผู้สูงอายุ⁽³²⁾ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนได้มากมักเป็นผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานทางการศึกษามาก่อน เช่น เป็นข้าราชการ หรือผู้ทำงานในองค์กรธุรกิจ ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังสามารถรวมตัว พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีการส่งเสริมให้มีบทบาททางสังคมในด้านต่างๆอย่างต่อเนื่อง

■ บทบาททางวัฒนธรรม

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นผู้รู้ในทางวัฒนธรรม ทำหน้าที่ในการจรรโลงและถ่ายทอดทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆของชีวิต ผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากในการเข้าร่วมทางวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวกับชีวิตเสมอ นับตั้งแต่ในเรื่องของการเริ่มต้นชีวิตครอบครัวคือ การแต่งงาน พิธีการแต่งงานจะเริ่มขึ้นได้ก็เมื่อฝ่ายชายจัดผู้หลักผู้ใหญ่ไปสุขอฝ่ายหญิง เมื่อมีพิธีการนั้นก็ต้องมีผู้เฒ่าผู้แก่ทำหน้าที่รู้เห็นเป็นพยานในการหมั้น สวมมงคล หลังน้ำสังข์ ถอดมงคล เมื่อถึงเวลาส่งตัวก็จะเชิญผู้สูงอายุมาเข้าร่วมในพิธีกรรมต่างๆนั้น เพราะถือว่าผู้สูงอายุเป็นเจ้าตำรา หรือเป็นต้นคัมภีร์ของจารีตประเพณี ผู้เฒ่าผู้แก่หรือผู้สูงอายุที่มีความรู้ทางวัฒนธรรมจึงเป็นที่เคารพนับถือของอนุชนรุ่นหลัง⁽³³⁾ ต่อมาเมื่อคู่แต่งงานมีบุตร อย่างประเพณีอีสาน มีการทำขวัญวัน โดยปู่ตายายจะเป็นผู้เอาสายสิญจน์ผูกข้อมือเท้าขวัญให้แก่เด็ก แล้วเจิมกระจะให้แก่เด็กนั้น^(3,4) เมื่อบุตรอายุครบเดือน มีการโกนผมไฟ เชิญผู้สูงอายุหลังน้ำมนต์ลงที่ศีรษะเด็กเพื่อทำพิธีโกนผมไฟ⁽³⁵⁾ และในสมัยก่อนเมื่อเด็กโกนผมไฟแล้ว ก็ไฉ่ผมจุกโดยไม่ได้ตัด พอเด็กย่างเข้าสู่วัยแรกหนุ่มสาวคือ เด็กชายอายุประมาณ 13 ปี เด็กหญิงอายุประมาณ 11 ปี ผู้ปกครองก็จะเตรียมทำพิธีตัดจุก เรียกว่าพิธีมงคลโกนจุน (ประเพณีโบราณ) ซึ่งในการทำพิธีนั้นก็ต้องมีผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุเป็นผู้หลังน้ำมนต์ให้เด็กก่อนตัดจุก⁽³⁶⁾ หากเป็นเด็กชายเมื่ออายุครบ 21 ปีเต็ม ประเพณีเดิมก็ต้องทำการบวชพระ การบวชพระเท่ากับเป็นการเข้ามหาวิทยาลัยชั้นสูงสุด เมื่อมีการตกลงกันว่าจะบวชพระแล้ว ผู้ใหญ่ก็จะเป็นผู้จัดการในเรื่องพิธีกรรมต่างๆ นับตั้งแต่การลาบวชไปจนถึงวันที่ทำพิธีบวช⁽³⁷⁾ และเมื่อมาถึงปลายทางแห่งชีวิต ผู้สูงอายุก็เป็นผู้เข้ามามีบทบาทอีกเช่นกัน โดยในการทำพิธีศพก็ต้องอาศัยผู้เฒ่าผู้แก่ปรึกษาหารือกันในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการทำบุญ กำหนดวันนำศพไปเผา⁽³⁸⁾

เห็นได้ว่าในทุกขั้นตอนแห่งชีวิต ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางวัฒนธรรมประเพณีอยู่เสมอ หากเป็นที่น่าสนใจว่า ในระยะต่อไปบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆของชีวิตจะยังดำรงอยู่ได้มากน้อยเพียงไรภายใต้ระบบสังคมไทยที่มุ่งสู่การยกย่อง “ผู้ใหญ่” โดยพิจารณาจากยศถาบรรดาศักดิ์หรือฐานะทางเศรษฐกิจสังคม บ่อยครั้งที่พบว่าในพิธีกรรมต่างๆในปัจจุบัน ผู้ที่เข้ามามีบทบาททางวัฒนธรรมเป็นผู้ที่มีตำแหน่งสูงในทางราชการ หรือทางธุรกิจโดยไม่ได้นับถึงอายุ

อย่างไรก็ตาม ในวัฒนธรรมไทยยังมีประเพณีต่างๆที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นผู้แสดงบทบาทหลักในประเพณีนั้น เช่น ประเพณีสงกรานต์ ซึ่งถือว่าเป็นประเพณีเนื่องในวันปีใหม่ไทย มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญแก่ผู้มีอาวุโส การดำหัวปกติแปลว่าสระผม แต่เมื่อใช้ในประเพณีสงกรานต์หมายถึงการขอพรจากผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾

งานวิจัยเกี่ยวกับการมีบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุนั้น ปรากฏอยู่ในหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่ข้อมูลจากงานวิจัยมีจำกัดอยู่เพียงในแง่ของวัฒนธรรมเฉพาะด้านหรือเฉพาะภาคที่มีขนาดตัวอย่างไม่มากนัก มีเพียงรายงานวิจัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติเท่านั้นที่สำรวจเกี่ยวกับการเข้าร่วมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาว่างที่เป็นการสำรวจตัวอย่างระดับประเทศ ผลของการวิจัยจากหลายแหล่งดังกล่าวโดยรวมพบว่า^(31,40,41) ผู้สูงอายุมีบทบาทในทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ด้วยการเป็นผู้ร่วมสืบทอดทางศาสนา โดยการทำบุญ ตักบาตร ร่วมงานผ้าป่าหรือกุศล ผู้สูงอายุในชนบทมีการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนามากกว่าผู้สูงอายุในเมือง และบทบาทดังกล่าวลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สำหรับบทบาทของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ

ศาสนานั้น หากจำแนกออกไปตามศาสนาที่นับถือพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธโดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบกิจการทางศาสนา คือ ตักบาตร สวดมนต์ ถือศีลห้า สมาธิภาวนา ฟังเทศน์สนทนารธรรมสูงกว่าประชากรในวัยอื่น และพบผลเช่นเดียวกันในส่วนของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม⁽³¹⁾

ในด้านของการมีบทบาททางวัฒนธรรมส่วนรวม พบว่าผู้สูงอายุมีบทบาทมากในงานสงกรานต์ ร้องเพลงมาคือประเพณีท้องถิ่น และตรุษสารทไทย ตามลำดับ ส่วนบทบาททางวัฒนธรรมส่วนบุคคล อันได้แก่ งานศพ งานบวช งานแต่งงาน ทำบุญบ้าน พบว่าผู้สูงอายุมีบทบาทในการเข้าร่วมงานศพสูงที่สุด ตามมาด้วยงานบวชและงานแต่งงาน⁽³¹⁾

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในการสืบทอดศิลปวัฒนธรรมต่างๆ เช่น ในงานที่ต้องใช้ฝีมือทั้งหลาย เช่น ทอผ้า ทำทอง เป็นต้น ช่างทองที่ยังคงทำทองรูปพรรณที่มีฝีมืองดงามอยู่ในปัจจุบันล้วนเป็นผู้สูงอายุทั้งสิ้น⁽⁴²⁾ ทั้งนี้รวมถึงศิลปินแห่งชาติในสาขาต่างๆ ที่ยังคงมีความสามารถในทางศิลปะแม้ในยามสูงอายุ

■ บทบาททางการเมือง

ข้อเท็จจริงทางการเมืองของประเทศไทยก็คือ ในอดีตที่ผ่านมาผู้นำของประเทศคือ นายกรัฐมนตรีเป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด และจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรนับตั้งแต่ปีพ.ศ.2535 พ.ศ.2538 และพ.ศ.2539 มีสัดส่วนที่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 13.1, 14.9 และ 12.5 ตามลำดับ⁽⁴³⁾ ข้อเท็จจริงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงมีศักยภาพและมีบทบาททางการเมืองในระดับชาติ ในระดับท้องถิ่นผู้สูงอายุก็มีบทบาทเช่นเดียวกัน โดยพบว่าร้อยละ 11.4 ของผู้ที่ได้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สูงอายุ⁽⁴⁴⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุทางการเมืองนี้ยังมีอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีบทบาททางการเมืองของผู้สูงอายุเป็นเพียงการถามถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางการเมืองและถามถึงทัศนคติเกี่ยวกับการเมือง หากมีอยู่น้อยมากที่ถามถึงบทบาททางการเมืองโดยตรง อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ถามถึงบทบาทของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุมีบทบาททางการเมืองรองจากการมีบทบาททางศาสนา⁽²⁶⁾

โดยสรุป บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนนั้นมีหลายรูปแบบ การที่ผู้สูงอายุมีบทบาทหลากหลายในด้านต่างๆ มีความหมายทั้งต่อชุมชนและต่อตัวผู้สูงอายุเอง เพราะเท่ากับว่าผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะทำประโยชน์ ก่อให้เกิดความภูมิใจในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีศักยภาพแต่ก็ยังมีอาจะมีปัญหาและอุปสรรคบางประการที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่อชุมชนได้อย่างที่ควรจะเป็น

ปัญหาและอุปสรรคของการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยคือ ปัญหาสุขภาพ^(8,10) ความเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าไปมีบทบาทหรือร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีกำลังวังชา ร่างกายแข็งแรงก็อาจประสบกับปัญหาการมีภาวะในการทำงานบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่ค่อนข้างจะมีการะหน้าที่ในการทำงานบ้านมากกว่าผู้สูงอายุชาย เพราะนอกจากจะต้องมีการะทำงานบ้านซึ่งได้ทำต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยทำงาน หากยังอาจเพิ่มภาระในเรื่องของการเลี้ยงหรือดูแลเด็กเล็กของครอบครัว ปัจจุบันปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มต้องลดบทบาททางสังคมของตนเองลงทั้งที่ผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะทำได้คือ การที่ผู้สูงอายุมีภาระที่ต้องดูแลบุตรหลานในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมาก ภาระทางการเงินเป็นภาระที่หนักมากของผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์อาศัยอยู่ด้วย ถ้านุตรที่ป่วยนั้นอยู่ที่บ้านหรืออยู่ที่อื่นและได้ย้ายกลับมาอยู่ที่บ้านตอนเจ็บป่วย เป็นบุตรที่

เคยเป็นผู้หารายได้เข้าครอบครัวมาก่อน การป่วยทำให้ไม่สามารถทำงาน ขาดรายได้ ภาระทางการเงินกับตกอยู่กับพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ ภาระในการดูแลบุตรที่ป่วยนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีเวลาไปทำกิจกรรมอย่างอื่น ๆ แล้ว ยังมีผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ขณะเดียวกันก็อาจมีปัญหาความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย⁽⁴⁵⁾ เมื่อผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์เสียชีวิต ภาระค่าใช้จ่ายในงานศพตลอดจนดูแลบุตรของผู้ป่วยที่ตาย (ถ้ามี) ก็ตกเป็นภาระของพ่อแม่ที่สูงอายุ และหากผู้สูงอายุไม่สามารถแบกรับภาระนี้ไหว ก็อาจต้องหันมาพึ่งพามิตรสหายคนอื่นในชุมชน ซึ่งอาจเป็นเพื่อนบ้านหรือผู้นำชุมชน

นอกจากนี้ประเด็นสำคัญอีกประเด็นที่เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาททางสังคม คือ ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเอง ภาวะทางใจเป็นเรื่องที่ยากที่จะวัด ดัชนีหนึ่งที่สะท้อนภาวะจิตใจของผู้สูงอายุคือความเหงา จากงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสัดส่วนไม่น้อยที่รายงานว่ารู้สึกเหงา มีความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระของบุคคลอื่น ซึ่งความรู้สึกทางลบนี้ ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และไม่ยอมไปแสดงบทบาทอื่นในชุมชน^(8,11)

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุคือ การสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการจัดกิจกรรมและบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยดึงเอาบุคคลและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้โดยอาจประสานความร่วมมือกันกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง เช่น การเกื้อหนุน ดูแล และให้บริการในด้านต่างๆ สมาชิกของชุมชนทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว โดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเอง เพราะผู้สูงอายุจะมีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” ในเวลาเดียวกัน บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุมีหลากหลายบทบาท โดยสะท้อนออกมาในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน นักวิชาชีพ และการรวมกลุ่มของสมาชิกภายในชุมชน ส่วนเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการนั้น เป็นการสร้างกิจกรรมร่วมกันกับองค์กรภายนอกชุมชน ซึ่งปรากฏในรูปของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และบริการโดยองค์กรอื่นๆ

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ

ชุมชนมีบทบาทต่อผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมและเกื้อหนุนเพื่อให้เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุเข้มแข็ง เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นจำแนกออกเป็น 5 ประเภท⁽⁴⁶⁾ คือ “เครือข่ายประเภทครอบครัว” ซึ่งประกอบด้วยบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ บุตร หลานของผู้สูงอายุ หรือญาติอื่นๆ ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ “เครือข่ายประเภทเครือญาติ” ที่ไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจประกอบด้วยพี่ ป้า น้า อา ของผู้สูงอายุ รวมเชย/สะใภ้ซึ่งไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ “เครือข่ายประเภทเพื่อน/เพื่อนบ้าน” ซึ่งมีทั้งผู้ที่อยู่ด้วยและต่างวัยกับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ “เครือข่ายประเภทผู้นำชุมชน” ทั้งผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เช่น ผู้สูงอายุที่คนในหมู่บ้านยกย่อง และเครือข่ายสุดท้ายคือ “เครือข่ายประเภทนักวิชาชีพ” ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และผู้ให้บริการโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ เช่น พัฒนาการ เกษตรตำบล เป็นต้น บุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุดในแต่ละเครือข่ายคือ บุคคลที่มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมาก

ที่สุด เช่น บุตรที่อยู่กับผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยซึ่งติดต่อสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมาก หากใน ส่วนของญาตินั้นยากที่จะระบุความสำคัญได้เพราะผันแปรไปในแต่ละบุคคล⁽⁴⁷⁾ สำหรับการพิจารณาบทบาทของ ชุมชนในการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุนี้ จะเน้นเฉพาะเครือข่ายประเภทเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และ นัก วิชาชีพ เป็นหลัก โดยอาจคาบเกี่ยวถึงเครือข่ายประเภทครอบครัวและเครือญาติเล็กน้อย และเน้นถึงการรวม กลุ่มเพื่อสร้างกิจกรรมภายในชุมชน

▪ เครือข่ายของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และนักวิชาชีพ

ผู้สูงอายุมักใช้เวลาว่างส่วนหนึ่งพูดคุยกับเพื่อนบ้าน^(9,14,40) ดังนั้นเพื่อน/เพื่อนบ้านจึงมีส่วนช่วย เกื้อหนุนผู้สูงอายุในด้านจิตใจ การได้พูดคุยกับเพื่อน/เพื่อนบ้านทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย และจากการพูดคุย กันยังมีส่วนชักนำไปสู่การช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพ การมีกิจกรรมทาง สังคมร่วมกัน หรือหากผู้สูงอายุรายใดประสบปัญหาเดือดร้อน เพื่อน/เพื่อนบ้านจะหมุนเวียนเปลี่ยนกันในการ ดูแลช่วยเหลือ สำหรับผู้สูงอายุที่ปราศจากเครือข่ายของครอบครัว เครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน มักต้องการการ เกื้อหนุนจากชุมชน ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชนอื่นๆ ได้แก่ ครู จะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ในเบื้องต้น และการช่วยเหลือนี้อาจทำโดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหมู่บ้าน ในกรณีที่ผู้สูงอายุมี ญาติผู้นำชุมชนก็จัดการร่วมกับญาติ หากผู้สูงอายุไม่มีญาติผู้นำชุมชนก็จะเป็นผู้ดำเนินการเอง และหากกรณีใด ที่เหลือบอกว่าแรงหรือเป็นกรณีเร่งด่วนจำเป็น ก็จะต้องอาศัยเครือข่ายประเภทนักวิชาชีพ เช่น พัฒนาการ นักสังคมสงเคราะห์ ให้เป็นผู้เข้ามาช่วยเหลือโดยการประสานงานของผู้นำชุมชน

บทบาทของผู้นำชุมชนต่อผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลทางด้านสุขภาพเท่านั้น หากยังมี บทบาทในเรื่องประเพณีต่างๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การรดน้ำดำหัว การตาย ซึ่งผู้นำชุมชนมักมีบทบาทเป็น ผู้ดำเนินการและตัดสินใจในพิธีการต่างๆ อย่างไรก็ตาม ท่าที่เป็นอยู่ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรือนักวิชาชีพนั้น พบว่ายังขาดแคลนอยู่มาก ท่าที่มีเป็นเพียงข้อมูลที่ว่าบุคคลใน แต่ละเครือข่ายให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างไร เช่น บุตรและบุคคลในครอบครัวเป็นทั้งผู้เกื้อหนุนทางกายและใจ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน⁽²⁰⁾ หากแต่ไม่มีข้อมูลใดที่ เสนอถึงประเภทของการเกื้อหนุนตลอดจนกลไกในการทำให้เครือข่ายต่างๆเข้มแข็ง

▪ การรวมกลุ่มเพื่อสร้างกิจกรรมภายในชุมชน

บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุอีกทางหนึ่งคือ การสนับสนุนการรวมกลุ่มกันของคนในชุมชนเพื่อ ผู้สูงอายุ การรวมตัวกันส่วนใหญ่มักเป็นการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการ ปัจจุบันจึงไม่มีตัวเลขที่ยืนยันได้ว่า มีการรวมกลุ่มกันของคนในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน และชุมชนที่มีการรวมกลุ่มกันนั้น มีการรวมกลุ่ม กันได้อย่างไร มีเพียงข้อมูลที่เสนอว่า ในบางหมู่บ้านมีการรวมตัวอย่างไม่เป็นทางการในการจัดกิจกรรมเพื่อ ผู้สูงอายุ โดยมีการรวมกลุ่มของผู้ที่นับถือศาสนาเดียวกัน เช่น กลุ่มคริสเตียนในภาคเหนือ หรือการรวมกลุ่มของ ผู้สูงอายุโดยมีผู้นำชุมชนหรือผู้นำสูงอายุเป็นแกนหลักในบางหมู่บ้าน^(40,46,48)

ในบรรดากลุ่มต่างๆที่รวมตัวกันนี้ กลุ่มที่รวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการและในระยะหลังได้พัฒนา มาเป็นกลุ่มที่เป็นทางการคือ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตและประเพณีปฏิบัติ มาแต่เดิมของคนในท้องถิ่น เมื่อมีผู้เสียชีวิต ญาติพี่น้องตลอดจนเพื่อนบ้านใกล้เคียงจะช่วยเหลือในการจัดงาน ศพ โดยช่วยทั้งแรงงาน กำลังทรัพย์ และสิ่งของ ในระยะแรก การช่วยเหลือทำกันในวงแคบ เฉพาะหมู่ญาติและ เพื่อนบ้านใกล้เคียง ต่อมาขยายวงโดยมีผู้นำท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าอาวาส เข้ามาจัดการรวม กลุ่มประชาชนในท้องถิ่นตนเองให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือครอบครัวผู้ตาย โดยเก็บเงินสะสมเพื่อจัดการงานศพ ฌาปน-

กิจสงเคราะห์ ต่อมาเพื่อป้องกันการแสวงประโยชน์โดยมิชอบจากฉาปนักกิจสงเคราะห์ รัฐบาลจึงออกพระราชบัญญัติฉาปนักกิจสงเคราะห์มาใช้บังคับตั้งแต่พ.ศ.2517 นับจากนั้นจนถึงปีพ.ศ.2542 ประเทศไทยมีสมาคมนักฉาปนักกิจสงเคราะห์ที่จดทะเบียน 3,218 สมาคม โดยอยู่ภายใต้การดูแลของกรมประชาสงเคราะห์⁽⁴⁹⁾

อนึ่ง การรวมกลุ่มกันของคนไทยนั้นเป็นสิ่งที่เป็นธรรมชาติมาแต่เดิม คนไทยนิยมไปทำบุญที่วัดเมื่อเสร็จงานบุญ คนวัยอื่นมักแยกย้ายกันไปทำธุรกิจ หากผู้สูงอายุมักอยู่วัดสนทนาปราศรัยกันต่อ การรวมกลุ่มของคนวัยต่างๆและผู้สูงอายุไทยนั้นมียู่ตามปกติมานานแล้ว หากแต่ไม่ได้รวมกันอย่างเป็นกิจจะลักษณะ⁽¹⁷⁾ ต่อมาการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุนี้ได้เกิดการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังไม่ต่างกันหรือมีความสนใจร่วมกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาจร่วมอาชีพเดียวกัน เคยทำงานมาด้วยกัน หรือมีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนกัน ฯลฯ ซึ่งการรวมกลุ่มกันในลักษณะนี้ ผู้สูงอายุอาจจะเป็นหรือไม่เป็นผู้อยู่ในชุมชนเดียวกันก็ได้ เมื่อขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้นก็มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นชมรมผู้สูงอายุ

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการ

บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะความร่วมมือของคนภายในชุมชนเท่านั้น ด้วยผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุ เพศ ชนชั้นทางสังคม และภูมิหลังอื่นๆ ความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละด้านจึงแตกต่างกัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ องค์การภายนอกจึงเข้ามามีบทบาทในการจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อช่วยเหลือ ดูแล และให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านการประสานงานของผู้นำชุมชน กิจกรรมต่างๆที่ทำงานร่วมกันกับองค์การภายนอกชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และบริการอื่นๆ

■ ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนโดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการดำเนินการ ชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2505 และได้มีการพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยมีการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจากหลายองค์กร*

ถึงแม้จะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ หากปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุมีความพร้อมเข้าใจอุดมการณ์ของชมรมผู้สูงอายุในแง่ที่ว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ มีระเบียบข้อบังคับของชมรม มีสถานที่และเงินทุน ในส่วนของการจัดกิจกรรมนั้นต้องจัดกิจกรรมตามความสนใจและความต้องการของสมาชิกเป็นสำคัญ สมาชิกเข้าร่วมกับชมรมด้วยความสมัครใจโดยมีความเสมอภาค ซึ่งบทบาทของชุมชนในการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการมี

* ชมรมผู้สูงอายุตั้งขึ้นครั้งแรกโดยการสนับสนุนจากมูลนิธิวิชัยประสาท ใช้ชื่อว่ามูลนิธิวิชัยประสาท ต่อมาพ.ศ.2527 กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ได้ขอความร่วมมือจากจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชมรม เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ หลังจากนั้นได้มีการตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยความช่วยเหลือจากกรมประชาสงเคราะห์ ในปีพ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับและสถานื่อนามัยทั่วประเทศจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นเพื่อเป็นกลยุทธีสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้สำนักงานกรุงเทพมหานครก็ได้ดำเนินการในลักษณะเดียวกันคือ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 7 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครทุกแห่ง ได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ๆ ศูนย์บริการสาธารณสุขรับผิดชอบ (การอธิบายเรื่อง “ปัจจุบันและอนาคตของชมรมผู้สูงอายุ” โดยอิระวัชร จันทระประเสริฐ ณ ห้องประชุมบ้านมนังคศิลา กรุงเทพฯ 3 ธันวาคม 2541)

ชมรมผู้สูงอายุ เท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กัน และสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละคนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

๖ สถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ผลจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ^(50,51) พบว่าในปีพ.ศ.2539 มีชมรมผู้สูงอายุอยู่ทั่วทั้งประเทศประมาณ 3,487 ชมรม ชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีอยู่กว่าสามพันชมรมนี้มีหลากหลายรูปแบบแตกต่างกันไปตามลักษณะภาพของสมาชิก และสามารถจัดกลุ่มใหญ่ๆโดยใช้ความสามารถและลักษณะภาพเป็นเกณฑ์ได้ 4 ประเภทคือ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ต้องการผู้สนับสนุนช่วยเหลือ และชมรมผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ การที่ชมรมมีลักษณะภาพเป็นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับลักษณะการรวมตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งเขตเมืองและเขตชนบทนั้นมีความแตกต่างในที่มาของสมาชิกชมรม ทำให้บางชมรมมีสมาชิกที่มีภูมิหลังใกล้เคียงกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการศึกษา ประสบการณ์ในอาชีพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการ ผู้มีอาชีพถ่ายภาพหรือค้าขาย เป็นต้น แต่ชมรมผู้สูงอายุของชุมชนต่างๆ ส่วนใหญ่จะประกอบด้วยสมาชิกที่มีภูมิหลังที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะชมรมในเขตเมือง

แม้ว่าชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งมาแล้วจะมีที่มาและลักษณะการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างไรก็ตาม หากแต่ชมรมผู้สูงอายุก็อำนวยความสะดวกอย่างมากทั้งต่อชุมชนและตัวผู้สูงอายุเอง เนื่องจากผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆของชมรมร่วมกัน ได้สังสรรค์กับบุคคลในวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือเหงา และการรวมตัวกันของผู้สูงอายุช่วยให้แต่ละคนสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ต่อเนื่อง

๖ กลไกสู่ความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ

ในแง่ของระดับความสามารถของชมรมผู้สูงอายุนั้น เป้าหมายที่น่าจะเป็นที่ต้องการก็คือ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ เท่าที่เป็นอยู่เห็นได้ว่า รูปแบบของชมรมผู้สูงอายุนั้นมีพัฒนาการนับแต่เริ่มต้น ตลอดจนวิธีดำเนินงานที่แตกต่างกัน และมีปัจจัยและเงื่อนไขอันส่งผลต่อการดำเนินงานแตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จนั้นไม่สามารถที่จะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือการดำเนินงานแบบใดแบบหนึ่งเป็นแบบแผนเดียวกัน หากแต่โดยภาพกว้างๆแล้ว สิ่งที่น่าจะพึงระลึกถึงในการดำเนินงานเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งในชุมชนก็คือ^(41,50)

- การทำความเข้าใจร่วมกันในวัตถุประสงค์ของชมรม ชมรมผู้สูงอายุอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้สูงอายุเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นรอง หรือเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเป็นรองก็ตาม วัตถุประสงค์นี้จะต้องมีการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจร่วมกัน ขณะเดียวกันก็ควรเน้นย้ำอุดมการณ์ของชมรมผู้สูงอายุว่าเป็นชมรมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ

- การดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ถ้าเป็นการจัดตั้งในชุมชน ควรจะริเริ่มในชุมชนที่ผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันอยู่ก่อนแล้ว หรือมีความตื่นตัวในเรื่องของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องพิจารณาถึงความพร้อมของผู้นำ ไม่ว่าจะเป็นผู้นำที่เป็นทางการหรือไม่ก็ตาม หากผู้นำนั้นเป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็งก็จะมีส่วนต่อการจัดตั้งและดำรงอยู่ของชมรมผู้สูงอายุ

- ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนทุกเพศทุกวัย ทั้งผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาว และเด็กให้เข้ามามีส่วนในชมรมผู้สูงอายุ โดยอาจให้มีสมาชิกสมทบ เพราะผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวจะช่วยในการบริหารจัดการชมรมได้ดีขึ้น

- ความแตกต่างในเศรษฐกิจของสมาชิกคงเป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยง หากแต่เมื่อมาอยู่ในชมรมเดียวกัน ก็ควรใช้ความต่างต่างนั้นก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชมรม ขณะเดียวกันก็พึงมีมาตรการบางอย่างที่จะเอื้อต่อผู้ด้อยฐานะกว่า เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันและเป็นปมด้อย เช่น ผู้ที่มีฐานะช่วยด้านการเงิน ในขณะที่ผู้ด้อยฐานะช่วยด้านการจัดการ เป็นต้น

- สถานที่ตั้งของชมรมจะอยู่ที่ใดก็ได้ แต่ต้องเป็นสถานที่ที่เป็นกลาง ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ เช่น วัด หรือโรงพยาบาล หากสิ่งที่พึงระวังคือ ต้องปลอดจากการชี้นำของผู้รับผิดชอบสถานที่ เช่น เจ้าอาวาส หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

- กิจกรรมของชมรม จะมีกิจกรรมใดก็ตามต้องทำเพื่อผู้สูงอายุและความพร้อมของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน อุปกรณ์ สุขภาพ และที่สำคัญคือเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกชมรม และพยายามให้มีกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกิจกรรมต่างๆที่จัดควรมีค่าใช้จ่ายเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

- ชมรมผู้สูงอายุใดที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นหรือมีพัฒนาการค่อนข้างต่ำ ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีพี่เลี้ยง พี่เลี้ยงของชมรมผู้สูงอายุอาจจะเป็นสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ หรืออาจเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยเป็นพี่เลี้ยงในระยะเริ่มแรก และต้องค่อยๆถอนตัวออกไปเมื่อชมรมพอจะยืนบนขาของตัวเองได้แล้ว

▪ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ

บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน หากพิจารณาถึงการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยแนวคิดของโครงการนำร่องทดลองดูความเป็นไปได้ของการขยายศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุให้แพร่หลายไปในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศ ผลจากการศึกษาของโครงการนำร่อง⁽⁵²⁾ พบว่าการสร้างศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ควรเริ่มในพื้นที่ที่ชาวบ้านมีการรวมตัวกันบ้างแล้ว สถานที่ตั้งควรเลือกสถานที่ที่เป็นกลาง มีบุคลากรประจำศูนย์ และต้องแสวงหาความร่วมมือจากบุคคลที่มีความสามารถจะเป็นผู้นำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์ โดยทางราชการต้องเป็นพี่เลี้ยงในระยะเริ่มแรก จากผลของโครงการดังกล่าว ประกอบกับปีพ.ศ.2542 เป็นปีที่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ กรมประชาสงเคราะห์ มหาเถรสมาคม และกรมการศาสนา จึงได้ร่วมกันเริ่มทำโครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด* โดยชุมชน เนื่องจาก “วัด” นอกจากจะเป็นสถานที่สำคัญประจำหมู่บ้านที่คนทุกเพศทุกวัยมาร่วมกันทำกิจกรรมทางศาสนาแล้ว พบว่าวัดยังเป็นสถานที่ประกอบกิจกรรมทางสังคมอย่างหลากหลายของคนในชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁵³⁾

โครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนนับจากเริ่มดำเนินการในปีพ.ศ.2542 จนถึงปัจจุบัน มีศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดที่มีความพร้อมในการดำเนินการจำนวน 187 วัด ใน 72 จังหวัด นอกจากนั้นยังมีศูนย์บริการผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่ของนิคมสร้างตนเอง ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชน รวมทั้งศูนย์ของกรมประชาสงเคราะห์ รวมประมาณ 200 ศูนย์⁽⁵³⁾ อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงความสำเร็จ ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และความต่อเนื่องของแต่ละศูนย์ว่าเป็นอย่างไร

▪ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้จัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านขึ้นในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศ การดำเนินงานของศูนย์อยู่ในรูปของคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านดังกล่าวมี

* วัด ในที่นี้หมายถึง สถานที่ทำศาสนกิจของทุกศาสนา ได้แก่ วัด (พุทธศาสนา) มัสยิด (ศาสนาอิสลาม) โบสถ์ (ศาสนาคริสต์)

ภาระหลักในการช่วยเหลือประชากรทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย (รวมถึงผู้สูงอายุ) ที่ยากจน หรือประสบปัญหาจากภัยพิบัติต่างๆ ในส่วนของผู้สูงอายุนั้น คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สมประกอบ ให้เป็นผู้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนๆ ละ 200 บาท ตามโครงการจัดสวัสดิการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนของรัฐบาล โดยกรมประชาสงเคราะห์ (ปัจจุบันเพิ่มเป็นเดือนละ 300 บาท)

▪ บริการโดยองค์กรอื่นๆ

นอกเหนือจากภาครัฐก็ยังมีองค์กรของภาคเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง ซึ่งถึงแม้จะไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ หากก็มีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในเมืองและชนบทตามสมควร องค์กรต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ HelpAge มูลนิธิสิริวัฒนภักดี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการทางสังคมในการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีรายได้ที่มั่นคง ซึ่งจะมีผลต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ด้วย โดยทำเป็นโครงการในระบบสหกรณ์ของหน่วยงานต่างๆ เช่น สหกรณ์การเกษตร สหกรณ์ประมง เป็นต้น⁽⁵⁴⁾

วัฒนธรรมชุมชน/พื้นที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

วัฒนธรรมคือ สิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้นหรือเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง เพื่อความเจริญของงานในชีวิตของส่วนรวม วัฒนธรรมถ่ายทอดกันได้ เรียนกันได้ เอาอย่างกันได้ โดยรวมแล้ว วัฒนธรรมคือ “สิ่งอันเป็นผลิตผลของส่วนรวม ความคิดเห็น ความประพฤติ กิริยาอาการใด ๆ ของมนุษย์ในส่วนรวม แสดงออกมาให้ปรากฏเป็นภาษา ศิลป ความเชื่อถือ และระเบียบประเพณี”⁽⁵⁵⁾ ดังนั้นวัฒนธรรมก็คือระบบสัญลักษณ์ในสังคมมนุษย์ที่มนุษย์สร้างขึ้นสอนให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้หรือนำไปปฏิบัติเป็นวัฒนธรรมในสังคม วัฒนธรรมในสังคมอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ⁽⁵⁶⁾

1. วัฒนธรรมในลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์จับต้องไม่ได้ เช่น ภาษาพูด ระบบความเชื่อ กิริยามารยาท ขนบธรรมเนียมประเพณี
2. วัฒนธรรมทางด้านวัตถุ เช่น อาคารบ้านเรือน วัด ศิลปวัตถุ ตลอดจนสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่ใช้เป็นประจำทุกวัน

อย่างไรก็ตาม การแบ่งแยกดังกล่าวข้างต้นมิใช่การแบ่งแยกกันอย่างเด็ดขาด วัฒนธรรมทางด้านวัตถุสามารถสื่อความหมายและเป็นสัญลักษณ์ได้ เช่น บ้านเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อาจสะท้อนถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้น

วัฒนธรรมชุมชน/พื้นที่บ้านนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของคนไทยมาเป็นระยะเวลายาวนาน แม้ปัจจุบันวัฒนธรรมบางอย่างจะถูกปล่อยปละละเลยหรือลดความสำคัญลงไปก็ตาม⁽⁵⁷⁾ วัฒนธรรมพื้นบ้านซึ่งเป็นวัฒนธรรมเฉพาะแต่ละท้องถิ่น ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมรวมของไทย และผู้ที่เผยแพร่หรือถ่ายทอดก็มักจะเป็นผู้ที่มีอายุมากแล้ว⁽⁵⁸⁾ ปัจจุบันวัฒนธรรมพื้นบ้านหลายอย่างได้รับการอนุรักษ์และฟื้นฟูให้ดำรงคงอยู่ บางอย่างก็อาจสูญไป หรือยังอยู่ในบุคคลที่มีอายุมาก เช่น พ่อเพลงแม่เพลง⁽⁵⁹⁾ อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมรวมและยังคงอยู่ในสังคมไทยคือ การเคารพผู้มีวัยสูงกว่า พิธีกรรมและประเพณี สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย

การเคารพผู้สูงอายุ

สังคมไทยเป็นสังคมที่เน้นถึงการให้ความเคารพผู้ที่มีอาวุโสกว่า ไม่ว่าบุคคลผู้นั้นจะเป็นเครือญาติหรือไม่ก็ตาม โดยถือว่าผู้ที่มีอาวุโสกว่าซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์สู่คนรุ่นหลัง หน่วยพื้นฐานในการปลูกฝังให้สมาชิกเคารพผู้ที่มีอาวุโสกว่าคือครอบครัว ซึ่งให้การอบรมสมาชิกให้รำลึกถึงสิ่งที่ผู้อาวุโสกว่าได้เคยปฏิบัติหรือมีน้ำใจต่อกัน ซึ่งหมายถึงการนึกถึงบุญคุณ บุญคุณถือเป็นกุญแจสำคัญของความมั่นคงในชีวิตสังคมของคนไทย⁽⁶⁰⁾ และจากการปลูกฝังในครอบครัวเป็นพื้นฐานให้คนรุ่นหลังมองผู้สูงอายุในฐานะของผู้ที่เคยทำประโยชน์มาก่อน ถือว่าเป็นผู้มีบุญคุณ และวัฒนธรรมที่สะท้อนการเคารพผู้สูงอายุของผู้ที่อ่อนวัยกว่าแสดงออกในหลายลักษณะ นับตั้งแต่ภาษาที่ใช้กับผู้สูงอายุ ภาษาไทยนั้นมีคำศัพท์และน้ำเสียงที่แสดงถึงอาวุโสของบุคคลค่อนข้างเด่นชัด เช่น เรียกผู้ที่แก่กว่าว่าพี่ อ่อนกว่าว่าน้อง⁽¹⁵⁾ และสำหรับผู้สูงอายุนั้น รูปศัพท์ที่ใช้อ้างอิงถึงผู้สูงอายุ จะนิยมใช้คำศัพท์คำเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุทุกคนที่อยู่ในวัยระนาบเดียวกับปู่ตายายของผู้พูด โดยเรียกว่าปู่ หรือย่า หรือตา หรือยาย ทั้งที่บุคคลนั้นไม่ได้มีความผูกพันทางสายโลหิตกับตัวผู้พูดแต่อย่างไร

นอกจากคำเรียกขานแล้ว ภาษากายก็เป็นเรื่องสำคัญของชุมชน เมื่อผู้อ่อนวัยพบปะสนทนากับผู้สูงอายุ ผู้ที่อ่อนวัยกว่าต้องเป็นฝ่ายไหว้ก่อน โดยในการไหว้นั้นผู้อ่อนวัยกว่าต้องค้อมตัว ก้มหัวต่ำกว่าผู้สูงอายุ และต้องใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้สูงอายุ^(16,61) และหากเดินผ่านผู้สูงอายุ ผู้ที่อ่อนวัยกว่าก็ต้องก้มตัวเมื่อเดินผ่านหน้า และต้องไม่หันปลายเท้าชี้เข้าหาผู้สูงอายุ⁽⁶⁰⁾

นอกจากนี้การเชื้อฟังผู้สูงอายุก็ถือว่าเป็นรูปแบบของการแสดงออกซึ่งความเคารพผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง ในสังคมไทยพบว่า ผู้ที่อ่อนวัยกว่าต้องเชื้อฟังและทำตามที่ผู้สูงอายุกว่าแนะนำ⁽⁶¹⁾ อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาในปัจจุบันได้พบว่าทัศนคติของผู้สูงอายุที่เห็นว่าคนหนุ่มสาวในปัจจุบันไม่ค่อยเคารพเชื้อฟังผู้สูงอายุเท่ากับในสมัยก่อน ไม่มาปรึกษาหารือ มองเห็นผู้สูงอายุไม่มีความหมาย หรือมองว่าผู้สูงอายุเป็น “ไดโนเสาร์ เต่าล้านปี” เป็นคนล้าสมัย^(9,12)

พิธีกรรมและประเพณี

ในวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุมักเป็นผู้ได้รับเกียรติให้เป็นแกนนำในการประกอบพิธีกรรม ไม่ว่าจะเป็นในงานบวช งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น และหากมีการชุมนุมหมู่คนเพื่อกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะได้ที่นั่งแถวหน้า หรือในที่ดีๆ และห่างไกลประตู⁽¹⁶⁾ ส่วนประเพณีไทยที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของความสนใจคือประเพณีสงกรานต์ที่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าจะนำเงินหรือสิ่งของมามอบให้กับผู้สูงอายุ และรดน้ำที่มีมือของผู้สูงอายุ ทางภาคเหนือของประเทศไทยมีประเพณีที่มีการแอบให้ของขวัญแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีคนนับถือในชุมชน โดยการเก็บรวบรวมเงินจากคนในชุมชนเพื่อซื้ออาหาร สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ และแอบนำของนั้นไปวางไว้ให้ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุนอนหลับ⁽⁶¹⁾

สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย

ในการสืบทอดวัฒนธรรมนั้น การสื่อสารโดยบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและค่านิยมอาจแสดงออกในสำนวน สุภาษิต และคำพังเพย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะได้รับการกล่าวขวัญถึงในรูปของสำนวน สุภาษิต หรือคำพังเพย ซึ่งสะท้อนทั้งในทางบวกและลบ ในทางบวกจะเป็นไปในทางยกย่องในฐานะปฐนียบุคคล ขณะที่เนื้อหาในทางลบนั้นมักจะเป็นเนื้อหาที่เน้นหนักไปในเรื่องของกามารมณ์ การลดพละกำลังทั้งทางกายและเพศ

และเนื้อหาจะค่อนข้างไปในทางลบสำหรับผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยหากเป็นเรื่องเกี่ยวกับเพศ ผู้สูงอายุหญิงมักจะถูกประณามในทางลบ⁽⁶²⁾

ในสำนวนไทยการเรียกผู้สูงอายุโดยการใช้คำว่า “ร่มโพธิ์ร่มไทร” ถือเป็นการเรียกในทางบวก เพราะความหมายเป็นสำนวนที่เชื่อมโยงผู้สูงอายุกับการเป็นที่พึ่งพิง เป็นที่ปรึกษา ทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองบุตรหลานให้มีความสุข เป็นที่นับถือยกย่อง⁽¹²⁾ หากการใช้คำว่า “ไม้ใกล้ฝั่ง” ให้ความรู้สึกในทางลบว่า เป็นบุคคลที่จวนถึงวันปลายของชีวิต ส่วนสำนวนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในทางบวก เช่น “เดินตามหลังผู้ใหญ่หมาไม่กัด” สะท้อนให้เห็นว่า การเชื่อฟังผู้อาวุโสกว่าหรือประพฤติตามอย่างผู้ใหญ่ย่อมปลอดภัย เพราะผู้ใหญ่ย่อมมีประสบการณ์มากกว่า ส่วนสำนวนที่เป็นเนื้อหาในทางลบ เช่น “วัวแก่กินหญ้าอ่อน” หมายถึง ชายสูงอายุที่ได้เด็กสาวเป็นภรรยา หรือ “เสือเฒ่าจ๋าเสือ” หมายถึง คนแก่เจ้าเล่ห์ ทำกิริยาภายนอกสงบเสงี่ยมให้คนเข้าใจผิดซ่อนความร้ายกาจไว้ภายใน หรือ “เฒ่าหัวงู” ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีเล่ห์เหลี่ยมสามารถหลอกลวงผู้หญิงไปในทางกามารมณ์^(63,64) ในด้านสุภาษิตและคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น “สอนเด็กสอนง่าย สอนผู้ใหญ่สอนยาก” หรือ “ไม้อ่อนดัดง่าย ไม้แก่ดัดยาก” ซึ่งหมายถึง เด็กนั้นสั่งสอนง่าย หากยากสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ^(65,66) สำนวน สุภาษิต และคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนี้นี้ ถือเป็นเอกลักษณ์ในวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนภาพผู้สูงอายุในแง่บวกที่เป็นปฏิกิริยาเช่นเดียวกันกับบุคคลในวัยอื่น

อนึ่ง โดยรวมแล้วในเรื่องของวัฒนธรรมชุมชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ประเด็นของการเคารพผู้สูงอายุนั้นยังขาดแคลนข้อมูลที่ตรวจสอบถึงการเปลี่ยนแปลงในการเคารพผู้สูงอายุในหมู่คนรุ่นหนุ่มสาวหรือวัยเด็ก และปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนกระทบต่อการเคารพผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังควรมีการประมวลข้อมูลเกี่ยวกับประเพณี พิธีกรรม ตลอดจนสำนวน สุภาษิต และคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ

การพัฒนาชุมชนเป็นการพัฒนาให้ประชาชนเกิดความกระตือรือร้นในการที่ช่วยเหลือตนเอง (self-help) ซึ่งเรียกกันหลายชื่อ เช่น การพัฒนาชนบท (rural development) การปรับปรุงหมู่บ้าน (village improvement) หรือการจัดองค์กรชุมชน (community organization) อย่างไรก็ตาม องค์การสหประชาชาติได้เสนอว่าองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาชุมชนคือ การช่วยตนเองของชุมชน (Community self-help) และการให้ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิควิชาการ (technical assistance)⁽⁶⁷⁾ โดยรวมแล้ว การพัฒนาชุมชนคือ การช่วยตนเองและพึ่งตนเองของประชาชน

ความเข้มแข็งของชุมชนเป็นรากฐานที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนาชุมชนเป็นไปได้อย่างดี องค์ประกอบที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็งคือ การมีทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรธรรมชาติหรือทรัพยากรบุคคลในชุมชน การมีกลไกที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มุ่งส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความรู้และมีทักษะที่จะใช้ชีวิตของตนเองในชุมชนอย่างมีความสุข ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต้องพิจารณาถึงเศรษฐกิจของชุมชน รวมถึงการสร้างองค์กรชุมชนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นจากคนภายในชุมชนนั่นเอง⁽⁶⁸⁾

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ นอกจากจะอาศัยพื้นฐานจากหลักการพัฒนาชุมชนแล้วยังต้องผสมผสานกับแนวคิดในการที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ แนวคิดที่เป็นรากฐานในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนคือ แนวคิดประชาสังคม ซึ่งหมายถึง “การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การก่อจิตสำนึก

(civil consciousness) ร่วมกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร (civil group organization) ไม่ว่าจะเป็น ภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคสังคม (ประชาชน) ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาหรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบการจัดการโดยมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย (civil network)⁽⁶⁹⁾

โดยสาระสำคัญและหลักการโดยรวม การที่บุคคลรวมตัวกันเป็นกลุ่มโดยธรรมชาติ มีการร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ถือว่าเป็นการพัฒนาไปตามแนวคิดประชาสังคม การเน้นความร่วมมือร่วมใจระหว่างประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุตามแนวคิดประชาสังคมจึงนับว่าเป็นมิติใหม่ที่น่าจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ

ท่าอย่างใดประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนจะประสานกันในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุได้ ปัญหาข้อนี้ยังไม่มีผลงานวิจัยชิ้นใดเสนอข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม กลไกเบื้องต้นในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุคือ การกระตุ้นจากบุคคลหรือองค์กรภายนอกชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนตระหนักและตื่นตัวเห็นความสำคัญในเรื่องของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจกระตุ้นโดยตรงกับประชากรทั่วไปในชุมชนหรือผ่านผู้นำชุมชน หรือกลุ่มต่างๆ ในชุมชน สมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่มีบทบาทที่สำคัญในการทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ กลุ่มผู้มีบทบาทในชุมชนหรือผู้นำชุมชน กลุ่มคนหนุ่มสาว กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้นำชุมชนอาจเป็นแกนสำคัญในการวางแผนและดำเนินการให้ชุมชนเข้มแข็งในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานทั้งในระดับภายในชุมชนและระหว่างชุมชน หรือระหว่างชุมชนกับองค์กรของรัฐและเอกชนได้เป็นอย่างดี ในขณะที่กลุ่มคนหนุ่มสาวจะเป็นกำลังสำคัญทั้งทางด้านกำลังกาย กำลังความคิดและสติปัญญาในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่สูงอายุก็จะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทาง และสะท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป กลุ่มสุดท้ายที่มีบทบาทอย่างยิ่งคือ กลุ่มผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้เพราะกลุ่มผู้สูงอายุมิได้เป็นกลุ่มคนที่เป็นภาระแก่สังคมเสมอไป ผู้สูงอายุบางท่านยังสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัว ทำงานมีรายได้ และมีประสบการณ์ชีวิต ตลอดจนมีความรู้ความชำนาญที่จะสามารถถ่ายทอดหรือนำมาทำให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้สูงอายุอื่นๆ และชุมชนส่วนรวมได้⁽⁴¹⁾ การประสานงานและการร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เน้นที่การประสานกันแนวนอน (horizontal cooperation) กล่าวคือ ทุกฝ่ายร่วมมือกันอย่างเสมอภาค ไม่ใช่เป็นการสั่งการจากผู้นำชุมชน การประสานดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนถาวร

อย่างไรก็ตาม การรวมตัวของประชาชนแต่เพียงฝ่ายเดียว ถึงแม้เป็นพลังหลักหากแต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ชุมชนมั่นคง การประสานความร่วมมือกับภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรมจะช่วยให้การพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุเป็นไปได้ยิ่งขึ้น ในภาครัฐนั้น หลายหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เช่น กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย หรือสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยทางอ้อมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้งผู้สูงอายุ เช่น กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย เป็นต้นหน่วยงานเหล่านี้มีโครงการตลอดจนบริการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมักจะผ่านทางผู้นำชุมชน ส่วนภาคเอกชนนั้นก็เช่นเดียวกัน สามารถที่จะเป็นแหล่งเกื้อหนุนชุมชนท้องถิ่นได้ ทั้งในเรื่องของงบประมาณ

และโครงการต่างๆ การมีบทบาทร่วมกันของประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีการดำเนินงานในลักษณะหุ้นส่วนกัน ในลักษณะที่มีความเสมอภาค มีการผสมผสานกัน จะมีส่วนสำคัญในการทำให้ชุมชนมั่นคง เข้มแข็ง เพื่อผู้สูงอายุได้ต่อไปในอนาคต

งานวิจัยที่ควรมี

1. ศึกษาวิจัยถึงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุทางเศรษฐกิจและสังคมที่เคยมีในด้านต่างๆ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยแค่ไหน และอย่างไร
2. ศึกษาถึงบทบาทของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรมในชุมชนว่ามีมากน้อยแค่ไหน และกลไกใดบ้างที่จะทำให้บทบาทนี้ของผู้สูงอายุยังคงอยู่และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน
3. ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงในการเคารพผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเคารพผู้สูงอายุ
4. วิจัยบทบาททางการเมืองของผู้สูงอายุในทุกๆระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ โดยศึกษาว่าผู้สูงอายุมีบทบาททางการเมืองระดับใด อย่างไร และศึกษาถึงศักยภาพทางการเมืองของผู้สูงอายุ
5. ส่งเสริมงานวิจัยเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมที่นอกเหนือจากครอบครัวและเครือญาติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนศึกษาถึงกลไกต่างๆ ที่จะทำให้เครือข่ายทางสังคมเข้มแข็งในการทำกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ
6. ศึกษาถึงความต่อเนื่องและความสำเร็จ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ
7. ประมวลข้อมูลเกี่ยวกับประเพณี พิธีกรรม ตลอดจนสำนวน สุภาษิต และคำพังเพยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
8. ศึกษาถึงกลไกในการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

1. ราชบัณฑิตยสถาน พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2530. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด, 2532: 174.
2. สุเทพ เชาวลิติ. หลักการพัฒนาชุมชน. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2524:
3. Atchley RC. The Social Forces in Later Life. An Introduction to Social Gerontology. California: Wadsworth Publishing Company, 1980: 309.
4. ชำนาญ วัฒนศิริ. ความเข้มแข็งของชุมชนและประชาคม. ใน วารสารพัฒนาชุมชน กองฝึกอบรม กรมการพัฒนาชุมชน, ธันวาคม 2532.
5. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 108 ตอนที่ 178 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2534 (ประกาศแก้ไข ฉบับที่ 3 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2539 ความหมายของชุมชนยังคงไม่เปลี่ยนแปลง)
6. พรพนทิพย์ เพชรมาก. **Community** : ชุมชน. ใน สารานุกรมทางสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ (ฉบับทดลองใช้) สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์, 2542: 65.
7. Cowgill, D. **The Social Life of the Aging in Thailand.** In The Gerontologist Vol.8 No.3.
8. นภาพร ขียววรรณ และจอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39, ธันวาคม 2539.
9. ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิณา ศิริสุข และมัลลิกา มัติโก. ไม่ใกล้ฝั่ง สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กองบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
10. Chayovan Napaporn, Malinee Wongsith, Chanpen Saengtienchai. Socio-Economic Consequences of the Aging of the Population Thailand. IPS. Publication No.161/88 Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1988.
11. มานี วังสิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารหมายเลข 269/41, 2541.
12. มัลลิกา มัติโก, ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์ และวิณา ศิริสุข. ร่วมโพธิ์ร่วมไทร สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
13. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. ศักยภาพและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536: 28.
14. มานี วังสิทธิ์. ทศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
15. นิสา ชูโต. คนชราไทย. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พฤษภาคม, 2535.

16. Cowgill, Donald O.. **The Role and Status of the Aged in Thailand.** in Donald O. Cowgill and L.D. Holmes. eds. *Aging and Modernization* New York: Appleton Century Crafts, 1972: 91 - 101.
17. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542.
18. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุ : ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารสถาบันหมายเลข 180/33, ธันวาคม 2533.
19. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มალიณี วงษ์สิทธิ์. ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
20. วิณา ศิริสุข, ปรีชา อุปโยคิน, มัลลิกา มัติโก, สุรีย์ กาญจนวงศ์. พ่อใหญ่แม่ใหญ่. สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
21. ชูชัย ศุภวงศ์ และยุวดี คาดการณ์ไกล. การก่อตัวและเคลื่อนไหวของประชาสังคมไทยด้านสิ่งแวดล้อม. ใน *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ*. สุวิทย์ วิทยุผลประเสริฐ บรรณาธิการ : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
22. เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533: 30 - 34.
23. เสริมพันธุ์ นิธย่นรา. บทบาทของผู้สูงอายุต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในชุมชนชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ใน *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2539: 111.
24. ศรีเมือง พลงฤทธิ์, สุวณี เต็งรังสรรค์ และพจนีย์ ชมิวิศา. ประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการโดยตัวแทนเพื่อนผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ใน *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2542: 33.
25. พิระสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวัน และประเสริฐ รักไทยดี. รายงานการวิจัยเรื่องความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชรา. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
26. กระแสร์ ชนะวงศ์ และอรทัย รวยอาจิน. บทบาทและศักยภาพผู้สูงอายุไทยต่องานสาธารณสุขมูลฐาน. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขของอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
27. เดชา เสงี่ยมือง. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาวิทยาลัยสาขาศึกษานอกกระบวน : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
28. ชนิษฐา นาคะ. วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542: 201 - 202.
29. ทศนา บุญทอง. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2541;16(1):39-40.

30. จุฑาทิพย์ อภิรมย์. ข้อเท็จจริงและทัศนะการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537: 71 - 83.
31. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาว่างของประชากร พ.ศ.2538. กรุงเทพฯ, 2540.
32. เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และสุรีย์ บุญญานุพงศ์. ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
33. กฤษณา บุรณะพงศ์. ผู้สูงอายุกับการขัดเกลาทางสังคมในครอบครัว ในการสืบทอดคุณธรรมแก่เยาวชนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
34. เสฐียรโกเศศ. ประเพณีเกี่ยวกับชีวิตแต่งงานของเสฐียรโกเศศ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม, 2539.
35. จ. เปரிய. ประเพณีมณฑล พิธีมณฑลไทยอีสาน. กรุงเทพฯ: อำนวยสาส์น, 2526.
36. เสฐียรโกเศศ. ประเพณีเนื่องในการเกิด. งานนิพนธ์ชุดประเพณีไทยของเสฐียรโกเศศ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม, มิถุนายน 2539.
37. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. ชีวิตไทยชุดบรรพบุรุษของเรา. กระทรวงศึกษาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, 2537.
38. ม.จ. พูนพิสมัย ดิสกุล. ประเพณีพิธีไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2522.
39. อภิธาน สมใจ. งานศพล้านนา ปราสาทนกกหัสติลังค์สุ่มไม้ศพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
40. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. สงกรานต์. กระทรวงศึกษาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, 2533.
41. มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ รายงานเบื้องต้น. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารสถาบันหมายเลข 263/41, สิงหาคม 2541.
42. สถิตย์ นิยมญาติ. รายงานวิจัยเรื่องวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท (ศึกษาเฉพาะกรณีภาคใต้ของประเทศไทย). คณะสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
43. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. งานวิจัยด้านวัฒนธรรม. จัดทำโดยฝ่ายวิจัยร่วมกับศูนย์วิจัยการเรียนการสอนและศูนย์วัฒนธรรมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, 2537.
44. สุนันทา สุวรรณโณม, ศิริวรรณ ศิริบุญ และวิเชียร ปิยะวรากร. ประมวลสถิติและการวิเคราะห์ทางประชากร การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ.2535 พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2539. เอกสารสถาบันหมายเลข 251/40 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กันยายน 2540.
45. Van Landingham, Mark; John Knodel; Wassana Im-em and Chanpen Saengtienchai. Impact of HIV/AIDS. On Older Population in Developing Countries : Some Observation based upon the Thai Case. University of Michigan, October 1999.

46. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม, สุดสงวน สุธีสร. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ. พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. เอกสารกองบริหารงานวิจัยหมายเลข 006/40 มหาวิทยาลัยมหิดล, กุมภาพันธ์ 2540.
47. Chayovan Napaporn and John Knodel. "Thai: Elderly and Their Kin: Availability and Contacts." A paper presented at the international conference on "Emerging Policy Issues on Aging in Asia and Research Response" organized Jointly by the Institute of Economic and Academic Sinica and Population Studies Center, University of Michigan, 13 - 15 January, 1997, Taipei, Taiwan.
48. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. เอกสารกองบริหารงานวิจัย หมายเลข 015/41 มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
49. กรมประชาสงเคราะห์. รายงานประจำปี. กองความมั่นคงแห่งสังคม 2542. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2542.
50. บรรลุ ศิริพานิช ฉลาด ถิระพัฒน์ มรกต สิงห์เชนทร์ พนิษฐา พานิชชีวะกุล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. ชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม 2539. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิญญูญาณ, กรกฎาคม 2539.
51. ประสิทธิ์ ลีระพันธุ์ และเพ็ญประภา ศิริโรจน์. สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ. เสนอใน การประชุมวิชาการระดับชาติ "บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต." สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์, 23 - 24 ธันวาคม 2542.
52. มალიณี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สิงหาคม 2541.
53. กองสวัสดิการสงเคราะห์. โครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน. เอกสารโรเนียวกรมประชาสงเคราะห์.
54. ทรงธรรม สอนิยะ. สวัสดิการผู้สูงอายุ : การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พ.ศ.2540: 110 - 111.
55. พระยาอนุมาณราชธน. เรื่องวัฒนธรรม. กรรมการสภาวัฒนธรรมแห่งชาติ. พระนคร: กระทรวงวัฒนธรรม, 2496.
56. อมรา พงศาพิชญ์. วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ : วิเคราะห์สังคมไทยแนวมานุษยวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
57. เอนก นาวิกมูล. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการ เรื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงแรม สุคนธา อำเภหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

58. ศาสตราจารย์เชื้อ สารีมาน. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการ เรื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงแรมสุคนธา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.
59. เสรี หวังในธรรม. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการ เรื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงแรมสุคนธา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.
60. Anthony Pramualratna. The Impact of Societal Change and Role of the Old in a Rural Community in Thailand. in Changing roles and Statuses of women in Thailand : a Documentary assessment. Bencha Yoddumnern-Attig et al ed. Institute of Social Research, Mahidol University, 1992.
61. Dayton Berit Ingersoll and Chanpen Saengtienchai. "Respect for The Elderly in Asia: Stability and Change." The University of Michigan. Paper for presentation at the 16th Congress of the International Association of Gerontology. Singapore, August 1997.
62. มาลินี วงษ์สิทธิ์. ทศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารสถาบันหมายเลข 201/35. ตุลาคม 2535.
63. วาสนา บุญสม และสมบัติ ตั้งก่อเกียรติ. สำนวนสิบสองราศี. กรุงเทพฯ: สามัคคีสาร จำกัด, 2540.
64. ศักดิ์ศรี แย้มนัตตา. สำนวนไทยที่มาจากวรรณคดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
65. คณะอนุกรรมการเผยแพร่เอกลักษณ์ของไทย. ภาชิตไทย. คณะกรรมการเอกลักษณ์ของชาติ สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. พิมพ์เผยแพร่ในโอกาสสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ 200 ปี, 2525.
66. ไพโรจน์ อยู่มนเทียร. สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, ธันวาคม 2540.
67. ทศนีย์ ลักษณะนิชนชัย. การสังคมสงเคราะห์ชุมชน. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
68. อุทัย ดุลยเกษม และเอนก นาคะบุตร. เสริมความแข็งแรงให้ตำบลจากวิถีคิดสู่วิถีปฏิบัติ. ใน รวมบทความชุดประชาสังคม สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา กรมการปกครอง, 2541.
69. ชูชัย ศุภวงศ์. แนวคิด พัฒนาการ และข้อพิจารณาเกี่ยวกับประชาสังคมไทย. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา หนังสือชุดประชาสังคม ลำดับที่ 4, มีนาคม 2540.

บทที่ 8 : การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ

ผศ. เล็ก สมบัติ

ความนำ

เรื่องของผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันได้รับความสนใจมากขึ้น ด้วยการกระตุ้นจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ ปัจจัยภายนอกที่สำคัญมาจากการรณรงค์โดยองค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกที่ประกาศให้มีการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ และองค์การพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ เช่น HelpAge International ที่ได้มีกิจกรรมด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยมานานมากกว่าสิบปี ส่วนปัจจัยภายในที่สำคัญมาจากสามส่วน คือ หนึ่ง-การที่การจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวและการดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุของรัฐและหน่วยงานต่างๆ อาทิ การรณรงค์วันผู้สูงอายุแห่งชาติ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่มีการกระจายไปในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ และการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ สอง-การที่รัฐธรรมนูญฉบับที่ประกาศใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้ระบุชัดเจนถึงพันธกิจที่ต้องมีแก่ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส และสาม-ความตื่นตัวในแวดวงวิชาการ ที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านการศึกษาวิจัย การจัดประชุมสัมมนาวิชาการ งานฝึกอบรม และงานพัฒนาองค์กรด้านวิชาการต่างๆ

พัฒนาการของการบริหารจัดการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ในการศึกษาบทวนถึงพัฒนาการของการบริหารจัดการ และการดำเนินงานผู้สูงอายุในที่นี้ ได้กำหนดกรอบการศึกษาที่จะแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการการบริหารจัดการในรูปแบบต่างๆ ดังนี้คือ ประการแรก ครอบคลุมแนวทางในการปฏิบัติในรูปแบบของนโยบายและแผนซึ่งอาจจะกำหนดขึ้นโดยบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ ประการที่สอง ครอบคลุมการออกกระเปียบ กฎหมาย และข้อกำหนดที่สนับสนุนรองรับการปฏิบัติ และประการที่สาม ครอบคลุมภาระกิจที่หน่วยปฏิบัติในระดับต่างๆ จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ

■ แนวทางปฏิบัติในรูปแบบนโยบายและแผน

นโยบายเป็นกรอบหรือแนวทางที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจและอุดมการณ์ที่ต้องการกระทำ เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหา และเป็นแนวทางที่ต้องการมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการก่อเกิดนโยบายย่อมมีหลายทางขึ้นอยู่กับกรอบหรือแนวทางที่เราต้องการจะให้เกิดขึ้น การก่อเกิดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุมิที่มาได้หลายทาง ทั้งจากปัจจัยภายใน คือ ผู้นำประเทศหรือผู้บริหารองค์กร และปัจจัยภายนอก คือ การผลักดันจากนโยบายของหน่วยงาน องค์การภายนอกประเทศ

สำหรับนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสมัยแรกๆ มีที่มาจากค่านิยม ความพึงพอใจ และความต้องการของผู้คนในยุคนั้น (elite model)⁽¹⁾ อันเป็นการสร้างความนิยมจากประชาชนและเพื่อให้เกิดความสงบสุขในสังคม โดยศึกษาวิเคราะห์จากเหตุการณ์ในสมัยที่ จอมพล ป. พิบูลสงคราม (นายกรัฐมนตรี) มีนโยบายให้กรมประชาสัมพันธ์ จัดสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อให้การสงเคราะห์คุ้มครองและดูแล

ทั้งผู้สูงอายุและบุคคลที่เร่ร่อน ถูกทอดทิ้ง ซึ่งในรัฐบาลยุคนั้นต้องการสร้างค่านิยมความเป็นชาติและต้องการสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้ปรากฏแก่สังคมโลก และภายหลังการปฏิวัติของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้มีนโยบายด้านการสังคมสงเคราะห์สำหรับบุคคลหลายประเภททั้งคนยากจน คนไร้ที่พึ่ง คนพิการ ทุพพลภาพ ผู้ประสบภัยพิบัติ ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ⁽²⁾ ซึ่งเป็นการดำเนินนโยบายเพื่อสร้างความนิยมให้กับผู้นำและความสงบในสังคม

การกำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนาประเทศ เริ่มได้รับความสำคัญจากรัฐบาลมากยิ่งขึ้น โดยมีการก่อตั้งหน่วยงานเพื่อกำหนดนโยบายและแผนขึ้น คือ สภาเศรษฐกิจแห่งชาติ หรือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปัจจุบัน บทบาทและหน้าที่ของการกำหนดนโยบายและแผนหลักของประเทศจึงเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของสถาบัน (institutional model) ซึ่งนอกจากจะมีสถาบันหลักแล้วยังมีสถาบันอื่นที่ได้รับการมอบหมายให้มีหน้าที่ในระดับกระทรวง ระดับกรม หรือระดับคณะกรรมการขึ้นมาทำหน้าที่กำหนดแผนให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงแนวคิดและอุดมการณ์ของนโยบายและแผนชาติพบว่า ในการจัดทำแผนพัฒนาประเทศในยุคเริ่มต้นนั้น เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นวัตถุประสงค์หลัก และในทศวรรษแรกของการวางแผนพัฒนาประเทศ (ตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 1 ถึง แผนพัฒนาฉบับที่ 3) การวางแผนทางด้านสังคมจึงมีลักษณะของการจัดบริการด้านต่างๆ เพื่อมุ่งยกระดับมาตรฐานการครองชีพของประชาชนด้วยการเพิ่มกำลังการผลิตของประเทศและรายได้ประชาชาติ การพัฒนาทางด้านสังคมของประเทศจึงเป็นเพียงการแสดงความรักเมตตาต่อมวลชน ด้วยการสังคมสงเคราะห์ และการทำนุบำรุงส่งเสริมศีลธรรมวัฒนธรรมอันดีงามของชาติ สาระสำคัญในแผนการประชาสงเคราะห์จึงเน้นหนักไปในการสงเคราะห์ช่วยเหลือ และส่งเสริมการคุ้มครองสวัสดิภาพบุคคลที่มีปัญหา เช่น ผู้ประสบภัยธรรมชาติ คนชรา หญิงไร้อาชีพ เป็นต้น^(2,3,4) ดังนั้นจึงพิจารณาได้ว่า ในยุคเริ่มต้นของการกำหนดนโยบายและแผนระดับชาตินั้น กลุ่มผู้สูงอายุ จะได้รับการระบุในแผนในฐานะของบุคคลผู้ที่มีปัญหาที่ควรให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือและให้ความคุ้มครอง

การเตรียมการเพื่อกำหนดนโยบายและแผนในแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 3 มีการใช้หลักวิชาการเข้ามาช่วย โดยได้มีการสรุปการสงเคราะห์คนชราในระยะที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ว่าได้ให้การสงเคราะห์คนชราจำนวน 1,500 คน และมีการคาดการณ์จำนวนประชากรในขณะสิ้นแผนพัฒนาฉบับที่ 3 คือปีพ.ศ.2519 ว่าจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 2.4 ล้านคน แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุในแผนพัฒนาฉบับที่ 3 นี้ได้รวมไว้ในกลุ่มบุคคลอื่นในลักษณะการสงเคราะห์รูปแบบต่างๆซึ่งมีทั้งกลุ่มสตรี เด็ก คนชรา และคนพิการ โดยให้มีบริการการสงเคราะห์ และการจัดสถานสงเคราะห์ให้แก่กลุ่มบุคคลดังกล่าว⁽⁴⁾ และต่อมาในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)⁽⁵⁾ กลุ่มผู้สูงอายุถูกกำหนดชัดเจนว่าเป็น “กลุ่มผู้มีปัญหาทางสังคม และกลุ่มเป้าหมายพิเศษ” ซึ่งประมาณว่ามีอยู่ 1.68 ล้านคน และมีผู้สูงอายุบางส่วนถูกทอดทิ้งเนื่องจากความตกต่ำของภาวะเศรษฐกิจและสังคม และในจำนวนนี้รัฐบาลสามารถให้บริการได้เพียงปีละ 1,500 คน จึงได้กำหนดแนวทางและมาตรการในการแก้ไขคือ ให้มีการสำรวจจำนวนคนชราที่เข้าข่ายรับการสงเคราะห์และสนับสนุนให้องค์กรเอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการด้วย

นโยบายด้านการพัฒนาสังคมได้เริ่มกำหนดนโยบายโครงสร้างและการกระจายบริการสังคมในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (2525-2529)⁽⁶⁾ เพื่อให้สังคมสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในอนาคต นอกจากจะลดอัตราเพิ่มของประชากรแล้วยังมุ่งพัฒนาคุณภาพประชากร

และการพัฒนาจิตใจ และการเสริมสร้างสังคมให้เป็นระเบียบ มีวินัย วัฒนธรรม ศีลธรรมจริยธรรมอันดีงาม และ ได้กำหนดเป้าหมายการเร่งรัดและฟื้นฟูสถาบันในระดับบ้าน โรงเรียน ให้มีบทบาทในการสร้างค่านิยม จริยธรรม ความมีระเบียบและการศึกษาหน้าที่ของเด็กและเยาวชนของชาติ⁽⁶⁾ โดยเริ่มให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว ในฐานะที่เป็นหน่วยผลิตและพัฒนาคุณภาพพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และครอบครัวยังถูกคาดหวังให้มี บทบาทในการพัฒนาคุณภาพพื้นฐานของสังคมส่วนรวมด้วย สำหรับกลุ่มประชากรสูงอายุจะอยู่ในความหมาย ของครอบครัวในฐานะสมาชิกที่มีบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับคนอื่นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพของสมาชิกใน ครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2525- 2544) ขึ้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

แนวความคิดดังกล่าวยังคงมีอยู่จนถึงแผนพัฒนาฉบับที่ 6 โดยให้ความสำคัญแก่การพัฒนาสังคมใน ระดับพื้นฐาน คือ ตั้งแต่สล้ม คน ครอบครัว และชุมชนอันเป็นส่วนย่อยของสังคมให้มากขึ้น สนับสนุนให้มีขนาด และโครงสร้างของประชากรที่เหมาะสมและมุ่งพัฒนาคนให้เป็นคนดี มีความสามารถและบทบาทที่เหมาะสมต่อ การพัฒนาประเทศ ซึ่งในแนวทางดำเนินการได้กำหนดมาตรการต่างๆที่จะให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชนมี คุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสังคมด้านการป้องกัน และปราบปราม อาชญากรรม และป้องกันยาเสพติด และแก้ไขปัญหาสังคมโดยส่วนรวมมากขึ้น⁽⁷⁾ และกำหนดให้มีวันครอบครัว เป็นครั้งแรก โดยกำหนดให้วันที่ 14 เมษายนของทุกปีเป็นวันครอบครัวแห่งชาติ ภายใต้คำขวัญที่ว่า “ความรัก ความเข้าใจ คือ สายใยของครอบครัว” รมณศรีให้ทุกฝ่ายเห็นความสำคัญร่วมกันและดำเนินโครงการต่างๆที่ เกี่ยวข้องกับครอบครัว จากแผนพัฒนาฉบับที่ 6 มีนัยของการให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในกลุ่มของ “ครอบครัว” ด้วย โดยมีความหมายว่า หาก “ครอบครัว” มีความรักความเข้าใจย่อมหมายถึง สมาชิกทุกคน (รวมทั้งผู้สูงอายุ) จะมีความสุขด้วย

แนวคิดเรื่องการพัฒนาสถาบันครอบครัว ยังคงได้รับการกำหนดให้เป็นแนวนโยบายที่สำคัญมาจนถึง แผนฉบับที่ 7 โดยได้ระบุแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาสถาบันครอบครัวกำหนดให้มีการเสริมสร้างความ มั่นคงของสถาบันครอบครัว⁽⁸⁾ มีมาตรการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัว ตลอดจนชุมชน ให้ตระหนักและรับรู้ในปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการจัดการกับ ปัญหา มีการกำหนดนโยบายและแผนระยะยาวด้านครอบครัว (พ.ศ.2537-2546)⁽⁹⁾ ขึ้น ซึ่งมีแนวนโยบายให้ ครอบครัวมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การสร้างความรู้ สร้างความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องเข้าสู่ วัยสูงอายุ โดยมีความมุ่งหมายชัดเจนที่จะสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือสมาชิกทุกคน (รวมทั้งผู้สูงอายุ) ให้ได้รับสวัสดิการด้านต่างๆที่พึงได้รับเพื่อความมั่นคงของสถาบันครอบครัว ในส่วนของการนำ นโยบายไปปฏิบัติ นั้น รัฐบาลได้กำหนดให้มีการจัดทำนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535- 2554) ขึ้นเพื่อให้หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐบาลและเอกชนมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นไปอย่างสอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

แนวคิดการพัฒนาประเทศเริ่มเปลี่ยนแปลงโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในแผนฉบับที่ 8 (2540-2544)⁽¹⁰⁾ การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะช่วยให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ ดีขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดูจัดเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ต้องได้รับการจัดสวัสดิการโดยการ เพิ่มเบี้ยยังชีพ ให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และสนับสนุนสถานพยาบาลเอกชน องค์การศาสนา องค์การ

เอกชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชนให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ส่งเสริมบทบาทของสถาบันครอบครัวให้เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มืองค์กรหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ และให้มีการวางแผนระดับหน่วยงานให้สอดคล้องกับแผนชาติ

จากการศึกษาทบทวนการกำหนดนโยบายและแผนในระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการวางแผนจนถึงแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 8 วิเคราะห์ได้ว่า ในระยะ 3 แผนแรก ผู้สูงอายุจะได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือตามสภาพการเกิดปัญหา ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านที่เกิดขึ้น และในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 4 ได้มีกระแสผลักดันจากภายนอกให้เพิ่มความสนใจต่อผู้สูงอายุมากขึ้น นั่นคือการรณรงค์เรียกร้องขององค์การสหประชาชาติที่ต้องการให้ประเทศสมาชิกให้ความสนใจต่อผู้สูงอายุ และให้เริ่มจัดเตรียมข้อมูลเอกสารเข้าร่วมประชุมของกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติในปีพ.ศ.2525 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย และนับจากแผนพัฒนาฉบับที่ 5 เป็นต้นมา จะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในฐานะสมาชิกของสังคมที่มีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าทั้งในครอบครัวและในสังคม

▪ การอกระเบียบ กฎหมาย และข้อกำหนดที่สนับสนุน และรองรับการปฏิบัติ

การดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุรัฐต้องหาแนวทางและมาตรการทางกฎหมายเข้ามาสนับสนุน ทั้งนี้เพราะกฎหมายเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหา และวางระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนในสังคมและการบริหารประเทศโดยรวม จากการทบทวนรายงานต่างๆ พบว่า ปัจจุบันยังไม่มีการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ที่มีอยู่เป็นลักษณะการแทรกอยู่ในกฎหมายบางฉบับที่ไม่ได้เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้อย่างเท่าเทียมกัน^(11,12,13) อาทิ ประมวลกฎหมายอาญา หมวดที่ว่าด้วยความผิดฐานทอดทิ้งเด็ก คนป่วยเจ็บ หรือคนชรา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หมวดที่ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของบิดามารดาและบุตร พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการที่กำหนดไว้เป็นระเบียบชัดเจน เกี่ยวกับการรับบำเหน็จบำนาญของผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ที่ปฏิบัติงานในระบบราชการ และพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมพ.ศ.2537 ซึ่งบัญญัติให้ลูกจ้างมีสิทธิเป็นผู้ประกันตนเพื่อรับประโยชน์ทดแทนด้วยกรณีต่างๆ รวมทั้งกรณีชราภาพ⁽¹²⁾

รัฐบาลได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ซึ่งได้มีบทบัญญัติในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจนที่แสดงให้เห็นความตั้งใจของรัฐที่เล็งเห็นความสำคัญและมีความประสงค์อย่างเป็นทางการที่จะจัดให้มีกฎหมายสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์และเป็นธรรมแก่ผู้สูงอายุโดยเท่าเทียมกัน ดังในมาตรา 54 บัญญัติว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ซึ่งหมายความว่ารัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการบัญญัติกฎหมายและกำหนดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้สอดคล้องตามมาตรา 54 ในรัฐธรรมนูญ โดยไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ⁽¹²⁾

อนึ่งในปัจจุบันได้มีการจัดทำร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุขึ้น และอยู่ในขั้นตอนเพื่อเตรียมการเสนอต่อรัฐสภา แต่ยังขาดความชัดเจนในประเด็นของสิทธิประโยชน์ที่จะให้แก่ผู้สูงอายุและการใช้ถ้อยคำในตัวบทกฎหมายไม่เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน อันจะก่อให้เกิดปัญหาในการตีความได้⁽¹²⁾ นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้ดำเนินการจัดทำกฎหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบายผู้สูงอายุที่จะให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการ คือ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ซึ่งอยู่ในขั้นตอนรอประกาศในราชกิจจานุเบกษา ตามสาระสำคัญในพระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้หน่วยงานใน

ส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การสงเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาเรื่องความชัดเจนของการบริหารงานด้านสวัสดิการว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบ⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่ามีพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดแนวทาง มาตรการเกี่ยวกับการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุทั้งในด้านการศึกษา การประกันการชราภาพ การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล และการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพที่ได้ถูกกำหนดขึ้นรองรับการปฏิบัติงาน สำหรับผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ตามรายละเอียด ดังนี้⁽¹²⁾

1) การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตลอดชีวิตตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 มาตรา 8(1) ได้กำหนดหลักการในการจัดการศึกษาไว้โดยให้ยึดหลักเป็นการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับประชาชน ซึ่งการศึกษาตลอดชีวิตนี้เป็นการศึกษาที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสที่จะศึกษาหาความรู้เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนได้

2) การรักษาพยาบาล กำหนดให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยให้ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เป็นการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ.2535

3) ด้านบริการสังคม ผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างและเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 จะได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ และนอกจากนี้ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับการจัดสวัสดิการโดยกรมประชาสัมพันธ์ เช่นเดียวกับ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนและถูกทอดทิ้งจะได้รับเบี้ยยังชีพรายละ 200 บาทต่อเดือน ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2535 ที่เห็นชอบให้กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ดำเนินการโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน เพื่อจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุยากจนและถูกทอดทิ้งเป็นเงินเบี้ยยังชีพ โดยได้กำหนดระเบียบกรมประชาสัมพันธ์ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน พ.ศ.2536 เป็นแนวทางในการดำเนินการจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุดังกล่าว เป็นเงินรายละ 200 บาทต่อเดือน จนถึงแก่กรรมหรือถ้าพิสูจน์ได้ว่าผู้สูงอายุมีผู้อุปการะเลี้ยงดู และหรือครอบครัวมีฐานะช่วยเหลือตนเองได้ให้ระงับการช่วยเหลือ และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2542 เห็นชอบมาตรการการคลังเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและบรรเทาผลกระทบทางสังคมตามที่กระทรวงการคลังเสนอ โดยงานโครงการปีงบประมาณ 2542 ในส่วนของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้กำหนดให้เพิ่มเงินให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในภาวะเศรษฐกิจถดถอยคนละ 100 บาทต่อเดือน เฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ.2543 โดยให้จ่ายเงินสงเคราะห์ดังกล่าวเป็นรายงวด งวดละ 3 เดือน รวมเป็นเงิน 900 บาทต่อคนต่องวด

4) ระเบียบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการในส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นการจัดสวัสดิการโดยทางอ้อม โดยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังในพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกรมประชาสัมพันธ์ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ” มีรายละเอียดดังนี้

- พระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พ.ศ.2537 มาตรา 3(2) ที่บัญญัติให้กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการสงเคราะห์ และการจัดสวัสดิการแก่คนชรา คนไร้ที่พึ่ง สตรี ครอบครัวยุติธรรมผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ครอบครัวยุติธรรมผู้ยากไร้และประชาชนผู้ประสบปัญหาทางสังคม

- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี โดยอาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 11(8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 เพื่อจัดให้มีองค์การดำเนินการควบคุมดูแลและส่งเสริมงานสวัสดิการสังคมเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประเทศและระดับจังหวัด

- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2542 ระเบียบฉบับนี้ออกโดยนายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีโดยอาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 11(8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 เพื่อจัดให้มีคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ประกอบด้วยกรรมการโดยตำแหน่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจและประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน จำนวน 29 คน กับกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกิน 10 คน ทั้งนี้โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ

■ **ภารกิจที่หน่วยปฏิบัติการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ**

จากการกำหนดนโยบายและแผนของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการออกกฎหมาย พระราชบัญญัติและระเบียบต่างๆได้เข้ามามีบทบาทในการรับผิดชอบจัดบริการด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุ โดยมีหมายเหตุภาระหน้าที่ผ่านไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนของนักวิชาการ^(14,15) พบว่ามีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดังนี้ คือ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัย และกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รับผิดชอบด้านการจัดบริการด้านสังคม กระทรวงศึกษาธิการรับผิดชอบด้านการศึกษา ศิลป และวัฒนธรรม และมีหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงคมนาคม และกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

◇ การดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ นับเป็นการดำเนินงานหลักที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และมีการพัฒนาในทุกๆด้าน ทั้งด้านการจัดบริการ การศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการ การฝึกอบรม การประชุมวิชาการเพื่อระดมความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติให้สอดคล้องและทั่วถึง ปัจจุบันได้มีความพยายามผลักดันไปสู่การออกกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม⁽¹⁶⁾

การจัดบริการด้านสุขภาพเริ่มเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปีพ.ศ.2505 เป็นการกำหนดโครงการในหน่วยงานระดับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชื่อโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาท พญาไท นับเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่เริ่มโครงการนี้ และในปีเดียวกันโรงพยาบาลได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีการรวบรวมสมาชิกจัดประชุมเป็นครั้งแรก มีการบรรยายให้ความรู้แก่สมาชิก เรื่องสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ^(14,15,17,18) ในเวลานั้นเป็นการริเริ่มจากกิจกรรมเล็กๆระดับโครงการแล้วจึงมีการรวมกลุ่มของผู้สนใจและผู้เกี่ยวข้องระดับนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเข้าเป็นสมาชิก⁽¹⁴⁾

ต่อมาจึงมีการเปิดคลินิกผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลเฉพาะกลุ่มและมีการศึกษาวิจัยโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นเรื่องแรกโดยการสนับสนุนของมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์^(14,17) ซึ่งเป็นหน่วยงานเอกชนหน่วยแรกที่สนับสนุนให้มีกิจกรรมด้านสุขภาพและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย การดำเนินการในระยะเริ่มต้นนี้มีอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่งในส่วนกลาง ไม่มีการขยายบริการหรือริเริ่มในส่วนภูมิภาค^(14,17-19)

การให้ความสนใจผู้สูงอายุอย่างจริงจังได้เริ่มขึ้นอีกครั้งในปีพ.ศ.2522 ภายหลังที่องค์การสหประชาชาติมีมติให้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุในปีพ.ศ.2525 และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมระดับชาติและจัดให้มีแผนปฏิบัติการระยะยาวที่จะให้หลักประกันทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ^(14,17,18) ในปีพ.ศ.2522 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเรื่องผู้สูงอายุขึ้นเพื่อมารับข้อเรียกร้องขององค์การสหประชาชาติ และในปีพ.ศ.2523 ได้แต่งตั้งคณะทำงานและคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น^(14,17-19) คณะทำงานและคณะกรรมการชุดนี้ได้ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมกิจกรรมทางวิชาการโดยการจัดประชุมวิชาการ ให้ความรู้แก่ประชาชน ริเริ่มโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือประสานงานกับโรงเรียนแพทย์และองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกประเทศ นับว่าเป็นการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุครั้งแรกที่มีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เฉพาะด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุและก่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบและเป็นแบบแผนในเวลาต่อมา และหลังจากที่รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นในปีพ.ศ.2525 ก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นเพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบประสานโครงการในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและภาคเอกชน⁽¹⁹⁾ มีการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญ คือ มีการวางแผนสำรวจและกำหนดเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล-สถานพยาบาลทั่วประเทศ มีการจัดทำแผนงานโครงการควบคุมโรคผู้สูงอายุไว้ในงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในแผนพัฒนาสาธารณสุขของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (2530-2534) ปีพ.ศ.2533 มีการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” ผลจากการประชุมครั้งนี้ มีมติให้บรรจุหลักสูตรการดูแลรักษาผู้สูงอายุไว้ในหลักสูตรทุกระดับ ให้มีคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุในระดับกระทรวง เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานให้เกิดการปฏิบัติทั้งในระดับนโยบาย แผน และระดับปฏิบัติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกัน

การบริการด้านสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปฏิบัติแพร่หลายมากขึ้น โดยในปีพ.ศ.2534 มีการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุตลอดจนจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ และจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นครั้งแรก มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุถึง 48.5 ล้านบาทในปีนั้น⁽¹⁸⁾ และในปีพ.ศ.2535 ได้จัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานและประสานการดำเนินงานผู้สูงอายุในกระทรวงสาธารณสุข ผลของการเคลื่อนไหวของสถาบันทำให้รัฐบาลประกาศนโยบายชัดเจน “ให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโดยให้ได้รับบัตรสงเคราะห์ในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง” โดยในปีพ.ศ.2535 นี้ได้รับการจัดสรรงบประมาณ 267 ล้านบาท⁽²⁰⁾

จากรายงานเรื่องกิจกรรมด้านผู้สูงอายุของคณะกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564) ในด้านสุขภาพอนามัย พบว่า ผลการดำเนินงานในแผนระยะยาวฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-พ.ศ.2544) ได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชน และสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านทั่วประเทศประมาณ 4,000 ชมรม⁽²¹⁾

ในการดำเนินการวิชาการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาความรู้ทางวิชาการควบคู่ไปด้วยกัน โดยในระยะเริ่มดำเนินการ เป็นวิชาการในรูปแบบการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรค รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป^(17,18)

การศึกษาบ่มเพาะพัฒนาความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุข พบว่าหลังจากการเปิดคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลประจำแล้ว การดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยก็ได้มีการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการทำงานกับผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และมีการให้ความรู้แก่ประชาชนให้เตรียมตัวในการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเน้นด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย และอารมณ์จิตใจ⁽¹⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการจัดการสัมมนาทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อการประมวลความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน และจากการสัมมนาแต่ละครั้งส่งผลให้มีการดำเนินการใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ดังเช่นการสัมมนาวិชาการระดับชาติครั้งแรกเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” (พ.ศ.2524) นับว่าเป็นการประชุมวิชาการว่าด้วยเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นครั้งแรกที่ได้รวบรวมความรู้ความเข้าใจตลอดจนการจัดบริการและปัญหาอุปสรรคต่างๆและมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและการปฏิบัติงานของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และผลจากการประชุมครั้งนี้⁽¹⁸⁾ ทำให้สามารถประมวลความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เข้าประชุมเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ และใช้เป็นแผนแม่บทในการทำแผนปฏิบัติการด้านต่างๆในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในปีเดียวกันนั้นมีการสัมมนาวិชาการเรื่อง “บทบาทขององค์กรต่างๆในการวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ” จากการสัมมนารั้งนี้ นับว่ามีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดมีคณะกรรมการระดับชาติขึ้นในปีพ.ศ.2525 รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน และดำเนินกิจกรรมระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยได้นำมติจากการสัมมนาระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการทำแผน การสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 ว่าด้วยเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” (พ.ศ.2533)⁽¹⁸⁾ เป็นการติดตามผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานตลอดจนปัญหาอุปสรรคของการบริการสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุของประเทศ ผลจากการประชุมครั้งนี้มีความก้าวหน้าต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้นว่ามีมติให้มีการณรงค์สัปดาห์ผู้สูงอายุแห่งชาติปีละ 1 ครั้ง ให้มีการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรให้เพียงพอต่อการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ให้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุให้ครบทุกสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ให้จัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นเป็นสถาบันอิสระ และจัดตั้งองค์กรผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในเมืองและในชนบท ตลอดจนให้มีการผสมผสานกิจกรรมของผู้สูงอายุเข้ากับกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายอื่นของชุมชน⁽¹⁸⁾ และในพ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานระดับกองขึ้นในกรมการแพทย์ เพื่อเป็นหน่วยงานกลางประสานงานทั้งด้านวิชาการและการจัดบริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ⁽¹⁸⁾

ปีพ.ศ.2536 ได้มีการจัดสัมมนาในระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่อง “การประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ” จากการประชุมครั้งนี้ มีมติและข้อเสนอแนะให้จัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศ กำหนดอัตราส่วนเตียงผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลอย่างเป็นสัดส่วนแน่ชัด รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข่าวสารด้านผู้สูงอายุ พัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ เตรียมความรู้ด้านการดูแลตนเอง (self care) ให้แก่ผู้สูงอายุ และในปีนี้ได้มีการกำหนดวันที่ 13 เมษายน ของทุกปีเป็น “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” ⁽¹⁸⁾

อนึ่งในการจัดทำแผนระดับกระทรวง ที่บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแผนงานที่สำคัญ 4 แผนงาน คือ แผนงานบริการสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพ แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในหลายๆประการที่ยังไม่บรรลุตามแผนงานที่กำหนดไว้⁽²⁰⁾

ผลการดำเนินงานในระหว่างปีพ.ศ.2525-พ.ศ.2544 ที่คณะอนุกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2 สรุปไว้ในเรื่องการพัฒนาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขในด้านต่างๆ ดังนี้ การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ได้จัดหลักสูตรพยาบาลผู้สูงอายุระดับปริญญาโทในมหาวิทยาลัยต่างๆ จัดหลักสูตรพยาบาลผู้สูงอายุ 6 เดือน และหลักสูตรพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุข โดยการจัดอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับแพทย์ 2 ปีต่อครั้ง ครั้งละ 50 คน อบรมการดูแลสุขภาพสำหรับพยาบาล 100 คนต่อปี อบรมวิทยากรเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และอบรมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแก่บุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น⁽²¹⁾

❖ การดำเนินการด้านสังคม การดำเนินการด้านบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและบริการภาคประชาชนนั้นมีความสำคัญอีกด้านหนึ่ง เป็นลักษณะการจัดบริการที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้คือ ช่วยให้มีที่อยู่อาศัย มีปัจจัยพื้นฐานเพียงพอต่อการครองชีพ มีกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง และได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและสังคม และได้รับการศึกษาเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเองได้ การดำเนินการด้านสังคมดังกล่าวจัดขึ้นในลักษณะของการดำเนินงานในสถาบัน การดำเนินงานในชุมชน และการสร้างองค์กรและเครือข่ายชุมชน

การดำเนินการในสถาบัน (institutional service) ด้านการบริการสังคมโดยองค์กรภาครัฐบาลที่เป็นรูปธรรมและแสดงให้เห็นถึงการเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการตามแนวคิดแบบตะวันตกด้วยการจัดสวัสดิการพื้นฐานให้แก่ประชาชนรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุเริ่มขึ้นในปีพ.ศ.2496 โดย จอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี ได้นำแนวคิดในการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุภายหลังการศึกษาจากต่างประเทศมอบหมายให้กรมประชาสงเคราะห์จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นแห่งแรก กำหนดให้เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้ความคุ้มครองดูแลด้านปัจจัยสี่ให้แก่ผู้สูงอายุที่เร่ร่อน ถูกทอดทิ้ง และลำบากยากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เข้าพักในสถานสงเคราะห์⁽²²⁾ การจัดตั้งสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุในขณะนั้น มีการกำหนดวัตถุประสงค์การดำเนินงานที่วิเคราะห์ได้ 3 ประการ คือ

- 1) เพื่อการสงเคราะห์เฉพาะหน้าสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยากจนไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ และช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการอุปการะผู้สูงอายุไว้

- 2) เพื่อตอบแทนคุณความดีของผู้สูงอายุที่ได้ทำประโยชน์แก่ประเทศชาติ
- 3) เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากวัตถุประสงค์ที่กล่าวมา การจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จึงมีลักษณะเป็นการสงเคราะห์ด้านปัจจัยสี่และกิจกรรมด้านต่างๆที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสถานสงเคราะห์ได้อย่างมีความสุขจนกระทั่งเสียชีวิต นับตั้งแต่จัดตั้งสถานสงเคราะห์แห่งแรกในพ.ศ.2496 กรมประชาสงเคราะห์ได้เปิดสถานสงเคราะห์ขึ้นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาและความทุกข์ยากเดือดร้อนซึ่งมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมและการพัฒนาประเทศ ในปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 17 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ 2 แห่ง ภาคกลาง 4 แห่ง ภาคตะวันออก 2 แห่ง ภาคใต้ 3 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 แห่ง และภาคเหนือ 2 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุเข้ารับบริการ 2,718 คน (ธันวาคม 2542) ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในการใช้บริการนี้ พบว่ายังไม่เพียงพอ^(23,24)

การพัฒนาบริการสู่ชุมชน (community-based service) ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ประกอบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การสงเคราะห์ในรูปแบบของสถานสงเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงมาก กรมประชาสงเคราะห์จึงได้จัดบริการในระดับชุมชนหรือการสงเคราะห์คนชราภายนอกขึ้นในปี พ.ศ.2522⁽²²⁾ เรียกว่าศูนย์บริการผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและอบอุ่นในบั้นปลายชีวิตกับครอบครัว เป็นบริการแบบไปเช้าเย็นกลับ ผู้สูงอายุสามารถมาขอรับบริการด้านการตรวจรักษาโรค กายภาพบำบัด และขอคำปรึกษาหารือจากบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์ ซึ่งนับว่าเป็นบริการทางสังคมในระดับสังคมประเภทแรก และภายหลังได้จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุในรูปแบบการให้บริการอิสระแยกจากสถานสงเคราะห์ และศูนย์ประเภทนี้ได้พัฒนาบริการเป็นการให้บริการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการที่พักอาศัยชั่วคราว นอกจากนั้นยังจัดให้มีบริการเคลื่อนที่ออกไปในชุมชนต่างๆ และสามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ในจำนวนมาก^(24,25)

การจัดการบริการสังคมในลักษณะที่ภาครัฐต้องรับผิดชอบจัดหาและอำนวยความสะดวกต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของผู้สูงอายุในระยะที่ผ่านมาประสบปัญหาหลายประการ ทั้งการขาดแคลนงบประมาณ บุคลากร และความรุนแรงและซับซ้อนของปัญหา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสถานะของสถาบันครอบครัวทำให้สถาบันที่ให้บริการต้องรับภาระมากขึ้น ตลอดจนกระแสแนวความคิดที่เชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทและมีส่วนร่วมในสังคมได้ จึงได้เกิดการพัฒนาองค์กรและเครือข่ายชุมชนขึ้นโดยกรมประชาสงเคราะห์ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรของผู้สูงอายุเพื่อการรวมกลุ่มทำกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิก นั่นคือสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์กลางระหว่างชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคลและองค์กร นอกจากนี้สมาคมสภาผู้สูงอายุยังทำหน้าที่เป็นตัวแทนเรียกร้องและรักษาสិทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งจากภาครัฐและเอกชน เช่น กรณีการเสนอแนะผลักดันและร่วมมือกับรัฐบาลในการกำหนดนโยบายและมาตรการระดับชาติผู้สูงอายุในปีพ.ศ.2535 และร่วมมือกับรัฐบาลในการกำหนดและประกาศปณณัติผู้สูงอายุไทย เป็นต้น

ในขณะเดียวกันรัฐบาลโดยกรมประชาสงเคราะห์ได้ส่งเสริมกิจกรรมระดับโครงการในชุมชนหลากหลายโครงการเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุได้รับโอกาสและทางเลือกในการแสดงบทบาทต่อชุมชนและสังคม

ของตนาทิ^(14,20,25-27) มีการจัดโครงการนำร่อง การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชน ซึ่งมีลักษณะให้คนในชุมชนนั้นๆเป็นผู้บริหารจัดการเอง ใช้ทรัพยากรภายในชุมชน ลดการพึ่งพาภายนอก นำครอบครัวชุมชนและองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม โครงการฝึกอบรมอาสาสมัครประชาสัมพันธ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนเจ็บป่วย ไม่แข็งแรง ขาดผู้ดูแล ทั้งในเมืองและชนบทเพื่อการพึ่งพาตนเองและชุมชน ได้จัดโครงการแว่นตาสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านสายตาและโรคเกี่ยวกับตาโดยการรณรงค์รับบริจาคเงินเพื่อซื้อแว่นตาและเลนส์ตา โครงการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ รณรงค์ให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ทั่วถึงพื้นที่ทั่วประเทศเป็นการสร้างเครือข่ายองค์กรระดับชุมชน โครงการจัดทำทำเนียบผู้สูงอายุที่มีความชำนาญด้านต่างๆเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถ่ายทอดความรู้สู่สังคมและใช้เวลาหลังการเกษียณอายุงานให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ปัจจุบันได้สนับสนุนให้จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนขึ้นทั่วประเทศจำนวน 200 ศูนย์ ให้เงินทุนศูนย์ละ 50,000 บาท พร้อมอุปกรณ์ต่างๆ โดยให้ชุมชนบริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการศูนย์ที่สมาชิกคัดเลือกขึ้นมาเป็นผู้บริหารการดำเนินงานของศูนย์นั้นๆ

กล่าวโดยสรุป การจัดบริการด้านสังคมโดยกรมประชาสงเคราะห์เป็นหน่วยงานหลักนั้น ในอดีตเป็นการให้บริการด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากและเดือดร้อนโดยการรับอุปการะเลี้ยงดูไว้ในสถานสงเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ และได้ปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นการทำงานเชิงรุก คือ เน้นการกระจายบริการไปสู่บุคคล มีกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม และพัฒนาบริการที่เน้นการป้องกันฟื้นฟูและพัฒนาแก่ผู้สูงอายุ

◇ บริการด้านการศึกษา โดยกรมการศึกษานอกโรงเรียนกระทรวงศึกษาธิการได้จัดทำแผนให้มีกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนหลายรูปแบบ ทั้งการศึกษาแบบเบ็ดเสร็จขั้นพื้นฐานและการให้การศึกษาเพื่อช่วยพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับข่าวสารข้อมูลและเรียนรู้เพื่อที่จะดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข มีความมั่นคงและมีคุณค่าในสังคม กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาชีพ งานอดิเรก และสันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรมในรูปแบบของหน่วยเคลื่อนที่ไปสู่ชุมชน และการจัดบริการในรูปของสื่อสิ่งพิมพ์ รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์⁽²⁸⁾ ผลการดำเนินงานจนถึงปัจจุบันมีทั้งการจัดที่อ่านหนังสือที่เป็นแหล่งความรู้ในหมู่บ้านถึง 35,289 แห่ง จัดห้องสมุดประชาชนระดับจังหวัด 73 แห่ง ระดับอำเภอ 669 แห่ง และระดับตำบล 35 แห่ง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการเสริมความรู้ผู้นำชุมชนและประชาชนซึ่งจัดปีละ 1 ครั้ง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ 2 หมื่นราย นอกจากนี้ได้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลักสูตรการศึกษานอกโรงเรียนสายสามัญวิชาครอบครัวศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ จัดทำหลักสูตรเนื้อหาแนวทางการจัดกิจกรรม การศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมก่อนสู่วัยสูงอายุ โดยจัดในสถานศึกษาศูนย์การเรียนรู้ชุมชน 5,000 กว่าศูนย์ทั่วประเทศ⁽²⁰⁾

◇ บริการด้านอื่นๆ อาทิ

บริการด้านสาธารณสุขได้แก่ การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม และการจัดที่นั่งสำรองในรถโดยสารประจำทางสำหรับผู้สูงอายุ

บริการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายโดยกองวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย สำนักงานนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

โครงการส่งเสริมกีฬาและสุขภาพมวลชน ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้การกีฬาเป็นเครื่องมือ^(22,29)

บริการลดอัตราค่าผ่านประตูในการเข้าชมหรืสหพันธ์ สถานที่ท่องเที่ยว และนันทนาการอื่นๆ เช่น พิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์ (เฉพาะวันนักขัตฤกษ์)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครยังได้รับบริการที่จัดให้โดยกรุงเทพมหานคร เช่น การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ การจัดตั้งคลินิกสุขภาพในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร และการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในวันสำคัญต่างๆ การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ และประสานงานรวมทั้งสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ครอบครัวยุและชุมชน

การดำเนินการของภาคเอกชน

การดำเนินการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยหน่วยงานภาคเอกชนในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต โดยมีการพัฒนาบริการจากรูปแบบง่ายๆ แบบองค์กรการกุศลไม่แสวงหาผลประโยชน์หรือกำไร ไปสู่องค์กรที่แสวงหากำไร การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนมีที่มาได้หลายทาง ประการแรก เป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ตามหลักคำสอนความเชื่อของหลักศาสนา ประการที่สอง เกิดจากข้อจำกัดในการให้บริการของภาครัฐที่ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอต่อความต้องการ ประการที่สาม เกิดจากความรับผิดชอบต่อสังคมและลดช่องว่างของการแก้ปัญหาของหน่วยงานของรัฐที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในปัจจุบันการจัดบริการผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชนจะพบว่ามี 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

- องค์กรสาธารณกุศล การจัดบริการด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่เปิดดำเนินการโดยสมาคม มูลนิธิ องค์กรด้านศาสนาต่างๆ ปัจจุบันมีจำนวน 18 แห่ง เป็นลักษณะสถานสงเคราะห์คนชราที่ให้บริการปัจจัยพื้นฐานทั้งด้านที่พักอาศัย อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม การดูแลด้านสุขภาพ ด้านศาสนา ด้านฟื้นฟูบำบัดและนันทนาการ โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ^(30,31) เนื่องจากเป็นองค์กรสาธารณกุศลที่ต้องอาศัยเงินบริจาคในการดำเนินการจึงมีข้อจำกัดในเรื่องของการให้บริการและบุคลากร⁽³⁰⁾ อีกทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ปัญหาการปรับตัวเข้ากับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเองหรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์⁽³¹⁾

- องค์กรธุรกิจเอกชน บริการด้านสุขภาพที่เปิดดำเนินการโดยองค์กรธุรกิจเอกชนส่วนมากเป็นรูปแบบเชิงธุรกิจ โดยให้บริการรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เรื้อรัง ต้องการการรักษาระยะเวลานาน สถานบริการเหล่านี้จึงมีลักษณะเป็นสถานบริการสุขภาพระยะยาว ผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพประเภทนี้มักมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอสมควร นอกจากนี้ยังมีธุรกิจภาคเอกชนที่ดำเนินกิจการอบรมนุเคราะห์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน โดยจัดฝึกอบรมบุคลากรทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และการดูแลโดยทั่วไป และจัดส่งไปให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านได้ การคิดค่าบริการมักคิดตามสภาวะเงื่อนไขสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นๆ

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้เปลี่ยนอาคารพักผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยเจ็บป่วยหนักมาให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และบางแห่งได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น มีองค์กรเอกชนบางแห่งได้จัดโครงการบริการทางสุขภาพเข้าไปสู่ชุมชนในพื้นที่ต่างๆ อาทิ จัดบริการตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว โดยคณะสงฆ์

ของคริสต์ศาสนาที่จัดร่วมกับสมาคมมูลนิธิต่างๆ ในชุมชนแออัดบางแห่ง หรือโครงการบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชนแออัดคลองเตย ที่ดำเนินการโดยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย และนอกจากนี้ Help Age International ยังได้สนับสนุนการดำเนินโครงการการจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวัน (Day Hospital) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำขึ้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดโครงการบริการชุมชนในเขตชนบทขึ้น เป็นต้น⁽¹⁵⁾

- องค์การประชาชน ปัจจุบันองค์การภาครัฐได้ดำเนินการสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ กรมประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมตามความต้องการ และจัดให้มีการสัมมนาชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งสมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ มาร่วมกันเพื่อจัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มพูนความรู้ ถ่ายทอดจริยธรรมความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ แก่เยาวชนประสานงานร่วมกับองค์กรด้านผู้สูงอายุของรัฐบาลและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ^(13,32) ในระดับ ชุมชน กรมประชาสัมพันธ์ได้ส่งเสริมให้จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) เพื่อให้เป็นศูนย์กลางของการบริการผู้สูงอายุในระดับชุมชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปของการเป็นสมาชิก การสนับสนุนด้านทรัพยากร เงินบริจาค วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนการเข้าร่วมจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนช่วยชุมชน ซึ่งนับเป็นความพยายามในการผลักดันให้ภาคเอกชนและภาคประชาชนได้ร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมบริการผู้สูงอายุมากขึ้น แม้ว่ายังประสบกับอุปสรรคในการดำเนินหลายประการ เช่น ขาดรูปธรรมของแผนงาน ขาดสิ่งสนับสนุนต่างๆ จากภาครัฐที่จะให้กำหนดปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ ขาดการพัฒนาเจ้าหน้าที่และคณะกรรมการทั้งด้านความคิดและวิธีปฏิบัติ^(25,26,33) การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนได้เข้ามาดำเนินงานด้านที่พักและการดูแลสุขภาพพยาบาลเช่นนี้ จะมีส่วนช่วยกระจายการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุออกไปกว้างขวาง และมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระการดำเนินงานของรัฐบาลได้ทางหนึ่ง แต่หากรัฐบาลขาดการกำกับดูแลจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุหรือครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไปกว่าที่ควรจะเป็น และได้รับการที่ไม่มีมาตรฐาน^(20,34)

ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการ

ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น เงื่อนไขที่สำคัญคือกลไกของการบริหารจัดการซึ่งประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การจัดการองค์กรให้ดำเนินตามแผนที่กำหนด การมอบหมายการปฏิบัติงานระดับองค์กรและบุคคล และการกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติ การวัดผล การติดตามผลและการปรับปรุงแก้ไข

การกำหนดเป้าหมาย ในพัฒนาการของการกำหนดนโยบายและแผนที่ผ่านมามีลักษณะการใช้ปัญหาและสถานการณ์เป็นตัวกำหนด ขาดแนวคิดที่ชัดเจนและการเชื่อมโยงแนวคิดสู่การปฏิบัติ และเป็นลักษณะการมองภาพรวมของโครงสร้างการดำเนินงานทั้งระบบ^(26,35-37) จึงทำให้เป็นลักษณะการกำหนดแผนงานที่ตามแก้ไขปัญหามากกว่าการเสนอแนวคิดที่ขึ้นการดำเนินงานหรือการเสนอกระบวนการทบทวนใหม่เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง^(26,35-37)

การจัดองค์การเพื่อการดำเนินการตามแผน การกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ผ่านมาไม่มีการกำหนดแผนงานรองรับให้ชัดเจน ซึ่งรวมถึงการกำหนดระเบียบ วิธีปฏิบัติ กฎหมาย ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณ และการพัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน และเมื่อพ้นกำหนดนโยบายที่มาจากแรงผลักดันจากภายนอกโดยไม่ได้เกิดจากความเข้าใจในรากฐานของปัญหาภายในของประเทศ จึงขาดความเข้าใจที่ถ่องแท้ที่จะเตรียมรับมือกับปัญหาทั้งระดับผู้กำหนดนโยบายและระดับหน่วยปฏิบัติ^(26,35-38) นอกจากนี้ยังขาดการส่งเสริมศักยภาพขององค์กรผู้สูงอายุ องค์กรท้องถิ่น องค์กรเอกชนขึ้นมาร่วมมือในลักษณะที่เป็นภาคีในการดำเนินงาน^(36,38,39)

การมอบหมายการปฏิบัติระดับองค์กรและบุคคล ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรจะทำงานตามสั่ง โดยบางครั้งขาดการรับรองโดยกฎหมาย และปฏิบัติงานในลักษณะตามโอกาสและตามสถานการณ์ หรือปฏิบัติตามระบบที่มีอยู่แล้ว มิได้เกิดจากการพัฒนารูปแบบในการปฏิบัติ หรือการให้บริการที่มีฐานการวิจัยหรืองานวิชาการรองรับ จึงไม่เกิดความต่อเนื่องหรือสอดคล้องกับสถานการณ์ การปฏิบัติงานยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการประสานที่ดี หรือไม่มีหน่วยงานกลางที่สามารถประสานการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน^(32,38,40)

การกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติ การวัดผล และการติดตามผล สืบเนื่องมาจากจุดเริ่มต้นของกระบวนการกำหนดนโยบายและแผนงาน การมอบหมายสู่หน่วยปฏิบัติที่ยังขาดความชัดเจน ประกอบกับความล่าช้าของการออกกฎหมาย ขาดการผลักดันที่เกิดจากความเข้าใจและเห็นความสำคัญอย่างแท้จริงของผู้นำและพรรคการเมือง⁽¹²⁾ จึงไม่สามารถกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติที่มุ่งสู่กลุ่มเป้าหมายเดียวกันคือผู้สูงอายุ การวัดผลและการติดตามผลจึงเป็นการติดตามงานที่คาดคะเนจากตัวเลขสถิติมากกว่าความเป็นจริงตามสถานการณ์ที่มีลักษณะแตกต่างกันด้วยเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ การผลักดันและการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรผู้สูงอายุและเครือข่ายเพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการประสานตั้งแต่ระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติยังอยู่ในระยะพัฒนา^(27,36,38)

กล่าวโดยสรุป ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการที่สำคัญเกิดขึ้นในทุกระดับคือ

➤ ในระดับการกำหนดเป้าหมาย (อีกนัยหนึ่ง คือ การกำหนดนโยบายและแผน) มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ การขาดระบบสนับสนุนแนวคิดอย่างเป็นองค์รวม การขาดระบบสนับสนุนด้านวิชาการในการกำหนดนโยบาย และนโยบายและแผนมีกำหนดขึ้นมาแล้วยังขาดการสนับสนุนด้านการปฏิบัติ โดยเฉพาะขาดการประสานและควบคุมเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความล่าช้าและความไม่ทันสมัยของกฎหมายและกลไกการออกกฎหมายทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สาเหตุของความล่าช้ามาจากการขาดเหตุผลในการออกแบบความคิดและความพร้อมของข้อมูล ตลอดจนการมอบหมายงานสู่ระดับปฏิบัติขาดความชัดเจนและขาดการติดตามผล

➤ ระดับปฏิบัติการ กลไกการบริหารในระดับปฏิบัติการอันประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และธุรกิจเอกชน รวมทั้งองค์กรประชาชน ยังมีลักษณะที่ขาดเอกภาพ ขาดการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานต่างคนต่างปฏิบัติ และกิจกรรมหลายๆกิจกรรมจัดขึ้นตามสถานการณ์โดยขาดการพิจารณาให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ

แนวคิดของการพัฒนา

กล่าวได้ว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยในระยะเริ่มต้นมีรากฐานแนวความคิดที่เป็นแนวทางหลักการชัดเจนมาจากอิทธิพลภายนอก คือ กำหนดหลักการสากลโดยกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติที่มีมติร่วมกันกำหนดขึ้นภายหลังการจัดประชุมร่วมกัน มีการประชุมที่สำคัญ 2 ครั้งที่ได้กำหนดแนวทางและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ดังนี้

หลักการขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนให้ประเทศและองค์การต่างๆ ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในฐานะผู้สร้างสรรประโยชน์ให้แก่สังคม และจะยังคงมีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคมต่อไป จึงควรดำเนินการอย่างแน่วแน่ในการรับรองสิทธิของผู้สูงอายุด้วย หลักการที่สำคัญ 5 หลักการคือ **หนึ่ง-หลักเป็นอิสระ** ในการที่ผู้สูงอายุจะได้รับปัจจัยพื้นฐานอย่างเพียงพอในการดำรงชีวิต มีโอกาสได้ทำงานหรือกิจกรรมที่จะช่วยสร้างรายได้ และได้รับการศึกษาฝึกอบรมเพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ **สอง-หลักการมีส่วนร่วม** ซึ่งจะเป็นการให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุในการกำหนดและเลือกสรรแนวทางและนโยบายที่จะเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อกลุ่มผู้สูงอายุในสังคม **สาม- หลักการดูแลเอาใจใส่** เป็นการดำเนินการให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง ดูแลเอาใจใส่โดยครอบครัวและสังคม รายได้ กฎหมาย และการเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้สูงอายุ **สี่- หลักความพึงพอใจ** ที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเอง และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรด้านต่างๆ ในสังคมได้อย่างเต็มที่ **ห้า- หลักศักดิ์ศรี** เป็นการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นธรรม โดยไม่อ้างเหตุผลการเลือกปฏิบัติด้วยเพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ปฏิญญามาเก๊าว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีประเด็นหลักที่สำคัญคือให้ทุกประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตระหนักถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม เสริมสร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาคทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรหรือบริการต่างๆ ให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งในเมืองและชนบท

นอกจากหลักการและปฏิญญาที่กล่าวมาแล้ว ประเทศไทยโดยผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนพรรคการเมืองได้ร่วมกันจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น โดยมุ่งมั่นให้เกิดการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสิทธิของผู้สูงอายุ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย สาระสำคัญของปฏิญญาผู้สูงอายุไทย สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพรักร ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ และการยอมรับจากครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับการถ่ายทอดความรู้ ได้รับโอกาสศึกษาเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม และรัฐควรดำเนินการรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ ตลอดจนตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ และคุ้มครองสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ

จากหลักการและปฏิญญาว่าด้วยผู้สูงอายุที่กล่าวมา มีสาระสำคัญหลักที่เป็นทางแนวคิดและแนวทางปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งภาครัฐบาล องค์กรเอกชน ธุรกิจเอกชน ชุมชน ประชาชน และตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องถือเป็นข้อผูกพันที่ต้องมุ่งมั่นปฏิบัติตามให้บรรลุจุดหมาย

จากการทบทวนเอกสารในเบื้องต้น ตลอดจนการประมวลประเด็นปัญหาในระดับต่างๆ สามารถประเมินได้ว่า การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ และด้านบริการสังคมทุกประเภท ยังไม่

สามารถบรรลุผลสำเร็จด้วยสาเหตุหลายประการ และในอนาคตจากผลการวิจัยถึงแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะยังทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งต้องการการแก้ไขโดยเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนแนวความคิดเพื่อการพัฒนา นโยบายและการปฏิบัติโดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) การให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในฐานะเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการ โดยที่หน่วยงานทั้งภาครัฐบาลซึ่งจะยังคงมีบทบาทหลักในด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในระดับการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการและการจัดบริการ แต่ต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุไม่ใช่เป็นเพียงผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ ในการแก้ไขบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้าหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องการได้รับการยอมรับในฐานะผู้มีศักยภาพและมีความสามารถมีความสำเร็จในชีวิต^(19,33,36,41,42)

2) การดำเนินงานด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจควรจะดำเนินการตามสิทธิพึงมีพึงได้ของผู้สูงอายุ เช่น ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพด้วยการตรวจรักษา ได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล ได้รับการประกันการชราภาพ ตลอดจนได้รับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้อย่างเพียงพอที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองในด้านสุขภาพการดำเนินชีวิต เพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุและเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ^(22,28,30)

3) การให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันพื้นฐานที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยลดการพึ่งพาสถาบันภายนอก^(20,43)

4) การให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพขององค์กรเอกชนด้านผู้สูงอายุ ให้มีความสามารถในการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุ ทั้งในเชิงการอนุรักษ์ พิทักษ์สิทธิ์ และเป็นองค์กรในระบบสภาวะแวดล้อมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่^(20,25,33,36,44,45)

จากแนวคิดที่กล่าวมามีข้อเสนอแนะต่อรูปแบบและวิธีการที่รัฐ ควรดำเนินการดังนี้ คือ

- ออกกฎหมายคุ้มครองสิทธิพื้นฐานของผู้สูงอายุ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กฎหมายการยกเว้นภาษีให้แก่ผู้สูงอายุและผู้อุปการะดูแลผู้สูงอายุ^(11,12) ทั้งนี้เพื่อรองรับการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- จัดบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้ครอบคลุมทั่วถึงผู้สูงอายุทั้งผู้ที่เดือดร้อนมาก และผู้ที่อยู่ในฐานะปานกลาง^(37,46)
- พัฒนาระบบบริการจากการให้บริการในสถานบริการของรัฐเป็นการจัดบริการที่บ้าน และในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ^(47,48)
- ส่งเสริมบทบาทของเอกชนให้มีบทบาทด้านบริการผู้สูงอายุมากขึ้น โดยความควบคุมดูแลและตรวจสอบของภาครัฐ^(22,27,30,41,49)

งานวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

1. ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายด้านสวัสดิการสังคมไปใช้ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริหารงานองค์กรประชาชนด้านผู้สูงอายุ

3. บทบาทขององค์กรภาครัฐต่อการรณรงค์สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
4. วิสัยทัศน์ของกลุ่มผู้บริหารต่อการกำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส
5. บทบาทรัฐในการสนับสนุนการดำเนินงานของภาคเอกชนต่องานผู้สูงอายุ
6. การรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิพื้นฐานสู่ประชากรที่เปราะบางผู้สูงอายุ
7. การประเมินนโยบายบริการสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

1. กิติพัฒน์ นนทบุรีทะเลดุจ. นโยบายสังคม และสวัสดิการสังคม (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ.2540.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509).
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514).
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519).
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524).
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529).
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534).
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539).
9. นโยบายและแผนงานหลักสี่ระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554). คณะอนุกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.). สำนักงานปลัด สำนักงานนายกรัฐมนตรี, พ.ศ.2537.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544).
11. นิคม จันทรวิทุร. กฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษากฎหมายของประเทศไทย. การสัมมนาเรื่อง “แนวทางการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ.”. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
12. จักรินทร์ วงศ์กุลดิ. กฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ.” จัดโดย กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพฤฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
13. มาตรการที่ดำเนินการในปัจจุบันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. การสัมมนาเรื่อง “แนวทางการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ.” สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
14. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 1 การสัมมนาเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2524.
15. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

16. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรมัย, มาลินี วงษ์สิทธิ์, กรองจิตต์ วาทีสาธกกิจ, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์ และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
17. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 การสัมมนาเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
18. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 3. การสัมมนาเรื่อง “การประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ.” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
19. คณะกรรมาธิการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมวุฒิสภา “ปัญหาผู้สูงอายุ และแนวทางแก้ไข” พ.ศ.2534.
20. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ, จอห์น ไบรอัน, อารีย์ พรหมไม้. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
21. คณะอนุกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564) เอกสารสรุปการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ. 2525-2544.
22. วุฒิสาร ตันไชย, เล็ก สมบัติ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.
23. รายงานประจำปี 2542 กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม.
24. ผลงาน 6 เดือน (14 กรกฎาคม 2542 – 14 มกราคม 2543) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
25. ทงธรรม สอนิยะ. สวัสดิการผู้สูงอายุ. ใน: การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: พ.ศ.2540.
26. ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, เพ็ญประภา ศิริโรจน์. รายงานการวิจัยเรื่อง สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต.” กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
27. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การประเมินโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ระยะเวลาภายหลังการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ) ผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ม.ป.ป.)
28. สุรกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
29. วาทีนี บุญชะลิกษ์, ยุพิน วรสิริอมร. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
30. มาลินี วงษ์สิทธิ์. รายงานเรื่อง ข้อเสนอแนะบางประการเกี่ยวกับบริการผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ และกองวางแผนประชากรและ กำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528.

31. นิภา ส. ตุมรสุนทร, นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. บุคลิกภาพการจัดบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ภาครัฐและเอกชนในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
32. อภิญา เวชชัย. เบี้ยยังชีพ โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน. การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต.” กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
33. มาลินี วงษ์สิทธิ์. ชุมชนกับการบริการผู้สูงอายุ. ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ.” กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
34. มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ และ อัจฉรา เอ็นซ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ รายงานเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
35. ประนอม โอทกานนท์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ความต้องการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. งบประมาณแผ่นดิน, พ.ศ.2536.
36. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ.” กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
37. ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์. นโยบายและยุทธวิธีผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ.” กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
38. ปิยฉัตร ชื่นตระกูล. การประเมินบริการฌาปนกิจสงเคราะห์. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต.” กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
39. ฉันทนา ดันดีวัฒน์. บทบาทและการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในสังคมไทย. รายงานผลการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองนโยบายและวางแผนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม, 2539.
40. อรพินท์ บุญนาค. โครงการศึกษาวิจัย ความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
41. เสาวภาคย์ ศุภนิตย์. การพัฒนาบริการสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต [เอกสารวิจัย หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรภาครัฐร่วมเอกชน]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2540.
42. ชมพูนุท โลหิตตานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมในสถานสงเคราะห์คนชราบางแค [วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

43. ศรีจิตรา นูนาค, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ การพึ่งพา และแนวโน้มนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุข. ใน: กระประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
44. จิราลักษณ์ จงสถิตย์มั่น. การประเมินบริการสถานสงเคราะห์คนชรา. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
45. นิชนันท์ ทัดตะวร. ความต้องการการบริการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกการศึกษาผู้ใหญ่]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542.
46. ระพีพรรณ คำหอม, อภิญา เวชชัย, จิราลักษณ์ จงสถิตย์มั่น. รายงานวิจัยเรื่อง การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
47. มัทนา พนานิรามย์. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
48. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
49. แนวทางการดำเนินงาน บ้านพักผู้สูงอายุโดยภาคเอกชน. การประชาสัมพันธ์ 2542;42(4):33-35.

บทที่ 9: ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

บททวนรายงานการศึกษาและบทความความคิดเห็นด้านระบบเพื่อผู้สูงอายุ

ในการรวบรวมองค์ความรู้เพื่อให้ได้คำตอบ “ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต” ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมต่างๆในระหว่างปีพ.ศ.2533-2543 พบว่ามีรายงานการศึกษา/วิจัย บทความในหนังสือตำรา และบทความในวารสารและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆเป็นจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของระบบบริการและ/หรือสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต นอกจากนั้นยังมีรายงานจำนวนหนึ่งซึ่งแม้จะไม่สัมพันธ์กับประเด็นผู้สูงอายุโดยตรง แต่ด้วยเหตุที่เป็นการศึกษาหรือความคิดเห็นด้านระบบและ/หรือสวัสดิการโดยรวมของประเทศและครอบคลุมถึงประเด็นด้านผู้สูงอายุ จึงจำเป็นจะต้องรวบรวมไว้ในบททวนครั้งนี้ด้วย จากรายงานเหล่านี้ได้ทำการคัดเลือกเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญและน่าเชื่อถือจำนวน 33 รายการ เข้าในกระบวนการทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้คำตอบว่าระบบสวัสดิการและบริการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะเป็นอย่างไร

รายงานทั้ง 33 รายการสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทประกอบไปด้วย

1. รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน)
2. รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือคณะบุคคลที่ทำการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และ/หรือดำเนินการวิจัยและใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็น หรือเป็นรายงานหรือบทในตำราของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน)
3. รายงานการวิจัยรูปแบบการบริการ (service research) ด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน)

รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน)

จากการรวบรวมพบว่ามีรายงานการศึกษาระบบเพื่อผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการวิจัยอนาคตศึกษาจำนวน 1 รายงาน และมีรายงานการศึกษาระบบโดยรวมที่มีส่วนสัมพันธ์กับประเด็นผู้สูงอายุอีก 3 รายงาน ดังนี้

1. รายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า” โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽¹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มิติของภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุน่าจะเป็นมากที่สุดและภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุที่ประสงค์ให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2552) และ

ระบบสวัสดิการ ระบบบริการ และมาตรการที่เหมาะสมในทศวรรษหน้าเพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งภาพลักษณ์ประชากรสูงอายุที่ประสงคิให้เกิดขึ้น โดยอาศัยเทคนิค Appreciation-Influence-Control (AIC) เทคนิคการระดมสมอง (brain storm) และเทคนิคเดลไฟ (1-round delphi technique) ในกลุ่มประชากรศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกอย่างเป็นระบบซึ่งประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบาย ผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวแทนชุมชนจำนวน 33 คน จากนั้นนำผลที่ได้ผ่านกระบวนการระดมสมองในกลุ่มประชากรศึกษาที่คัดเลือกมาจากองค์กรภาครัฐ-เอกชน ชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆจำนวน 300 คน ทำให้ได้ข้อสรุปของระบบเพื่อผู้สูงอายุในอนาคตดังนี้

ระบบสวัสดิการที่พึงเกิดขึ้น

ระบบสวัสดิการในอนาคตต้องเน้นที่การสนับสนุนปัจจัยหลักของการเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่

- สวัสดิการเพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ (รัฐร่วมกับชุมชนสร้างระบบประกันชราภาพให้ครอบคลุมทุกคน จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน เพิ่มโอกาสการจ้างงานให้ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ประชาชนมีนิสัยการออมเพื่อชราภาพตั้งแต่วัยต้นของชีวิตด้วยมาตรการต่างๆ)
- สวัสดิการที่ส่งเสริมครอบครัวและชุมชนให้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เด็กได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน และส่งเสริมให้องค์กรบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ)
- สวัสดิการเพื่อหลักประกันทางสุขภาพในยามเจ็บป่วย
- สวัสดิการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร (ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและจัดให้สะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อน ควบคุมราคาสินค้าอุปโภคและบริโภคสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สะดวกและปลอดภัย)

ระบบบริการที่พึงเกิดขึ้น

ระบบบริการมีลักษณะที่เป็นเชิงรุกชัดเจนโดยให้ความสำคัญอย่างสูงมากที่ระบบบริการระดับชุมชน (community-based services) และไปถึงบ้าน อันเป็นระบบบริการที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง มีลักษณะบูรณาการและสหสาขา โดยจะครอบคลุมทั้งการส่งเสริม-ป้องกันสุขภาพ-การรักษาและการบริการทางสังคม ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมสำคัญในระบบบริการ ทั้งที่เป็นอาสาสมัครและเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรทางศาสนา (วัด) การบริการชุมชนและการสอดประสานในชุมชนดังกล่าวเป็นช่องทางให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าสู่ระบบบริการของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการ (มีทางเลือก) อย่างไร

ก็ตามสถานบริการสุขภาพชนิดเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนสถานบริการเรื้อรังทั้งทางสุขภาพและสังคมยังมีความจำเป็นและจะช่วยให้ระบบบริการสมบูรณ์เพียงพอที่จะบรรเทาความทุกข์ยากของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือผู้อยู่ในวัยชราที่ครอบครัว-ชุมชนและการบริการในชุมชนไม่สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอ

รูปแบบของการบริการทางสังคมในอนาคต ได้แก่ ระบบที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพิงตนเองได้ในลักษณะกลุ่มอาชีพและการระดมทุน บริการที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุได้ติดต่อกับสังคมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะมีกว้างขวางกว่าเดิม โดยมีการปรับปรุงบริการขนส่งสาธารณะ รูปแบบของสื่อต่างๆ รวมทั้งบริการสนทนาการ เช่น สวนสุขภาพอย่างทั่วถึง ตลอดจนบริการการศึกษาทั้งต่อผู้สูงอายุโดยตรงและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ยังเป็นรูปแบบการบริการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ โดยควรที่จะดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบบริการในชุมชน

มาตรการที่พึงเกิดขึ้นเรียงตามลำดับความสำคัญ

1. มาตรการ ระบบประกันสำหรับผู้สูงอายุและวัยชรา

- ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
- ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน
- จัดให้มีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น

2. มาตรการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

- จัดให้ผู้สูงอายุได้รับการอบรม
- ให้คำปรึกษาทั่วไป
- ดำเนินการให้มีการสื่อสารแก่ผู้สูงอายุเป็นระบบ

3. มาตรการ ด้านการเงินและภาษี

- ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพ
- ลดหย่อนภาษีสำหรับนายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุ
- จัดสรรภาษีจากผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ
- ควบคุมราคาสินค้าอุปโภคบริโภคสำหรับผู้สูงอายุ
- มาตรการเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อการจัดหา ปรับปรุง ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

4. มาตรการ ทางกฎหมาย

- กฎหมายคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ
- กฎหมายให้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีและเป็นธรรม

- กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ

5. มาตรการ ส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

- รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมชมรมหรือเครือข่ายครอบครัว

6. มาตรการ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย
- ส่งเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนกิจกรรมขององค์กร-เครือข่ายผู้สูงอายุ
- จัดเวทีการเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- ส่งเสริมให้ภาคีที่ทำงานในชุมชนได้ทำงานร่วมกัน

7. มาตรการ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา
- ส่งเสริมการฝึกอาชีพให้เหมาะสม

8. มาตรการ ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และ บุคคล

- ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและจัดให้สะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา
- จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อน

9. มาตรการ ระบบการบริการชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นฐาน (community based care)

- บริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด-ถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม เช่น
 - ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center)
 - บริการดูแลที่บ้าน (home care)
 - บริการเยี่ยมบ้าน (home visit)
 - บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปในพื้นที่ห่างไกล
 - จัดตั้งระบบเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
 - สนับสนุนระบบอาสาสมัคร

- ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ

10. มาตรการ ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล) มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีแผน งบประมาณ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

11. มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

- ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เด็กได้เรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน
- ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยแต่วัยเด็ก ให้มีหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพพฤติกรรมอนามัย
- ส่งเสริมและบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งในและนอกหลักสูตรเพื่อความเข้าใจชีวิตในแต่ละวัย (การเรียนรู้วงจรชีวิต) และเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
- การเตรียมการสำหรับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่จำเป็น (pre-retirement program)
- ส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน
- จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือให้ความรู้กับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการให้ความรู้ทางธรรม

12. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

- ให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่มีผลงานเด่น
- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ
- ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษารับการถ่ายทอดความรู้โดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน
- สนับสนุนการตั้งศูนย์การเรียนรู้และถ่ายทอดภูมิปัญญาของชุมชน

13. มาตรการ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการให้บริการผู้สูงอายุ

- เครือข่ายศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับอำเภอ จังหวัด และภาค
- จัดให้มีประสานงานการบริการในส่วนสุขภาพและสังคม และภาครัฐกับชุมชน

14. มาตรการ ส่งเสริมความรู้ความสามารถให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - อบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล
15. มาตรการ วิจัย-ศึกษา-อบรม และสร้างฐานข้อมูล เพื่อกำหนดนโยบายและสวัสดิการที่เหมาะสม
 - ส่งเสริมความร่วมมือด้านวิชาการ การวิจัย และการพัฒนาศักยภาพด้านผู้สูงอายุ
 - สร้างฐานข้อมูลประชากรตามกลุ่มอายุและอาชีพ
16. มาตรการ ส่งเสริมให้เอกชนจัดบริการด้านต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้
 - ด้านที่อยู่อาศัย
 - ด้านสุขภาพ
 - ด้านอุปโภคและบริโภค
17. มาตรการ ให้ศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
18. มาตรการ สถานบริการสุขภาพทางการแพทย์ชนิดเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - หอผู้ป่วยสูงอายุ
19. มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ
20. มาตรการ สถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ
21. มาตรการ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข่าวสารและสื่อ
 - ส่งเสริมการเข้าถึงสื่อและข่าวสารที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุ
 - ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น หนังสือในเทป (book on tape)
22. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สะดวกและปลอดภัย

แนวคิดทางนโยบายโดยเฉพาะประเด็นที่จะเป็นยุทธศาสตร์หลัก

- ✧ ประการที่หนึ่ง-ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ
- ✧ ประการที่สอง-ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องมุ่งไปที่สถาบันหลักทั้งสอง (ครอบครัวและชุมชน) เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่พอเหมาะพอควร

- ✧ ประการที่สาม-ต้องสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคตมีศักยภาพทั้งเพื่อคุณภาพชีวิตของตัวเองและประโยชน์ของสังคม ทั้งในด้านหลักประกันรายได้ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และด้านภูมิปัญญา
- ✧ ประการที่สี่-ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นอนาคตศึกษาที่มีกระบวนการศึกษาที่รัดกุมและชัดเจนในกลุ่มประชากรศึกษาหลากหลายที่มีจำนวนมากและได้ผลที่เป็นรูปธรรมทั้งในส่วนโครงสร้างระบบสวัสดิการและบริการที่ครอบคลุมทั้งบริบททางสังคมและทางสุขภาพ ตลอดจนได้กำหนดมาตรการต่างๆจำนวน 22 ข้อ อย่างไรก็ตามรายละเอียดในระบบและมาตรการต่างๆจากการศึกษานี้ไม่ได้หมายความว่าจะต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมและสถานการณ์ของประเทศในด้านต่างๆ อาทิ การเมือง เศรษฐกิจ และสภาวะทางสังคม

2. รายงานการศึกษา “รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า” โดย พรทิพย์ เกตุรานนท์⁽²⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านภายในศตวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549) โดยความเห็นผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิค 2-round delphi technique และนำผลที่ได้ไปให้ผู้ปฏิบัติงานพิจารณาให้ความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ในการรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยได้ทำการกำหนดรูปแบบการบริการและการบริหารจัดการจำนวน 6 รูปแบบไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นการกำหนดกรอบซึ่งทำให้ง่ายต่อกระบวนการวิจัยแต่ทำให้มุมมองหรือแนวทางรูปแบบอื่นๆถูกเพิกเฉย นอกจากนั้นการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นการประเมิน “ความเป็นไปได้” ของรูปแบบบริการในอนาคตมากกว่าการประเมินความเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่าจาก 6 รูปแบบผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินเหลือเพียง 4 รูปแบบ โดยรูปแบบที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ “รูปแบบที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยให้เป็นงานประจำที่เป็นงานรวมของโรงพยาบาล” รูปแบบนี้ยังเป็นรูปแบบที่ผู้ปฏิบัติเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการดำเนินการมากที่สุด อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแสดงว่า รูปแบบการบริการและการบริหารจัดการควรมีได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพื้นที่

รูปแบบที่เป็นไปได้มากที่สุดดังกล่าวมีลักษณะของการบริการต่อเนื่องจากสถานบริการ (โรงพยาบาลและสถานเฝ้าระวัง) โดยในเขตชุมชนเมืองจะมีลักษณะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล (extended care) และเน้นการรักษาแบบสหสาขาเบื้องต้น (การรักษาโรค การพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดการทางสังคม) ร่วมกับการใช้ระบบพยาบาลประจำครอบครัวเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับเขตชนบทเป็นการให้บริการสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานเฝ้าระวัง (extended care) และเน้นการรักษาเบื้องต้น

โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในอนาคตของการดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้านในลักษณะของการบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย ร่วมกับระบบพยาบาลประจำครอบครัวที่เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเฉพาะในเขตเมือง

3. รายงานการศึกษา “โครงการศึกษาอนาคตสาธารณสุข: อนาคตของระบบบริการสาธารณสุขไทย” โดย สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ⁽³⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างฉากทัศน์ของระบบบริการสาธารณสุขไทยในอนาคต (25 ปี) และเลือกฉากทัศน์ที่น่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดด้วยการระดมสมองในกลุ่มนักวิจัยจำนวน 11 คน โดย 10 คนสังกัดสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในการระดมสมองได้ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 15 ท่าน ผลการศึกษาได้จัดทำฉากทัศน์ของระบบบริการสาธารณสุขจำนวน 4 ฉากทัศน์ โดยฉากทัศน์ที่น่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดคือ “ระบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง” โดยส่วนใหญ่ของบริการด้านสุขภาพจะเป็น *สินค้าสาธารณะ* และเน้นที่การดูแลในเชิงป้องกันโรคระดับปฐมภูมิที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการของประเทศในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (โรงพยาบาล) โครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพจะอยู่ภายใต้การจัดการของรัฐถึงร้อยละ 70-90 ด้วยการจัดการที่มีการกระจายอำนาจหรือเป็นอิสระ ประชากรส่วนใหญ่จะได้รับหลักประกันผ่านทางรัฐ ระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพ นายจ้าง และกองทุนออมทรัพย์เฉพาะด้าน ในขณะที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกผู้จัดบริการน้อยลง แต่รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศจะถูกควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ)

การศึกษานี้ใช้ความคิดเห็นจากการระดมสมองของคณะนักวิจัยซึ่งมาจากหน่วยงานเดียวกันและอาจมีผลต่อการสร้างฉากทัศน์ของระบบในระดับประเทศทำให้ขาดความสมบูรณ์ โดยจะเห็นได้จากการที่โครงสร้างของระบบการบริการ (delivery system) ได้รับการพิจารณาน้อยมาก และส่วนใหญ่จะเป็นการสร้างฉากทัศน์ของการคลังสาธารณสุขและการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญที่สัมพันธ์กับด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ประเด็นคือ ประเด็นแรก ฉากทัศน์ที่น่าจะเกิดขึ้นเป็นระบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง หมายความว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่ได้หลักประกันทางสุขภาพ (อย่างน้อยในขั้นต่ำ) ประเด็นที่สอง ถึงแม้ในฉากทัศน์จะเน้นให้การป้องกันโรคเป็นการบริการระดับปฐมภูมิที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการการบริการแบบผสมผสานและเป็นองค์รวม แต่ก็ให้ภาพของการเคลื่อนย้ายการบริการระดับปฐมภูมิเข้าใกล้ชุมชนยิ่งขึ้น

โดยสรุปการศึกษานี้มีความจำกัดในด้านกระบวนการศึกษา และผลการศึกษาสนับสนุนแนวโน้มการเกิดมีหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชากรสูงอายุ และการบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน (community based care)

4. รายงานการศึกษา “(ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า” โดย อารี วัลยะเสวี และคณะ⁽⁴⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดทำรายงานของแนวคิด “รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า” เพื่อการจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 (พ.ศ.2543) โดยเป็นผลงานการประมวลผลและสังเคราะห์ของคณะทำงานจำนวน 5 คนซึ่งส่วนใหญ่มาจากกระทรวงสาธารณสุข ในการกระบวนการได้ใช้ข้อมูลจาก -การทบทวนเอกสาร -ความคิดเห็นจากคณะกรรมการชุดที่ 1 ซึ่งทำหน้าที่กำหนดรายละเอียดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 และตัวแทนคณะกรรมการดำเนินงานชุดอื่นๆอีก 3 ชุด -และการสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญตามวิธี 2-rounds modified delphi technique ซึ่งในส่วนหลังเป็นการสำรวจสมบูรณทั้งสองรอบในผู้เชี่ยวชาญจำนวน 11 คน โดยครอบคลุมความคาดหวังของสังคมต่อระบบบริการสุขภาพ (10 คำถาม) ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญในอนาคต (12 คำถาม) กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต (8 คำถาม) แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ (8 คำถาม) รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ (16 คำถาม) และคำถามอื่นๆ (3 คำถาม)

ผลการศึกษาที่สำคัญและสัมพันธ์กับระบบบริการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต มีดังนี้

ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต

- ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากกลุ่มประชากรสูงอายุ
- ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากผลกระทบจากการพัฒนาประเทศ เช่น อุบัติเหตุ การประกอบอาชีพ ปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคม
- ปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ทำให้อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง
- โรคติดเชื้อที่ดื้อยา และโรคติดเชื้อที่ระบาดใหม่
- ความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มต่างๆในสังคม จะทวีความรุนแรงมากขึ้น

โดยเมื่อจัดลำดับความสำคัญโดยนำความสามารถในการแก้ไขบรรเทาปัญหามาประกอบการพิจารณา ทำให้ได้ลำดับความสำคัญดังนี้

1. ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนผู้ด้อยโอกาส ความแตกต่างของสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ
2. ปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น
3. ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ
4. ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพอันเนื่องจากปัญหาสุขภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม
5. ปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคม
6. ปัญหาโรคติดเชื้อที่ดื้อยา โรคติดเชื้อที่ระบาดใหม่

รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า

1. การสร้างความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งจะเป็นส่วนที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากจะสามารถให้การบริการในลักษณะบูรณาการระหว่างการรักษายาบาล การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ (integration) เป็นแบบองค์รวม (holistic) และมีความต่อเนื่อง (continuity) ลักษณะของการบริการปฐมภูมิจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบสาธารณสุข (gate keeper) ทำให้ต้องอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดและชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ สถานบริการปฐมภูมิไม่ใช่โรงพยาบาลและมีต้นทุนต่ำกว่า แต่รูปแบบของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในบริบทของสังคมไทยจะเป็นเช่นไรยังเป็นประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันอยู่ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการหลักในการบริการปฐมภูมิจะเป็นแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ
2. แนวทางในการจัดระบบการเงินการคลังเพื่อให้ประชาชนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน (universal access to basic essential package) สามารถดำเนินการใน 2 รูปแบบ คือ ระบบภาษีเป็นหลัก (tax-based system) และระบบประกันสุขภาพเป็นหลัก (insurance based system) อย่างไรก็ตามทั้งสองระบบรัฐยังต้องรับหน้าที่ให้การสนับสนุนกลุ่มคนจนโดยอาศัยระบบภาษี เพื่อให้ประชาชนทุกคนพึงได้รับ “บริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน” (basic essential package or core health services)
3. รูปแบบของผู้ให้บริการจะมีแนวโน้มที่จะเป็นไปใน 3 ลักษณะที่ผสมผสานกัน คือ อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรท้องถิ่น อยู่ภายใต้การจัดการของหน่วยงานอิสระหรือองค์กรมหาชน และเป็นหน่วยงานเอกชน

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งและนำมาประมวลและสังเคราะห์โดยคณะผู้ทำการศึกษากว่า 5 คนซึ่งส่วนใหญ่มาจากหรือมีความสัมพันธ์กับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผู้ทำการศึกษายังได้เน้นชัดเจนว่ารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สร้างขึ้นเป็นเพียง “ร่าง” และยังไม่สามารถสรุปรูปแบบการบริการปฐมภูมิว่าจะเป็นเช่นไร

สิ่งที่เห็นชัดเจนสองประเด็นและสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัยและคณะ⁽¹⁾ คือปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีความสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศในลำดับต้น และมีความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิเพื่อให้เข้าสู่ชุมชนและใกล้ประชากรเป้าหมายมากที่สุดโดยจะต้องเป็นการบริการแบบบูรณาการและมีลักษณะองค์รวม นอกจากนี้รายงานการศึกษานี้ยังเน้นถึงปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนความแตกต่างของสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งภายในกลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศไทยได้มีลักษณะดังกล่าวอยู่อย่างชัดแจ้ง^(5,6) เท่ากับย้ำถึงความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ได้ “บริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน” แก่ประชาชนทุกคนซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุ

รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือคณะบุคคลที่ทำการรวบรวมข้อมูล-สถานการณ์และ/หรือดำเนินการวิจัยและใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็น หรือเป็นรายงานหรือบทในตำราของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน)

1. รายงาน “แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ” โดย ศศิพัฒน์ ยอดเพชร⁽⁷⁾

รายงานการศึกษานี้เป็นการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งในและต่างประเทศรวมทั้งกรณีศึกษาในประเทศไทยจำนวน 5 กรณี และนำมาประมวลและสังเคราะห์ โดยผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต และเน้นความสำคัญของผู้สูงอายุบางกลุ่มซึ่งต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางถึงต่ำและผู้สูงอายุในชนบท ทั้งนี้ระบบที่เสนอแนะจะเน้นที่บริการสังคมโดยเฉพาะใช้ชุมชนเป็นฐานและเน้นความสำคัญของครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้น ดังนี้

- บริการสำหรับผู้เกษียณ ทั้งสำหรับผู้ที่จะเกษียณในอนาคตเพื่อความพร้อมในการเตรียมและปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตภายหลังเกษียณทั้งในด้านสุขภาพ-การเงินและทรัพย์สิน-ที่อยู่อาศัยและเรื่องงานและงานอดิเรก และบริการภายหลังเกษียณอายุเพื่อการสนับสนุนให้สามารถปรับตัวได้ต่อเนื่อง ได้แก่ บริการเรื่องการหางาน บริการที่อยู่อาศัย
- บริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุทั้งสำหรับผู้ที่ยังช่วยตัวเองได้และผู้ที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้แก่ ศูนย์ผู้สูงอายุ (senior center) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) บริการเยี่ยมบ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน การสนับสนุนการดูแลบ้าน และการป้องกันและรักษาสิทธิของผู้สูงอายุ
- การดูแลต่อเนื่อง (long-term care) ทั้งที่เป็นสถานบริการระยะยาวและการดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- บริการดูแลจากผู้ใกล้ชิด (neighbourhood care) ซึ่งเป็นระบบการดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นการดูแลของสมาชิกในชุมชนที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงกัน

นอกจากนั้นยังได้เสนอให้มีการกำหนดนโยบายสำหรับบริการด้านสวัสดิการที่ครอบคลุมจุดมุ่งหมายดังนี้

- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ
- ส่งเสริมให้มีสุขภาพทางกายและจิตที่ดี
- การมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม
- การได้รับโอกาสในการเข้าทำงานโดยไม่มีอุปสรรค
- การเกษียณอายุอย่างมีสุขภาพที่ดี มีเกียรติยศ และการมีศักดิ์ศรี
- การได้รับบริการที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและมีทางเลือก
- การได้รับประโยชน์จากความรู้ต่างๆอย่างทันท่วงที
- การมีอิสระและโอกาสในการแสดงความคิดเห็นและความคิดสร้างสรรค์

2. รายงาน “นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” โดย เกริกศักดิ์ บุญญานพวงษ์⁽⁸⁾

การศึกษานี้ผู้ทำการศึกษาใช้ข้อมูลเอกสารรวมกับการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ในการนำมาวิเคราะห์และนำเสนอแนวทางการดำเนินงานทางสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เหมาะสมและเป็นไปได้ โดยเน้นให้ดำเนินการจัดบริการภายในชุมชนที่ครอบคลุม 4 เรื่องใหญ่ คือ บริการรักษาสุขภาพ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย บริการด้านการส่งเสริมรายได้ และบริการสหสาขาการ ทั้งนี้ได้เสนอให้ชุมชนเป็นผู้จัดให้บริการ

3. รายงาน “สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ” โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽⁹⁾

การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสารและสถานการณ์ในด้านต่างๆของประชากรสูงอายุรวมทั้งสวัสดิการและบริการต่างๆที่มีอยู่ และนำมาสังเคราะห์ในแง่มุมต่างๆรวมทั้งการจัดสวัสดิการและบริการแก่ผู้สูงอายุในอนาคต ผู้ทำการศึกษาเห็นว่าสิ่งที่สังคม-รัฐและผู้กำหนดนโยบายที่ผ่านมาพิจารณาประชากรสูงอายุไทยทั้งหมดเป็นกลุ่มด้อยโอกาส (ageism) หรือเป็นผู้ที่แก่สังคมมานาน ซึ่งสมควรได้รับการดูแลจากรัฐและสังคมในยามเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงเป็นเหตุให้การดำเนินการของรัฐส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะพยายามครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด ทำให้เกิดความจำกัดในการจัดสรรทรัพยากรและเป็นเหตุให้ผู้ที่เหมาะสมจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนกลับไม่ได้รับหรือได้รับไม่เพียงพอ ผู้ทำการศึกษาเน้นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบสวัสดิการและการบริการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทั้งที่ยังช่วยเหลือตนเองได้และที่ต้องพึ่งพาสามารถดำรงอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ⁽¹⁰⁾ และได้เสนอแนะประเด็นสำคัญทางการบริการและสวัสดิการ ดังนี้

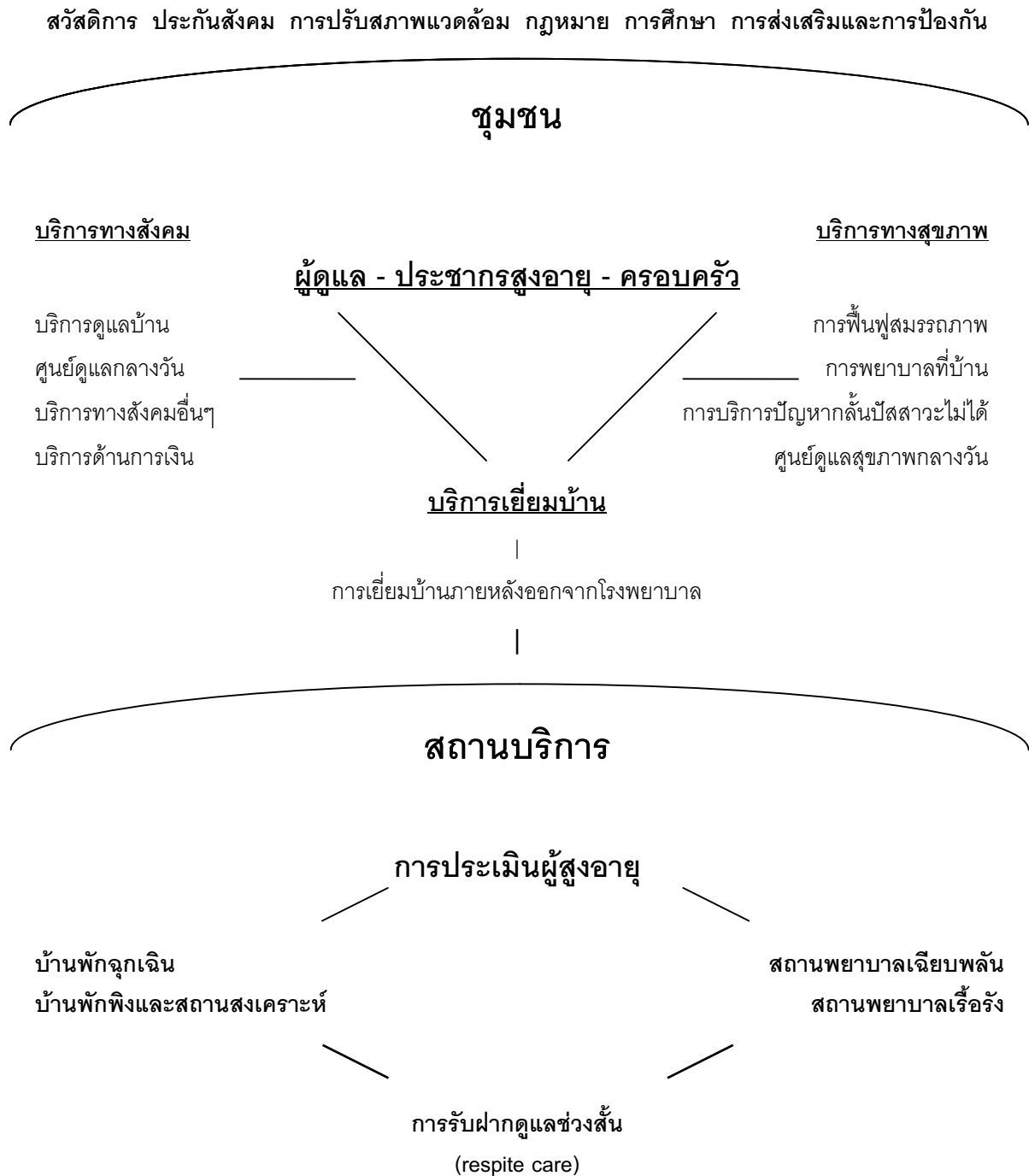
- การบริการชุมชนแบบบูรณาการและสหสาขาที่ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพ กระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานและเครือข่ายการบริการอย่างไม่เป็นทางการ (informal care network) ภายในชุมชน และได้ให้ตัวอย่างโครงสร้างระบบบริการและสวัสดิการแสดงในรูปที่ 1

4. รายงาน “Ageing in Thailand 1997” โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ศรีจิตรา บุนนาค⁽¹¹⁾

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเอกสารเพื่อการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในด้านต่างๆของประชากรสูงอายุและด้วยความเห็นของคณะผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนะประเด็นสำคัญในการดำเนินการของภาครัฐเพื่อจัดการบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต ดังนี้

- จัดสวัสดิการที่ครอบคลุมด้านต่างๆอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะสวัสดิการด้านบำนาญ ทั้งนี้การบริหารจัดการผ่านทางระบบประกันสังคม (social security) และระบบประกันบำนาญของเอกชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในอนาคต
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและค้ำยันให้การดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวคงอยู่ได้

รูปที่ 1 โครงสร้างระบบการบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุ⁽⁹⁾



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจาก สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล แล้ว

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในส่วนของการดูแลทางสังคมและสุขภาพภายในชุมชน
- จัดสวัสดิการและมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะพึ่งพาและทุพพลภาพ
- จัดการบริการชุมชน (community care) ทั้งทางสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะในระดับการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)
- ถึงแม้การให้บริการในสถานบริการแก่ผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การบริการเช่นนี้ควรมีอย่างจำกัดเพื่อตอบสนองแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น การประเมินผู้สูงอายุ (geriatric assessment) เป็นวิธีการสำคัญในการประเมินความต้องการการเข้ารับบริการในสถานบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการระยะยาว
- พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง (self care) ของผู้สูงอายุ และนอกจากจะต้องครอบคลุมในด้านการส่งเสริมและป้องกันแล้ว ยังต้องครอบคลุมถึงการรักษาและการฟื้นฟูในขั้นเบื้องต้นอีกด้วย การดูแลตนเองด้วยการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการบริการไม่เป็นทางการ (informal care) อันเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต โดยที่องค์กรทางศาสนา ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรอิสระ (non-government organisations) เป็นทรัพยากรสำคัญของระบบบริการไม่เป็นทางการ
- จัดเตรียมโปรแกรมการศึกษาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในวัยเยาว์ทั่วประเทศเพื่อความพร้อมของการดำรงชีพในวัยสูงอายุ
- จัดการศึกษาและการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

5. รายงานการวิจัย “การศึกษาเปรียบเทียบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย” โดย วุฒิสสาร ตันไชย และ เล็ก สมบัติ⁽¹²⁾

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสารเกี่ยวกับระบบสวัสดิการและบริการของประชากรสูงอายุในประเทศไทย ญี่ปุ่นและประเทศไทย ร่วมกับการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนในการบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย (จำนวน 14 คน) และประเทศไทย (จำนวน 11 คน) และคณะผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนะประเด็นสำคัญในการดำเนินการของภาครัฐเพื่อการจัดการสวัสดิการและบริการสังคมแก่ประชากรสูงอายุ ดังนี้

- หากประเทศไทยยึดแนวพัฒนาระบบสวัสดิการแบบเป็นทางการ (เป็นหลัก) ต่อไป จะมีผลกระทบต่อระบบการสนับสนุนทางสังคมแบบดั้งเดิมในสังคมไทย และปัญหาการรับภาระจะเพิ่มมากขึ้น เพราะระบบการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุไว้กับครอบครัวหรือชุมชนอ่อนตัวลง การผสมผสานสวัสดิการแบบดั้งเดิม (ไม่เป็นทางการ) กับสวัสดิการอย่างเป็นทางการเป็นทางเลือกที่สำคัญของประเทศไทย

- การพัฒนางานสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรเน้นการจัดสวัสดิการโดยองค์การภาคเอกชนหรือชุมชนให้มากยิ่งขึ้น โดยมีรัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนหรือประสานงานการจัดสวัสดิการมากกว่าเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน
- ควรมีการพัฒนากระบวนการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งในด้านรูปแบบการจัดบริการประเภทต่างๆให้ครอบคลุมทั่วถึงและมีปริมาณเพียงพอ
- กฎหมายประกันสังคมควรให้ความสำคัญในการให้หลักประกันความมั่นคงในด้านดำรงชีวิตอยู่ในสังคมในบั้นปลายของชีวิต

6. รายงานการวิจัย “แนวทางการจัดบริการด้านสงเคราะห์ทางสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร”
โดย บุญศรี สรรเสอาด และคณะ⁽¹³⁾

การวิจัยนี้เป็นสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1,800 คนและความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 75 คน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

- รัฐควรเร่งรัดให้มีกฎหมายประกันสังคมด้านประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนและทุกด้าน
- รัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดการบริการเพื่อผู้สูงอายุให้เพียงพอโดยเฉพาะผู้ที่ยากไร้
- รัฐควรรหาแนวทางสนับสนุนส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้ยอมรับและเกื้อกูลผู้สูงอายุตลอดไป เช่น ลดหย่อนภาษีเป็นพิเศษแก่ครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุเช่นเดียวกับการลดหย่อนภาษีสำหรับบุตร สร้างค่านิยมแก่คนรุ่นหลังให้มีความเคารพและกตัญญูต่อผู้สูงอายุ และประชาสัมพันธ์-รณรงค์ให้สังคมยอมรับและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ
- รัฐควรส่งเสริมให้หน่วยทั้งภาครัฐและเอกชนจัดการบริการเพื่อผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขอนามัย เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - บริการตรวจรักษาฟรีแก่ผู้ยากไร้
 - บริการความรู้และส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว
 - บริการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน
 - สนับสนุนให้มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย
 - บริการด้านการเงินและปัจจัยเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
 - ให้คำปรึกษาและบริการฝึกอาชีพ
 - สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน
 - บริการด้านนันทนาการและห้องสมุด
 - ขยายบริการสถานสงเคราะห์คนชราให้สามารถรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไร้ญาติขาดมิตร
- รัฐควรสนับสนุนชุมชนและองค์กรเอกชนให้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มากขึ้น

- รัฐควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีการเตรียมตัว
- รัฐควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมได้ช่วยเหลือและบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม

7. รายงานการวิจัย “การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย” โดย ระพีพรรณ คำหอม และคณะ⁽¹⁴⁾

ชุดโครงการการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการประเมินผลการบริการสวัสดิการสังคมที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน (เบี้ยยังชีพ) การบริการสถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์ โดยทำการสำรวจเพื่อเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจาก ตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน (383 คน) สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ (18 ครอบครัว) คณะกรรมการ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน (81 คนจาก 51 ศูนย์) ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (146 คน) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้บริหารของกรมประชาสงเคราะห์ ผลการประเมินได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอแนวคิดในการจัดระบบบริการสวัสดิการสังคม ดังนี้

- รัฐจะต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long-term care) มากขึ้น โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่ม/ชมรม และองค์กรในชุมชน เพื่อให้เกิดตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (social safety net) แบบไม่เป็นทางการ
- รูปแบบสวัสดิการสังคมจะต้องมีความหลากหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน และพัฒนารูปแบบบริการทางเลือกในลักษณะการประกันหรือการบริการเอกชนให้แก่ผู้สูงอายุที่กำลังซื้อแทนการมาใช้สิทธิของผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีผู้อุปการะ หรือไม่มีผู้ดูแล
- เปลี่ยนรูปแบบการสงเคราะห์รายบุคคลไปเป็นสวัสดิการชุมชน เช่น การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
- จัดระบบการบริการชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้ เช่น
 - บริการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นครั้งคราว (respite care)
 - ส่งเสริมให้ชุมชนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาให้อยู่ภายในชุมชนแทนการที่จะต้องเข้าพำนักในสถานสงเคราะห์คนชรา เช่น จัดตั้งบ้านเล็กๆสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและบริหารจัดการด้วยชุมชน ส่งเสริมฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ
 - ส่งเสริมให้เอกชนบริการบ้านพักแก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะดี
- ควรจัดทำนโยบายเกี่ยวกับหลักประกันการตายที่จะเอื้อสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในชุมชน

8. รายงานการวิจัย “การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข” โดย พิระสิทธิ์ คำวนศิลป์ และคณะ⁽¹⁵⁾

การวิจัยนี้ต้องการประเมินนโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขและการบรรจุจุดมุ่งหมายของนโยบายและแผนงาน โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร รวมทั้งการดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนและที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลในระดับตัวแทนประเทศ คณะผู้วิจัยได้ให้ประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการ คือ

- ควรเพิ่มและเสริมสมรรถภาพของสถานเอนกนัยในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

9. รายงาน “ศึกษาพิจารณาปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ และการแก้ไข ปัญหา ฉบับที่ 3: ประเด็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการแก้ไข้ปัญหา” โดย คณะ กรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา⁽¹⁶⁾

รายงานนี้เป็นการประมวลข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากเอกสารและการดูงานทั้งในและต่างประเทศ และผลจากการสัมมนาเรื่อง “มาตรการดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุ” ณ อาคารรัฐสภา 2 วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2537 โดยมีประเด็น สำคัญและมาตรการทางด้านสวัสดิการและการบริการสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต ดังนี้

- จัดบริการและสวัสดิการโดยมุ่งไปที่ชุมชนและครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ใน ชุมชนได้ ได้แก่
 - ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center)
 - หน่วยบริการสงเคราะห์เคลื่อนที่
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - บริการอาหารกลางวัน
 - จัดตั้งศูนย์ของหมู่บ้านหรือชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
 - โครงการครอบครัวอุปถัมภ์ผู้สูงอายุ
 - บริการช่วยงานบ้าน
 - บริการดูแลผู้สูงอายุตามบ้านและโครงการผลัดเปลี่ยนให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน
 - โครงการซ่อมแซมและปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม
 - โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและสาธารณะเพื่อให้สะดวกแก่ผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมช่วยดูแลผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุ เช่น
 - ลดหย่อนภาษีแก่หัวหน้าครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ
 - ส่งเสริมเกียรติคุณครอบครัวดีเด่น
 - ให้บริการพิเศษแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมและบริการสุขภาพ
 - ขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการให้มีคุณภาพและทั่วถึง ผู้สูงอายุทุกระดับฐานะ

- ศูนย์บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- ศูนย์สุขภาพสายตา
- ศูนย์ออกกำลังกายและนันทนาการ
- โครงการคลินิกสุขภาพเคลื่อนที่
- สร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจ
 - การประกันสุขภาพ
 - พัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพและสร้างงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 - โครงการจ้างงานระยะสั้น งาน part-time
 - โครงการร้านขายผลิตภัณฑ์ฝีมือผู้สูงอายุ
- ดำรง-ส่งเสริมคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุ
 - ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดประสบการณ์-วิชาชีพ
 - ส่งเสริมการเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุ
 - พัฒนาให้สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวของตนเอง
 - พัฒนาการศึกษาต่อเนื่องทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน โดยเน้นในชนบทและกลุ่มด้อยโอกาสมากที่สุด
 - โครงการห้องสมุดเคลื่อนที่
 - ขยายโอกาสการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆโดยให้เข้าถึงระดับหมู่บ้าน
- สิทธิประโยชน์ในการได้รับการลดหย่อนค่าโดยสาร (รถ รถไฟ เครื่องบิน)
- บริการสถานสงเคราะห์ที่มีความจำเป็นแต่ควรอยู่ในขอบเขตจำกัด
- โครงการอื่นๆ
 - โครงการโทรศัพท์สายด่วนและสัญญาณฉุกเฉิน
 - ศูนย์ปรึกษาด้านกฎหมาย

10. รายงาน “การประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ผลการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ - ผู้วัยสูงอายุ ด้วยคุณภาพ” โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽¹⁷⁾

การวิจัยนี้เป็นการประมวลข้อมูลและความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนมาก ในการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุในปีพ.ศ.2542 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุสากล และได้รับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้นเป็นรายงาน ในรายงานดังกล่าวได้บรรจุแนวคิดของระบบสวัสดิการและบริการที่ควรจะเป็นในอนาคต ดังนี้

- การบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยมีการพยาบาลและร่วมกับทางสังคมเป็นตัวนำ และมีการแพทย์และส่วนอื่นเป็นส่วนสนับสนุน โดยให้เกิดรูปแบบสหสาขาวิชา การบริการชุมชนนี้จะช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับระบบบริการและสวัสดิการในระดับชาติ นอกจากนั้นยังเป็นช่องทางในการดำเนินการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ-ครอบครัว การให้ความรู้ การจัดตั้งเครือข่าย การสนับสนุนให้มีการพึ่งตนเองทั้ง

ด้านรายได้-การสงเคราะห์แบบไม่เป็นทางการ และการเข้าถึงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

- การประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric assessment) ที่จะต้องมีการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการระดับปฐมภูมิและการบริการสนับสนุน เช่น สถานสงเคราะห์หรือโรงพยาบาลต่างๆ
- ต้องมีการกระจายอำนาจและชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการบริการและสวัสดิการ โดยที่ระบบการดูแลและระบบสนับสนุนจากภาครัฐเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินการ

11. รายงานการวิจัย “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽⁵⁾

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชาติจำนวน 4,048 คน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อต้องการทราบถึงสถานะสุขภาพในด้านภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา กลุ่มอาการสมองเสื่อม ตลอดจนความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- ต้องให้ความสำคัญต่อการบริการระดับปฐมภูมิ และต้องพัฒนาให้ใกล้ชิดชุมชนอย่างทั่วถึง
- ต้องพัฒนาการบริการชุมชนมากขึ้นกว่าปัจจุบัน โดยเป็นแบบบูรณาการที่มีการสอดประสานทั้งการบริการสุขภาพและสังคม ได้แก่
 - การบริการสุขภาพ
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
 - การบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ตกในสภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะผู้ที่ตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพ พึ่งพา หรือสมองเสื่อม) โดยวัดและองค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม และใช้เครือข่ายสาธารณสุขมูลฐานสอดประสานร่วมกับการบริการชุมชน
- สวัสดิการและบริการควรมุ่งสู่ครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่อยู่ในฐานะด้อยโอกาส เช่น ลดหย่อนภาษีแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและการออกกฎหมายเพื่อการบังคับใช้ ได้แก่
 - การจัดทางเท้าที่เหมาะสม
 - การจัดบริการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้
 - การจัดสิ่งแวดลอมให้ผู้ทุพพลภาพเข้าใช้ได้
 - การกำหนดมาตรฐานการออกแบบและก่อสร้างที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

12. รายงาน “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน” โดย นภาพร ชโยวรรณ⁽¹⁸⁾

รายงานนี้เป็นการประมวลข้อมูลการศึกษาในระดับชาติทางด้านสังคม เพื่อนำเสนอในการประชุมวิชาการ โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- บ้านดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) อาจต้องมีมากขึ้น แต่รัฐไม่ควรเข้ามาแบกภาระทั้งหมด แต่ควรสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทภายใต้การควบคุมมาตรฐานการบริการ
- ส่งเสริมการสร้างหลักประกันด้านรายได้ โดย
 - ขยายขอบข่ายของประกันสังคมให้ครอบคลุมผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ-ส่วนตัว โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม
 - ยกเว้นภาษีการออมของผู้สูงอายุ และการออมจากบุคคลอื่นเพื่อผู้สูงอายุ
 - มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การให้กู้ยืมเพื่อการลงทุนโดยไม่คิดดอกเบี้ย

13. รายงาน “ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข” โดย คณะกรรมาธิการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา⁽¹⁹⁾

รายงานนี้เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ของคณะกรรมาธิการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา ที่จัดทำเผยแพร่ต่อสาธารณชน โดยทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุและจัดทำเป็นสรุปและข้อเสนอแนะ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายสำคัญคือผู้สูงอายุสตรี หญิงวัยชรา กลุ่มยากจน-เร่ร่อน กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มผู้สูงอายุพิการ และมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการดังนี้

- ควรมีระบบประกันรายได้ที่พอเพียงแก่ผู้สูงอายุ
- ควรจัดตั้งกองทุนสำหรับลูกจ้างที่เตรียมการสำหรับวัยสูงอายุ (ประกันชราภาพ)
- จัดการรักษายาบาลให้โดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุทุกคน
- ส่งเสริมการบริการ ได้แก่
 - การช่วยเหลือตามบ้าน
 - ศูนย์บริการกลางวัน
 - สถานพักฟื้น
 - ศูนย์บริการทางสังคม
- ให้เงินช่วยเหลือชดเชยหรือลดหย่อนภาษีให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ
- จัดสรรที่พักหรือบ้านให้ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุได้อยู่ในบริเวณเดียวกันหรือใกล้ชิดกัน
- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำทั้งที่เป็นอาสาสมัครและที่เป็นการประกอบอาชีพ
- ส่งเสริมการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

14. รายงาน “ผู้สูงอายุในประเทศไทย” โดย วาทีณี บุญชะลักซี่ และ ยุกิน วรสิริอมร⁽²⁰⁾

รายงานนี้เป็นการประมวลและสังเคราะห์รายงานและงานวิจัยต่างๆเพื่อทบทวนนโยบาย มาตรการของรัฐ และผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นทาง ระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- ส่งเสริมการออมสำหรับผู้สูงอายุ
- สนับสนุนให้เอกชนจัดตั้งโครงการประกันยามชรา
- ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
- สนับสนุนโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานได้มากขึ้น

15. รายงานการวิจัย “การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ”
โดย ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ⁽²¹⁾

รายงานนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในประชากรสูงอายุจำนวน 90 คนจาก 6 หมู่บ้านโดย เป็นหมู่บ้านที่เคยชนะการประกวดหมู่บ้านพัฒนาดีเด่นในปีพ.ศ.2533 จำนวน 4 หมู่บ้าน และหมู่บ้าน ที่มีฐานะยากจนและมีความพร้อมน้อยอีก 2 หมู่บ้าน (คัดเลือกผู้สูงอายุ 15 คนจากแต่ละหมู่บ้าน) วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้ นอกจากจะเพื่อทำการศึกษาศักยภาพ ปัญหาและความ ต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนการประเมินศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมในชุมชนแล้ว ยัง ต้องการกำหนดแนวทางในการให้บริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาทาง ระบบสวัสดิการและบริการ มีดังนี้

- ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
- ควรขยายการบริการลงไปในระดับหมู่บ้านและชุมชน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย และการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

16. รายงานการวิจัย “โครงการศึกษาวิจัยความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้ง ศูนย์บริการจัดหางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” โดย อรพินท์ บุญนาค⁽²²⁾

รายงานนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการการทำงานในผู้สูงอายุจำนวน 429 คนจาก ชุมชนผู้สูงอายุของ 11 เขตในกรุงเทพมหานคร ผู้ทำการศึกษได้ให้ประเด็นทางระบบ สวัสดิการและ บริการ ดังนี้

- ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
- รัฐควรสร้างหลักประกันในด้าน
 - สุขอนามัย
 - ความปลอดภัยในการทำงาน
 - ความมั่นคงในการทำงาน
 - รายได้ในกรณีตกงานหรือเกษียณ
- บริการอื่นๆที่รัฐพึงจัดให้ ได้แก่
 - ศูนย์จัดหางานให้กับผู้สูงอายุ
 - ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

- บริการข้อมูลข่าวสารให้เข้าถึงผู้สูงอายุโดยทั่วถึงกัน

17. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” จัดโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก⁽²³⁾

การสัมมนาครั้งนี้มีขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย ในการสัมมนาได้มีการระดมสมองในกลุ่มย่อยในประเด็นต่างๆ และทำการรวบรวมขึ้นเป็นข้อเสนอแนะไว้ในรายงาน โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- บริการส่งเสริมสุขภาพผ่านทางคลินิกผู้สูงอายุและหน่วยงานรัฐต่างๆ
- จัดให้มีการบริการถึงระดับชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การเยี่ยมบ้าน
- จัดตั้งศูนย์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุขึ้นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- เพิ่มและขยายสถานพักพิงสำหรับผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

18. รายงาน “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ” โดย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย⁽²⁴⁾

รายงานนี้เป็นข้อเสนอเพิ่มเติมจากการประชุมสัมมนาในกระบวนการอนาคตศึกษาตามที่ปรากฏผลในรายงานของสุทธิชัยและคณะ⁽¹⁾ โดยเป็นข้อเสนอที่มาจากการประชุมกลุ่มประชาคมผู้สูงอายุเพื่อหารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุปรารถนา และมีประเด็นดังนี้

- กองทุนผู้สูงอายุจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ แหล่งเงินทุนสำหรับจัดตั้งควรได้มาจากการออมของภาคประชาชนสมทบกับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ควรได้รับการคุ้มครองสิทธิดังกล่าวโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการดูแลในชุมชนมากขึ้น โดยพัฒนาหรือสร้างความเข้มแข็งของสถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น สถานเฝ้าระวัง ให้บริการในเชิงรุกโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในการให้บริการ
- บริการสุขภาพควรมีมาตรฐานเดียวกัน เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยคำนึงเงื่อนไขและข้อจำกัดในการรับบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการ ทั้งนี้สถานบริการของรัฐควรได้รับการปฏิรูปให้ชุมชน (และผู้สูงอายุ) เข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพ
- รัฐควรสนับสนุนให้เกิดหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพตามความจำเป็นแก่ผู้สูงอายุทุกคน

19. บทในหนังสือ “ข้อเสนอแนะการให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย” โดย ศรีจิตรา บุนนาค⁽²⁵⁾

บทความนี้เป็นข้อเสนอแนวคิดการให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนี้

- หลักการบริการที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพร้อมที่จะช่วยตนเอง (self care) การช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว และการดูแลภายในชุมชน
- การบริการในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่
 - ศูนย์ดูแลยามกลางวัน
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - ระบบอาสาสมัคร
 - ชมรมผู้สูงอายุ
- การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขควรจะมี
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - สถานพักฟื้น (nursing home)
 - สถานที่พักคนชรา (home for the elderly)
- รัฐควรจัดให้โรงเรียนมีการศึกษาเรื่องของวัยและวงจรชีวิตตั้งแต่ในระยะต้นของชีวิต และควรจัดให้มีการศึกษาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการแก่ผู้สูงอายุ
- ควรจัดให้สวัสดิการลดหย่อนค่าโดยสาร และจัดให้ขนส่งมวลชนและสถานที่สาธารณะเอื้ออำนวยต่อการใช้ของผู้สูงอายุและมีความปลอดภัย เช่น ห้องน้ำ ทางเดิน ทางรถเข็น
- รัฐควรเอื้อให้มีการออมเงินเพื่อวัยสูงอายุ เช่น หากฝากเงินในธนาคารโดยไม่ถอนออกก่อนอายุ 50 ปีจะไม่ต้องเสียภาษีดอกเบี้ย

20. บทในตำรา “ระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ” โดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽²⁶⁾

บทในตำราหลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ให้ประเด็นทางระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

- สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์สำคัญของระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นรอยต่อของการพบกันระหว่างผู้รับบริการกับการบริการปฐมภูมิซึ่งจะต้องเข้าถึงชุมชน และทำให้การบริการเข้าถึงประตูบ้าน ทั้งนี้จะอาศัยทั้งเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ (informal network) ภายในชุมชน เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เป็นต้น และเครือข่ายที่เป็นทางการ (formal network) เช่น บุคลากรเยี่ยมบ้าน พยาบาลชุมชน บุคลากรทางสายสังคม แพทย์ ตำรวจ เป็นต้น ในการนำส่งผู้สูงอายุที่ต้องการการบริการเข้าสู่ระบบบริการของประเทศทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม
- การบริการในชุมชนจะต้องมีลักษณะบูรณาการ มีการประสานงานระหว่างบริการสุขภาพและสังคม โดยอาจประกอบไปด้วย
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - บริการดูแลกลางวัน
 - การพยาบาลที่บ้าน
 - บริการแนะนำกลั่นปัสสาวะ

- การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและในชุมชน
- บริการดูแลบ้าน
- บริการอาหาร
- บริการให้คำปรึกษาและจัดการด้านสังคม
- บริการให้ความรู้และการสื่อสาร
- การบริการในสถานพยาบาลอาจประกอบไปด้วย
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - บริการโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital service)
 - บริการพักชั่วคราว (respite care)
 - บริการบ้านพักฉุกเฉิน
 - บริการบ้านพักพิงและสถานสงเคราะห์
 - สถานพยาบาลเฉียบพลัน
 - สถานพยาบาลเรื้อรัง

21. บทบรรณาธิการ “สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ” โดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽²⁷⁾

บทความนี้ให้ความเห็นและประเด็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต เน้นบทบาทและรูปแบบระบบบริการโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ และสอดคล้องกับทิศทางของระบบบริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

- ทิศทางการปฏิรูปการบริหารด้านสุขภาพจะสอดคล้องกับการกระจายอำนาจการปกครองและการบริหารแบบรวมศูนย์จะลดลง
- การบริการระดับปฐมภูมิเข้าสู่ในชุมชน โดยจะลงถึงในระดับตำบลที่มีสถานอนามัยเป็นศูนย์กลาง และดำเนินการบริการที่ประสานกับชุมชนผ่านช่องทางสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งต้องการการพัฒนา “จุดแรกของการพบกัน” ระหว่างผู้ให้บริการและชุมชนให้สัมพันธ์มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
- การเสริมสร้างสถานอนามัยให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมีความจำเป็น โดยเฉพาะด้านบุคลากรที่ต้องมีความพร้อมทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ และมีความเป็นสหสาขาวิชา อย่างน้อยประกอบไปด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนั้นอาจต้องมีบุคลากรที่มาจากการจัดจ้าง (พนักงานสุขภาพชุมชน) ร่วมกับอาสาสมัคร (อาสาสมัครสาธารณสุข) ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะการบริการชุมชน อันจะเอื้อให้เกิดทั้งจุดแรกของการพบกัน และการบริการถึงผู้รับบริการที่บ้านได้ดียิ่งขึ้น
- ระดับการบริหารจัดการด้านสุขภาพจะมีความกระชับและพื้นที่เขตเล็กลง จากระดับจังหวัด (สาธารณสุขจังหวัด) สู่ระดับอำเภอและเกิดเป็น “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (district health system) โดยตัวแทนชุมชนและองค์กรในพื้นที่จะมีส่วนในการกำหนดนโยบาย ติดตามประเมิน ตลอดจนให้การสนับสนุนทรัพยากร ทั้งนี้โรงพยาบาลชุมชนจะ

ทำหน้าที่เป็นระดับแรกของการส่งต่อจากการบริการในชุมชน และให้การสนับสนุนการบริการในชุมชนในด้านต่างๆ (รูปที่ 2)

22. บทในตำรา “งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ” โดย บรรลุ ศิริพานิช⁽²⁸⁾

บทในตำราผู้สูงอายุไทยได้ให้แนวคิดของสวัสดิการที่น่าจะพิจารณาดำเนินการเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังนี้

- หลักประกันรายได้ โดยจัดให้มี ประกันสังคมกรณีชราภาพ และการยกเว้นภาษีเงินบำนาญแก่ข้าราชการบำนาญอายุ 70 ปีขึ้นไป
- ลดหย่อนภาษีรายได้แก่บุตรหลานผู้เลี้ยงดูบิดามารดา
- ลดหย่อนค่าโดยสารยานพาหนะ
- ลดหย่อนอัตราค่าเข้าชมสถานที่ทัศนศึกษา

รายงานการวิจัยรูปแบบการบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน)

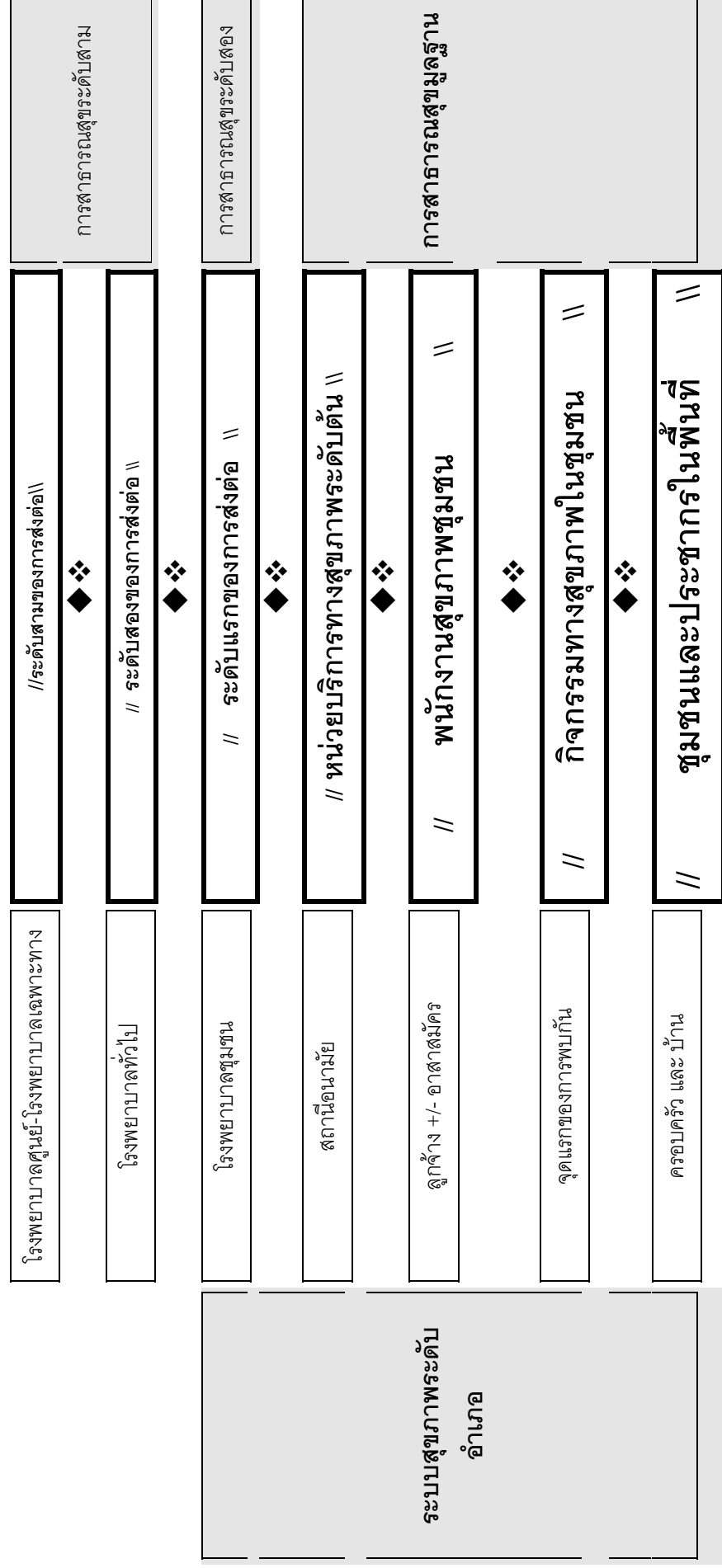
1. รายงานการศึกษาเชิงปฏิบัติการ “การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ” โดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽²⁹⁾

รายงานนี้เป็นรายงานประสบการณ์ทางด้านกระบวนการบริการและผลการดำเนินงานของการให้บริการแบบบูรณาการ สหสาขาและเป็นองค์รวมแก่ผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดคลองเตย (comprehensive community based care) โดยผู้ทำการศึกษาพบว่ารูปแบบที่ใช้มีประสิทธิภาพและความเหมาะสมกับชุมชนในเขตเมืองเป็นอย่างดี สำหรับในเขตชนบทอาจต้องมีการปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับสภาพทางกายภาพในพื้นที่เนื่องจากบ้านและชุมชนมีการกระจายตัวมากกว่าในเขตเมือง ผู้ทำการศึกษาเห็นว่ารูปแบบการบริการนี้น่าจะใช้ได้สำหรับการบริการปฐมภูมิในชุมชนของสังคมไทยทั่วไป และยังสามารถให้บริการแก่ประชากรกลุ่มอื่นๆไปพร้อมๆกันได้ รูปแบบการบริการมีข้อสรุปที่สำคัญดังนี้

- ในการบริการได้ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ชุมชนเพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่และที่ศูนย์บริการขนาดเล็กในชุมชน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการงานและให้การสนับสนุนในการดูแล นอกจากนั้นจะมีแพทย์และนักกายภาพบำบัดร่วมให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน
- ประเภทการบริการและกิจกรรม ได้แก่
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์บริการในชุมชน
 - การเยี่ยมบ้าน
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน
 - การพยาบาลที่บ้าน
 - การรักษาและการให้คำปรึกษาทางการแพทย์
 - การบริการทางสังคมที่บ้านและการประสานงานเพื่อจัดการปัญหาด้านสังคม
 - การส่งเสริมสุขภาพทั้งที่บ้านและศูนย์

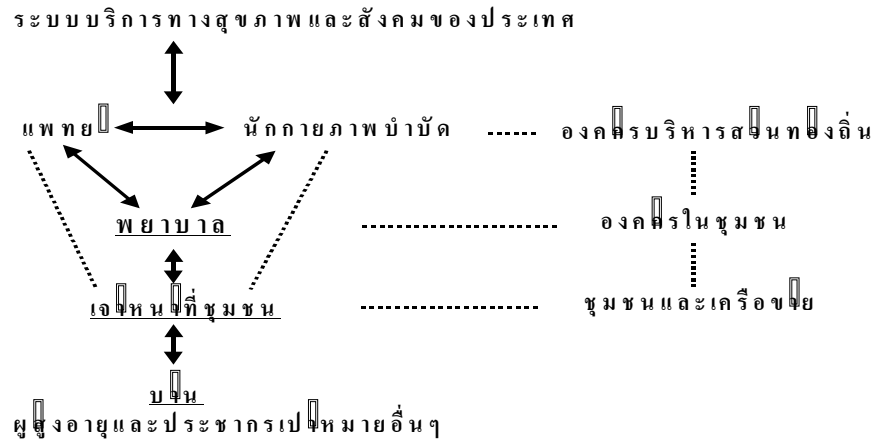
- ชมรมผู้สูงอายุ
- บริการดูแลกลางวัน
- โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตยแสดงในรูปที่ 3

รูปที่ 2 โครงสร้างระบบบริการการบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย : เน้นโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐาน⁽²⁷⁾



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว

รูปที่ 3 โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย⁽²⁹⁾



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจากวารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแล้ว

2. รายงานวิจัย “A randomised control trial of regular surveillance in Thai elderly using a simple questionnaire administered by non-professional personnel” โดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽³⁰⁾

เป็นรายงานการวิจัยถึงประสิทธิภาพของการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปจำนวน 160 คนในชุมชนแออัดคลองเตยเป็นเวลา 3 ปี ทำการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 80 คน โดยการเยี่ยมบ้านใช้แบบการประเมิน (check list) ที่เตรียมไว้ ผลการศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (extended activity of daily living) ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยสรุปว่าการบริการเยี่ยมบ้านเช่นนี้เป็นไปได้ในทางปฏิบัติอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ยากจน

3. รายงานวิจัย “Effectiveness and cost analysis of community-based rehabilitation service in Bangkok” โดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽³¹⁾

เป็นรายงานการวิจัยถึงประสิทธิผลของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชากรในชุมชนแออัดคลองเตยจำนวน 178 คนที่มารับบริการในช่วงระยะเวลา 3 ปี และทำการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในเชิง cost minimization analysis โดยทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของการรับบริการในชุมชนกับค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนมีประสิทธิผลที่ดีมากและผลการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขพบว่าการบริการในชุมชนมีความคุ้มค่ามากกว่าบริการในโรงพยาบาลโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงปานกลาง ข้อน่าสังเกตคือในการศึกษานี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด

รักษาในชุมชนเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 51 และอายุเฉลี่ยของประชากรศึกษาเท่ากับ 64.2 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.1 ปี)

4. รายงานวิจัย “ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่” โดย สุวิชา จันทร์สุริยกุล⁽³²⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตปกติหรือก้ำกึ่งทำการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการศึกษาในประชากรสูงอายุจำนวน 64 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือก้ำกึ่งในหมู่บ้านทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุจำนวน 63 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือก้ำกึ่งในหมู่บ้านควบคุม ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตและชีพจรลดต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามประชากรศึกษามีขนาดเล็กและระยะเวลาในการศึกษาน้น นอกจากนั้นการศึกษานี้ผู้ประเมินผลทราบว่าประชากรกลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือเป็นกลุ่มควบคุม (not-blind control trial) อันจะทำให้เกิดอคติในการประเมินได้ โดยเฉพาะการวัดระดับความดันโลหิต

5. รายงานการศึกษา “โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน” โดย จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์ และคณะ⁽³³⁾

รายงานนี้เป็นการศึกษาการบริการชุมชนแก่ผู้สูงอายุจำนวน 91 รายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลราชวิถี เป็นเวลา 1 ปี 9 เดือนโดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อลดจำนวนครั้งของการมารับการรักษาด้วยปัญหาการเจ็บป่วยซับซ้อน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี และเพิ่มอัตราความต่อเนื่องของการมารับการรักษาโรคเรื้อรังตามกำหนดนัด อัตราความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และอัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการบริการชุมชนดำเนินการโดยเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการให้การส่งเสริมทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลการดำเนินการพบว่าผู้รับบริการมีอัตราการใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีด้วยปัญหาเจ็บป่วยซับซ้อนลดลงร้อยละ 62 ติดตามรับการรักษาโรคเรื้อรังตามกำหนดนัดอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 รับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 คณะการศึกษาสรุปว่าการบริการชุมชนดังกล่าวได้สัมฤทธิ์ผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้การแปลและสรุปผลต้องมีความระมัดระวัง นอกจากนั้นผู้ให้บริการเป็นผู้ทำการประเมินผลเองอันจะทำให้เกิดอคติได้

6. รายงานวิจัย “A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach in the general medical wards of Chulalongkorn hospital” โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽³⁴⁾

รายงานนี้เป็นผลงานวิจัยถึงประสิทธิภาพของกระบวนการบริการสหสาขาแก่ผู้ป่วยหญิงจำนวน 199 คนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยหญิงในอีกหอผู้ป่วยหนึ่งจำนวน 218 คน และใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในอดีตของหอผู้ป่วยหญิงทั้งสองที่มารับ

การรักษาในช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนหน้า (จำนวน 233 และ 193 คนตามลำดับ) ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการบริการแบบสหสาขาทำให้ระยะเวลาครองเตียงในผู้ป่วยที่มีอายุ 60-74 ปีของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มทดลองพบว่าเจ้าหน้าที่เห็นว่าการบริการที่นำมาทดลองใช้นี้มีประโยชน์สูงและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในหอผู้ป่วย

7. รายงานการศึกษาเชิงปฏิบัติการ “เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์” บรรณาธิการโดย พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข และ ทศนีย์ สุรกิจโกศล⁽³⁵⁾

รายงานนี้เป็นหนังสือที่รวบรวมประสบการณ์ของการดำเนินการการบริการปฐมภูมิ (ไม่ได้เป็นการบริการเฉพาะแก่ผู้สูงอายุ) ในรูปแบบต่างๆกันของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา, โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา, โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการดำเนินการมีความหลากหลายตั้งแต่

- การดำเนินการเพิ่มศักยภาพของสถานีนอนามัย (โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น)
- การบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลร่วมกับการจัดให้พยาบาลร่วมในการตรวจวินิจฉัยและรักษาขั้นต้นในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา)
- การบริการชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยพยาบาล ทั้งนี้จัดตั้งในลักษณะคลินิกชุมชนร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่และที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล (โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา)
- การเยี่ยมบ้านและการเพิ่มศักยภาพสถานีนอนามัย (โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา)
- การดำเนินการเป็นศูนย์บริการในชุมชนโดยมีพื้นที่รับผิดชอบ และให้บริการทั้งที่ศูนย์และการเยี่ยม เป็นการให้บริการโดยกลุ่มงานที่มีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลักทั้งในด้านการรักษาและการพยาบาล (ศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา)

ข้อสังเกตสำคัญคือผลการดำเนินการในโครงการเหล่านี้ไม่ได้รับการประเมินชัดเจน แต่อยู่ในรูปของประสบการณ์ร่วมกับการรวบรวมอุปสรรคเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาต่อไป ทำให้เป็นการยากที่จะสรุปว่ารูปแบบการบริการใดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และทำให้การเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเหล่านี้จึงเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงปฏิบัติการเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ทิศทางของการพัฒนาการบริการปฐมภูมิกำลังเคลื่อนไปสู่สถานีนอนามัยและชุมชนมากขึ้น และผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดำเนินการคือพยาบาล

ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

เมื่อพิจารณาโดยเปรียบเทียบรูปแบบสวัสดิการและการบริการ (ไม่รวมมาตรการอื่นๆที่ไม่สัมพันธ์โดยตรงชัดเจนกับระบบสวัสดิการและการบริการ) ระหว่างรายงานทั้ง 33 รายงานกับที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544”⁽³⁶⁾ และ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)”⁽³⁷⁾ จะพบว่ามีความครอบคลุมแตกต่างกันมาก (ตารางที่ 1 และ 2) โดยพบว่ารายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและการบริการในทศวรรษหน้า”⁽¹⁾ ซึ่งมีกระบวนการศึกษาที่รัดกุมให้โครงสร้างระบบสวัสดิการและการบริการที่ชัดเจนและครอบคลุมมากที่สุด ในขณะที่แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 มีความครอบคลุมน้อยที่สุด

การพัฒนาสวัสดิการและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีทิศทางมุ่งสู่ชุมชน^(14,38,39) เช่นเดียวกับระบบบริการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องเข้าสู่ชุมชนและเข้าถึงประตูบ้านให้ได้มากที่สุด^(1,15,27,35,40) บทบาทของชุมชนและการดูแลแบบไม่เป็นทางการจะต้องเพิ่มขึ้นพร้อมกับสร้างความเข้มแข็งของระบบสวัสดิการและการบริการที่เป็นทางการเพื่อให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการให้การดูแลไม่เป็นทางการที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการดูแลตนเองและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในวัยเยาว์มีความจำเป็นเพื่อการเตรียมตัวทั้งที่จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ

ประเด็นสำคัญจากการรวบรวมและเปรียบเทียบระบบสวัสดิการและการบริการในตารางที่ 1 และ 2 ตลอดจนข้อมูลต่างๆและสถานการณ์ด้านระบบการบริการและการปกครองในปัจจุบัน มีดังนี้

1. สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเนื้อแท้แล้วเป็นการสร้าง “หลักประกันในวัยสูงอายุ” หากพิจารณาเพียงถ้อยความจะเข้าใจว่าเป็นประเด็นด้านประชากรสูงอายุและผู้ได้รับผลประโยชน์สำคัญคือผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริงแล้ว การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม เนื่องจากประชากรเกือบทั้งหมดของสังคมจะต้องผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุและวัยชรา⁽¹⁾ และทุกคนปรารถนาที่จะให้เกิดความมั่นใจว่าเมื่อตนได้ผ่านเข้าสู่ระยะดังกล่าว จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพตามสมควร การสร้างหลักประกันที่สำคัญที่สุดที่มีมาแต่เดิมและยังคงใช้กันอยู่คือการสร้างหลักประกันผ่านลูกหลาน⁽⁴¹⁾ แต่มีแนวโน้มของความเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวมากขึ้นภายใต้สถานการณ์เช่นในปัจจุบัน และไม่สามารถเป็นเพียงกลไกเดียวในการสร้างหลักประกันที่เพียงพอในปัจจุบันและอนาคต (ผู้สูงอายุในขณะนี้ได้ผ่านกระบวนการสร้างหลักประกันผ่านลูกหลานมาตั้งแต่ในอดีต และถึงแม้ส่วนใหญ่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสมควร แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 13 ที่อยู่ในสถานะยากจน⁽⁴²⁾ และประมาณว่าราวร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุล้มเหลวในการสร้างหลักประกันและประสบปัญหาในการดำรงชีวิตอย่างมาก ซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ใช้บริการสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในปัจจุบัน⁽⁹⁾)

รัฐเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการสร้างหลักประกัน โดยกลไกของการสร้างหลักประกันจะต้องมีรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างระบบสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้จัดให้หรือกำหนดให้เกิดขึ้น ร่วมกับ กลไกทางภาคประชาชน (ชุมชนและบุคคล) และเอกชน ทั้งนี้รัฐและชุมชนจะต้องเป็นผู้ให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือด้อยโอกาสหรือไม่สามารถมีหลักประกันที่พอเพียงต่อ

การดำรงชีพอย่างมีคุณภาพตามสมควรในชุมชน ร่วมกับการจัดและให้สวัสดิการเพื่อสนับสนุนการสร้างหลักประกันในด้านต่างๆในเชิงการเตรียมและป้องกันตั้งแต่วัยต้นของชีวิต ในขณะที่เอกชนเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่มีกำลังและโอกาสในการเลือก

2. รูปแบบสวัสดิการ เน้นที่ การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยครอบคลุมตั้งแต่หลักประกันด้านรายได้ หลักประกันด้านสุขภาพ หลักประกันด้านผู้ดูแล และ สวัสดิการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร ที่สำคัญได้แก่ หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

- สวัสดิการเพื่อการสร้างหลักประกันด้านรายได้ในวัยสูงอายุ ประกอบไปด้วย
 - ระบบประกันสุขภาพ/ประกันสังคม ซึ่งรัฐเป็นผู้ดำเนินการให้มีการจัดตั้งขึ้นและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าใช้ได้อย่างเพียงพอให้ได้มากที่สุด โดยมีระบบประกันภาคเอกชนเป็นระบบเสริม
 - การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมและรัฐให้การสนับสนุน ทั้งนี้ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน
 - การออมตั้งแต่ในวัยต้น โดยรัฐควรดำเนินการให้เกิดแรงจูงใจในการออม เช่น การลดหย่อนภาษีสำหรับการออมเพื่อใช้ในวัยสูงอายุ
 - การส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานมีรายได้ ไม่ว่าจะเป็นการรวมกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพอิสระ และการส่งเสริมโอกาสในการรับการทำงานทั้งที่เป็นงานเต็มเวลาและงานบางเวลา เช่น การลดหย่อนภาษีแก่นายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุทำงาน การส่งเสริมทักษะความรู้ในการทำงาน เป็นต้น
- สวัสดิการเพื่อการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุทุกคน^(4,43) ไม่ว่าจะเป็นด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ
- สวัสดิการเพื่อการสร้างหลักประกันด้านผู้ดูแล ได้แก่
 - สวัสดิการบริการโดยเฉพาะในชุมชนที่เกื้อหนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ต่อเนื่องและมีคุณภาพ
 - การลดหย่อนภาษีแก่ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ
 - การอบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล
- สวัสดิการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร ได้แก่
 - สวัสดิการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม (เช่น การกั๊ยมไม้มีดอกเบี้ย)
 - สวัสดิการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้
 - สวัสดิการที่พักพิงและบริการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
 - การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (เช่น ทางเดิน ถนน สวนสาธารณะ สุขา) และการออกกฎหมายกำหนดให้มีสถานอาคารเอื้อต่อการเข้าใช้ของผู้สูงอายุ
 - การจัดระบบขนส่งมวลชนและการขนส่งชนิดต่างๆให้เอื้อต่อการใช้

- สถิติการลดหย่อนค่าโดยสาร
- สถิติการด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการให้คำปรึกษาในด้านต่างๆ

3. ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตเน้นที่ การขยายการบริการระดับปฐมภูมิเข้าสู่ชุมชน (บริการชุมชน) โดยมีระบบบริการของประเทศรองรับ และเน้นให้ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ ทั้งนี้ระบบสวัสดิการและบริการมีจุดมุ่งหมายหลัก “เพื่อสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลให้นานที่สุด” รูปแบบบริการในชุมชนต้องมีลักษณะบูรณาการและเพื่อเข้าถึงผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนให้มากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส โดยบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู และเป็นสหสาขาวิชาทั้งด้านสุขภาพและสังคม ทั้งนี้ชุมชนและองค์กรในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบบริการทั้งที่เป็นทางการ (formal care) ซึ่งรัฐหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้บริการ และที่ไม่เป็นทางการ (informal care) ที่เกิดจากชุมชนและเครือข่ายต่างๆ (รวมทั้งชมรมผู้สูงอายุ) การบริการที่ไม่เป็นทางการเป็นกลไกสำคัญในการทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน การนำส่งผู้ที่ต้องการการบริการและสวัสดิการ และการเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการต่างๆที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือรัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยเฉพาะการร่วมเป็นอาสาสมัครดังที่เป็นอยู่ในระบบสาธารณสุขมูลฐาน⁽⁴⁰⁾

ระบบบริการทางสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุในอนาคตจะมีแนวคิดให้บริการขั้นพื้นฐาน (essential package) หรือเท่าที่จำเป็น^(4,43) เช่นเดียวกับความเห็นในการจัดการบริการที่จำเพาะตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ^(9,14) โดยเป็นไปตามกฎการบริการ (care law) ที่จะต้องจัดทรัพยากรให้แก่ผู้ที่มีความต้องการมากที่สุดหรือมีความจำเป็นมากที่สุด

การบริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคตประกอบด้วย

- บริการเยี่ยมบ้าน
- บริการดูแลที่บ้านและบริการทางสังคมที่บ้าน
- บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งการส่งเสริมป้องกัน การพยาบาล การรักษาทางการแพทย์ขั้นต้น และการฟื้นฟู
- บริการด้านสังคมในชุมชน เช่น บริการด้านการเงิน ศูนย์ดูแลกลางวัน-ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ
- บริการด้านสุขภาพในชุมชน เช่น บริการส่งเสริม-ป้องกัน บริการการรักษาพยาบาล และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนผ่านศูนย์บริการ (เช่น สถานีอนามัย)
- บริการหน่วยสุขภาพ-สังคมเคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล

การบริการในสถานบริการทั้งทางสุขภาพและสังคมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เกิดปัญหาฉับพลันหรือเรื้อรัง หรือไม่สามารรถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอทั้งที่ได้รับบริการบริการชุมชน ดังนี้

- สถานบริการเฉียบพลัน เช่น บ้านพักฉุกเฉิน หอผู้ป่วยสูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ มีคุณประโยชน์และความจำเป็นในระบบการบริการแก่ผู้สูงอายุ
- สถานบริการเรื้อรังหรือระยะยาว เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานบริการสุขภาพระยะยาว มีความจำเป็นเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ แต่จะต้องจำกัดปริมาณสถานบริการเหล่านี้โดยมีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น กลวิธีในการรับผู้สูงอายุเข้าในสถานบริการเหล่านี้ควรมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้เกิดการรับเข้าเกินความจำเป็นสามารถอาศัยกระบวนการ “การประเมินผู้สูงอายุ” (geriatric assessment)⁽⁴⁴⁾
- สำหรับการบริการภาคเอกชนเป็นระบบเสริมสำหรับผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อและมีโอกาสเลือก โดยรัฐควรให้การสนับสนุนสถานบริการเรื้อรัง-ระยะยาวของภาคเอกชน เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของภาครัฐ

4. โครงสร้างการบริหารจัดการของระบบบริการจำเป็นจะต้องสอดคล้องกับทิศทางการปกครองของประเทศ ในขณะเดียวกันจะต้องมีความเหมาะสมในด้านเทคนิคและข้อจำกัดของประเภทการบริการ

- ทิศทางการปกครองของประเทศมีลักษณะของการกระจายอำนาจ (decentralization) ไปยังองค์กรท้องถิ่นมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับตำบล (องค์การบริหารส่วนตำบล) ในขณะเดียวกันมีการมอบอำนาจ (deconcentration) จากส่วนกลางไปยังหน่วยงานราชการในท้องถิ่นเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทำให้ชัดเจนว่าระดับหน่วยการบริการที่เล็กที่สุดจะต้องอยู่ในระดับตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม
- การบริการด้านสังคมมีความซับซ้อนน้อยและไม่ต้องการเทคโนโลยีที่สูงหรือความชำนาญเฉพาะซึ่งต่างจากการบริการทางสุขภาพ อีกทั้งการกำหนดงบประมาณด้านบริการสังคมทำได้ง่ายและใช้ไม่มาก ในขณะที่การบริการทางด้านสุขภาพมีความยากลำบากในการกำหนดงบประมาณ ทำให้การบริการทางสังคมสามารถกระจายให้ชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ารับผิดชอบและจัดการภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐและระบบบริการสังคมในระดับภูมิภาคและประเทศซึ่งรัฐเป็นผู้บริหารจัดการ
- เนื่องจากการบริการด้านสุขภาพต้องการความชำนาญเฉพาะ มีความซับซ้อนทางด้านเทคโนโลยี และลำบากในการกำหนดงบประมาณซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดการใช้จ่ายโดยไม่มีประสิทธิภาพได้สูง ทำให้กลไกในระดับชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบในการจัดการระบบบริการที่มีลักษณะบูรณาการและสหสาขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาและประมวลสถานะและบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนชัดเจนว่าการโอนงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สถานือนามัย หรือกิจกรรมด้านการจัดบริการในชุมชนให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่เหมาะสม⁽⁴⁵⁾ โครงสร้างการบริการด้านสุขภาพยังคงควรที่จะอยู่ภายใต้การจัดการของภาครัฐซึ่งจะต้องมีการพัฒนาให้เกิดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (district health system)^(27,46) ที่

มีรูปแบบของการขยายการบริการปฐมภูมิเข้าสู่ชุมชนโดยการผ่านสถานีอนามัยซึ่งต้องมีการพัฒนาและเสริมศักยภาพ (สถานีอนามัยอยู่ภายใต้การบริหารของสาธารณสุขอำเภอกระทรวงมหาดไทยและรับการนิเทศงานจากกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁷⁾) หรือผ่านโครงสร้างรูปแบบอื่น โดยชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่นและแผนงานผ่านกระบวนการบริหารของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (คณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ) และเข้าร่วมในการสนับสนุนงบประมาณโดยเฉพาะในระดับการบริการชุมชน ที่สำคัญอย่างยิ่งการเข้าร่วมของชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยังเป็นช่องทางให้เกิดการประสานงานระหว่างบริการด้านสุขภาพกับการบริการด้านสังคมที่ชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบ (การบริการด้านสังคมในระดับภูมิภาคและประเทศของรัฐควรสอดคล้องเข้ากับระบบสาธารณสุขระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการประสานงานกัน) และเป็นการทำให้สาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการไม่เป็นการขวางกั้นของชุมชนร่วมดำเนินการกับระบบการบริการที่เป็นทางการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(27,45)

- บุคลากรหลักที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนคือ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะในการให้บริการระดับชุมชน (จัดจ้างจากบุคลากรในท้องถิ่นหรือตามเกณฑ์กำหนด) ร่วมกับอาสาสมัครในชุมชน โดยมีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดในด้านการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (กายภาพบำบัด-อาชีวบำบัด) และสังคมสงเคราะห์ (ควรมีนักสังคมสงเคราะห์ระดับอำเภอที่ประสานการทำงานกับทางด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด) นอกจากนั้นควรประสานการปฏิบัติงานในชุมชนกับอาสาสมัครและบุคลากรทางด้านสังคมที่อยู่ภายใต้การดำเนินการขององค์กรท้องถิ่น^(27,29,45)
- ระบบบริการระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุข้างต้นเป็นลักษณะต้นแบบของระบบบริการของประเทศในอนาคต โดยจะให้บริการสำหรับประชาชนทุกคนในชุมชน งานผู้สูงอายุจะเป็นเพียงงานหนึ่งของระบบบริการชุมชน

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลที่จะเกิดขึ้นต่อรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต⁽⁵⁰⁻⁵³⁾

ตามที่นโยบายของรัฐบาลที่ได้มีการดำเนินการให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2544 เป็นต้นมา จะส่งผลอย่างสูงทั้งต่อสิทธิที่ประชาชนจะได้รับ การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และต่อรูปแบบระบบการบริการในอนาคต โดยมีสาระสำคัญของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

สิทธิที่ประชาชนจะได้รับ

ประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกัน โดยในปัจจุบันจะได้รับการครอบคลุมโรค และปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกระดับ โดยสาระส่วนที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโรค ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) การล้างไตโดยการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และจำกัดจำนวนเงินที่ใช้ สำหรับการรักษาในโรคที่รุนแรงบางอย่าง อาทิ โรคมะเร็ง เป็นต้น สำหรับในอนาคต มีความเป็นไปได้ที่จะมีระบบ ประกันเสริมสำหรับผู้ที่มีประสพจะต้องการครอบคลุมโรคที่รุนแรงหรือระดับการรักษาที่ถูกจำกัดไว้

สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานดังกล่าวไม่ได้ให้สิทธิเพิ่มเติมแก่ผู้สูงอายุแต่อย่างใด เพียงแต่มีข้อดีที่มีการ ระบุสิทธิไว้ชัดเจน ต่างจากการให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุที่แต่เดิมไม่มีการระบุไว้ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบอาจเกิดกับ ผู้สูงอายุที่ได้สิทธิข้าราชการ ไม่ว่าจะเป็นข้าราชการบำนาญหรือได้รับสิทธิจากการที่บุตรรับราชการ ที่เมื่อมีการ รวมกองทุนของข้าราชการเข้ากับกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเป็นผลให้สิทธิที่เคยได้ต้องถูกลดลงมา เท่ากับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน

การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพ

เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะใช้กระบวนการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนโดย รัฐหรือองค์กรกลางที่จัดตั้งขึ้นให้แก่หน่วยบริการต่างๆในรูปแบบใหม่ โดยจะจ่ายในลักษณะต่อหัวประชากร (Capitation) อันแตกต่างจากที่เคยจ่ายตามการตั้งงบประมาณของผู้ให้บริการ จะทำให้การกระจายทรัพยากร ด้านการเงินมีความเป็นธรรมมากขึ้น ไม่เกิดการกระจุกตัวของงบประมาณในเขตเมืองหรือเขตที่พัฒนาแล้ว ดังเช่นในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงระบบการจ่ายนี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการกระจายของหน่วยบริการและ บุคลากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลหรือสถานบริการมากและมีทรัพยากรบุคคลมากจะต้องมี การลดลง ในขณะที่จะไปเพิ่มขึ้นในพื้นที่ที่มีอยู่น้อย การปรับโครงสร้างที่จะเกิดขึ้นนี้จะเป็นผลดีต่อ “การเข้าถึง (Accessibility)” ของประชาชนทั่วไปรวมทั้งผู้สูงอายุ

รูปแบบระบบบริการ

ไม่ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการจัดโครงสร้างรวมเป็นอย่างไรก็ตาม แต่จากระบบประกันสุขภาพถ้วน หน้า จะก่อให้เกิดการจัดตั้งการบริการชุมชนและการบริการที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นประโยชน์ต่อ ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากๆ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและพึ่งพา และผู้ที่โรคเรื้อรัง นอกจากนั้น ยังจะนำไปสู่การปรับรูปแบบการบริการในสถานบริการที่จะเอื้อประโยชน์แก่ประชากรสูงอายุในอนาคตมากยิ่งขึ้น เช่น การจัดคลินิกผู้สูงอายุ การจัดเตียงเฉพาะหรือหอผู้ป่วยสูงอายุเป็นการเฉพาะ และการให้บริการ สุขภาพในปัญหาเฉพาะบางประการ เช่น ปัญหาการหกล้ม ปัญหาการกลืนลำบากไม่ได้ เป็นต้น

ดังนั้นโดยภาพรวม ประชากรสูงอายุโดยทั่วไปจะได้รับประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะยาว และระบบนี้จะเอื้อให้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีการพัฒนาเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามในระยะ 10 ปีข้างหน้ายังคงเป็นระยะที่มีความสับสนพอสมควรอันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยน โครงสร้างระบบบริการและการเคลื่อนย้ายทรัพยากร ผู้สูงอายุจึงอาจยังไม่ได้ประโยชน์เต็มที่ในระยะดังกล่าวนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสวัสดิการในรายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในศตวรรษหน้า⁽¹⁾” กับที่เสนอแนะในรายงานอื่นๆ และที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544”⁽³⁶⁾ และ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)”⁽³⁷⁾

| สวัสดิการ | ปรากฏในเอกสารอ้างอิงที่ 1 | รายงานอื่นๆ ที่เสนอ | แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 | สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554) |
|--|---------------------------|---------------------------------------|--|---|
| ความมั่นคงทางรายได้ | | | | |
| • ระบบประกันสุขภาพ | ✓ | 7,11,12,13,14,16,18,19,20,22,24,25,28 | ✓ | ✓ |
| • กองทุนผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ (ไม่ใช่กองทุนในชุมชน) | ✓ | 11,12,13,16,18,19,20,28 | ✓ | ✓ |
| • กองทุนผู้สูงอายุในชุมชน | ✓ | 14,24 | | |
| • สงเคราะห์ผู้สูงอายุยากไร้ | | 5,7,8,9,13 | | ✓ |
| • เพิ่มโอกาสการทำงาน เช่น ส่งเสริมการฝึกอาชีพ ลดหย่อนภาษีแก่นายจ้าง ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มและบางส่วนเวลา | ✓ | 7,19,20,22 | ✓ | ✓ |
| • ส่งเสริมการออมเพื่อสุขภาพ เช่น ลดหย่อนภาษีเงินฝาก | ✓ | 18,20,25 | | |
| • ยกเว้นภาษีเงินบำนาญแก่ข้าราชการบำนาญที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป | | 28 | | ✓ |
| ส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ | | | | |
| • ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแล | ✓ | 5,11,13,14,16,17,19,21,22,28 | ✓ | ✓ |
| • อบรมผู้ดูแล-อาสาสมัครผู้ดูแล | ✓ | 5,13,16,19 | ✓ | ✓ |
| • ปรับปรุงระบบการศึกษาให้ได้รู้และร่วมรับผิดชอบ- สร้างค่านิยม | ✓ | 13,16,25 | ✓ | |
| • ส่งเสริมองค์การบริหารส่วนตำบลให้มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการ | ✓ | 11,13 | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| หลักประกันสุขภาพในยามเจ็บป่วย | ✓ | 3,4,19,22,24,28 | ✓ |
| เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามสมควร | | | |
| • ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะ | ✓ | 5,7,11,13,16,19,22,25,28 | ✓ |
| • จัดการขนส่งสาธารณะให้เหมาะสมกับการใช้ | ✓ | 16,25,28 | ✓ |
| • จัดตั้งหน่วยงานความสะอาดในที่สาธารณะ เช่น ถนน ทางเดินเท้า อาคาร ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น | ✓ | 5,16,25 | ✓ |
| • จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬา | ✓ | 13,16 | ✓ |
| • ควบคุมราคาสินค้าจำเป็นบริโภค-อุปโภค | ✓ | | |
| • ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดลอมที่สะดวกและปลอดภัย เช่น เงินอุดหนุนเบี้ย | ✓ | 7,16 | ✓ |
| • เชื้อให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร | ✓ | 13,16,19,22 | ✓ |
| • จัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ | ✓ | 11,16,19 | ✓ |
| • ลดหย่อนอัตราค่าเข้าชมสถานที่ทัศนศึกษา | ✓ | 28 | ✓ |
| อื่นๆ | | | |
| • สวัสดิการให้กู้ยืมเพื่อการลงทุนโดยไม่คิดดอกเบี้ย | | 18 | |
| • หลักประกันการตาย | | 14 | |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบบริการในรายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในศตวรรษหน้า⁽¹⁾” กับที่เสนอแนะในรายงานอื่นๆ และที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544”⁽³⁶⁾ และ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)”⁽³⁷⁾

| บริการ | อยู่ในเอกสารอ้างอิงที่ 1 | รายงานอื่นๆ ที่เสนอ | แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 | สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554) |
|---|--------------------------|---|--|---|
| การบริการปฎิภูมิแบบบูรณาการ-สหสาขาในชุมชน | | | | |
| ● บริการด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ | ✓ | 4,5,7,8,9,11,15,16,17,18,21,24,26,27,29,30,33 | | ✓ |
| ● ชุมชนองค์กรในชุมชน เช่น อบต. วัด มีส่วนร่วม | ✓ | 4,5,11,13,16,20,25,27,29 | | |
| ● บริการเยี่ยมบ้าน (ทั้งด้านสังคมและสุขภาพ) | ✓ | 2,7,9,12,13,16,19,23,25,26,29,30,32,33,35 | | |
| ● ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center) | ✓ | 7,9,16,19,22,25,26,29 | | |
| ● ศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวัน (day health center) | | 9 | | |
| ● บริการดูแลบ้าน-ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านชั่วคราว (respite care) | ✓ | 9,14,16,26,29 | | |
| ● บริการอาหาร | | 19,26 | | |
| ● บริการหน่วยสุขภาพ-สังคมเคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล | ✓ | 2,16,17 | ✓ | ✓ |
| ● การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่บ้าน | ✓ | 5,8,9,18,23,26,29,31,33 | | |
| ● การพยาบาล-บริการสุขภาพที่บ้าน/ในชุมชน | ✓ | 2,4,5,7,8,9,11,18,21,23,24,26,29,30,31,32,33,35 | | |
| ● ส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวและเครือข่ายไม่เป็นทางการ (informal care) ในการดูแลผู้สูงอายุ | ✓ | 7,9,11,12,14,19,21,22,24,25,26,27,29 | | |

| | | | | |
|--|------|------------------------------------|---|---|
| • บริการแนะนำกลิ่นไม้สวาะ | 9,26 | | | |
| การบริการสถานบริการ | | | | |
| • โรงพยาบาล-หอผู้ป่วยเฉียบพลัน | ✓ | 7,9,11,12,13,16,18,19,23,25,26, 34 | ✓ | ✓ |
| • คลินิกผู้สูงอายุ | ✓ | 9,34 | | |
| • สถานบริการสุขภาพเรื้อรัง-ระยะยาว / สถานพักฟื้น | ✓ | 12,13,23,25,26 | ✓ | ✓ |
| • สถานสงเคราะห์คนชรา | ✓ | 7,9,19,23,25,26 | | |
| • บริการรับฝากช่วงสั้น (respite care) | ✓ | 7,9,13,16,18,25,26 | | ✓ |
| • บริการบ้านพักฉุกเฉิน | ✓ | 9,26 | | |
| • บริการโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) | ✓ | 26 | | ✓ |
| บริการอื่น ๆ | | | | |
| • อบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล | ✓ | 7,11,13 | | |
| • บริการความรู้ส่งเสริมสำหรับผู้ที่จะเกษียณ | ✓ | 7,11,13 | | ✓ |
| • ศูนย์ผู้สูงอายุ-ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน | ✓ | 7,8,16,19,25,29 | ✓ | ✓ |
| • (ส่งเสริม) บริการภาคเอกชน | ✓ | 12,13,18 | | |
| • บริการฝึกอบรม-จัดหางาน | ✓ | 7,13,16,22 | | ✓ |
| • บริการขนส่งสาธารณะที่เหมาะสม | ✓ | 5 | | ✓ |
| • บริการซ่อมแซมข้าวสสารแก่ผู้สูงอายุ | ✓ | 7,16,19,22,26 | ✓ | ✓ |
| • ศูนย์ดูแลสุขภาพระดับพื้นที่-ภูมิภาค-ส่วนกลาง | ✓ | 23 | | |
| • การบริการชุมชนโดยใช้ช่องทางสาธารณสุขมูลฐาน | | 5,9,11,26,27 | | |
| • บริการทางการแพทย์ทางเลือก | | 11 | | |

| | |
|--|------------|
| ● บริการสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยระยะยาวในชุมชนแทนสถานสงเคราะห์คนชรา | 14 |
| ● เพิ่มศักยภาพสถานนีอนามย์ในการให้บริการ | 9,15,24,35 |
| ● บริการห้องสมุดเคลื่อนที่ | 16 |
| ● บริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย | 16 |
| | |

ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อการพัฒนากระบวนการสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่าในขณะที่แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 ครอบคลุมค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)⁽³⁷⁾ และรายงานการศึกษาภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า⁽¹⁾ แต่ผลการดำเนินการตลอดระยะเวลา 18 ปี (จนถึงพ.ศ.2542) ยังไม่ครบถ้วนและยังขาดการดำเนินการตามแผนอีกหลายประการ⁽⁴⁸⁾ โดยตลอดระยะเวลาดังแต่มีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 ไม่ได้มีหน่วยงานได้รับผิดชอบติดตามประเมินและปรับแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ในขณะที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติซึ่งส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยตัวแทนจากหน่วยงานราชการก็ขาดศักยภาพในการดำเนินการให้หน่วยงานต่างๆมีการปฏิบัติตามแผน มากไปกว่านั้นนอกจากเป้าหมายอายุคาดหมายแล้วเป้าหมายอื่นๆที่กำหนดไว้ในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 ล้วนขาดรูปธรรม ไม่สามารถวัดได้ และไม่มีการกำหนดกรอบเวลาไว้ชัดเจน สำหรับสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554) ไม่มีการกำหนดเป้าหมายไว้แต่อย่างใด ประการสำคัญการดำเนินการของภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและกรมประชาสัมพันธ์ในระยะพ.ศ.2535-2542 เป็นไปตามที่ปรากฏในสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554) โดยไม่ได้ปรากฏอยู่ในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544^(9,11)

ในอนาคต ภายหลังจากการจัดทำแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ที่คาดว่าจะแล้วเสร็จภายในพ.ศ.2543 ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสม.) อาจเกิดสถานการณ์ที่อาจมีผลทำให้การพัฒนากระบวนการสวัสดิการและบริการในอนาคตมีความล่าช้าหรือไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจซ้ำ การฟื้นตัวล่าช้าจากปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบัน การระบาดของโรคเรื้อรังในประเทศไทย (pandemic of chronic disease)^(5,49) การเกิดวิกฤติทางสังคม และการเกิดสงคราม หรือ ภัยธรรมชาติร้ายแรง ทำให้การติดตามประเมินสถานการณ์-การดำเนินการต่างๆและการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุระยะยาวเป็นระยะมีความจำเป็น อันจะทำให้การพัฒนามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการและกำลังความสามารถของประเทศ

จากความเป็นจริงของการกำหนดแผนระยะยาวในอดีตและโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการตามแผน ทำให้ปรากฏชัดว่า ในการกำหนดแผนและการดำเนินการตามแผนเพื่อระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตซึ่งเป็นหลักประกันสำคัญของสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีกลไกสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การออกพระราชบัญญัติเพื่อเป็นกรอบหรือแม่บทของนโยบายในอนาคต
2. การจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดเป้าหมายประชากร (population target) และเป้าหมายที่วัดได้ชัดเจน ร่วมกับกำหนดกรอบเวลา
3. จำเป็นจะต้องมีหน่วยงานหรือองค์กรกลางเพื่อดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง
 - ติดตามประเมินสถานการณ์ด้านต่างๆโดยรอบด้าน
 - ติดตามประเมินการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุระยะยาวของหน่วยงานต่างๆ
 - ติดตามและประสานการประยุกต์แผนเข้าสู่แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ
 - ปรับปรุงแผนผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์

4. กระบวนการต่างๆ โดยเฉพาะทางกฎหมายเพื่อการส่งเสริมและการดำเนินการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีบทบาทอย่างจริงจังในระบบบริการและการจัดสวัสดิการในชุมชน
5. การผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านบริการผู้สูงอายุด้านต่างๆ รวมทั้งกระบวนการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาวิจัยที่ควรมีในอนาคต

1. การศึกษารูปแบบบริการแบบบูรณาการในชุมชนขนาดใหญ่
2. การศึกษารูปแบบการบริการในสถานบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมต่อการสนับสนุนระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการและที่เป็นทางการในชุมชน
3. การศึกษาผลกระทบทั้งในด้านดีและเสียของโครงการประกันสุขภาพและการปฏิรูประบบสุขภาพต่อผู้สูงอายุ
4. การศึกษาระบบการศึกษาและการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
5. การศึกษาด้านกำลังคนและความต้องการในอนาคต
6. การศึกษาระบบการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล
7. การศึกษาระบบอาสาสมัครในด้านความพร้อม ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
8. การศึกษากระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนระบบอาสาสมัคร

บรรณานุกรม

1. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พานานิรามย์, มาลินี วงษ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุสาขาวิชา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
2. พรทิพย์ เกตุจานนท์. รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
3. สุทธิชัย วิบูลย์ผลประเสริฐ, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, อำนาจ กาจันะ. โครงการศึกษานาถการสาธารณสุข: อนาคตของระบบบริการสาธารณสุข. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2541;1(2):48-58.
4. อารี วลัยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, นฤมล ศิลารักษ์. (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพหุสาขาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
7. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
8. เกริกศักดิ์ บุญญานพงศ์. นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุสาขาวิชา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
10. คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ. สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานรัฐมนตรี, 2535.
11. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, 1998.
12. วุฒิสาร ตันไชย, เล็ก สมบัติ. การศึกษาเปรียบเทียบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.
13. บุญศรี สรรเสอาด, ศันสนีย์ อยู่ประเสริฐ, สุคนธ์ ชีวะธรรม, ลักษณะ สุวรรณธรรมา, พินดา อินทรลักษณ์, อพชา ชัยมงคล. แนวทางการจัดบริการด้านสงเคราะห์ทางสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.

- กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายส่งเสริมทางสาธารณสุข กองส่งเสริมสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2534.
14. ระพีพรรณ คำหอม, อภิญา เวชยชัย, จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, ปิยะฉัตร ชื่นตระกูล. การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. หนังสือประกอบการประชุมวิชาการ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชน กับ ผู้สูงอายุไทย” จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
 15. พีระสิทธิ์ คำนวนคิดป์, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวุธ, จอห์น ไบรอัน, อารีย์ พรหมไม้. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
 16. คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา. ศึกษาพิจารณาปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ และการแก้ไขปัญหา ฉบับที่ 3 : ประเด็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการแก้ไขปัญหา. กรุงเทพมหานคร: กองกรรมาธิการ สำนักเลขาธิการวุฒิสภา, 2537.
 17. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ธานี ทวีกิตติกุล, ธนาธิ คำยา, ชเนตตี มีลินทางกูร. การประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการประชุม. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ). การประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ -ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2543:17-27.
 18. นภาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ – ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ สมาคมพุดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:54-92.
 19. คณะกรรมาธิการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมาธิการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534:47-53.
 20. วาทีณี บุญชะลิกษ์, ยุพิน วรสิริอมร. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: กุศล สุนทรชาติ (บรรณาธิการ). จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
 21. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, นิภา ส.ตุ่มรสุทร, สุดสงวน สุธีสร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ. การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
 22. อรพินท์ บุญนาค. โครงการศึกษาวิจัยความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
 23. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
 24. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอเพิ่มเติมเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. ใน: ข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นานาทัศนะจากองค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:57-9.

25. ศรีจิตรา บุนนาค. ข้อเสนอแนะการให้การบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: กัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ). สมองเสื่อม โรคหรือวัย. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ, 2543:105-18.
26. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:233-42.
27. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ (บทบรรณาธิการ). จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44(2):69-74.
28. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542.
29. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2): 67-79.
30. Jitapunkul S. A randomised control trial of regular surveillance in Thai elderly using a simple questionnaire administered by non-professional personnel. J Med Assoc Thai 1998;81(5):352-6.
31. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Effectiveness and cost analysis of community-based rehabilitation service in Bangkok. J Med Assoc Thai 1998;81(8):572-8.
32. สุวิชา จันทรสุริยกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่. รายงานวิทยานิพนธ์สาขาวิชาเอก สุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
33. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปราวรณา ยศพล, สีนีนาง บุญต่อเติม. โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี, 2537.
34. Jitapunkul S, Nuchprayoon C, Aksaranugraha S, et al. A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach and strengthened physician-nurse collaboration in general medical wards of a Thai acute care hospital. J Med Assoc Thai 1995;78(11):618-23.
35. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทศนีย์ สุรกิจโกศล (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและ ใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข, 2542.
36. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. กรุงเทพมหานคร: คณะอนุกรรมการการศึกษา วิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525.
37. สารสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ, 2535.
38. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:103 -15.
39. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงษ์สิทธิ์. การประเมินผลโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากร ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

40. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Health care for elderly people in developing countries: a case study of Thailand. *Age Ageing* 1993;22:377-81.
41. มัทนา พนานิรามัย. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ. ใน: *ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:93-102.
42. มัทนา พนานิรามัย, นงนุช สุนทรชวากานต์. เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ. ในหนังสือเล่มนี้ (บทที่ 4)
43. จรัส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน: *ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:138-56.
45. ชุดโครงการวิจัยการกระจายอำนาจและสุขภาพ. ข้อเสนอเชิงนโยบาย: การพัฒนาบทบาทและศักยภาพของ อบต. ใน: ชูชัย ศุภวงศ์, ยุวดี คาคการณ์ไกล, (บรรณาธิการ). *อบต. ในแนวทางประชาคมตำบล*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541:39-41.
46. รวิพันธ์ ศิริภักติกุล. การพัฒนาระบบสาธารณสุขอำเภอ ทางออกแห่งการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ. ใน: *ทางเลือกใหม่ ระบบบริการสาธารณสุข*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542.
47. ผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2542. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
48. รายงานการประเมินผลการดำเนินการตามแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. คณะทำงานประเมินผล คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (เอกสารประกอบการประชุม, พ.ศ.2543)
49. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;1:42-9.
50. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 1-2-3 ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2:59-64.
51. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. เราได้และต้องระวังอะไรจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บทบรรณาธิการ). *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2:3-7.
52. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอ: ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage). เอกสารเผยแพร่ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (มีนาคม พ.ศ.2544).
53. World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health System: improving performance*. Geneva: WHO, 2000.

บทที่ 10 : ระบบวิจัยและแนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

ปรัชญาด้านการวิจัย

การวิจัยมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญยิ่งต่อความเป็นธรรมในการพัฒนาประเทศ และนำไปสู่การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเพื่อสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าในมุมมองมหภาคหรือจุลภาค

แต่องานวิจัยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้ความจำกัดของทรัพยากรและสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่สังคมไทยได้นั้น จะต้องมีการวิจัยที่มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ-และประสิทธิผลเช่นกัน

วิสัยทัศน์ทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าที่เคยเกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้การพิจารณาสาระด้านผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องมีความแตกต่างจากกรอบแนวคิดเดิมที่รับมาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว (อ่านบทที่ 1) นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญของความจำเป็นในการมีแนวคิดที่เหมาะสมกับประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ที่ตกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกับประเทศไทย คือ “ความจำกัดของทรัพยากร” ความจริงด้านทรัพยากรและความเร็วของการเกิดภาวะประชากรสูงอายุ (Population ageing) ที่แตกต่างกันระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา คือ ประเทศที่พัฒนาแล้ว “รวยก่อนแก่” แต่ประเทศกำลังพัฒนา “แก่ก่อนรวย”

ปัจจุบัน เป็นที่ประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง “สุขภาพ” “การพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ” และ “สภาวะแวดล้อม” โดยผลของการพัฒนาและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปที่มีต่อสถานะสุขภาพได้ทำให้อายุคาดหวังของประชากรในประเทศไทยเพิ่มขึ้น แต่การเพิ่มขึ้นของอายุคาดหวังไม่ได้หมายความว่าสถานะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและอนาคตจะดีขึ้น มีข้อมูลจำนวนหนึ่งที่แสดงถึงสมมติฐาน “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย⁽¹⁾” และเป็นไปได้ว่าประชากรวัยสูงอายุและวัยกลางคนในอนาคตจะมีอัตราความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพตามกลุ่มอายุสูงขึ้น ทำให้สัดส่วนของช่วงชีวิตที่เจ็บป่วยและทุพพลภาพจะยาวนานขึ้น เป็นผลต่อการจัดสรรทรัพยากรและปัญหาการดูแลในอนาคต นอกจากนี้ยังมีหลักฐานชัดเจนถึง “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรสูงอายุไทย⁽²⁾” โดยผู้ที่จนและด้อยการศึกษา มีอัตราความชุกของภาวะทุพพลภาพสูงกว่าผู้ที่ฐานะดีและมีการศึกษาผลของกรณีนี้นำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “ratchet effect⁽³⁾” หรือ “วัฏจักรของความเจ็บป่วยและความจน” กล่าวคือ ในครอบครัวที่จนเมื่อมีการเจ็บป่วยร้ายแรงที่ไม่คาดคิด – ซึ่งเกิดขึ้นบ่อยในผู้ที่มีอายุมาก – ค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับจะทำให้ฐานะการเงิน

ของครอบครัวนั้นเลวร้ายลงอีก – จนมากขึ้น – และจะเกิดเป็นวัฏจักรของความยากจนและการเจ็บป่วย จนถึงที่สุดแล้วครอบครัวนั้นย่อมแตกสลายไป

โครงสร้างครอบครัวมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทั้งในขนาดที่เล็กลงและการแยกครัวเรือนของบุตรหลานที่จะมีมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการพัฒนาของระบบการศึกษา การทำงาน และสถานะทางเศรษฐกิจ ถึงแม้ความสัมพันธ์และการเกื้อกูลภายในครอบครัวจะสามารถดำรงอยู่ได้ในอนาคต แต่ศักยภาพในการเกื้อกูลบุพการีที่เข้าสู่วัยที่ 4 ที่อาจลดลง เป็นประเด็นสำคัญของแนวคิดเชิงนโยบายที่สำคัญของประเทศ มากไปกว่านั้น ความคิดและความเชื่อเดิมที่ยึดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่สมควรได้รับการตอบสนองกลับคืนจากสังคมจะต้องปรับเปลี่ยน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ณ เวลานั้นยังเป็นผู้ที่มีศักยภาพ และส่วนใหญ่ของระยะเวลาในวัยสูงอายุจะเป็นระยะเวลาที่ยังกระฉับกระเฉง ไม่ได้เป็นผู้ที่ต้องการการแยกส่วนหรือยกไว้ในฐานะเลิกลอย และในความเป็นจริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในกิจกรรมและการเกื้อกูลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น ความสมดุลของการจัดสวัสดิการ (ที่สมควรมุ่งไปยังผู้สูงอายุที่เข้าสู่วัยที่ 4) และการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางสำคัญสำหรับประเทศไทย

ปัจจุบัน “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2” ได้รับการจัดทำขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยครอบคลุมนโยบายตลอดวงจรชีวิตในอันที่จะพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และปกป้องช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือจำเป็นต้องได้รับการเกื้อกูล⁽⁴⁾ และจะทำการประกาศใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ.2545ถึงปีพ.ศ.2564 แผนฉบับนี้เป็นแผนระดับชาติของประเทศที่มีลักษณะบูรณาการและยังเป็นแผนแรกที่มีการกำหนดเป้าหมายและดัชนีในการติดตามประเมินการดำเนินการตามแผนไว้อย่างชัดเจน อันเป็นจุดเริ่มของกระบวนการประเมินเพื่อการพัฒนาแผนฉบับนี้อย่างต่อเนื่องและเป็นกลไกของการสร้างความสำเร็จของการดำเนินการต่างๆให้เป็นไปตามแผน

เป็นที่ตระหนักกันโดยทั่วไปว่า การศึกษาวิจัย “เป็นรากฐานของการพัฒนาสังคม เพื่อการสร้างความเป็นธรรม และเพื่อให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดของสังคม” โดยการที่จะไปสู่เป้าหมายดังกล่าวไม่ได้ขึ้นกับการมี “หน่วยงานกำกับดูแล” แต่อย่างใด แต่จะเกิดขึ้นได้จาก การสร้างและพัฒนา “แนวทางและประเด็นการวิจัยด้านผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในระดับชาติโดยจะต้องมีการลำดับความสำคัญอย่างต่อเนื่อง” และ “โครงสร้าง-กลไกด้านการวิจัยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล”

แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุและกรอบประเด็นวิจัยที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ด้วยเหตุผลต่างๆข้างต้นและตามสาระที่ปรากฏอยู่ในบทต่างๆของหนังสือเล่มนี้ จึงสามารถสังเคราะห์ได้อย่างชัดเจนว่า แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับประเทศไทยจำเป็นต้องมุ่งไปใน 3 ทิศทาง คือ

- การวิจัยเพื่อดำรงการมีหลักประกันที่เหมาะสมในวัยสูงอายุ อันประกอบไปด้วย การศึกษาข้อเท็จจริง อนาคตศึกษา และแนวนโยบายและการปฏิบัติเพื่อการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านครอบครัว ด้านผู้ดูแล (สำหรับวัยที่ 4) สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และการเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสาร
- การวิจัยเพื่อการดำรงและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำรงบทบาทในกระบวนการพัฒนาประเทศทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

- การวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุ และการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ทั้งนี้ภายใต้แนวทางการวิจัยทั้งสามทิศทาง ประเด็นการวิจัยหรือชุดโครงการวิจัยควรจะต้องมีที่มาจาก “มุมมองสาธารณะ” (ตอบสนองต่อความจำเป็นของประเทศ) และได้รับ “การลำดับความสำคัญ” อย่างต่อเนื่อง เพื่อความเหมาะสมในการจัดสรรทรัพยากร สำหรับงานวิจัยที่สมควรได้รับการพิจารณาความสำคัญในลำดับต้น ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นงานวิจัยที่สามารถชี้แนะนโยบายและการดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสังคมและผู้สูงอายุ
2. เป็นงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยต่อเนื่องและการปฏิบัติงาน
3. เป็นงานวิจัยในลักษณะสหสาขา

สภาพของกลไกและโครงสร้างด้านการสร้างความรู้/การวิจัยด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทย

กลไกการทำวิจัยและการสร้างความรู้ด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นไปในลักษณะเฉพาะกิจ (ad hoc) โดยขึ้นอยู่กับตัวผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัย ความจำเป็นของสาขาวิชาและสถาบัน ตลอดจนวัตถุประสงค์ของแหล่งเงินทุนที่มีในขณะนั้น เป็นผลให้งานวิจัยหรือการสร้างองค์ความรู้มีการซ้ำซ้อนในบางส่วน แต่หากพิจารณาโดยถ่องแท้แล้ว ความซ้ำซ้อนเป็นประโยชน์ในการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลที่ได้ (ถ้าการซ้ำซ้อนนั้นอยู่ในลักษณะเหลื่อมและไม่มีมากขึ้นเกินความจำเป็น) แต่ประเด็นปัญหาที่แท้จริงมี 3 ประเด็น คือ

ประเด็นแรก-ขาดองค์ความรู้หรือหัวข้อวิจัยที่ควรจะมี ถึงแม้จะมีความสำเร็จในการผลักดันให้มีกระบวนการศึกษาในหลายๆเรื่องก็ตาม แต่ความสำเร็จเหล่านั้นเกือบทั้งหมดยังคงเป็นในลักษณะเฉพาะกิจ ยกเว้นความสำเร็จในการทำให้นางงานสถิติแห่งชาติกำหนดการเก็บข้อมูลด้านคุณภาพของประชากรเป็นประจำทุก 5 ปีซึ่งจะเริ่มครั้งแรกในปีพ.ศ.2545⁽⁵⁾

ประเด็นที่สอง-ขาดการนำเอาผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศ-ชุมชน-หรือด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งของปัญหาดังกล่าวเป็นผลมาจากความอ่อนแอทางวิชาการและการให้คุณค่าทางความรู้ของสังคมไทย (วัฒนธรรมด้านการวิจัยที่ยังอ่อนแอ) เป็นผลให้ผู้ทำการศึกษาวิจัยเองขาดความกระตือรือร้นในการเผยแพร่งานวิจัย ปัญหานี้พบได้สูงมากในงานวิจัยระดับปริญญาโทและเอก อีกส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดจิตสำนึกของผู้ใช้ที่ไม่ได้ลงแรงหรือขาดความสามารถในการหาข้อมูลและประมวลองค์ความรู้ทั้งที่ข้อมูลและองค์ความรู้สำคัญจำนวนหนึ่งมีปรากฏในเอกสารการวิจัยและวารสารระดับชาติและนานาชาติที่สามารถเข้าถึงได้ไม่ยาก ส่วนสุดท้ายเป็นผลมาจากการขาดกลไกเพื่อการดังกล่าว กลไกสำคัญอย่างหนึ่งคือระบบการบริหารจัดการ อีกส่วนหนึ่งคือสื่อกลางของการแพร่ความรู้ โดยเฉพาะวารสารทางวิชาการที่มีคุณภาพ (ปัจจุบัน สมาคมพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยได้จัดทำ “วารสารพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็น วารสารมาตรฐานระดับชาติ⁽⁶⁾) และการจัดประชุมทางวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้และผลงานวิจัย (ปัจจุบัน สมาคมพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยได้จัดประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุเป็น

ประจำปี⁽⁶⁾) นอกจากนั้นยังขาดกลไกที่ดีพอในการส่งข่าวสารด้านการวิจัยสู่สาธารณะโดยเฉพาะข่าวสารที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อสาธารณชน

ประเด็นที่สาม-ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในระดับนโยบายและแผนระดับชาติได้ ซึ่งชัดเจนว่ามีความจำเป็นของการมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนี้อย่างต่อเนื่อง (โครงสร้าง-รูปแบบของหน่วยงานนี้จะได้รับการนำเสนอต่อไป)

อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้และข้อมูลต่างๆที่มีในปัจจุบันนับว่ามีเพียงพอสำหรับการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งข้อมูลและองค์ความรู้ส่วนใหญ่มาจากนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่มีวิสัยทัศน์และสามารถหยิบฉวยโอกาสด้านเวลา-เงินทุน-และปัญญาเพื่อสร้างองค์ความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศ แต่อาจกล่าวได้ว่างานเหล่านี้ยังคงมีลักษณะเป็นงานเฉพาะกิจ และไม่มีหลักประกันว่าในอนาคตจะสามารถสร้างงานที่มีคุณภาพเช่นนี้ได้ต่อเนื่อง (ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 กำหนดแผนยุทธศาสตร์ให้มีกลไกหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประมวล-สร้างองค์ความรู้และติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนฯ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและปรับแผนอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾)

เมื่อพิจารณาโดยยึดตัวผู้วิจัยเป็นศูนย์กลาง ทำให้สามารถพิจารณาแรงกดดันที่มีต่อนักวิจัยและวัฒนธรรมทางวิชาการที่ต้องการการพัฒนา ได้ใน 3 ระดับ⁽³⁾ ดังนี้

1. ระดับตัวบุคคล

- ค่าตอบแทนต่ำ
- แรงจูงใจไม่เพียงพอ
- ขาดความก้าวหน้าในอาชีพ
- ไม่มีทางเลือกในงานวิจัย-หัวข้อวิจัย
- ขาดการฝึกอบรม

2. ระดับสภาพการทำงานในองค์กร

- ขาดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร
- ขาดแคลนการสนับสนุนจากกลุ่มงาน-องค์กร
- องค์กรที่สังกัดไม่เข้มแข็ง
- ปัจจัยสนับสนุนไม่พอเพียง

3. ระดับแวดล้อมภายนอก

- สาธารณะขาดความต้องการ-ไม่เห็นคุณค่าในงานวิจัย
- สังคมขาดแคลนวัฒนธรรมทางวิทยาศาสตร์และการให้คุณค่าองค์ความรู้
- แรงสนับสนุนจากสาธารณะอ่อนแอ
- กฎระเบียบราชการที่ไม่ยืดหยุ่น
- ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง
- ขาดนโยบายระดับชาติที่เข้มแข็ง

แรงกดดันเหล่านี้ปรากฏอยู่ในทุกสังคมทุกประเทศมากบ้างน้อยบ้าง แต่มีอยู่มากในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย การสลายแรงกดดันเหล่านี้จำเป็นต้องใช้กลไกการบริหารจัดการการวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

สภาพของกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศ

กลไกในการทำวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศมีความแตกต่างกันอย่างมาก ส่วนใหญ่ของประเทศพัฒนาแล้วจะไม่มีองค์กรเฉพาะเนื่องจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่สามารถดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (ประเทศเหล่านั้นผ่านเข้าสู่สถานะประชากรสูงอายุมานานกว่า 50 ปี และมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องมานานพอสมควร) อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณมีข้อจำกัดน้อยกว่าประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้นระบบบันทึกข้อมูลระดับชาติ (registration system) ของหลายประเทศมีคุณภาพสูงทำให้การติดตามรวบรวมข้อมูลเป็นไปได้โดยสะดวกและต่อเนื่อง งานวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศที่พัฒนาแล้วจึงกระจายไปตามหน่วยงานทางการศึกษาและวิจัยต่างๆ และครอบคลุมทั้งในด้านนโยบายและระดับมหภาค ไปจนถึงการศึกษาในพื้นที่ การศึกษาทางคลินิก หรือการศึกษาความรู้พื้นฐาน อย่างไรก็ตามองค์กรเฉพาะที่บางประเทศมีการจัดตั้งขึ้นจะเป็นองค์กรที่ทำการศึกษาวิจัยหรือให้ทุนสำหรับการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมทั้งในส่วนที่เป็นการศึกษาด้านผู้สูงอายุ (ครอบคลุมทั้งการศึกษาด้านสังคมและด้านสุขภาพ) และส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลไกและกระบวนการของความชราซึ่งจะเป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง เซลล์ และสารพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ ประเทศที่มีการจัดตั้งองค์กรเฉพาะในลักษณะเช่นนี้คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute on Aging) อย่างไรก็ตาม National Institute on Aging หรือ NIA จะรับผิดชอบงานวิจัยทางด้านสุขภาพเป็นหลัก^(7,8)

ข้อเสนอโครงสร้างและกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

เพื่ออำนวยความสะดวกการศึกษากลไกการศึกษาด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย รูปแบบของกลไกการศึกษาด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย อาจพิจารณาอย่างกว้างได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบต่างคนต่างทำ
 - ข้อดี: มีความหลากหลาย
 - ข้อเสีย: เปลืองงบประมาณ ข้ำซ้อน ขาดแห่ง ขาดคุณภาพ ด้อยประสิทธิผลในการนำผลงานวิจัยให้เกิดประโยชน์ต่อเนื่อง ขาดการประสานงานระหว่างนักวิจัยและหน่วยงานวิจัย
- รูปแบบองค์กรเฉพาะ โดยทำหน้าที่เป็นผู้จัดสรรงบประมาณและกำหนดงานวิจัยอย่างเป็นอิสระ
 - ข้อดี: มีงบประมาณเป็นของตนเองชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ คล่องตัวในการดำเนินงาน กำหนดทิศทางการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสีย: อาจทำงานซ้ำซ้อนกับองค์กรด้านการวิจัยระดับชาติ เช่น สกว. สวรส. และอาจทำให้การบริหารงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติขาดประสิทธิภาพ

- รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ (ไม่ได้เป็นเพียงชุดโครงการซึ่งมีลักษณะแบบเฉพาะกิจเช่นกัน)

ข้อดี: ทำให้การจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติมีประสิทธิภาพ ทิศทางสอดคล้องกับกรอบการวิจัยในด้านอื่นๆ กำหนดทิศทางการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยได้มีประสิทธิภาพแต่อาจด้อยกว่ารูปแบบองค์กรอิสระ

ข้อเสีย: อาจมีความคล่องตัวน้อยในด้านงบประมาณเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 2

จากรูปแบบทั้งสามจะเห็นว่าที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นรูปแบบที่ 3 คือเป็น “รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ” หน่วยงานนี้อาจจัดตั้งเป็นอิสระหรืออยู่ภายใต้สถาบันการศึกษาที่มีศักยภาพ และควรรับผิดชอบในการกิจดังต่อไปนี้

1. กำหนดทิศทางและความสำคัญของประเด็นวิจัยระดับชาติด้านผู้สูงอายุ
2. ให้การสนับสนุนและดำเนินการเองในงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งด้านสังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และทางด้านสุขภาพ ภายใต้ทิศทางและลำดับความสำคัญที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นต้องส่งเสริมสนับสนุนการประยุกต์ความรู้ไปสู่การแก้ไขปัญหาทางด้านสังคมและสุขภาพ
3. ดำเนินการให้มีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ประมวลองค์ความรู้ และติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนระดับชาติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับ “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.)” และ “สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)” เพื่อใช้ในการจัดทำและพัฒนาแผนระดับชาติ
4. จัดการด้านการฝึกฝนและพัฒนานักวิจัยที่มีความสามารถ
5. พัฒนาและดำรงทรัพยากรในด้านและในแหล่งต่างๆ เพื่อการพัฒนาความก้าวหน้าในงานวิจัย โดยเฉพาะการเสริมสร้างวัฒนธรรมด้านการวิจัย
6. กระจายข้อมูลข่าวสารด้านความก้าวหน้าทางสุขภาพและการวิจัยรวมทั้งทิศทางใหม่ๆ ของการวิจัยแก่สาธารณชนและกลุ่มเป้าหมาย
7. ติดต่อประสานกับนานาชาติเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเพิ่มพูนความรู้ที่จะนำมาประยุกต์ใช้

บรรณานุกรม

1. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):42-9.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2542.
3. The Commission on Health Research for Development. Health Research: essential link to equity in development. Oxford: Oxford University Press, 1990.
4. คณะทำงานร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2. ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564). กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 คณะอนุกรรมการจัดทำร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, พ.ศ.2544.
5. ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
6. ข้อมูลจากสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
7. <http://www.nih.gov/nia>
8. Butler RN. The importance of basic research in gerontology. Age Ageing 1993;22:S53-4.