



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้
และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบาย
และการวิจัย”

โดย

ค.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ

กันยายน 2544

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจน ข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย”

คณะผู้วิจัย

1. ศ.นพ.สุทธิรัชย์ จิตะพันธ์กุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รศ.ดร.นภาพร ชัยวรรณ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. อ.พญ.สิรินทร์ อั้นศิริกาญจน์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. รศ.ดร.ประคอง อินทรสมบัติ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
6. รศ.ดร.มัทนา พนันิชมัย	คณะเครื่องดื่มศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7. อ.นงนุช สุนทรવกานต์	คณะเครื่องดื่มศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
8. อ.ศิริวรรณ ศิริบุญ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. รศ.มาลินี วงศ์สิทธิ์	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10. ผศ.เล็ก สมบัติ	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สังกัด

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำ

การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุได้มีการทำขึ้นหลายครั้ง แต่จะเป็นการทบทวนในแบบมุ่งได้แบบมุ่งหนึ่งหรือเป็นการทบทวนในภาพกว้างๆเท่านั้น และจะเป็นการทำโดยผู้ทบทวนเพียง 1-2 คน สำหรับการทบทวนครั้งนี้เป็นการทบทวนที่บูรณาการมากกว่าที่เคยมีมาก่อน โดยครอบคลุมทั้งด้านประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ (ครอบครัว-ผู้ดูแล-ชุมชน) สุขภาพ เศรษฐศาสตร์ ระบบสวัสดิการ-บริการ และแนวคิดด้านการวิจัย และเป็นการทบทวนโดยนักวิชาการในศาสตร์ต่างๆซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในประเด็นที่ชำนาญ และทำการศึกษาวิจัยมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม การทบทวนในหนังสือเล่มนี้ ไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกเรื่อง ทุกงานวิจัย งานวิจัยที่สำคัญและน่าเชื่อถือจะถูกทบทวนและนำมาร้อยเรียงกันเข้าในประเด็นสำคัญที่จะให้ภาพสถานะของแรงงานผู้สูงอายุในวัยสูงอายุโดยบรรจุไว้อย่างสัมพันธ์กันใน 10 บท

จากองค์ความรู้ต่างๆที่มีอยู่โดยเฉพาะที่ได้ทบทวนไว้ในหนังสือเล่มนี้ สามารถให้ มโนทัศน์ทางนโยบายระดับชาติด้านผู้สูงอายุและวัยสูงอายุ ได้ 3 ประการ คือ ประการแรก- ประเด็นผู้สูงอายุและวัยสูงอายุเป็นเรื่องของความมั่นคงของสังคม การดำเนินการจากจะต้องพิจารณาในมิติต่างๆให้ครบถ้วนอาทิ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้นแล้ว ยังต้องพิจารณาในลักษณะของ วงจรชีวิตตั้งแต่วัยต้นของชีวิตที่จะต้องมีการเตรียมการสร้างหลักประกันมิติต่างๆให้ล้านั้น (Life-long preparation) โดยการดำเนินการเพื่อความมั่นคงดังกล่าวเป็นสิ่งที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน จะต้องเป็นแกนสำคัญในการดำเนินการตามลำดับ และวัสดุจะเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการต่างๆ ประการที่สอง- ผู้สูงอายุสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม ไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ระดับประเทศ โดยจำเป็นจะต้องมีกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคมอย่างสมเหตุสมผล อย่างภาคภูมิ และอย่างต่อเนื่อง ประการที่สาม- ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะพึงพาหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นส่วนสำคัญในการเกื้อหนุน โดยรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนและการเป็นตัวขับ ความปลดภัยสุดท้าย

เป็นที่น่ายินดีที่องค์ความรู้และมโนทัศน์ที่ได้จากการทบทวนในหนังสือเล่มนี้ ได้ถูกใช้ประกอบในการจัดทำ “ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ” ซึ่งแผนฉบับนี้จะครอบคลุมระยะเวลา 20 ปี (พ.ศ.2545-2564) นอกจากนี้ เนื้อหาต่างๆในหนังสือเล่มนี้ยังได้รับการใช้เป็นฐานข้อมูลเริ่มต้นในการจัดทำชุดโครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกอ.) 2 ชุดโครงการ คือ ชุดโครงการ “ผู้สูงอายุศึกษาด้านสุขภาพ” และชุดโครงการ “การศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน” หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ทางด้าน

วิชาการและนำไปสู่ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและสังคมโดยรวมต่อไป

คณะกรรมการ

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตพันธ์กุล

รศ.ดร.นภาพร ชัยวรรณ

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ	
➤ มโนทัศน์ของวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ	1-1
➤ ช่วงวัยในวงจรชีวิต	1-2
➤ พัฒนาการของชีวิต - กระบวนการชราและผลต่อบทบาท	1-3
➤ ความไม่เท่าเทียมกัน - ความจริงในประชากวัฒน์สูงอายุไทย	1-5
➤ ศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ กับ หน้าที่ของสังคม	1-6
➤ หลักประกันในวงจรชีวิตของมนุษย์	1-6
➤ ผู้สูงอายุกับการพัฒนา	1-8
➤ บรรณานุกรรมา	1-9
2 ประชากวัฒน์สูงอายุไทย	
➤ คำนำ	2-1
➤ การเปลี่ยนแปลงทางประชากวัฒน์ของประเทศไทยจากอดีตสู่อนาคต	2-1
- การเปลี่ยนแปลงด้านขนาดและโครงสร้างทางอายุ	2-1
- ปัจจัยทางประชากวัฒน์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดและโครงสร้างประชากวัฒน์	2-5
- การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบประชากวัฒน์	2-11
➤ ความเร็วของการเปลี่ยนแปลงทางประชากวัฒน์	2-16
➤ การเปลี่ยนแปลงของประชากวัฒน์สูงอายุที่มีอายุมากๆ	2-18
➤ ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากวัฒน์ต่อสัดส่วนการพึ่งพา	2-19
➤ สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพภูมิภาค – สาขาวัสดุปูน	2-21
➤ การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบทางสังคม	2-22
➤ ปัญหาและผลกระทบจากเอดส์	2-24
➤ งานวิจัยที่ควรมี	2-25
➤ ภาคผนวก	2-27
➤ บรรณานุกรรมา	2-39
3 ครอบครัวและผู้สูงอายุ	
➤ ครอบครัว ครัวเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ	3-2
➤ สถานภาพ และบทบาทผู้สูงอายุในอดีต	3-5
➤ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ และบทบาทของผู้สูงอายุ	3-5

สารบัญ

บทที่		หน้า
> บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน		3-7
> บทบาทและการเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน		3-8
> ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ		3-11
- คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ		3-13
> การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทุกติ่งผู้สูงอายุ		3-14
> ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว		3-14
> แนวคิดการพัฒนาครอบครัว		3-15
> ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป		3-17
> บรรณานุกรม		3-19
4 สุขภาพกับผู้สูงอายุ		
> ความสำคัญของสุขภาพต่อวัยสูงอายุ		4-1
> โรคและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย		4-2
- สถานะการเสียชีวิต		4-4
- ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย		4-5
- ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย		4-16
- ภาพรวมโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุ		4-23
> ด้านสุขภาพในประชากรสูงอายุ		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		
> การเงินของผู้สูงอายุ และครอบครัว		5-2
> ความยากจนในประชากรสูงอายุ และครอบครัว		5-4
> สถานภาพการทำงาน การเงิน และปัญหา		5-7
> งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้ม		5-10

สารบัญ

บทที่	หน้า
> หลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ	5-14
> มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหา	5-19
> ข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป	5-22
> บรรณานุกรม	5-23
6 ผู้ดูแล	
> โครงสร้างผู้ดูแล	6-2
> จำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันและประมาณการความต้องการผู้ดูแลในอนาคต	6-2
> ขนาดของปัญหาในการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแล – ครอบครัว-ชุมชน และประเทศ	6-6
> ความทุกข์ยากของผู้ดูแล	6-9
> เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ	6-10
- เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว	6-11
- เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน	6-14
> ทางออกหรือการสนับสนุน	6-16
> งานวิจัยที่คุณมี	6-18
> บรรณานุกรม	6-19
7 ชุมชนและผู้สูงอายุ	
> สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	7-1
- ความหมายของชุมชน	7-1
- สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	7-1
- สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน	7-3
> บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน	7-5
- บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน	7-5
- ปัญหาและอุปสรรคของการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ	7-8
> บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ	7-9
- การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ	7-9
- การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการ	7-11
> วัฒนธรรมชุมชน/ พื้นบ้านที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุ	7-14
- ภาระควรผู้สูงอายุ	7-15
- พิธีกรรมและประเพณี	7-15

สารบัญ

บทที่		หน้า
	- สำนวนสุภาษิต และคำพังเพย	7-15
	➤ แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ	7-16
	➤ งานวิจัยที่คุรุวิทยาลัยฯ ดำเนินการ	7-18
	➤ บรรณานุกรม	7-19
8 การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย		
	➤ ความน่า	8-1
	➤ พัฒนาการของการบริหารจัดการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน	8-1
	➤ การดำเนินการของภาคเอกชน	8-12
	➤ ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการ	8-13
	➤ แนวคิดของการพัฒนา	8-15
	➤ งานวิจัยที่คุรุศึกษาเพิ่มเติม	8-16
	➤ บรรณานุกรม	8-18
9 ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต		
	➤ ทบทวนระบบงานการศึกษาและบทบาทความคิดเห็นด้านระบบเพื่อผู้สูงอายุ	9-1
	- รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน)	9-1
	- รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญ 9-11	9-11
	สถานการณ์ และ/หรือดำเนินการวิจัย และใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็นหรือเป็นรายงาน หรือบทในตำราของบุคคลหรือองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน)	9-11
	- รายงานการวิจัยรูปแบบการบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน)	9-25
	➤ ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต	9-31
	➤ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลที่จะเกิดขึ้นต่อรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต	9-35
	➤ ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อการพัฒนาระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุ	9-42
	➤ การศึกษาวิจัยที่คุรุวิทยาลัยฯ ดำเนินการ	9-43
	➤ บรรณานุกรม	9-44

สารบัญ

บทที่	หน้า
10 ระบบวิจัยและแนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย	
➤ ปรัชญาด้านการวิจัย	10-1
➤ วิสัยทัศน์ทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ	10-1
➤ แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุและกรอบประเด็นวิจัยที่เหมาะสมกับประเทศไทย	10-2
➤ สภาพของกลไกและโครงสร้างด้านการสร้างความรู้/ การวิจัยด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทย	10-3
➤ สภาพของกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศ	10-5
➤ ข้อเสนอโครงสร้างและกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย	10-5
➤ บรรณานุกรม	10-7

สารบัญรูป

บทที่	รูปที่	หน้า	
1	1 การดำเนินธรรมชาติของสมรรถภาพในมนุษย์และอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ	1-4	
	2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานภาพจากที่เป็น อิสระสู่ระยะพึงพา	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 ปีรำมิดประชากรไทย 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 ปีรำมิดประชากรสูงอายุประเทศไทย 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 การกระจายจำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้สูงอายุในปัจจุบันและที่คาดหมายของ ผู้สูงอายุในอนาคต		2-16	
14 อัตราส่วนภาระรวม อัตราส่วนภาระที่เป็นเด็ก และอัตราส่วนภาระที่เป็นผู้สูงอายุ 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 ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพโดยพิจารณาจากความซุกซ่อนภาวะทุพพลภาพ ในกลุ่มประชาชนอย่างจำแนกตามสถานะทางการเงินและการเขียนหนังสือ	4-21
6	1 องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดการดูแลและจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ	6-3
9	1 โครงสร้างระบบบริการและสวัสดิการแก่ประชาชนสูงอายุ 2 โครงสร้างระบบบริการการบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย : เน้นโครงสร้าง สาธารณสุขมูลฐาน	9-13 9-27
	3 โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการ แก่ผู้สูงอายุในชุมชนและคลองเตย	9-28

สารบัญตาราง

บทที่	ตารางที่	หน้า
2	1 ขัตตราเจริญพันธุ์ร่วมยอด (ต่อพัน) ที่คาดประมาณระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.22543 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 เท่ากับ ร้อยละ 7 และร้อยละ 14 ในประเทศไทยต่างๆ	2-18
	ก จำนวนประชากรรวม ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปของประเทศไทย จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ	2-27-2-29
	ข จำนวนประชากร ($\times 1000$) 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 อัตราเกิดหมาย และอัตราเจริญพันธุ์ร่วมยอด (ต่อพัน)	2-32
	ฉ อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิด อัตราตายหมาย(ต่อพัน) และอัตราตายทาง(ต่อพัน)	2-33
	ช จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1000$ คน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการ ขยายภาพประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-34
	ช จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1000$ คน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการ ประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-35
	ณ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (หน่วย : พันคน) จำแนกตามอายุ และเพศ จาก การคาดประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-36
	ณ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1000$ คน) จำแนกตามอายุ จากการขยายภาพ ประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-37
	ภ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1000$ คน) จำแนกตามอายุจากการประมาณ ประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-37
	ภ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1000$ คน) จำแนกตามอายุ จากการคาด ประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-38
4	1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย	4-7

สารบัญตาราง

บทที่	ตารางที่	หน้า
4	<p>2 ขัตตราการเจ็บป่วยที่สำคัญคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย พ.ศ.2534-พ.ศ.2535 (NHES-1) จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ</p> <p>3 ขัตตราร้อยละของภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์จากการสำรวจในปีพ.ศ.2538</p> <p>4 สัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะบกพร่องประเภทต่างๆในประชากรสูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง</p> <p>5 อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 15 อันดับแรกของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย</p> <p>6 ร้อยละของอาการนำ/โรค 20 อันดับแรก ที่ทำให้เกิดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย</p> <p>7 ความซุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทย</p> <p>8 ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ</p> <p>9 ขัตตราความซุกของภาวะพึงพาในกิจวัตรต่างๆ</p> <p>10 ความซุกและภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ</p> <p>11 ลำดับความสำคัญของโรค และความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวในผู้สูงอายุชายและหญิงโดยอาศัย population attributable risk factors</p> <p>12 โรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆโดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน</p> <p>13 อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (Longterm-Disability Free Life Expectancy; LDFLE) และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (Active Life Expectancy; ALE)</p> <p>14 สัดส่วน (ร้อยละ) ระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพ (DFLE, ALE) กับอายุคาดหวัง (LE) ของประชากรสูงอายุ จำแนกตามสุขภาพและเพศ</p> <p>15 โรคที่ควรตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทย และกลวิธีที่แนะนำ</p>	4-8 4-9 4-12 4-13 4-14 4-15 4-18 4-19 4-20 4-22 4-23 4-24 4-25 4-28

สารบัญตาราง

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

บทที่ 1: มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล

“ใคร ๆ ก็อยากรีบใหญ่ แต่ไม่มีใครอยากแก่”

“ใคร ๆ ก็อยากรีบใหญ่ แต่ไม่มีใครอยากตาย”

ข้อความในประโยคทั้งสองเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตมนุษย์ ถึงแม้ไม่ประณานะแก่ “ไม่ประณานะ” ตามแต่ก็ไม่มีใครสมประณานะ ระยะหนึ่งของชีวิตก่อนที่จะถึงความตาย มนุษย์ส่วนใหญ่จะตกลงใจในสภาวะของความชราในระดับที่แตกต่างกัน ดังนี้จากกล่าวได้ว่า “ความชราเป็นวิถีในชีวิต” คำว่า “ชรา” ที่หมายถึงความแก่ ความช้ำรุ่ดหุ่ม ก่อให้เกิดความเสื่อมโกร姆ทั้งทางกาย จิตใจ เกิดความหดหู่และสิ้นหวัง ดังนั้นคำว่า “ผู้สูงอายุ” ที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่าทั้งวัยผู้暮 คุณผู้暮 เกียรติและศักดิ์ศรี จึงถูกนำมาใช้แทนตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ผ่านมา⁽¹⁾ การทำความเข้าใจกับคำสองคำนี้ในบริบทของสังคมไทยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งที่จะต้องศึกษาทบทวนและแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคง และเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

มโนทัศน์ของวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่คนส่วนใหญ่เข้าใจว่ากำหนดขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจ ถึงแม้ว่าการมองวัยนี้จะสัมพันธ์กับอายุและกระบวนการชราแต่การกำหนดเส้นแบ่งว่าผู้ใดเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับอิทธิพลจากการอธิบายความคิดทางสังคมเป็นหลัก⁽²⁾ ในสังคมเดิมซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมอยุ่ของประชากรไม่ยืนยาวนัก ผู้ที่มีอายุสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในสังคมนั้นจะได้รับการกล่าวขานว่าเป็นผู้อาุโสหรือผู้เฒ่า (อายุเปรียบเทียบ) นอกจากนั้นภาษาในสังคมเดิมจะมีระบบของการเกือกุลกันภาษาในครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง ทำให้สังคมแบบเดิมซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมจึงไม่มีความจำเป็นในการจำแนกบุคคลว่าเป็นผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์อายุสัมบูรณ์

แนวความคิดของวัยสูงอายุได้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วมาเป็นระยะเวลานาน โดยได้เริ่มขึ้นภายในหลักการเปลี่ยนเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรม ซึ่งระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมได้เน้นประสิทธิภาพเป็นหลัก โดยคนส่วนใหญ่จะมีฐานะลูกจ้างและมีอายุงาน เมื่อทำงานถึงวัยหนึ่งที่ประสิทธิภาพลดลง ผู้รับจ้างก็จะถูกให้ออกจากงานไม่ว่าจะมีเงินชดเชยให้หรือไม่ก็ตาม ดังนั้นเมื่อถึงอายุหนึ่งความสามารถและโอกาสในการทำงานทำก็จะลดลงกล่าวเป็นผู้ด้อยโอกาสและเกิดปัญหาในสังคมขึ้น นอกจากนั้นผู้ที่มีอายุมากเหล่านี้จะมีความเจ็บป่วยและทุพพลภาพ เกิดความจำเป็นต้องพึ่งพาและรับการดูแลอย่างมาก ในขณะ

เดียวกับการพัฒนาทำให้คุณอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่ครอบครัวมุ่งเน้นและสังคมไม่สามารถจัดการได้ตามที่ควรจะเป็น และนั่นคือจุดเปลี่ยนที่สังคมในประเทศไทยต้องหันตากลับมาพิจารณาและให้ความสำคัญกับการเป็นผู้สูงอายุ การดำเนินการที่เกิดขึ้นคือ การให้การช่วยเหลือ การให้สวัสดิการและการบริการ จนถึงการให้บำนาญ ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องกำหนดเดือนแบ่งและตั้งนิยามให้กับบุคคลที่มีวัยเข้าสู่ระยะที่จะมีสิทธิได้รับสวัสดิการ-บริการ-สิทธิประโยชน์ต่างๆ และนั่นจึงเป็นที่มาแห่ง “วัยผู้สูงอายุ” ด้วยเหตุนี้เดือนนี้เดือนแบ่งที่ใช้ในแต่ละสังคม (ประเทศไทย) จึงอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของโครงสร้างประชากร สังคมเศรษฐกิจและความพร้อมของสังคมนั้นๆ ดังนั้นเมื่อแนวความคิดเรื่องวัยและสิทธิประโยชน์ของวัยสูงอายุได้แพร่เข้าสู่สังคมไทย (เริ่มตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ 24) จึงเกิดการดำเนินการต่างๆ ต่อเนื่องและพัฒนามาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ และในสังคมไทยผู้ที่มีความเข้าใจถึงในทัศน์ของผู้สูงอายุในบริบทแห่งสังคมไทยอย่างแท้จริงกลับมีอยู่ไม่นัก

สังคมไทยในพุทธศตวรรษที่ 25 เป็นสังคมเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ แม่นอนว่ามีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมอุดมสังคมและระบบเศรษฐกิจแห่งการจ้างงานมากขึ้นเป็นลำดับ แต่ด้วยสถานการณ์ในปัจจุบันทั้งในระดับประเทศไทยและในระดับโลกคือเป็นที่เข้าใจกันว่าโอกาสที่สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมอุดมสังคมเป็นหลักนั้นคงใช้เวลาอีกยาวนานหรืออาจไม่มีโอกาสเกิดขึ้นเลยก็เป็นได้ เป็นที่แน่นอนว่าถึงแม้จะผ่านเลยก็พุทธศตวรรษที่ 25 ไปแล้วระบบเศรษฐกิจของไทยก็จะยังคงมีลักษณะของสังคมเกษตรกรรมที่เป็นอาชีพหลักของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย และหมายความว่าครอบคลุมคิดหรือกล่าวว่าการดำเนินการสำหรับวัยสูงอายุเพื่อที่จะรักษาความสงบสุขของสังคมของประเทศไทยไม่อาจใช้แนวทางที่คัดลอกมาจากการต่างประเทศซึ่งเป็นสังคมอุดมสังคมและการจ้างงานได้ทั้งดูน ดังนั้นประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องคิดไตร่ตรองกันอย่างละเอียดรอบคอบ

ช่วงวัยในวงจรชีวิต

ในความจริงของชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนตายสามารถจำแนกช่วงหรือระยะของชีวิตออกได้เป็น 4 วัยโดยอาศัยสถานะของความสามารถในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นอิสระ ซึ่งไม่ได้ขึ้นกับเกณฑ์ตัวเลขของอายุแต่อย่างใด⁽³⁾ ช่วงชีวิตทั้งสี่ประกอบไปด้วย

วัยที่หนึ่ง : เริ่มตั้งแต่แรกเกิดและอยู่ในระยะของพัฒนา เป็นวัยที่ต้องการการดูแล ต้องพึ่งพา และยังไม่สามารถดำเนินอยู่โดยลำพังในสังคมได้ ดังนั้นวัยนี้จึงเป็นวัยของเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตามเด็กหรือวัยรุ่นที่สามารถแยกไปมีชีวิตตามลำพังได้อย่างเหมาะสมสมกับเปลี่ยนเข้าสู่วัยที่สอง

วัยที่สอง : เป็นวัยที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระในสังคม ทำงานและรับผิดชอบดูแลตนเองได้ อาจสมรรถนะครอบครัวหรือเป็นสอดคล้องได้ และยังอาจอาศัยร่วมช่วยค่าเดียวกับบุพพาริได้เช่นกัน วัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่เรียกอยู่ทั่วไปว่าวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน

วัยที่สาม : เป็นวัยที่สามารถอยู่อย่างเป็นอิสระ แต่สามารถหยุดจากการทำงานที่ต้องทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพเนื่องจากได้รับสวัสดิการ มีเงินออมเพียงพอ หรือได้รับการอุปถัมภ์จากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นวัยนี้จึงเป็นวัยที่สามารถมีเวลาเป็นของตนเอง สามารถเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งมีผู้กล่าวว่าวัยนี้เป็นวัยทองหรือวัยรัตนนา เมื่อพิจารณาจะเห็นว่าคนจำนวนมากไม่น้อยที่เข้าสู่วัยนี้ได้ก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ผู้สูงอายุ) จำนวนมากไม่ได้อยู่ในวัยที่สาม แต่ยังติดในวัยที่สองโดยต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุที่ยังอยู่ในวัยที่สองมักเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม

วัยที่สี่ : เป็นวัยที่ต้องกลับมาพึ่งพาอีกครั้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากปัญหาทางสุขภาพ ไม่สามารถดำรงชีพในชุมชนอย่างเป็นอิสระได้ ต้องมีผู้ดูแล บุคคลในวัยนี้คือวัยชราที่แท้จริง คนบางคนเข้าสู่วัยชราตั้งแต่ก่อนอายุ 60 ปี บางคนเข้ามีวัยสูงอายุต้นๆ แต่โดยทั่วไปจะเข้าสู่วัยนี้ที่อายุระหว่าง 75-80 ปี

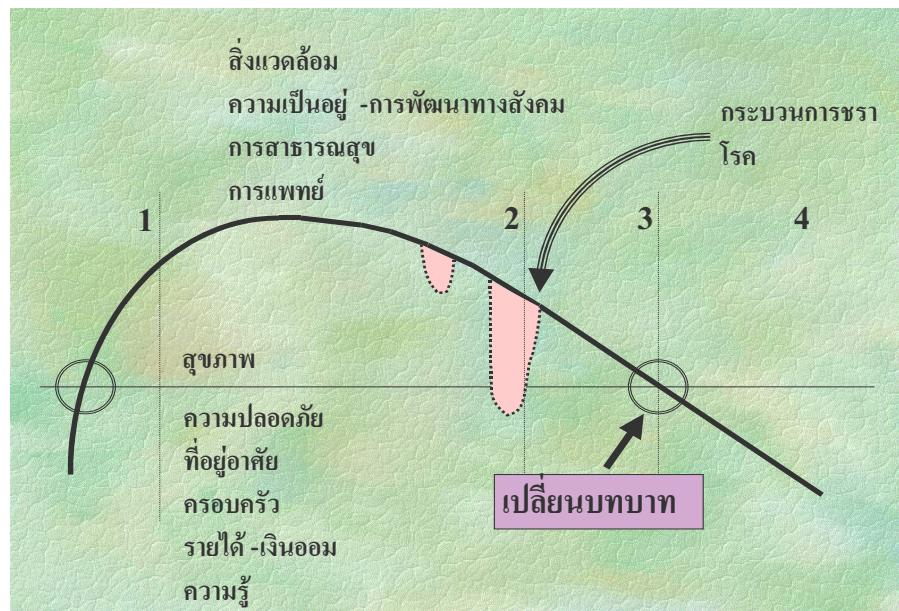
สำหรับประเทศไทยได้ออกนิยาม “ผู้สูงอายุ” ว่าคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป⁽⁴⁾ ซึ่งเมื่อมองในภาพรวมคนจำนวนมากในสังคมไทยจะมองเห็นแต่เพียงว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่อยู่ในวัยที่สามเป็นส่วนใหญ่ และอยู่ในวัยที่สี่หรือวัยชราเป็นส่วนน้อย ทั้งที่ในความจริงของประเทศไทยผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุเป็นผู้ที่ยังอยู่ในวัยที่สองไม่ได้น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยที่สามแต่อย่างใด^(5,6) และผู้ที่ตกรอบอยู่ในวัยชราภูมิได้มีจำนวนน้อยมากดังที่เข้าใจกันอยู่โดยทั่วไป^(7,8)

ประชากรสูงอายุยังอาจพิจารณาออกได้เป็นสองกลุ่มตามความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน⁽⁹⁾ กลุ่มแรกคือ “กลุ่มปลดปล่อย” เป็นกลุ่มที่สามารถอยู่ได้ในชุมชนอย่างคุณภาพ ไม่ว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือไม่ ก็ตาม สำหรับผู้ที่ทุพพลภาพหรือต้องพึ่งพาจะมีครอบครัวและชุมชนช่วยดูแล และไม่จำเป็นจะต้องย้ายเข้าสู่สถานบริการเรื่อวัง กลุ่มที่สองคือ “กลุ่มพ่ายแพ้” เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะมีเหตุทางด้านสังคมหรือสุขภาพก็ตาม ได้แก่ การขาดแคลนผู้ดูแล การที่ครอบครัวและชุมชนไม่สามารถรับภาระหรือการที่มีสถานะทางสุขภาพที่แย่เกินกว่าผู้ดูแลจะจัดการได้ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะได้รับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าหากได้เข้ารับสังเคราะห์หรือดูแลในสถานบริการเรื่อวังทั้งที่เป็นสถานบริการทางสังคมและทางสุขภาพ นอกจากนั้นในความเป็นจริงจะพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มปลดปล่อยจำานวนหนึ่งอยู่ในสถานะ “กลุ่มเสี่ยง” เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงที่กล้ายเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มพ่ายแพ้ในอนาคต ลักษณะเสี่ยงของประชากรในกลุ่มนี้^(7,10) ได้แก่ เพศหญิง ช่วงไม่ออกเสียงไม่ได้ อาศัยอยู่คนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร ฐานะการเงินยากไร้ มีปัญหาทางสุขภาพมาก และมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย เป็นต้น

พัฒนาการของชีวิต-กระบวนการชราและผลต่อบทบาท

ความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นความจริงตามธรรมชาติ แน่นอนว่าเมื่ออายุมากขึ้นความแตกต่างยิ่งแปรปรวนมากขึ้น แต่ในช่วงของความแตกต่างเหล่านั้นแน่นอนและการดำเนินตามธรรมชาติมีลักษณะที่สอดคล้องกันซึ่งกันเองโดยเฉพาะสมรรถนะและสถานะพึงพา⁽²⁾ (รูปที่ 1) ตั้งแต่แรกเกิดสมรรถนะจะพัฒนาดีขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นจุดสูงสุดในวัยอายุ 20-30 ปี จากนั้นจะเกิดการเสื่อมถอยลงเป็นลำดับอย่างช้าๆ การเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับกระบวนการชรา จนเข้าสู่ระยะหนึ่งสมรรถนะจะลดลงจนต้องเข้าสู่สถานะพึงพาซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นที่อายุ 75-80 ปี โรคและอุบัติเหตุจะนำเข้าสู่สถานะพึงพาเร็วขึ้นในขณะที่การส่งเสริมพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เหมาะสมจะช่วยคงให้อายุที่จะเข้าสู่สถานะพึงพาอยู่ได้ สภาพแวดล้อม-การพัฒนาทางสังคมเศรษฐกิจ-การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เส้นกราฟภายนอกหลังจากจุดสูงสุดของสมรรถภาพมีความชันลดลงหรืออีกนัยหนึ่งจุดที่จะเริ่มพึงพาอยู่ได้ในขณะเดียวกันสถานะสุขภาพ-ความปลดปล่อย-สิ่งแวดล้อม-ฐานะการเงิน-รายได้-ครอบครัว-และความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลที่นำไปสู่โอกาสของการมีระยะที่ปลดปล่อยพึงพาอยู่ได้และเป็นการสร้างหลักประกันเมื่อต้องเข้าสู่ระยะพึงพา

รูปที่ 1 การดำเนินธรรมชาติของสมรรถนะในมนุษย์และอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ



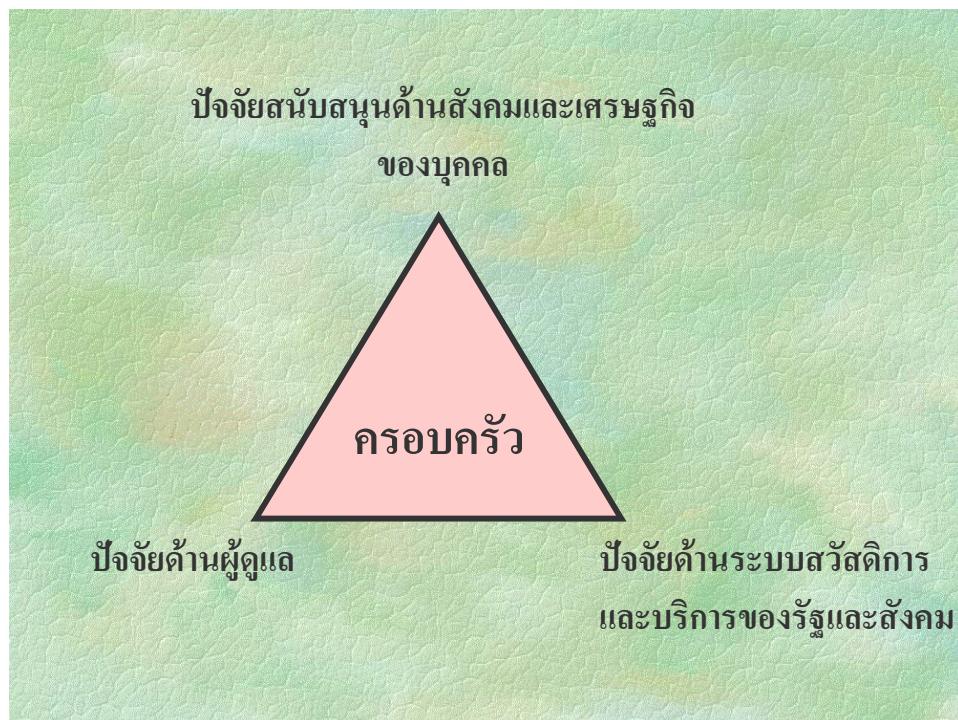
เมื่อพิจารณากราฟจำลองของการดำเนินตามครรภาราตีด้านสมรรถนะและการพึ่งพาในรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดของบุคคลมีอยู่สองครั้ง ครั้งแรกเกิดเมื่อบุคคลกำลังเปลี่ยนออกจากสถานะพึ่งพาในวัยต้นของชีวิต และนั่นก็คือในระยะวัยรุ่นซึ่งเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายในด้านสรีริและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทและบุคลิกภาพอันเป็นเหตุให้ระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญยิ่งในช่วงชีวิตของมนุษย์

การเปลี่ยนครั้งที่สองเกิดเมื่อบุคคลเปลี่ยนเข้าสู่สถานะพึ่งพาอีกครั้งหนึ่งและโดยทั่วไปเกิดขึ้นในระยะวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนจากวัยที่สามเข้าสู่วัยที่สี่ และ เช่นเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงครั้งแรกที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทสูงมาก ผู้อื่นได้กลับมาเป็นผู้ที่ต้องรับการช่วยเหลือและเกิดภาวะต่อบุคคลรอบข้างไม่มากก็น้อย ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนบทบาทในระยะนี้ “ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านระบบสวัสดิการและบริการของรัฐและสังคม ทั้งสามปัจจัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของหลักประกันในระยะท้ายของชีวิต โดยมีครอบครัวเป็นฐานสำคัญและเป็นหน่วยเชื่อมโยงปัจจัยทั้งสามในการรองรับผลจากการเปลี่ยนแปลงของบทบาทเนื่องจากการเข้าสู่ระยะพึ่งพา (รูปที่ 2)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มของอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน แต่ไม่ได้หมายความว่าการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพจะลดตัวลง⁽¹¹⁾ (compression of morbidity) ในทางตรงข้ามมีข้อมูลบางประการที่ชี้นำว่าอาจมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ^(7,12) (expansion of morbidity) ปัจจุบันบุคคลต่างป่วยนานที่จะจากไปโดยไม่ต้องอยู่ในสถานะพึ่งพาหรือมีแต่เพียงระยะสั้นๆ ทว่าผู้ที่จะได้ดังนั้นมีสัดส่วนที่น้อยมาก เป็นการยากที่จะไม่เข้าสูงຈราของวัฒนธรรม ไม่แก่ ไม่เจ็บ ไม่ตาย ดังที่พุทธอรรถนั้นว่า “การเกิดได้บรรจุเมล็ดพันธุ์ของความชราและความตาย” ดังนั้นหลักประกันที่จะนำประชากรให้สามารถเข้าสู่วัย

สูงอายุ(วัยที่สามและวัยที่สี่)อย่างมีคุณภาพหรือที่เรียกว่า “ประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ” จึงเป็นสิ่งที่ทั้งปัจเจกบุคคลและสังคมจะต้องตระหนักรและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

รูปที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานะภาพจากที่เป็นอิสระสู่ระดับพึ่งพา



ความไม่เท่าเทียมกัน - ความจริงในประชากรสูงอายุไทย

ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมเป็นสิ่งที่ทุกคนทราบกันดีว่ามีอยู่ วลีที่ว่า “โน-จน-เจ็บ” มีการกล่าวขานกันมานานและเป็นสิ่งที่มาจากประสบการณ์ของบุคคล จบจนถึงปัจจุบันได้มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของ การเขียนหนังสือไม่ได้ (โน) การขัดสนด้านการเงิน (จน) และความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (เจ็บ) ว่าเป็นความจริงในประชากรสูงอายุไทย⁽⁷⁾ ความสัมพันธ์ดังกล่าวแสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม และสุขภาพโดยเป็นผลที่สะสมกันมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิต และแน่นอนว่าความไม่เท่าเทียมกันนี้จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างโอกาสเป็นกลุ่มที่มีโอกาสจะเข้าสู่ระยะพึ่งพาเร็วและมากที่สุด นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างโอกาส ได้แก่ ผู้ที่อ่าน-เขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ที่เศรษฐฐานะไม่ดี ผู้อยู่ในชนบท และผู้ที่มีอายุมาก เป็นกลุ่มที่เข้าถึงการบริการได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น^(13,14)

ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทยมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุโดยความแตกต่างจะยังเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุหญิงเป็นกลุ่มเดียวทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ⁽⁹⁾ เนื่องจากเป็นสิ่ดและอาชัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับบุคคลที่ไม่ใช่ญาติสูงกว่าผู้สูงอายุชาย มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและสัดส่วนของการ

อ่านเขียนหนังสือไม่ได้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย มีโอกาสหายและทำงานมีรายได้น้อยกว่าผู้สูงอายุชาย มีจำนวนโรคภัยไข้เลิปสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และถึงแม้จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชายแต่ก็ต้องใช้เวลาในระยะทุพพลภาพและพึงพาในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชายซึ่งดูจะเจน

ศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ กับ หน้าที่ของสังคม

มีคำอยู่สองคำที่มีความหมายมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ “ศักดิ์ศรี” และ “คุณค่า” สำหรับคำว่าศักดิ์ศรีผู้ที่จะให้คำตอบที่ดีที่สุดคือตัวผู้สูงอายุเอง แต่สำหรับคำว่าคุณค่าผู้ที่ให้ความสำคัญคือชุมชนและสังคม

ผู้สูงอายุทุกคนย่อมมีศักดิ์ศรี นอกจากศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์แล้วผู้สูงอายุแต่ละคนยังมีศักดิ์ศรีในตัวเองที่เกิดจากการทำงานและการมีส่วนร่วมในสังคมมาตลอดชีวิตในฐานะของผู้ประกอบอาชีพ เป็นผลเมื่อดี ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นภูมิปัญญาของสังคม⁽¹⁵⁾ ดังนั้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุเคยอยู่ในฐานะผู้ให้มา ก่อนทั้งต่อครอบครัวชุมชนและสังคม และมีส่วนร่วมในความเป็นหน่วยกำลังของรัฐทั้งในด้านกำลังปัญญา กำลังกาย และกำลังทรัพยากรอยู่ไม่มากก็น้อย

ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในระยะวัยที่สี่หรือวัยชราเป็นระยะที่สังคมทุกแห่งให้มุ่งมองที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากเป็นระยะของผู้ใช้ทรัพยากรโดยมีผลผลิตต่ำหรือไม่มีเลย หากพิจารณาในด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของบุคคลในวัยนี้แล้วการให้การดูแลจัดการจะเป็นการสิ้นเปลือง แต่ในความเป็นจริงแล้วบุคคลเหล่านี้ได้ทำหน้าที่ของหน่วยในสังคมมาตลอดชีวิต ผู้ที่เคยได้รับอาชีวศึกษาไม่อาจปฏิเสธการตอบแทนตามที่พึงจะเป็นไปได้⁽¹⁶⁾ ดังแต่ครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิดและได้รับผลประโยชน์มากที่สุด ชุมชนที่อยู่รอบข้างและได้ผลประโยชน์รองลงมา จนถึงสังคมและรัฐที่ไม่อาจปฏิเสธถึงคุณความดีหรือคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีมาแต่ในอดีต ดังนั้นครอบครัว ชุมชนสังคมและรัฐจะมีหน้าที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ต่อประชากรกลุ่มนี้^(17,18) หน้าที่ดังกล่าวคือการให้การเกื้อกูลและสนับสนุนหลักประกันในระยะที่มีความจำเป็น จะเห็นว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดในมาตรา 54 และ 80 อย่างชัดเจนถึงหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีต่อประชากรสูงอายุ⁽⁴⁾ และร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุก็ได้ระบุถึงภาระหน้าที่ของหน่วยต่างๆในสังคมโดยละเอียดมากขึ้น⁽¹⁹⁾ ร่างปฏิญญาว่าด้วยผู้สูงอายุเนื่องในปีผู้สูงอายุ สถาบัน พ.ศ.2542⁽²⁰⁾ ได้ระบุชัดเจนเป็นลำดับแรกว่าผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี และยังระบุให้ครอบครัว-สังคม-และรัฐจำต้องให้การเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

หลักประกันในวงจรชีวิตของมนุษย์

ด้วยความจริงที่ทุกคนจำเป็นต้องตระหนักร่วมกันว่ากระบวนการชราเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่วัยต้นของชีวิต การจะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุโดยมีโอกาสที่จะได้อยู่ในวัยที่สามเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการ นอกจานั้นการที่จะทำให้ระยะเวลาภายนอกเข้าสู่วัยที่สี่หรือวัยชราภานานให้มากที่สุดก็เป็นสิ่งที่ต้องมีการเตรียมและปฏิบัติมาตลอดชีวิต ถึงแม้ว่ามนุษย์จะมีโอกาสปฏิเสธการเข้าสู่วัยชราได้น้อยมาก แต่ก็สามารถที่จะทำให้ชีวิตในวัยชราเนี่ยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสมเหตุสมผลได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพและมีหลักประกันของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการตั้งแต่วัยต้นมาอย่างต่อเนื่อง (Life-long preparation)

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

สำเร็จในระยะประชารา เป็นงานหรือหน้าที่ของทุกหน่วยในสังคมที่จัดต้องร่วมแรงร่วมใจกันโดยไม่อาจปฏิเสธได้ จุดมุ่งหมายหลักของการดำเนินการคือ “การเสริมสร้างหลักประกัน” ทั้งต่อวงจรชีวิตของปัจเจกบุคคล และประชาราในสังคม

หลักประกันสำคัญในวงจรชีวิต⁽³⁾ โดยเฉพาะเพื่อคุณภาพอย่างสมเหตุสมผลในการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุและวัยชรา ประกอบไปด้วย

- **หลักประกันด้านสุขภาพ** ได้แก่การมีสุขภาพที่ดีและคงไว้ต่อเนื่องให้นานที่สุดเพื่อลดทอนโอกาสและระยะเวลาที่ต้องตกอยู่ในสถานะพึ่งพาหรือการค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น การที่จะมีสุขภาพที่ดีนอกจากจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีพที่จะต้องพิจารณาและเอื้อให้เกิดความสามารถในการมีพุทธิกรรมที่สามารถคงสุขภาพที่ดีไว้ได้ ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ได้แก่ เศรษฐฐานะและรายได้ ที่อยู่อาศัย และสถานะโภชนาการ ในขณะเดียวกันการสนับสนุนทางสังคมตลอดจนการดำเนินการของภาครัฐเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะเอื้อให้ประชากรสามารถมีพุทธิกรรมที่คงสถานะทางสุขภาพเอาไว้ได้ หลักประกันทางสุขภาพที่สำคัญอีกด้านหนึ่นคือ การมีระบบบริการที่สามารถรองรับกับความต้องการของประชากรได้อย่างสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพ ระบบบริการจำต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนั้นยังต้องสามารถรองรับความต้องการได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังอีกด้วย ระบบบริการส่วนสำคัญที่จะเป็นหลักประกันคือส่วนที่มาจากการรัฐ สำหรับที่มาจากการเอกชนและองค์กรอิสระต่างๆ เป็นแต่เพียงระบบเสริมเพื่อเป็นทางเลือกและเกื้อหนุนระบบของรัฐ
- **หลักประกันด้านรายได้** คำว่า “รายได้” ไม่ได้จำเป็นจะต้องอยู่ในรูปของเงินตราโดยตรง แต่หมายรวมถึงทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ การมีหลักประกันด้านรายได้เป็นส่วนสำคัญของวงจรชีวิต หลักประกันรายได้มีที่มาจาก 4 แหล่งด้วยกัน⁽²²⁾ คือ แหล่งแรก-จากตนเองโดยการทำงานดังนั้นแต่รับต้นและมีการเก็บออมโดยวิธีการต่างๆ เช่น การฝากธนาคาร การซื้อพันธบัตร หรือการซื้อกรมธรรม์ประกันชนิดต่างๆ นอกจากนั้นการที่สามารถมีงานทำและมีรายได้ต่อเนื่องยังเป็นหลักประกันที่สำคัญอีกด้วย แหล่งที่สอง-การเกื้อหนุนภายใต้ครอบครัวโดยเฉพาะระหว่างรุ่น (บุพกการ-ลูกหลาน) ขึ้นเป็นระบบประกันที่มีมาแต่โบราณและเป็นระบบที่ยังสำคัญที่สุดในปัจจุบัน แหล่งที่สาม-การเกื้อหนุนภายใต้ชุมชนหรือสังคม โดยผ่านทางองค์กรต่างๆ เช่น มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น การเกื้อหนุนภายใต้กลุ่มขึ้นกับวัฒนธรรมจารีตประเพณีและความเป็นประชานิยมของชุมชนหรือสังคมนั้น และแหล่งสุดท้าย-หลักประกันที่จัดการให้มีขึ้นโดยรัฐที่มีการครอบคลุม กว้างขวาง เช่น ระบบบำเหน็จบำนาญ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือระบบประกันสังคม
- **หลักประกันด้านผู้ดูแล** เนื่องจากในระยะหนึ่งระยะใดโดยเฉพาะในช่วงปลายชีวิตแทบทุกคนจะต้องตกอยู่ในสภาพที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้นการมีหลักประกันด้านผู้ดูแลจึงมีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะในระยะวัยชรา หลักประกันที่มั่นคงและมีนานาที่สุดคือ การเกื้อหนุนกันภายใต้ครอบครัว^(5,23) โดยที่บุตรหลานจะเป็นผู้ดูแลหลัก ดังนั้นโครงสร้างครอบครัวขยายและความสัมพันธ์ในครอบครัวทางโลกตะวันออกจึงเป็นกลไกสำคัญของการคงอยู่ของหลักประกันด้านนี้ ในกรณีที่หลักประกันทางครอบครัวไม่สามารถอยู่ได้ ชุมชนและรัฐจึง

เป็นแนวหลักประกันต่อไปซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีบทบาทเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับภาคเอกชน เป็นหลักประกันด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับหลักประกันด้านรายได้อย่างมาก จนสามารถนับได้ว่าเป็นประโยชน์อันเนื่องมาจากหลักประกันด้านรายได้

- **หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย** เป็นส่วนสำคัญในวงจรชีวิต หลักประกันนี้จะมีพื้นฐานอยู่กับ ครอบครัวและการเกี้ยหุนภายในครอบครัว อย่างไรก็ตามบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ขาดหลักประกันนี้และจะก่อให้เกิดปัญหาได้มากในวัยที่สามและสี่ การเกี้ยหุนและการบริการหลักประกันด้าน ที่อยู่อาศัยจึงจำต้องมีขั้นโดยการดำเนินการของภาครัฐเป็นส่วนสำคัญ โดยมีการบริการจากองค์กรเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและที่ไม่หวังผลกำไร หลักประกันครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการทางการเงิน สนับสนุนให้สามารถเป็นเจ้าของที่พักอาศัย การบริการที่พักอาศัยในราคาย่อมเยา จนถึงการ บริการโดยไม่มีคิดมูลค่า เช่นบ้านผู้สูงอายุดังในปัจจุบัน
- **หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม** เป็นหลักประกันที่จำเป็นต่อสวัสดิภาพและ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งหมายรวมถึงการของกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจากบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแล นอกจากนั้นยังครอบคลุมถึงการดำเนิน การให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการบริการสาธารณสุข (เช่น สถานสาธารณสุข ขนส่งสาธารณสุข และสถานที่สาธารณสุข) ที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการเข้าใช้ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรง สายสัมพันธ์ในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง สามารถมีพัฒนาการและวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถ เข้าถึงการบริการและสวัสดิการต่างๆที่เป็นส่วนให้เกิดหลักประกันในด้านนี้ รัฐและชุมชนเป็นผู้ ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันด้านนี้
- **หลักประกันด้านความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร** ผู้สูงอายุและบุคคลที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ ในอนาคตจำเป็นต้องได้รับหลักประกันว่าจะมีโอกาสได้รับความรู้ที่จำเป็นและเหมาะสมต่อวิถี ชีวิตและการดำรงชีพ นอกจากนั้นยังต้องมีหลักประกันที่จะมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดย เนพะข้อมูลทางด้านสิทธิ-การประกันของสวัสดิการ-แหล่งการบริการและหน่วยบริการ-ตลอดจน กิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการสร้างหลักประกันด้านต่างๆ รัฐเป็นส่วนที่จะต้องเสริมสร้าง หลักประกันนี้ เช่นกัน

ผู้สูงอายุกับการพัฒนา

เป็นที่ตระหนักรู้กันอยู่โดยทั่วไปว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่และส่วนใหญ่ของช่วงชีวิตในวัยสูงอายุ ได้เป็น ส่วนหนึ่งในการสนับสนุนและเกื้อกูลครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่สังคม-ประเทศชาติ ไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง ความ เข้าใจที่ว่าผู้สูงอายุสมควรพักผ่อน ไม่ควรต้องทำงาน หรือไม่ควรจะต้องทำกิจกรรมอื่นใดนอกเหนือกิจกรรมเพื่อ ตนเอง เป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการเกี้ยบูลและพัฒนา นอกจากจะ เป็นศักดิ์ศรีและความภาคภูมิแล้ว ยังเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่องอีกด้วย ดังนั้น มนต์เสน่ห์สำคัญสำหรับวัยสูงอายุในปัจจุบันและอนาคต คือ **ผู้สูงอายุสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม** ไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ระดับประเทศ โดยจำเป็นจะต้องมีกระบวนการ การส่งเสริมและดำเนินการตั้งแต่ต่อเนื่องและเป็นระบบ

บรรณานุกรม

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรสูงอายุไทย ตอนที่ 2: นโยบายและมาตรการต่อผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ 2542;26:1-4.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2535;36:821-7.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรามัย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกิจ, สิรินทร์ ฉันศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. ราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2540 เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก.
- นภาพร ชัยวรรณ, จอร์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2541.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุ ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนิยามและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:17-33.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะพึงพาของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนิยามและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2537;38:493-7.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ. ใน: เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:95-104.
- 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.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคความดันเลือดสูง: ภาพสะท้อนคุณภาพการบริการและความไม่เท่าเทียมกัน. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์

- ไพรศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาขาวิชานสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 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, วีณา ศิริสุข, มัลลิกา มติโก. *ไม่ไกลฝัน: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: กองบประมาณวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
16. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมสูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: *สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภากาชาดไทย, 2542:103-15.
17. คณะกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544*. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525.
18. สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2535.
19. ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสพ.) ครั้งที่ 2/2542.
20. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กองสวัสดิการสังคมฯ กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, 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 พนานิรนามย์. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ. ใน: *สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภากาชาดไทย, 2542:93-102.
23. สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์. การศึกษาความสัมพันธ์ของประชากรต่างวัยในครอบครัวภาคใต้และภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

บทที่ 2 : ประชากรสูงอายุไทย

วศ. ดร. นภาพร ชัยวรรณ

คำนำ

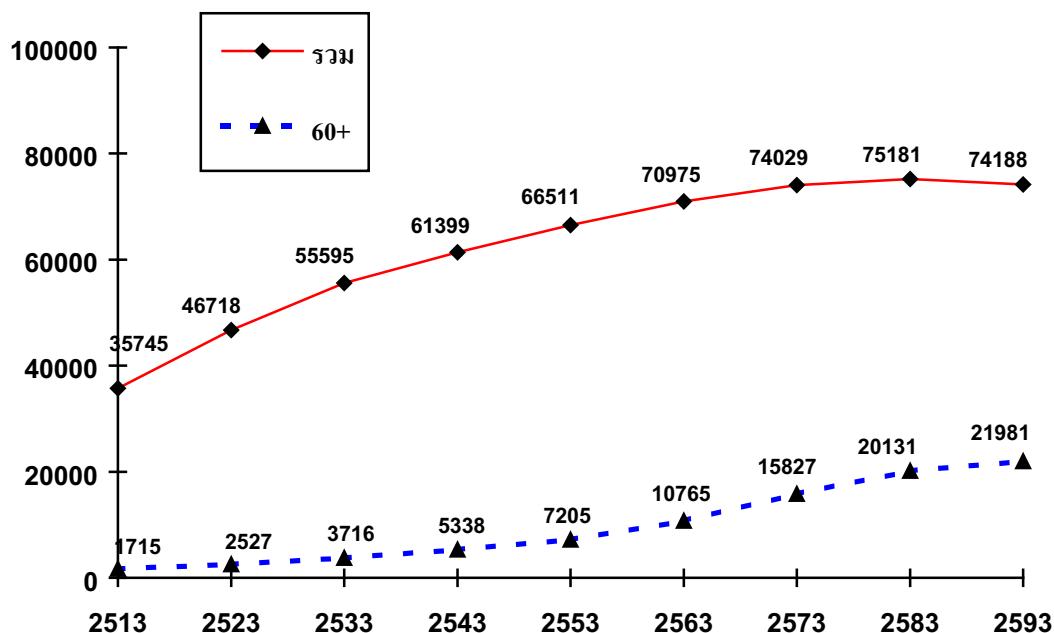
การตระหนักรถและการรับรู้มากขึ้นถึงการเข้าสู่ภาวะสังคมคนสูงอายุในศตวรรษที่ 21 ของโลกรวมทั้งของประเทศไทยซึ่งนับเป็นปัญหาท้าทายที่ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่ภาวะดังกล่าว ทำให้เรื่องผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน เพื่อเป็นการให้ภาพถึงความรุนแรงของปัญหาการมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย บทนี้จะสรุปและสังเคราะห์งานวิจัย รายงานและบทความต่างๆที่ให้ภาพการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในระดับมหภาค สาเหตุของการเปลี่ยนแปลง ความรวดเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการขอรุ่นอายุ อาศัย ลิ้งแวดล้อมของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบัน พร้อมทั้งเสนอแนวทางวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยจากอดีตสู่อนาคต

การเปลี่ยนแปลงด้านขนาดและโครงสร้างทางอายุ

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยมีการศึกษาภัณฑ์สมควร⁽¹⁻⁹⁾ โดยการศึกษาเกือบทั้งหมดจะใช้แหล่งข้อมูลหลักเดียวกัน คือ สำมะโนประชากรของประเทศไทยในปีต่างๆซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย และการสำรวจระดับประเทศ เช่น การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการและการอนามัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ทำเป็นประจำ และการสำรวจประชากรสูงอายุของหน่วยงานต่างๆ⁽¹⁰⁻¹²⁾ เป็นต้น การคาดประมาณประชากรชุดต่างๆทั้งของสถาบันการศึกษาและองค์กรประชาชาติ บทความทางวิชาการ หรือรายงานการศึกษาวิจัยเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายในการนำเสนอที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ให้ภาพของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยในทิศทางเดียวกัน คือ “ขนาด” ของประชากรรวมและของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) ได้เพิ่มขึ้นจากอดีตจนถึงปัจจุบันและจะเพิ่มต่อไปในอนาคต^(9,13-17) (รูปที่ 1, ตาราง 1) ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากรของปีต่างๆในอดีตของการศึกษาทั้งหลายไม่ต่างกันมากเพริ่งไป ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันเป็นหลัก คือสำมะโนประชากรปีต่างๆ แต่การคาดประมาณจำนวนประชากรรวมและผู้สูงอายุในปัจจุบัน (พ.ศ.2543) และอนาคตจะแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากการใช้ประชากรปีฐานหรือข้อมูลติดต่อกันแน่นในอนาคตของการเกิดและการตายที่แตกต่างกันไป

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



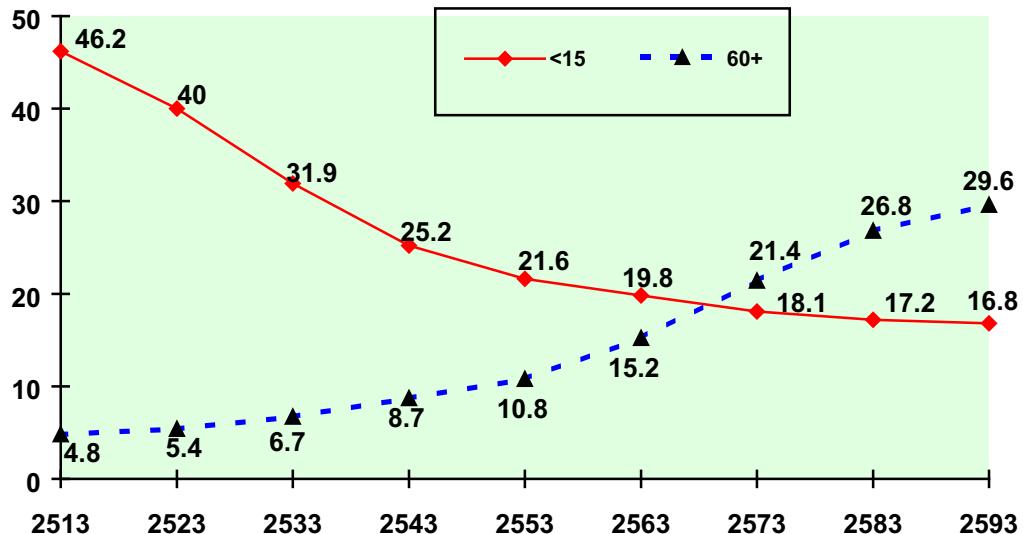
แหล่งข้อมูล : United Nations World Population Prospects, The 1998 Revision, Vol. 1, New York: Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division , 1999.

สำหรับการคาดประมาณประชากรรวมจะมีความแตกต่างกันเนื่องจากความแตกต่างในข้อมูลติด เกี่ยวกับแนวโน้มของภาวะเจริญพัฒนาเป็นหลัก ลังเกตได้ว่าการคาดประมาณที่ทำในระยะต้นให้ผลจำนวนประชากรรวมที่คาดประมาณสูงกว่าที่พบรากการสำรวจ เช่น รายงานการคาดประมาณประชากรประเทศไทยปีพ.ศ.2503-2543 ให้ผลการคาดประมาณจำนวนประชากรรวมปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 ที่มีขนาดใหญ่กว่ารายงานของสำมะโนประชากรในปีพุทธศักราชเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากการคาดประมาณดังกล่าวตั้งขึ้นสมมติเกี่ยวกับแนวโน้มของระดับเจริญพัฒนาที่สูงกว่าที่เกิดขึ้นจริงในเวลาต่อมา ด้วยเหตุผลเดียวกัน การคาดประมาณจำนวนประชากรรวมในอีก 10-50 ปีข้างหน้ามีขนาดแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับข้อมูลในอนาคตของระดับเจริญพัฒนา และความแตกต่างของข้อมูลติดทำให้การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยจากปัจจุบันซึ่งมีประมาณ 61 ล้านคนมีโอกาสที่จะเพิ่มไปอยู่ระหว่าง 67-75 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2563)

อย่างไรก็ตามการคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุจะไม่ต่างกันไม่ว่าจะเป็นการคาดประมาณที่ใช้ข้อมูลติดภาวะเจริญพัฒนาตัวใด ทั้งนี้เพราะประชากรสูงอายุในอีก 50 ปีข้างหน้าได้เกิดมาแล้วในปัจจุบันขนาดของประชากรสูงอายุในอนาคตตึงจึงขึ้นอยู่กับแนวโน้มระดับการตายเท่านั้น (กรณีที่เป็นประชากรปีด) การคาดประมาณประชากรสูงต่างๆให้จำนวนประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบัน (พ.ศ.2543) ที่ 4.5-5.7 ล้านคน โดยประมาณว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็นประมาณ 6.8-7.6 ล้านคน และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนถึงประมาณ 11 ล้านคนหรือประมาณเท่าตัวของขนาดในปัจจุบัน

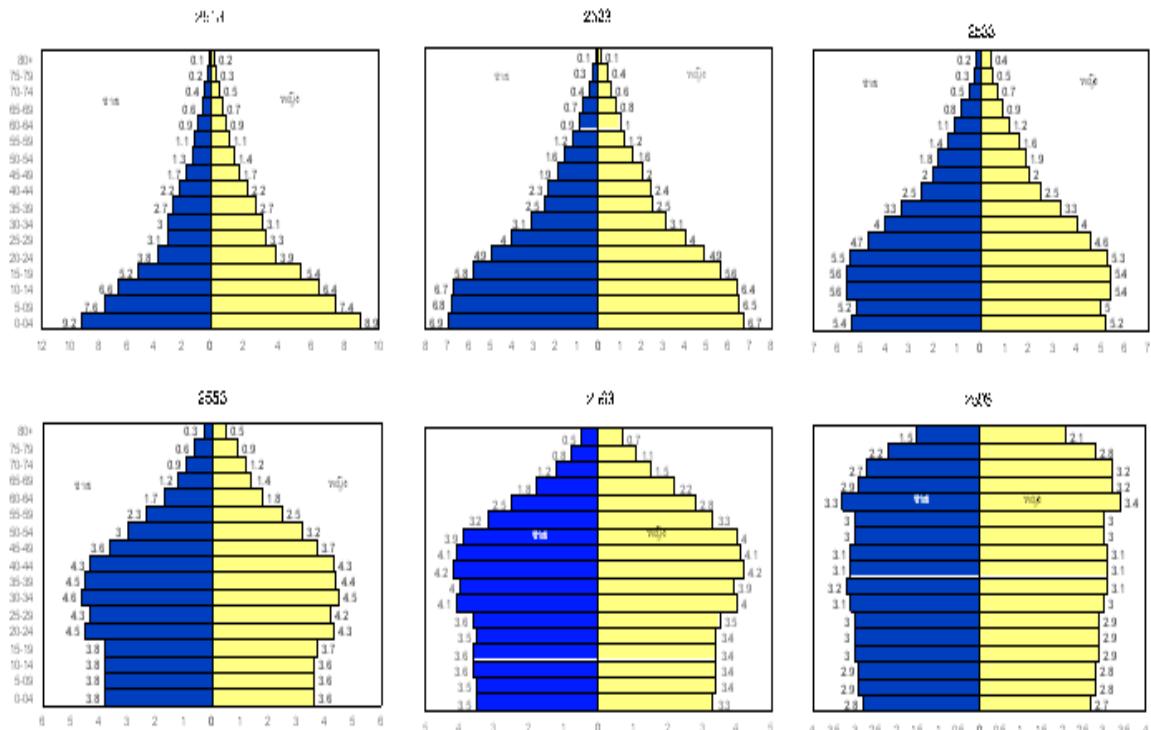
การเพิ่มขึ้นของขนาดประชากรรวมและประชากรผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมาและในอนาคตอีก 10-20 ปี ข้างหน้าไม่ได้เป็นเรื่องที่เกินความคาดหมาย แต่การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างทางอายุของ ประชากรและอัตราความเร็วของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุเป็นเรื่องที่มีผลสืบเนื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ถ้าหาก แบ่งประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่เพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร คือ กลุ่ม ประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี) และกลุ่มสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมาก กว่า) ข้อมูลทั้งหลายได้แสดงให้เห็นถึงการลดสัดส่วนประชากรเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กลางทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้น กล่าวคือสัดส่วนประชากรเด็กลดจาก ร้อยละ 40 ในปีพ.ศ.2523 เป็นประมาณร้อยละ 25 ในปีพ.ศ.2543 และจะลดลงเหลือร้อยละ 22 และร้อยละ 20 ในปีพ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ ส่วนสัดส่วนประชากรสูงอายุได้เพิ่มจากประมาณร้อยละ 5 เป็นร้อย ละ 9 ร้อยละ 11 และร้อยละ 15 ของตัวปีพุทธศักราชเดียวกันนั้น^(4,16-18) (รูปที่ 2, ตาราง ข และตาราง ค) งาน วิจัยต่างๆได้แสดงการเปลี่ยนโครงสร้างอายุของประชากรด้วยรูปปิรามิดประชากร^(6,9,14) โดยให้ภาพการเปลี่ยน รูปทรงปิรามิดประชากรฐานกว้างซึ่งหมายถึงประชากรที่ประกอบด้วยเด็กมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ มาเป็นปิรามิด รูปทรงคล้ายแจกันซึ่งหมายถึงว่ามีประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น (รูปที่ 3)

รูปที่ 2 สัดส่วนประชากร<15 และสัดส่วนประชากร 60+ พ.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 ประชากรประเทศไทย ปี พ.ศ.2513 - พ.ศ.2593

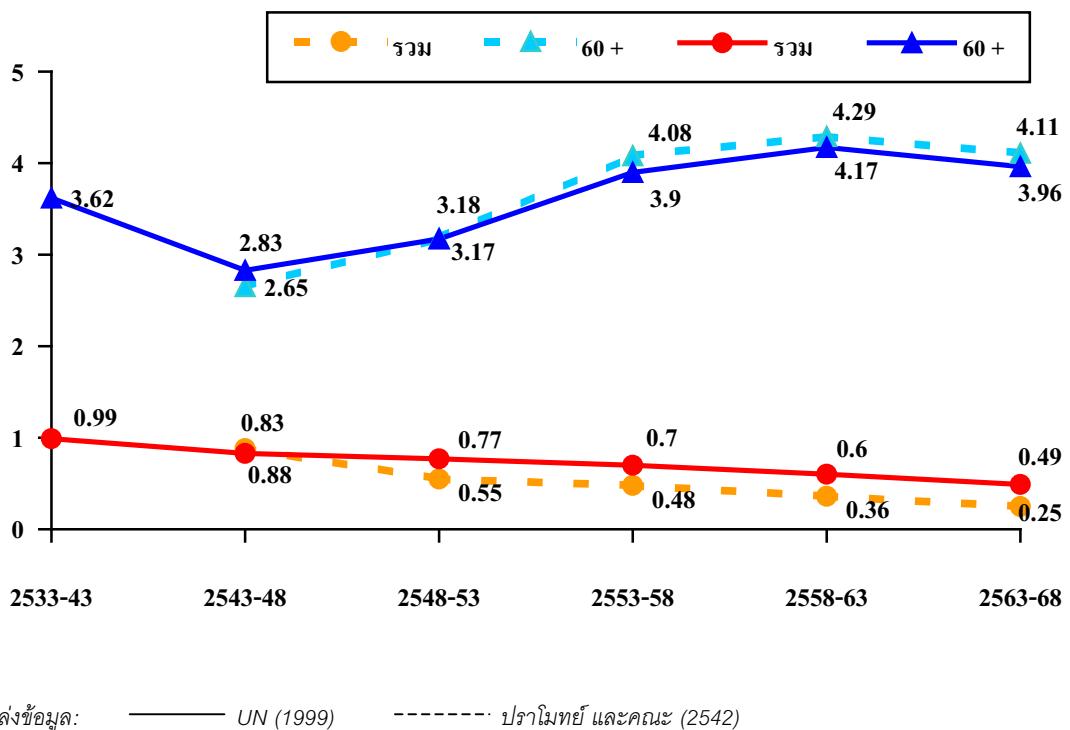


หมายเหตุ : United Nations, Sex & Age Distribution of the World Populations: The 1998 Revision, หน้า 784 – 785.

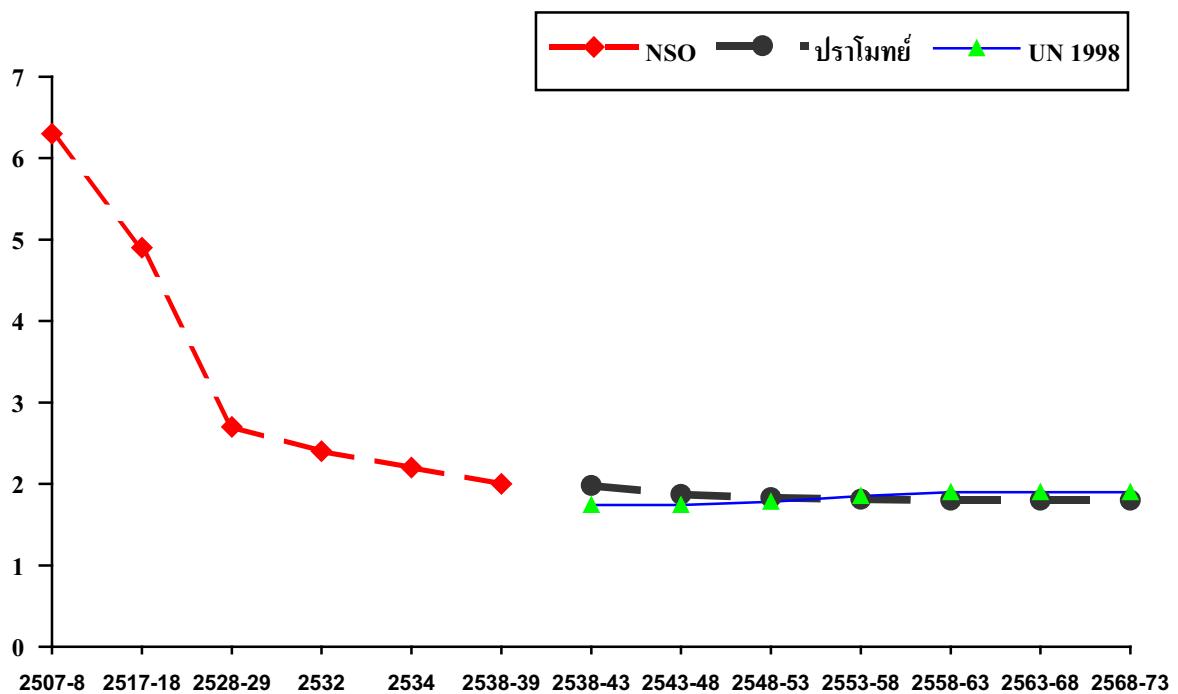
ปัจจัยทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดและโครงสร้างประชากร

แม้ว่าทั้งจำนวนประชากรรวมและประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นแต่มีการเพิ่มด้วยอัตราที่แตกต่างกัน⁽²⁻⁴⁾ กล่าวคือ อัตราการเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆในอนาคต ขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าของประชากรรวมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (รูปที่ 4, ตาราง ง) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้อธิบายได้ด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากร กล่าวคือ การลดลงของระดับการเกิดและการตายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการลดอย่างรวดเร็วของการเกิดภายในเวลาอันสั้น ผลให้อัตราความเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ของประเทศไทยเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ นักประชากรหลายท่านได้สังสัญญาณการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยที่จะเข้าสู่ภาวะการเป็นประชากรสูงอายุนานาเมื่อปีก่อนว่าจะเริ่มพ้นขึ้นของประเทศไทยเริ่มลดลง⁽¹⁾ อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (total fertility rate) ลดลงจากกว่า 6 ต่อสตรีหนึ่งคนในช่วงทศวรรษ 2500 เป็น 2.2 ในปี พ.ศ. 2534 และต่ำกว่า 2 เล็กน้อยในปัจจุบัน ดังนั้นภายในเวลาไม่ถึง 3 ทศวรรษอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทยได้ลดลงไปประมาณร้อยละ 70⁽¹⁹⁾ (รูปที่ 5, ตาราง จ) การลดระดับเจริญพันธุ์ในบริมานดังกล่าวของประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่ใช้เวลานานกว่าที่เกิดกับประเทศไทยหลายเท่า เป็นที่คาดประมาณว่าระดับเจริญพันธุ์ในอีก 10-20 ปี ข้างหน้าของประเทศไทยจะอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับทดแทนเล็กน้อย^(9,16,17) (ตารางที่ 1) ซึ่งส่งผลให้การเข้าสู่ภาวะการเป็นประชากรสูงอายุรุนแรงขึ้น สำหรับภาวะการตายของประชากรซึ่งสามารถได้ด้วยอายุคาดหมายเฉลี่ย โดยที่อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้นแสดงว่าภาวะการตายของประชากรนั้นดีขึ้น ปรากฏว่าระหว่างปี พ.ศ. 2507-2508 และ พ.ศ. 2538-2539 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่ม 14.7 ปี สำหรับเพศชาย (จาก 55.2 ปี เป็น 69.9 ปี) และ 13.1 ปี สำหรับเพศหญิง (จาก 61.8 ปี เป็น 74.9 ปี)⁽²⁰⁾ (รูปที่ 6 และ 7, ตาราง ฉ) ซึ่งสะท้อนถึงการลดลงของอัตราตายของเด็กและทารก ขณะเดียวกันอัตราตายของกลุ่ม สูงอายุลดลงด้วยซึ่งเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของอายุคาดหมายของประชากรอายุ 60 ปี กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2507-2508 เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพศชายคาดหมายจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก 14.9 ปี ขณะที่เพศหญิงคาดหมายจะมีชีวิตอยู่ต่อได้อีก 19.5 ปี และได้เพิ่มเป็น 20.3 ปี สำหรับเพศชายและ 23.9 ปี สำหรับเพศหญิงในปี พ.ศ. 2538-2539 จากข้อมูลการเพิ่มอายุคาดหมายซึ่งว่าในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา เพศชายได้รับประโยชน์จากการปรับปรุงการตายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากจำนวนปีและสัดส่วนของอายุคาดหมายที่เพิ่มขึ้นของเพศชายสูงกว่าหญิง แต่การเพิ่มของอายุคาดหมายในช่วงวัยสูงอายุจะไม่เป็นประโยชน์หากจำนวนปีที่อยู่ยืนยาวขึ้นเป็นปีที่อยู่อย่างไร้ความสามารถหรือทุพพลภาพ

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



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

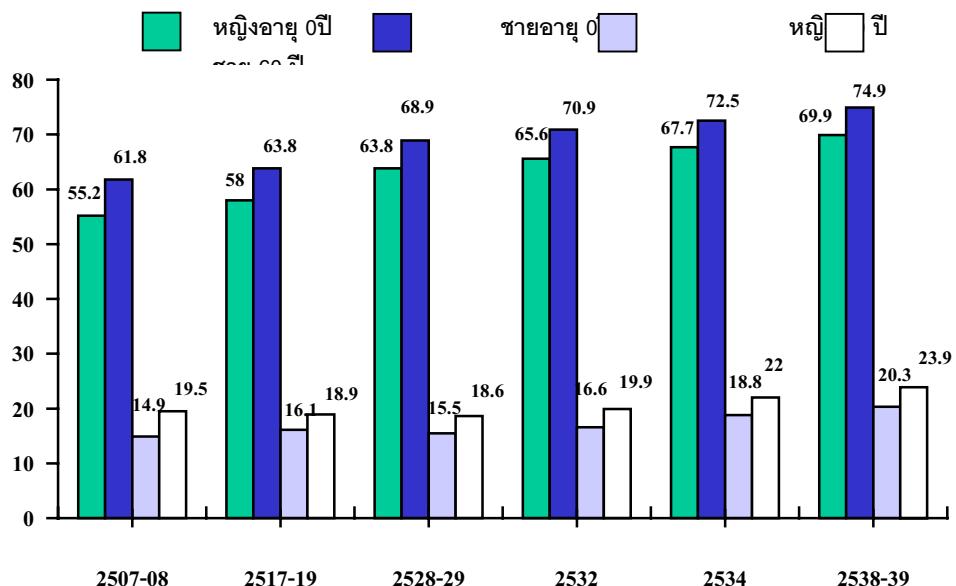


ตารางที่ 1 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อห้น) ที่คาดประมาณระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573

	2538-2543	2543-2548	2548-2553	2553-2558	2558-2563	2563-2568	2568-2573
ตัวตั้งต้น ^(๖) 2538	2.00	1.89	1.83	1.79	1.77		
ประมาณที่ ^(๗) เมดเคโน ^(๘) *	1.98	1.87	1.83	1.81	1.80	1.80	1.80
UN 1998 ^(๙)	1.74	1.74	1.78	1.85	1.90	1.90	1.90

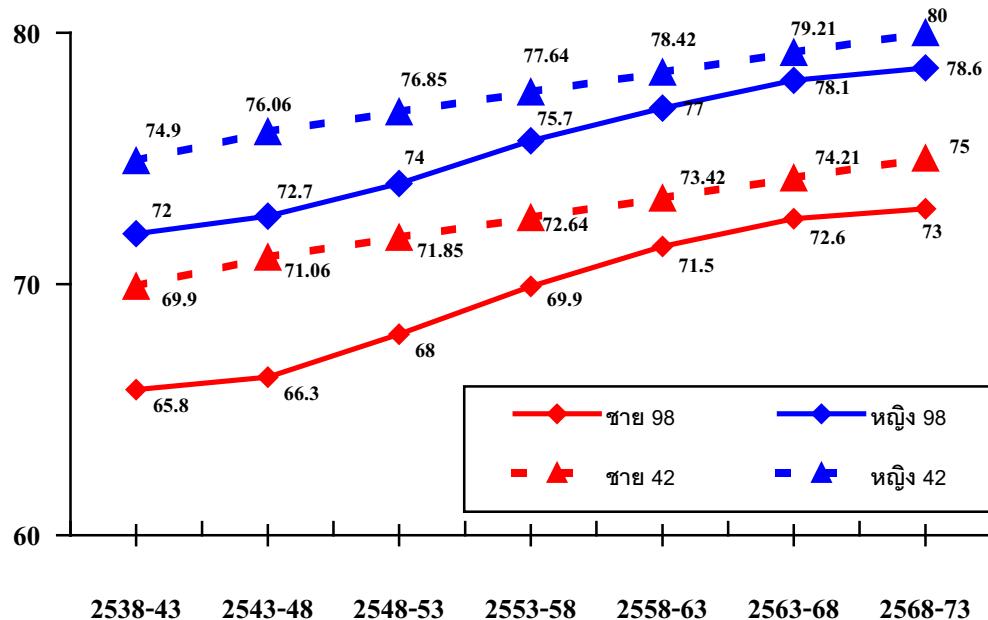
+ เป็นอัตราเฉลี่ยเริ่มต้นของช่วง

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) ————— ประมาณไทย และคณ (2542)

การคาดประมาณประชากรในอนาคตมักตั้งข้อสมมติให้การตายลดลงต่อไปแต่ลดช้ากว่าที่ผ่านมาในอดีต เช่น การคาดประมาณขององค์กรสหประชาชาติ (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⁾ การคาดประมาณของปราบโมทย์และคณะกรรมการประมาณประชากรตามอายุรายปีในอนาคตเป็นรายปี 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
สภាភัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾							
ชาย	67.4	68.2	68.9	69.5	70.1		
หญิง	71.7	72.4	73.0	73.6	74.1		
ปรานีท์และคณ< ⁽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

เท่าที่ผ่านมาปัจจัยการย้ายถิ่นระหว่างประเทศก็มีผลกระทบที่สำคัญต่อขนาดและโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย ปัจจัยการย้ายถิ่นระหว่างประเทศไม่ถูกนำมาพิจารณาในการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย^(9,13-18,21) อย่างไรก็ตามผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อการเพิ่มประชากรสูงอายุมีความซับซ้อนกว่าผลกระทบของการเกิดและการตาย ในระบบสันstein เรื่องว่าการย้ายถิ่นเข้าของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นน่าจะทำให้อัตราส่วนภาระที่เป็นผู้สูงอายุลดลง เพราะผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้เป็นผู้อยู่ในวัยแรงงาน แต่เพียงลีกกว่าส่วนใหญ่ของแรงงานเหล่านี้เป็นแรงงานนอกรัฐฯ หมาย และผลผลิตที่ได้ส่วนหนึ่งจะถูกส่งกลับไปยังประเทศเพื่อนบ้านในรูปของเงินและวัตถุ

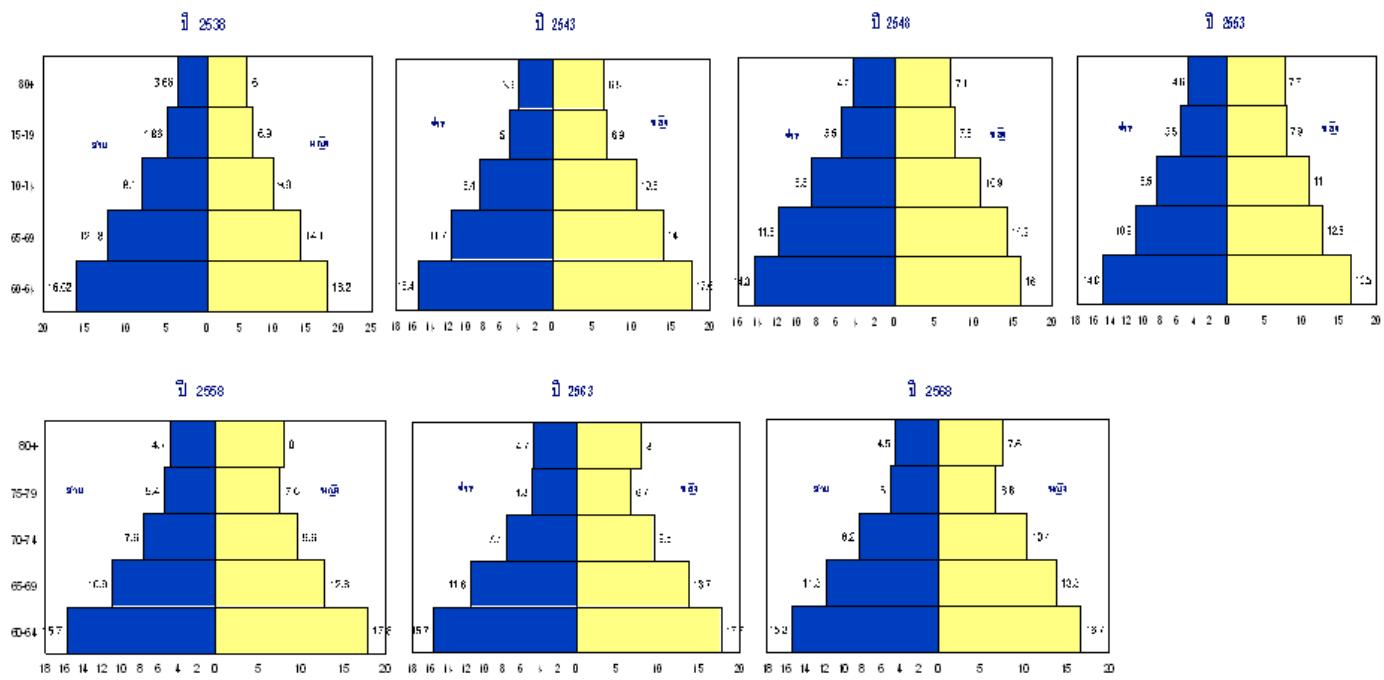
โดยสรุป ประเทศไทยได้บรรลุกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากภาวะที่มีระดับการเกิดและตายที่สูงมาสู่ระดับการเกิดและตายที่ต่ำภายในเวลาที่สั้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ผลให้ประเทศไทยจะประสบกับภาวะการเป็นประชากรสูงอายุที่รุนแรงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของประชากร

ไม่เพียงแต่ขนาดของประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอีก 20 ปีข้างหน้า แต่คุณลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุในอนาคตก็จะแตกต่างจากลักษณะของผู้สูงอายุในปัจจุบันในหลายด้าน ได้แก่

ก. องค์ประกอบด้านอายุ ประชากรสูงอายุในอนาคตจะมีผู้ที่อายุมากฯเพิ่มมากขึ้น ถ้าแบ่งประชากรสูงอายุตามกลุ่มอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มอายุ 60-69 ปีเป็นผู้สูงอายุอ่อนน้อย (young old) กลุ่มอายุ 70-79 ปีเป็นผู้สูงอายุปานกลาง (medium old) และกลุ่มอายุ 80 ปีหรือมากกว่าเป็นผู้สูงอายุอ่อนมาก (old old, oldest old) กล่าวได้ว่าโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมีรูปร่างปิรามิดประชากรฐานกว้าง ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุอ่อนน้อย กล่าวคือ ในผู้สูงอายุทุก 100 คนจะมีผู้สูงอายุอ่อนน้อย (60-69 ปี) ประมาณ 60-64 คน และ ผู้สูงอายุอ่อนมาก (80 ปีขึ้นไป) ประมาณ 7-10 คน จำนวนผู้สูงอายุอ่อนมากนี้จะเพิ่มเป็น 13 คนในปี พ.ศ. 2563⁽⁴⁾ (รูปที่ 8)

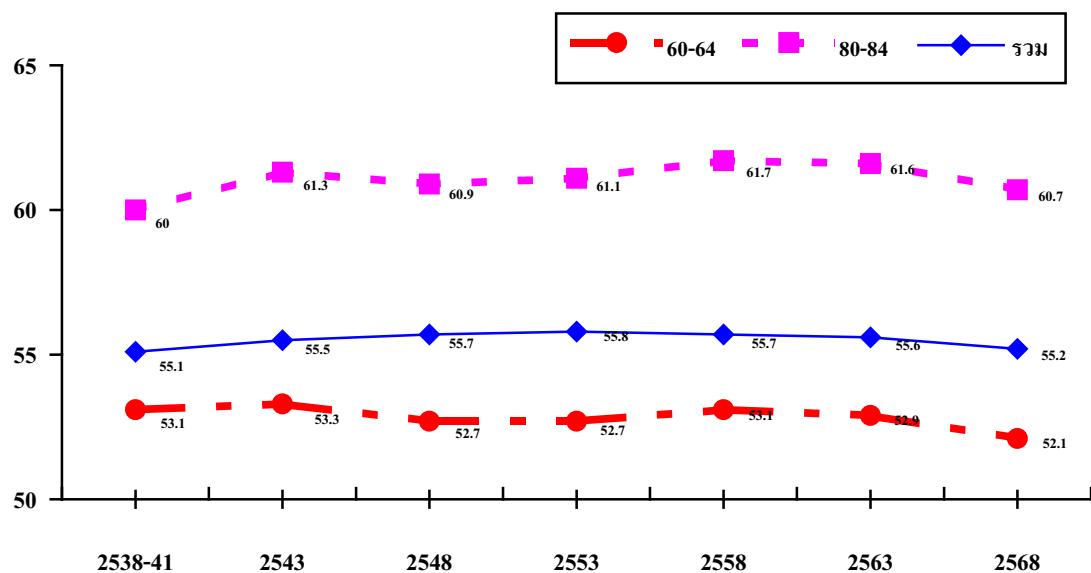
รูปที่ 8 ประชากรประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2538 – พ.ศ. 2568



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

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

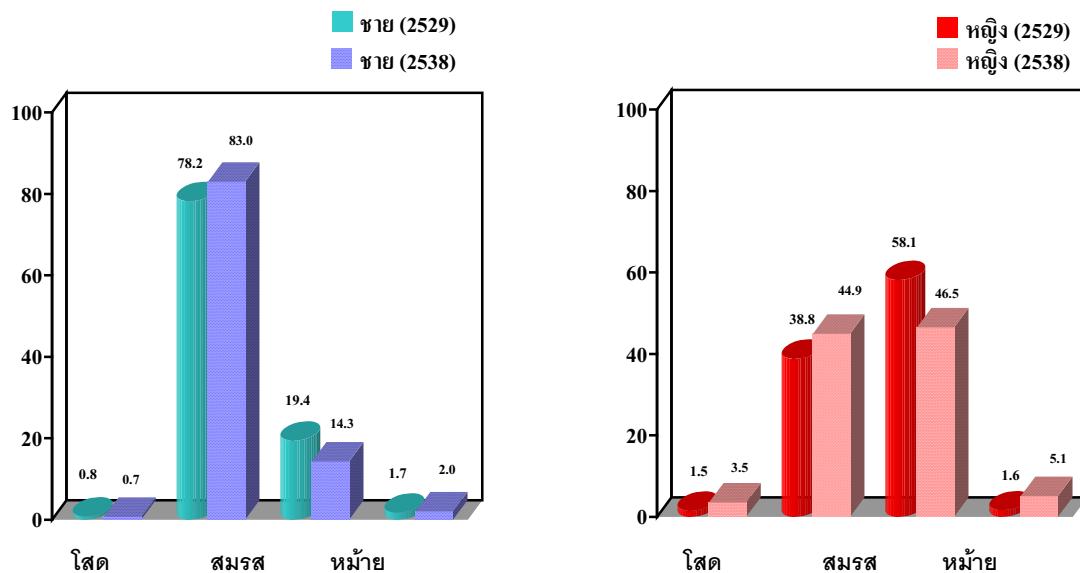
รูปที่ 9 ร้อยละของประชากรอายุ 60-64, 80-84 และ 60⁺ ปี ที่เป็นเพศหญิง



แหล่งข้อมูล : UN (1999)

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

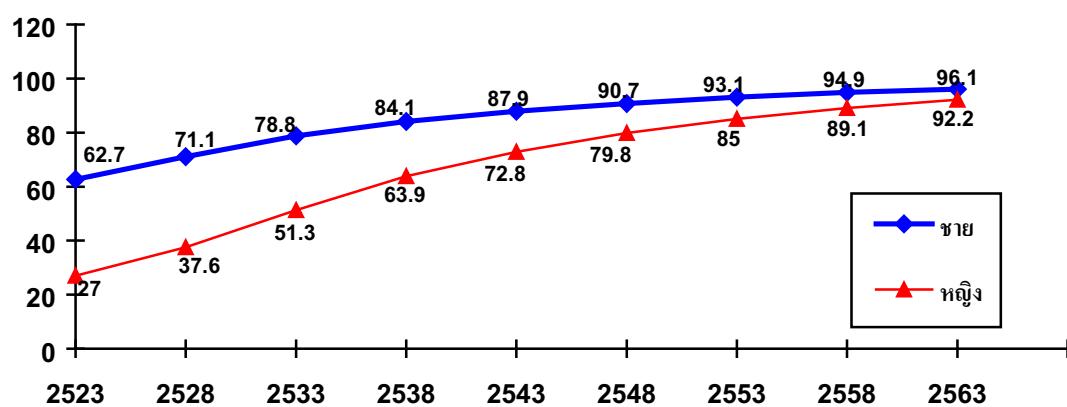
รูปที่ 10 สถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุแยกตามเพศ พ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2538



แหล่งข้อมูล: Napaporn Chayovan et al. (1988) และ นภาพร ชัยวรวุฒ และ จอย โนเมเดล (2539)

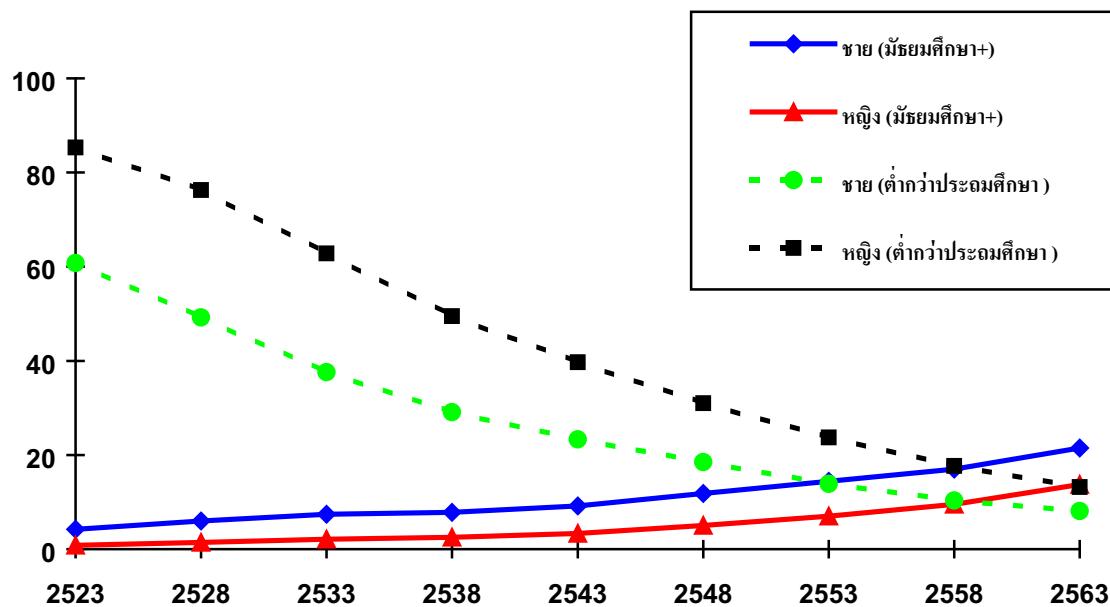
๔. องค์ประกอบด้านการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมากขึ้น การคาดประมาณจากปี พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2563 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่จบระดับมัธยมหรือสูงกว่าเพิ่มจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 22 ในเพศชาย และเพิ่มจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 14 ในเพศหญิง^(4,22,23) (รูปที่ 11 และ รูปที่ 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

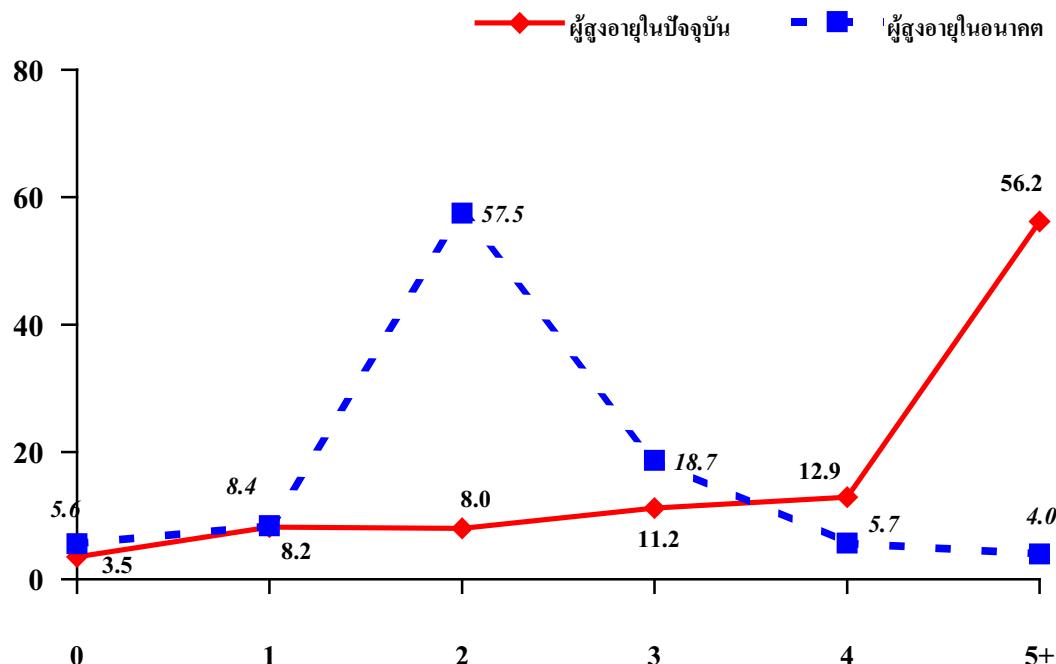


ที่มา : Christenson, Bruce and Albert I. Hermalin. Comparative Analysis of the Changing Educational Composition of the Elderly Population in Five Asian Countries, Research Report No. 91-11, Population Studies Center, University of Michigan, 1991.

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

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

รูปที่ 13 การกระจายจำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้สูงอายุในปัจจุบันและที่คาดหมายของผู้สูงอายุในอนาคต
ประเทศไทย



แหล่งข้อมูล : นกภาพ ชัยวรรณ จอดัน โนเดล และ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535)

ข้อมูลข้างต้นนี้ว่ากลุ่มคนที่จะเป็นผู้สูงอายุรุ่นต่างๆ ในอนาคตจะแตกต่างจากกลุ่มสูงอายุรุ่นก่อน คุณลักษณะที่เปลี่ยนไปของประชากรสูงอายุในอนาคตนี้มีผลลัพธ์เนื่องทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง และเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการวางแผนนโยบายและแผนต่างๆ

ความเร็วของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

การเพิ่มของขนาดและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นไปทั่วในประเทศไทย พัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา แต่ข้อตราชวามเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ ที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อเนื่องทางเศรษฐกิจและสังคมหลายด้าน โดยเฉพาะการเตรียมรองรับการให้การดูแลประชากรสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พอกควร ทำให้จำเป็นต้องมีการจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ขั้ตราชวามเร็วของการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นปัจจัยกำหนดช่วงเวลาที่สั้นยาวแตกต่างกันในการดำเนินการ ความสามารถในการดำเนินการที่มีเวลาจำกัดนับเป็นงานท้าทายผู้วางแผนนโยบายและแผนของหลายประเทศที่มีความเร็วของปรากฏการณ์ ประชากรสูงอายุในอัตราสูง

ความเจ็บของการเพิ่มประชากรสูงอายุจะเห็นได้จากแนวโน้มของอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุเมื่อ เปรียบเทียบกับอัตราเพิ่มประชากรทั้งหมด กล่าวคือ ขณะที่อัตราเพิ่มประชากรรวมทั้งหมดมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในปัจจุบันและจะอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 1 ต่อปี แต่อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับกว่าร้อยละ 3 ต่อปี^(9,16,17) (รูปที่ 4, ตาราง ง) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่แสดงว่าระหว่างปีพ.ศ.2523-2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มกว่าร้อยละ 300 ขณะที่ประชากรรวมทั้งหมดจะเพิ่มเพียงร้อยละ 50^(3,4) กลุ่มประชากร สูงอายุจัดได้ว่า เป็นกลุ่มที่มีการเพิ่มมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ ทุกกลุ่ม

อีกด้านหนึ่งที่ใช้วัดความเร็วของการเป็นภาวะประชากรสูงอายุ คือจำนวนปีที่ใช้ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 (นิยามขององค์การสหประชาชาติ) ข้อมูลใน ตารางที่ 3 ชี้ว่าเปรียบเทียบจำนวนปีที่ประเทศไทยพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาบางประเทศจะใช้ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 และให้เห็นว่ากลุ่มประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว เช่น ฝรั่งเศส สวีเดน อิตาลี (ยกเว้นประเทศไทยญี่ปุ่น) จะใช้เวลานานกว่าประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย^(25,26) สำหรับประเทศไทยญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีอัตราการสูงอายุของประชากรเร็วมากที่สุดในหมู่ประเทศคุณภาพรวมด้วยกัน แต่จำนวนปีที่ใช้เพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 ไปเป็นร้อยละ 14 ยังยาวนานกว่าที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย (26 ปี กับ 22 ปี) ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บของการเจ็บของประชากรระหว่างอังกฤษและเวลส์กับประเทศไทย โดยใช้จำนวนปีที่สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 พบว่า อังกฤษและเวลส์ใช้เวลาถึง 107 ปีขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลาเพียง 30 ปี^(7,8) เหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยมีอัตราการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุที่รวดเร็วมาก คือ การลดลงที่เร็วมากของภาวะเจริญพันธุ์ในระยะที่ผ่านมาของประเทศไทย โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมยอดลดลงกว่าร้อยละ 60 ในระยะเวลาเพียง 20 ปี

โดยสรุป ประเทศไทยพัฒนาแล้วมีระยะเวลาที่นานพอกสมควรในการปรับตัวทางเศรษฐกิจและสังคมและการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อตอบรับกับการเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ 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
● สีน (ไม่วรรณส่องกง)	2545 ⁽²⁶⁾	2570 ⁽²⁶⁾	25

การเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุที่มีอายุมาก ๆ

การศึกษาประชากรสูงอายุในประเทศไทยโดยจำแนกตามกลุ่มอายุมีน้อยมาก ส่วนหนึ่งเนื่องจากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรมักให้แหล่งข้อมูลทางการทุติยภูมิ เช่น สำมะโนประชากร การสำรวจระดับประเทศและการคาดประมาณประชากรที่พิมพ์เผยแพร่ แม้ว่าสำมะโนประชากรและการสำรวจจะมีข้อมูลอายุรายปีจนถึงกลุ่มอายุสูงสุดคือ 98 ปีขึ้นไป แต่การนำเสนอตารางข้อมูลลักษณะของประชากรหรือของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะจำแนกกลุ่มอายุโดยจัดกลุ่มอายุสูงสุดเพียงที่อายุ 70 ปีหรือ 75 ปีขึ้นไป เนตุผลหนึ่งของการไม่จัดกลุ่มอายุจนถึงกลุ่มอายุมากอาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่มีอายุมากนิ่มค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะถ้าเป็นข้อมูลจากการสำรวจ อาจมีจำนวนตัวอย่างน้อยมากจนไม่เพียงพอที่จะจัดเป็นกลุ่มอายุสูงที่สูงเกินกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดสำคัญของการศึกษาการเปลี่ยนแปลงลักษณะต่างๆของกลุ่มสูงอายุที่อายุมากๆ

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

กลุ่มประชากรสูงอายุอายุมากมีความเป็นเอกลักษณ์ในหลายด้านเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรสูงอายุกลุ่มที่อายุน้อยกว่า เช่น มีอัตราการเพิ่มในขนาดเร็วกว่า ประกอบด้วยเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่า มีสัดส่วนที่มีคุณสมบัติมากกว่า และเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือต้องการผู้ดูแลในสัดส่วนที่สูงกว่า เป็นต้น การศึกษาการ

เปลี่ยนแปลงในกลุ่มอายุมากฯ จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและนโยบาย เพื่อการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของกลุ่มประชากรสูงอายุมากที่สุด หมายถึงภาระการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมแก่ประชากรกลุ่มนี้ที่จะมีเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางส่วนของประชากรกลุ่มนี้จะยังเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้และจัดเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (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 จำนวนประชากรสูงอายุกลุ่มนี้จะเพิ่มจากประมาณ 8 แสนคนเป็น 1.9 ล้านคน หรือมีขนาดเพิ่มกว่าเท่าตัวภายในเวลา 20 ปีหรือคิดเป็นการเพิ่มจากสัดส่วนร้อยละ 1.4 เป็นร้อยละ 2.8 ของประชากรทั้งประเทศ ประกาศสำคัญสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปต่อประชากรสูงอายุทั้งหมดจะเพิ่มจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 26⁽⁴⁾ นอกจากนั้นในระหว่างปีพ.ศ.2523-2553 ประชากรทั้งประเทศเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 42 ในขณะที่ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 185 และกลุ่มประชากรอายุ 75 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 283⁽⁴⁾

การศึกษาที่ใช้อายุ 80 ปีขึ้นไปในการนิยามกลุ่มประชากรสูงอายุมาก พบร่วมกันว่าจำนวนประชากรกลุ่มนี้จะเพิ่มจากประมาณ 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 อย่างไรก็ตามในระยะเวลา 20 ปีข้างหน้าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อายุ 100 ปีขึ้นไป ยังอยู่ในระดับต่ำมาก คือ ประมาณร้อยละ 0.1 เท่านั้น⁽⁹⁾

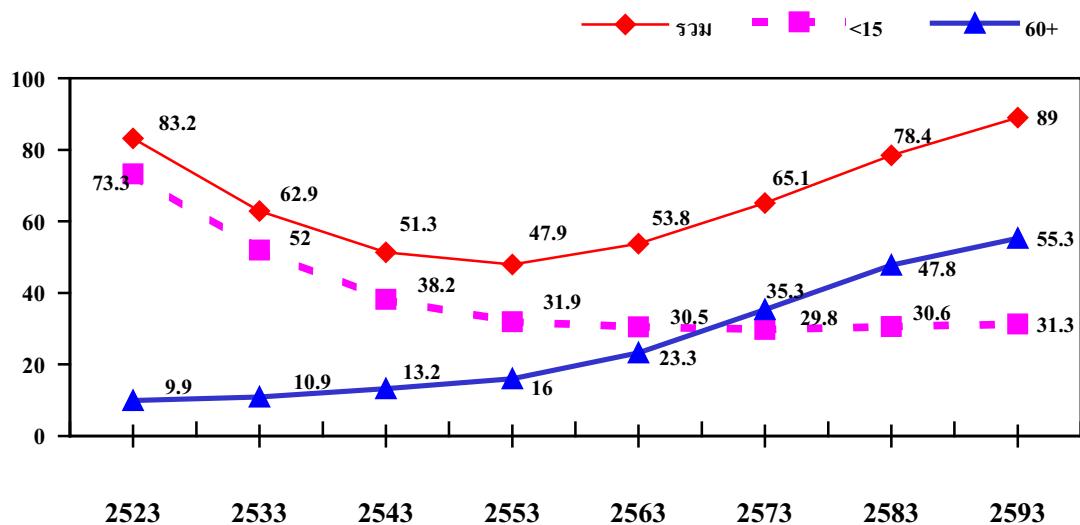
ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรต่อสัดส่วนการพึ่งพา

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

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทยที่มีอัตราการเกิดน้อยลงทำให้โครงสร้างประชากรที่ประกอบด้วยประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลงและอัตราส่วนพึ่งพาเด็กก็ลดลงด้วย ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนประชากรในวัยแรงงานและวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในระยะเวลา 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 ซึ่งการเพิ่มดังกล่าวจะเป็นปัจจัยกดดันเศรษฐกิจหากแรงงานดังกล่าวเป็นแรงงานที่มีคุณภาพและภาวะเศรษฐกิจอยู่ในสภาพดี นักวิชาการหลายท่านแสดงแนวโน้มการลดของอัตราส่วนพึ่งพารวม (เด็กและผู้สูงอายุ) ในภาพรวมให้ข้อมูลที่คล้ายกันมาก^(4,6,7,27) กล่าวคืออัตราส่วนพึ่งพารวม (total dependency ratio) ลดจาก 104:100 ในปีพ.ศ.2513 เป็น 83:100 ในปีพ.ศ.2523 และเป็น 51-52:100 ในปีพ.ศ.2543 แต่จะกลับเพิ่มขึ้นเป็น 54:100 ในปีพ.ศ.2563 อัตราส่วนพึ่งพาเด็ก (child dependency ratio) ลดลง เช่นกัน 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 ปัจจุบันในกลุ่มคนที่ถูกจัดว่าเป็นภาวะหรือผู้พึ่งพิงทางเศรษฐกิจจะประกอบด้วยประชากรสูงอายุประมาณ 1 ใน 4 ของทั้งหมด สัดส่วนนี้จะเพิ่มเป็น 1 ใน 3 ในอีก 10 ปีข้างหน้า และเป็นเกือบ 1 ใน 2 ในอีก 20 ปีข้างหน้า หลังจากนั้น (พ.ศ.2563 เป็นต้นไป) อัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุจะสูงกว่าอัตราส่วนพึ่งพาเด็ก (รูปที่ 14)

รูปที่ 14 อัตราส่วนภาวะรวม อัตราส่วนภาวะที่เป็นเด็กและอัตราส่วนภาวะที่เป็นผู้สูงอายุ พ.ศ. 25223 - พ.ศ.2593



แหล่งข้อมูล: United Nations (1999).

ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนพึ่งพารวมที่ยังคงมีแนวโน้มลดลงซึ่งเป็นความได้เปรียบในเชิงเศรษฐกิจของประเทศไทยจะคงอยู่ปัจจุบันถึงในปีพ.ศ.2553-2563 และหลังจากนั้นความได้เปรียบดังกล่าวจะหมดไปอันเป็นผลมาจากการณ์ภาวะประชากรสูงอายุ

เพื่อให้เห็นภาพของคัตราส่วนภาวะของผู้สูงอายุที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต ได้มีการศึกษาที่วัดคัตราส่วนพึงพาในรูปแบบอื่น ได้แก่ การพึงพาด้านสุขภาพหรือการดูแล โดยสูทธิชัย จิตพันธุ์กุล และคณะ⁽¹⁰⁾ ประเมินภาวะพึงพาด้วยดัชนีต่างๆ ซึ่งใช้ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในการสร้าง พบว่าประมาณร้อยละ 2.1 ของผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ.2540 มีภาวะพึงพาที่ต้องการการดูแลในระดับสูง ความซุกของภาวะพึงพาเพิ่มสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุในเขตเมืองและผู้สูงอายุชนบทมีความซุกของภาวะพึงพาสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทและผู้สูงอายุชายตามลำดับ

อีกด้วยนี่หนึ่งที่มีการใช้เพื่อสะท้อนความเป็นระดับการพึงพาของผู้สูงอายุ คือ อัตราส่วนของประชากรสูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือเป็นโภคสมองเสื่อมต่อประชากรหนูนิวายุ 15-59 ปี ที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ แต่ยังไม่เปรากภารตศึกษาวิจัยที่ใช้ดัชนีดังกล่าว

ສະພາບທີ່ອ່າຍ່ອງອ້າສີຍແລະສາຫະກຸນປົກ-ສາຫະກຸນປົກ

สภาพที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภคสาธารณูปการจัดเป็นเรื่องสภาพแวดล้อมทางกายภาพและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงสภาพทางกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น สภาพที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เท่าที่ผ่านมาสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุยังไม่ค่อยได้รับความสนใจ การศึกษาวิจัยเรื่องเหล่านี้ในประเทศไทยเกือบไม่มี ล้วนหนึ่งน่าจะเนื่องมาจากขาดความรู้ความสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกายภาพของบุคคลตามวัยที่สูงขึ้น งานวิจัยที่พับเป็นการศึกษาสถานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ พบร้า ล้วนใหญ่ของผู้สูงอายุไทยพอดีกับที่อยู่ของตน มีร้อยละ 4 เท่านั้นที่ไม่พอใจ โดยสัดส่วนความไม่พอใจของผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนมากกว่าในเขตชนบท⁽¹²⁾

แม้ว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไทยเข้าถึงระบบสาธารณูปโภค คือ อาศัยในครัวเรือนที่มีน้ำดื่มที่สะอาด มีไฟฟ้าใช้และมีห้องส้วมห้องน้ำ^(11,12) แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีสภาพการอยู่อาศัยที่มีคุณภาพแบบบ้านที่อยู่ เช่น เพิง ที่พักชั่วคราว กระท่อม บ้านไทยยกพื้น เรือนไม้แแก ตึกแแก ทาวน์เฮาส์ และบ้านเดี่ยว สะท้อนภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมากกว่าจะสะท้อนถึงคุณภาพทางกายภาพของการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุชนบทส่วนใหญ่อยู่บ้านลักษณะยกพื้นสูงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุ ร้อยละ 46 ของผู้สูงอายุมีส้วมภายในบ้าน แต่สัดส่วนที่มีส้วมในบ้านของผู้สูงอายุในชนบทต่ำกว่าในเมืองมาก⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม การมีส้วมภายในบ้านสะท้อนการเข้าถึงความต้องการด้านสุขอนามัยส่วนตัวเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ชนิดของส้วม (ส้วมนั่งหรือส้วมย่องๆ) การจัดระเบียบภายในห้องส้วมและห้องนอนที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอีกประเด็นที่ต้องคำนึงถึง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุท่าที่ผ่านมาไม่ได้สนใจสภาพกายภาพการอยู่อาศัย เช่น รูปแบบของส้วมและห้องน้ำ สถานที่หลบหนอนของผู้สูงอายุ การอนุรักษ์พื้นที่หรือเตียง เป็นต้น เหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามวัยที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ

สภาพการอยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในคนสูงอายุ และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในที่สุดได้ และส่งผลต่อเนื่องปัญหาด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุหรือมีภาวะทุพพลภาพก็จะไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจจะรุนแรงขึ้น เพราะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและต้องการผู้ดูแล จากการศึกษาในประชากรสูงอายุไทยพบว่า ร้อยละ 18.7 ของผู้สูงอายุหากล้มหรือตกบันไดในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ ในการล้มที่เกิดขึ้น 90% ของการล้มเกิดขึ้นในบ้าน

นี้ร้อยละ 35 เป็นการหกล้มภายในบ้านและร้อยละ 85 เกิดการหกล้มขึ้นในเวลากลางวัน นอกจากนั้นผลการวิเคราะห์ยังชี้ว่า การเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการหกล้มส่วนหนึ่งอาจเกิดจากโรคและภาวะทุพพลภาพ แต่ส่วนที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นเดียวกัน⁽²⁸⁾

นอกจากสภาพที่อยู่อาศัยแล้ว สภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องควรให้ความสนใจแต่ยังไม่ค่อยมีการศึกษา ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าบ้านที่อยู่อาศัยมีความเป็นส่วนตัวก็ตาม แต่ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุรายงานว่าบ้านที่อยู่อาศัยอีกทึก โดยผู้สูงอายุในเมืองมีสัดส่วนที่รายงานดังกล่าวสูงกว่าในเขตชนบท นอกนี้เกือบหนึ่งในสี่มีปัญหาที่เหลือขัดแย้งหรือเข้าไม่ได้กับสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งแนะนำปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ

ในส่วนสภาพแวดล้อมภายในบ้านในปัจจุบัน เช่น ถนนหนทาง เส้นทางสัญจร ตลอดจนระบบบริการสาธารณูปโภคในสังคมไทย น่าจะไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่ทุพพลภาพ แต่การศึกษาถึงผลกระทบสภาพแวดล้อมภายนอกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังมิได้ก้ามมากเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบทางสังคม

ช่วงสามศตวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมอย่างมาก สัดส่วนของประชากรทำงานที่ประกอบอาชีพทางการเกษตรลดลงจากร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.2503 เป็นประมาณร้อยละ 40 ในปี พ.ศ.2542 สัดส่วนประชากรเมือง (จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลต่อประชากรทั้งหมด) เพิ่มจากร้อยละ 13 ในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 21 ในปี พ.ศ.2542⁽²⁹⁻³³⁾ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรอย่างลึกซึ้งโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลกระทบจากการเร่ง คือผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร การปรับปรุงด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่ของประชากรดีขึ้น ขัตราชายของทุกกลุ่มอายุลดลง ความยืนยาวชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นอกจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุแล้ว จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (80 ปีขึ้นไป) ก็เพิ่มขึ้น การเพิ่มของประชากรสูงอายุหมายถึงการเพิ่มความต้องการบริการสุขภาพและการดูแล ความต้องการดังกล่าวจะเพิ่มอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของครอบครัวและสังคมในการสนับสนุน เมื่อสังคมสูงอายุขึ้นบุตรที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุจะสูงอายุขึ้นด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นผู้สูงอายุเองที่มีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ นอกจากนี้จำนวนบุตรที่มีลดลงอาจลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการเกื้อหนุนแบบทางการมีความจำเป็น เพิ่มขึ้นในอนาคต

ผลกระทบประการที่สอง ระดับความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้นสะท้อนว่ามีการย้ายถิ่นโดยเฉพาะการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวจากชนบทมาสู่เมือง ประดีนที่การพูดกันอย่างกว้างขวางคือ การที่ประเทศไทยเปลี่ยนเป็นสังคมอุดหนากรุ่มใหม่ และมีการกระจายของความเจริญที่ไม่ทั่วถึง ประกอบกับความสะดวกด้านการคมนาคม ขึ้นสูงที่เดี๋ยวนี้ ทำให้คนชนบทย้ายถิ่นเข้าเมืองเพื่อหารงานทำ บิดามารดาหรือผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่ข้างหลังและต้องอยู่กันตามลำพัง ข้อสังเกตหรือความเชื่อถือดังกล่าวบ่อยขึ้นอยู่กับความเชิงประจักษ์ที่จะสนับสนุน การศึกษาการย้ายถิ่นเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันมักเป็นการศึกษาทิศทางและปัจจัยของการย้ายถิ่นมากกว่า การวิเคราะห์การย้ายถิ่นของคนกลุ่มอายุต่างๆโดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2513 และ พ.ศ. 2523 พบว่าคนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นมากกว่าคนสูงอายุไม่ว่าจะพิจารณาด้วยมาตราการไดก็ตาม (เช่น ร้อยละที่อาศัยในจังหวัดที่เกิด ร้อยละที่

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

ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงมีผลให้ขนาดครัวเรือนโดยเฉลี่ยลดลงจาก 5.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 4 คนเศษในปัจจุบัน⁽³⁰⁻³³⁾ การมีขนาดครัวเรือนที่เล็กลงไม่ได้หมายถึงการเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัวจากครัวเรือนขยายมาเป็นครัวเรือนเดี่ยว แม้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรจะแสดงว่าระหว่าง พ.ศ. 2523-2533 สัดส่วนของครัวเรือนทั้งหมดที่เป็นครัวเรือนเดี่ยวได้ลดลงจากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 68 ขณะที่สัดส่วนที่เป็นครัวเรือนขยายครัวที่หรือเพิ่มเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 26⁽⁴⁰⁾ แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่สามารถใช้จายภาพของ แนวโน้มระยะยาวของการเปลี่ยนโครงสร้างครัวเรือนของประเทศไทย การเปลี่ยนโครงสร้างครัวเรือนอาจ หมายถึงการเปลี่ยนองค์ประกอบของสมาชิกในครัวเรือน เช่น เปลี่ยนจากที่ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นอายุ (บุ่งตาตาย พ่อแม่ และบุตร) เป็นครัวเรือน 2 รุ่นอายุ (พ่อแม่กับบุตร หรือ บุ่งตาตายกับหลาน) อย่างไรก็ตามลักษณะของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนดังกล่าวในสังคมไทยยังขาดข้อมูลสนับสนุน นอกเหนือมีการเชื่อมโยงในเชิงเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนกับความอ่อนแองของวัฒนธรรมการ ดูแลบิดามารดาสูงอายุซึ่งพบในประเทศไทยและ ข้อสังเกตดังกล่าวบันเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ เพราะการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่มีความเป็นเมืองมากขึ้นอาจทำให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลบิดามารดาได้เหมือนเดิม รูปแบบการดูแลอาจต้องเปลี่ยนไปแต่ความสัมพันธ์แบบครัวเรือนขยายอาจทำให้คงอยู่ได้แม้ว่าขนาดและโครงสร้างมีการเปลี่ยนแปลง

การลดการตายหรือการเพิ่มอายุคาดหมายโดยเฉพาะของกลุ่มสูงอายุ จะทำให้อายุเฉลี่ยของสมาชิกในครัวเรือนสูงขึ้น ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลที่ต่างกันเป็นผู้สูงอายุอาจมีสัดส่วนสูงขึ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจอาศัยอยู่ร่วมกับหลานโดยไม่มีรุ่นลูกมากขึ้นอันเนื่องมาจากการเพิ่มการตายจากโรคเอดส์หรือการย้ายถิ่น อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเพียงการคาดเดาที่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนอีกเช่นกัน มากไปกว่านั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครัวเรือนอาจไม่ร้าบเรื่อง เพราะซึ่งก่อให้เกิดความแตกต่างในความทันสมัยของคนต่างวัย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรมีผลสืบเนื่องทางเศรษฐกิจในแง่ของอุปทานแรงงานในอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนและสัดส่วนประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ของประเทศไทยจะยังคงเพิ่ม ต่อไปจนถึงปี พ.ศ. 2553-2563 จึงจะลดลง ในขณะที่ประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลงโดยตลอดและทำให้อัตราส่วนพึ่งพาเด็กลดลงเช่นกัน ในทางตรงกันข้ามอัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุจะเพิ่มเร็วขึ้นในอีก 10-20 ปี ข้างหน้าและหลังจากนั้นจะมีขนาดที่ใหญ่กว่าอัตราส่วนพึ่งพาเด็ก⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ (ตาราง ๑ และตาราง ๒) ดังนั้นช่วง 20 ปี ต่อจากนี้จึงยังเป็นยุคที่ยังไม่ขาดแคลนแรงงาน แต่เป็นช่วงที่ต้องมีการขยายตลาดแรงงานหรือเศรษฐกิจเพื่อรับแรงงานที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อสังคมมีผู้สูงอายุมากขึ้นและต้องการทำงานอาจเกิดปัญหาการแข่งขันงานระหว่างคนต่างรุ่นอายุ

การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นนอกจากทำให้สังคมมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและเก็บหุ้นผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นแล้วยังทำให้การลงทุนใหม่ทำได้ยากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคและการใช้จ่ายของปัจจุบันคลจะ

เปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้สูงอายุอาจบริโภคอาหารน้อยลงแต่จะบริโภคบริการหรือการใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ไม่สามารถมีการออมเงินได้เหมือนเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาวและยังอาจต้องนำเงินที่ออมไว้มาใช้จ่าย สังคมโดยรวมก็ต้องมีการจัดระบบประกันทางเศรษฐกิจและสวัสดิการด้านต่างๆซึ่งต้องใช้เงินมาก ทำให้การดึง แหล่งเงินเพื่อลงทุนหรือขยายการเติบโตทางเศรษฐกิจอาจมีคุปสรroc

ระดับการศึกษา การทำงานเชิงเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคมที่สูงขึ้นของสตรีตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมอาจส่งผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ผลกระทบพบร่วมกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นสตรีและไม่ได้ทำงานหรือถ้าทำก็เป็นงานที่ทำในบ้าน⁽³⁴⁾ ในอนาคตภาวะทางกายและใจของสตรีโดยเฉพาะสตรีในวัยกลางคนอาจได้รับผลกระทบจากการทำงานที่หลายบทบาทมากขึ้น ทั้งการดูแลบ้าน การดูแลบุตร การดูแลผู้สูงอายุ และการที่ต้องประกอบอาชีพ ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัวอาจถูกผลกระทบและต้องเปลี่ยนแปลง

ปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์

การระบาดของเชื้อเอชไอวี (Human immune deficiency virus) และโรคเอดส์ (Acquired immune deficiency syndrome) มีผลสืบเนื่องทางประชากร ลังค์และเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ผลกระทบทางประชากรของการระบาดของเชื้อเอชไอวีมีได้หลายด้าน เช่น จำนวนและอัตราเพิ่มประชากรจำนวนและอัตราการเกิด จำนวนและอัตราการตาย และจำนวนเด็กกำพร้า เป็นต้น โดยภาพรวม ผลกระทบของการระบาดของเชื้อเอชไอวีต่ออัตราเกิด อัตราเพิ่มประชากร และขนาดประชากรมีน้อย แม้ว่าอัตราตายในภาวะการณ์ที่มีเอดส์จะสูงกว่าไม่มีเอดส์ก็ตาม ประมาณร้อยละ 10 ของการตายทั้งหมดระหว่างพ.ศ.2523-2548 เป็นการตายจากเอดส์โดยผลกระทบของเอดส์ต่อการตายในแต่ละอายุไม่เท่ากัน กลุ่มที่ผลกระทบมากที่สุดคือกลุ่มแรงงานอายุ 15-49 ปี⁽³⁵⁻³⁸⁾ จากการศึกษาโดยการคาดประมาณพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ต่อก่อนที่ตายด้วยเอดส์ทั้งหมดจะเพิ่มจากร้อยละ 0.3 ในช่วงปีพ.ศ.2534-2538 เป็นร้อยละ 1.5 ในช่วงปีพ.ศ.2549-2553 และจะลดลงเป็นร้อยละ 1 ในช่วงปีพ.ศ.2559-2563⁽³⁵⁾ จากรายงานขององค์กรสหประชาชาติที่คาดประมาณการตายของคนที่เสียชีวิตตามกัมมายูในระหว่างปีพ.ศ.2533-2538 และพ.ศ.2543-2548 ภายใต้สถานการณ์ที่มีเอดส์และไม่มีเอดส์ พบว่า ร้อยละของคนตายที่อายุ 65 ปีขึ้นไปในสถานการณ์ไม่มีเอดส์จะสูงกว่าสถานการณ์ที่มีเอดส์ คือร้อยละ 41 เปรียบเทียบกับร้อยละ 39 สำหรับปีพ.ศ.2533-2538 และร้อยละ 50 เปรียบเทียบกับร้อยละ 40 สำหรับปีพ.ศ.2543-2548⁽³⁶⁾ การที่สัดส่วนคนตายที่เป็นผู้สูงอายุในสถานการณ์ไม่มีเอดส์สูงกว่ามีเอดส์เพราะในสถานการณ์มีเอดส์จะมีสัดส่วนคนตายในช่วงอายุหนุ่มสาวสูงกว่าในสถานการณ์ไม่มีเอดส์ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนที่จะมีชีวิตเข้าสู่วัยสูงอายุ การที่สัดส่วนคนตายที่เป็นประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มสูงขึ้นจะส่งผลให้อัตราส่วนพึงพาที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และการที่ประชากรวัยแรงงานหดหายไปเพราะการป่วยหรือตายจากเอดส์อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศไทยรับผลกระทบ กล่าวคือ นอกจากขาดแรงงานทำงานแล้ว ยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประชากรที่เป็นเอดส์อีกด้วย

ในประดิ่นผลกระทบของการระบาดของเอดส์ต่อประชากรผู้สูงอายุ แม้จะยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม แต่อาจเข้าใจได้ว่าการระบาดของเอดส์ซึ่งเพิ่มการตายในคนหนุ่มสาวน่าจะส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾ ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจประสบปัญหาทางเงินเพราะขาดบุตรที่จะมาเกี้ยหุนยามสูงอายุในเมืองที่เป็นแรงงานและที่ช่วยส่งเสียด้านการเงิน ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุอาจต้องรับภาระดูแล

บุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์หรือเลี้ยงดูหลานกำพร้าที่พ่อแม่ตายจากเอดส์ องค์การสหประชาชาติประมาณว่า จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีที่กำพร้ามารดาจะเพิ่มเพราะภาระบดขึ้นของเอดส์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเองอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการดูแลบุตรหรือญาติที่ป่วยด้วยเอดส์ถ้าผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอดส์ สุขภาพของผู้สูงอายุอาจถูกกระทบจากความเหนื่อยล้าในการดูแลบุตรหรือญาติที่ป่วยด้วยเอดส์ สุขภาพทางใจอาจมีปัญหา เพราะความเครียดในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยเอดส์ เครียดเรื่องภาวะค่าใช้จ่าย อาจถูกโดดเดี่ยวจากชุมชน เพราะความกลัวที่มีต่อป่วยเอดส์อยู่กับผู้สูงอายุ และอาจเสียใจจากการตายของบุตรที่เป็นเอดส์

งานวิจัยที่กรรมมี

- ภารทบทวนวรรณกรรมในประเดิมการเปลี่ยนแปลงทางประชารชของผู้สูงอายุไทย ได้เห็นข้อจำกัดของงานวิจัยเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่ใช้ การติดตามการเปลี่ยนแปลงทางประชารช จำเป็นต้องมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือและปรับปรุงให้ทันสมัย การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของประชารชในอนาคตจะเป็นที่ต้องพึงผลการคาดประมาณประชารชที่เป็นที่ยอมรับ (การคาดประมาณประชากรประเทศไทยที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวางคือการคาดประมาณปีพ.ศ.2533-2563 ซึ่งพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ.2538 ซึ่งเมื่อศึกษาถึงข้อสมมติต่างๆเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และการตายที่ใช้ในการคาดประมาณพบว่าการคาดประมาณระยะต้นกลางน่าจะสูงเกินไป) ควรมีโครงการทำการคาดประมาณประชารชุดใหม่โดยคณะกรรมการวิชาการ ข้อมูลที่น่าจะใช้เป็นฐานคือสำมะโนปีพ.ศ.2543 ประกอบกับข้อมูลแหล่งอื่นๆ การคาดประมาณประชารชุดใหม่ยังคงควรไว้วิธีความหลากหลายในการขยายภาพประชารช ตามเพศและอายุ รายปี กับกลุ่มอายุ 5 ปี โดยให้กับกลุ่มอายุสุดท้ายคือ 100 ปีขึ้นไปเพื่อประโยชน์ในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรสูงอายุ
 - ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางประชารช เศรษฐกิจ สังคม ของประชากรสูงอายุอย่างมาก (old old) เปรียบเทียบกับกลุ่มสูงอายุอยุ่น้อย (young old)
 - งานวิจัยที่ผ่านมาให้ภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชารช สาเหตุของการเกิดภาวะประชารชสูงอายุ ภาวะทางประชารช เศรษฐกิจและสังคมของประชากรสูงอายุ แต่งานวิจัยที่จะตอบคำถามผลลัพธ์เนื่องของประชากรสูงอายุยังมีจำกัดมาก เช่น อุปทานของแรงงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบของความทันสมัยต่อบทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุ
 - ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นกับภาวะการเป็นประชารชสูงอายุและผลกระทบของการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ
 - เพื่อทดสอบสมมติฐานว่า การย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวส่งผลให้มีการทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ข้างหลังตามลำพัง จึงอาจมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการย้ายถิ่นสูสีกับสัดส่วนที่อยู่คนเดียว หรือการไม่มีบุตรอยู่ด้วย

- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพของบ้านที่อยู่อาศัยกับการเกิดอุบัติเหตุ
- ศึกษาความต้องการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและลำดับก่อนหลังของขั้นตอนการปรับปรุงที่ต้องการ
- ศึกษาผลกระทบของการระบาดของเชื้อเอชไอวีต่อกลุ่มภาพชีวิตของผู้สูงอายุ Van Landingham และคณะ⁽³⁹⁾ เสนอประเด็นสำคัญต่างๆ ที่ควรศึกษาวิจัย: ถึงผลกระทบทั้งทางตรงและผลกระทบทางอ้อมของเออดส์ต่อผู้สูงอายุ ที่นำเสนอได้แก่ ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและวิธีการติดเชื้อเออดส์ในประชากรสูงอายุและแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเออดส์ ความซุกซ่อนการตายของบุตรจากเออดส์ในประชากรสูงอายุและผลกระทบของการตายของบุตรจากเออดส์ต่อสภาพความเป็นอยู่ สุขภาพทางกายใจและภาวะด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ການຜົນງານ

ຕາງ່າງ ກ ຈຳນວນປະຫວັດກວດຮົມ ໃກສະກອງຂອາຍ 60 ເປົ້ານີ້ ແລະສັດຕິກວນປະຫວັດກວາຍ 60 ເປົ້ານີ້ ຂອງ ປະເທດທ່າຍ ຈາກແທງກວດປະຫວັດກວາມເຫຼືອຕ່າງ່າ

ປະຫວັດກວາມ (x 1,000)

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

ព្រះរាជាណ (ពេទ្យ)

ជំនាញប្រទេសការស្នើសារ (x 1,000)

	2503	2513	2523	2533	2543	2548	2553	2558	2563	2568
សាកាប់ធម្មោះ (អ្នកឈ្មោះ) ⁽¹³⁾	1,322	1,954	2,655	3,783	5,066					
សាកាប់ធម្មោះ 2524 ⁽¹⁴⁾	1,696	2,308	3,310	4,473	5,289					
សាកាប់ធម្មោះ 2534 ⁽¹⁵⁾	2,527	3,478	5,005	5,804	6,833	8,354				
សាកាប់ធម្មោះ 2538 ⁽¹⁶⁾	4,034	5,733	6,617	7,639	9,104	10,776				
ប្រាកិដមាសនីលេខាអីឡីដ ⁽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		

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា (ពេល)

ស៊តស៊របនប្រជាជាជនសងសាលា (ពេល 1,00)

សមាគមពិន្ទាន		2503	2513	2523	2533	2543	2548	2553	2558	2563	2568
ចុចទ្រាជទិន្នន័យ											
សការពិន្ទាន (ក្នុងក្រសួង) ⁽¹³⁾	ក្នុង	5.0	5.4	5.4	5.7	5.8					
កសាង		5.0	5.4	5.4	6.0	6.6					
ពេជ្រិក		5.0	5.4	5.6	8.0	7.2					
សការពិន្ទាន 2524 ⁽¹⁴⁾	ក្នុង	4.7	5.0	5.9	6.8	7.4					
កសាង		-	-	-	-	-					
ពេជ្រិក		4.7	5.0	6.0	7.0	7.8					
សការពិន្ទាន 2534 ⁽¹⁵⁾	ក្នុង	5.4	6.2	7.7	8.4	9.4					
កសាង		5.4	6.2	7.8	8.6	9.6					
ពេជ្រិក		5.4	6.2	7.8	8.6	9.7					
សការពិន្ទាន 2538 ⁽¹⁶⁾	កសាង	7.2	9.2	10.2	11.4	13.2					
ក្រសួងពេជ្រិក 2538 ⁽⁹⁾	-	9.0	9.8	11.1	13.3	16.2					
UN 1998 ⁽¹⁷⁾	ក្នុង	5.4	6.7	8.6	9.4	10.5	12.2	14.4	16.8		
កសាង		5.4	6.7	8.7	9.6	10.8	12.7	15.2	18.1		
ពេជ្រិក		5.4	6.7	8.7	9.7	11.1	13.2	16.0	19.3		

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ក្រសួងពេទ្យរាជក្រក (x 1,000 គ្រឿង) ចំណេះកម្រាមកម្លើមខ្លួយ 3 កាត់ម (អាយុពេកក្នុង 15 ឆ្នាំ, ឧាយុ 15-59 ឆ្នាំ, និងឧាយុ 60 ឆ្នាំនៅលើ) នៃខែកញ្ចប់ ម.ក 2513-ន.រ. 2563

	<u>2513</u>	<u>2523</u>	<u>2533</u>	<u>2543</u>	<u>2553</u>	<u>2563</u>
សរុបអនុញ្ញាត 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
ទូរំ	34,354	44,824	54,532	62,408	67,234	70,505
សាន្តការងារគ្រប់គ្រងកម្រិត 2542⁽¹⁸⁾						
<15				14,566	14,003	13,205
15-59				41,932	45,560	46,314
60+				5,822	8,118	10,048
ទូរំ				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
ទូរំ	35,744	47,118	55,594	61,398	66,511	70,975

ପ୍ରକାଶକ

และการรับประทานยาที่มีผลดีต่อร่างกาย สำหรับผู้ป่วยที่มีไข้สูง 3 วันต่อเนื่อง (อายุต่ำกว่า 15 ปี ไข้สูง 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป) จะห้ามยาพ.ศ.2513 พ.ศ.2563

ສາງພື້ນມາ 2538 ⁽¹⁶⁾		2553	
2513		2523	
<15	45.2	38.3	28.8
15-59	49.9	56.3	63.9
60+	4.9	5.4	7.3
ຊວມ	100	100	100
ສໍາຜັກງານຄະນະກຮຽມກາຮກ			
ສຶກສາແຫ່ງຫຼາດ 2542 ⁽¹⁸⁾		2543	
<15	23.4	20.7	19.0
15-59	67.3	67.3	66.6
60+	9.3	12.0	14.4
ຊວມ	100	100	100
UN 1998 ⁽¹⁷⁾		2563	
<15	46.2	39.7	31.9
15-59	49.0	54.1	61.4
60+	4.8	5.4	6.7
ຊວມ	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>
สภาพัฒนาฯ 2538 ⁽¹⁶⁾	1.11	0.83	0.66	0.54	0.41	
ปราไมท์และคณ ⁽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>
สภาพัฒนาฯ 2538 ⁽¹⁶⁾	3.51	2.87	2.88	3.51	3.37	
ปราไมท์และคณ ⁽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

ຕາງອານຸ

ບານຸຄາດໜາຍເນື່ອເກີດ ອົດຮາຕາຍຫຍານ (ຕ່ອພິນ) ແລະ ຢົດຮາຕາຍຫາກ (ຕ່ອພິນ)⁽²⁰⁾

ລັດ ພ.ສ.	ອານຸຄາດໜາຍເນື່ອເກີດ		ອານຸຄາດໜາຍທີ່ອາຍ 60		ອົດຮາຕາຍຫຍານ	ອົດຮາຕາຍຫາກ
	ໜາຍ	ໜົງ	ໜາຍ	ໜົງ		
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

ពាណិជ្ជកម្ម ក្រសួងពេទ្យ នគរបាល រាជធានីភ្នំពេញ (x 1,000 គម) ចំណេះតម្លៃសាលាបេត ក្រសួងពេទ្យ នគរបាល រាជធានីភ្នំពេញ ព.ទ.2543-ព.ទ.2568⁽⁹⁾

វក្សា	2543		2548		2553		2558		2563		2568	
	ចាយ	អង់ង										
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

ຕາງອານຸ

ຈຳນວນໂຮງໝາຍກວາຍ 60 ເປົ້ານີ້ (x 1,000 ດາວ) ຈຳນວນຕາມອາຍແລະເພື່ອ ຈາກການປະການປະຊາກົມ ພ.ສ.2543-ພ.ສ.2563⁽¹⁶⁾

ວານ	2543			2548			2553			2558			2563		
	ໝາຍ	ໜົງ	ໝາຍ	ໜົງ	ໝາຍ	ໜົງ									
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					

ຕາງໝານ ຈຳນວນໂຮງໝາກກວຍາຍ 60 ເປົ້ານີ້ໃນ (ໜ່າຍ:ພື້ນຄົນ) ຈຳນວນຕາມຄອງຢາແລະພົດ ຈາກການຮັດຕະປະມານປະກາກພ.ສ.2543-ພ.ທ.2568⁽¹⁷⁾

ອາຍຸ	2543			2548			2553			2558			2563			2568		
	ໜ້າຍ	ໜົງ	ໜົງ	ໜ້າຍ	ໜົງ	ໜົງ	ໜ້າຍ	ໜົງ	ໜົງ	ໜ້າຍ	ໜົງ	ໜົງ	ໜ້າຍ	ໜົງ	ໜົງ	ໜ້າຍ		
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	7248						

ตาราง ญ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1,000$ คน) จำแนกตามอายุ จากการจ่ายภาษีประชากร
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 ญ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1,000$ คน) จำแนกตามอายุ จากการประมาณประชากร
พ.ศ.2543-พ.ศ.2563⁽¹⁶⁾

อายุ	2543	2548	2553	2558	2563
60-64	2,057	2206	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 ภู จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ($\times 1,000$ 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

- บุญเลิศ เลี้ยงประพ. ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: เอกสารประกอบการอภิปรายกม<เงื่องข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การสัมมนาระดับชาติเรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2524. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542:41-6.
- นภพ. ชัยวรรณ. แนวโน้มและลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2528. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528:1-36.
- นภพ. ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 180/33). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- นภพ. ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขภาพสูงอายุด้วยคุณภาพ” พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:53-92.
- จรายา เศรษฐบุตร. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรชนบทไทย. วารสารประชากรและสังคม 2532:1 (2):259-78.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- Jitapankul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine 1998.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. ผู้สูงอายุหนูนิ่งในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2542.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรางค์รัตน์, ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์, มาดี กาจันกิจสกุล. โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย (เอกสารทางวิชาการหมายเลขอ 242). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ชัยยศ คุณนาสนธี, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศala. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนิยบ้ายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2538.
- นภพ. ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 246/39). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2503-2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ไม่มีปีพ.ศ. ที่พิมพ์).
14. คณะกรรมการคัดประมานจำนวนประชากร คณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร. การคัดประมานจำนวนประชากรของประเทศไทย 2513-2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524.
15. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคัดประมานจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2523-2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534.
16. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคัดประมานจำนวนประชากรของประเทศไทย 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 Nation 1999;2:784-7.
18. คณะกรรมการคัดประมานประชากร สำนักคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ. การคัดประมานประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2542-2559. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ 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 ชัยวรรณ, จอดีน โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ผลกระทบของการลดภาวะเริ่มพ้นผู้ต่อระบบครอบครัวคุปัลักษ์ของผู้สูงอายุ: ตัวอย่างประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 198/35). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
25. United Nation. The Ageing of Populations and Its Economic and Social Implication. New York: United Nation, 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 เลียวประไพ. 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. Genava: 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. นgapow ชัยวรรณ. "ผู้สูงอายุไทยถูกทอดทิ้งมากขึ้นจริงหรือ". วารสารประชากรศาสตร์ 2538;1:49-55.

บทที่ 3 : ครอบครัวและผู้สูงอายุ

วศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกคน เนื่องจากเป็นสถาบันพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกหลักฐาน เป็นแหล่งที่เลี้ยงดู หล่อหลอม อบรมสั่งสอน ขัดเกลา ปักป้อง คุ้มครองและพัฒนาบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งสิ้นชีวิต ด้วยเหตุนี้การพัฒนาต่างๆจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยมีแนวคิดว่าหากครอบครัวดีแล้ว ชุมชน สังคม และประเทศชาติย่อมจะดีไปด้วย สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนโยบายพัฒนาสถาบันครอบครัวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 6 เป็นต้นมา และปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้นในฉบับที่ 8 เป้าหมายสำคัญในการพัฒนาสถาบันครอบครัวอยู่ที่ความสำคัญของสถาบันครอบครัวในฐานะเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในสังคม แต่มีพลังที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคม และความมั่นคงต่อประเทศชาติได้ในอนาคต

คำว่า “ครอบครัว” มีความหมายและลักษณะที่แตกต่างหลากหลายตามแนวคิดพื้นฐานทางวิชาการของแต่ละสาขา วิชาการทางสังคมวิทยาให้ความหมายว่า “ครอบครัว (family) หมายถึง สถาบันสังคมขั้นมูลฐานที่ประกอบด้วยชายนางหรือมากกว่าอยู่ร่วมกันกับหญิงหนึ่งหรือมากกว่า โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมอนุญาติพร้อมด้วยสิทธิและหน้าที่ที่สังคมยอมรับ”⁽¹⁾ ซึ่งหากพิจารณาจากความหมายทางสังคมวิทยา ดังกล่าวนี้เป็นการกำหนดโดยยึดถือความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชาย-หญิง เป็นตัวกำหนดซึ่งปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เกิดการสมรสระหว่างเพศเดียวกัน เกิดการอยู่ร่วมกันโดยที่สังคมไม่เห็นด้วย หรือเกิดการพึงพิงกันระหว่างผู้ที่เข้มแข็งกว่ากับผู้ที่อ่อนแอ ความหมายดังกล่าวไม่สามารถอธิบายลักษณะของครอบครัวในสถานการณ์ปัจจุบันให้ครอบคลุมได้ ดังนั้น จึงจำเป็นจะต้องนำมิติทางขوبเขตของความสัมพันธ์มาพิจารณาในการกำหนดการอธิบายความหมายของครอบครัว ซึ่งได้แก่⁽²⁾

- ความสัมพันธ์ทางกฎหมาย (legal Relationship)
- ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต (consanguine boundary)
- ความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological or emotional relationship)
- ความสัมพันธ์ทางกายภาพ (physical boundary)

จากการพิจารณาภายใต้ขอบเขตดังกล่าว ทำให้สามารถให้ความหมายของ “ครอบครัว” ได้ว่า “ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย อาทิ ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการสมรสหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ที่เกิดจากการสืบทอดทางสายโลหิต เช่น บิดามารดา-ปู่-ย่า-ตา-ยาย-ลูก-หลาน-และเครือญาติ หรือมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นความผูกพันว่าตนเป็นเมื่อคนหนึ่งในครอบครัว ถึงแม้จะไม่มีข้อผูกพันด้านอื่นก็ตาม เช่น ผู้ที่เป็นเพศเดียวกัน มีความสัมพันธ์และพึงพิงกันทั้งทางสังคมและ/หรือทางเศรษฐกิจ หรือมีความสัมพันธ์ของแหล่งที่อยู่อาศัย โดยมาอยู่อาศัยร่วมกันในชุมชนเดียวกันมาเป็นระยะเวลาเวลายาวนาน หรืออยู่ในสถาบันที่ให้การดูแล เป็นต้น การพิจารณา

ความหมายของคำว่า ครอบครัวจากเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จะครอบคลุมถึงสภาพครอบครัวในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

ครอบครัวและผู้สูงอายุมีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น จะแตกต่างกัน ตรงที่ความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุมีจุดสิ้นสุดในตัวเอง และเป็นจุดสิ้นสุดที่เป็นการยุติบทบาทต่างๆโดยสิ้นเชิง นั่นคือการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่สำหรับบุคคลวัยอื่น การสิ้นสุดของแต่ละช่วงอายุเป็นการสิ้นสุดที่นำไปสู่การเริ่มต้นในช่วงใหม่ขึ้นอีก และมักจะอยู่ในลักษณะของความเจริญก้าวหน้า ดังนั้นสังคมทั่วไปจึงให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นอย่างมากโดยพิจารณาพัฒนาการที่เกี่ยวพันกันมาแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปในอนาคตอย่างละเอียดอ่อนกว่าวัยอื่นๆ ด้วยเหตุนี้ การนำเสนอเรื่องราวของ “ครอบครัวและผู้สูงอายุ” จึงประกอบด้วยสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมาจากอดีตสู่ปัจจุบันที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นพลวัตในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ครอบครัว ครัวเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน
2. สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุในอดีต
3. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ
4. บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน
5. บทบาทและการเกี้ยวกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน
6. ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
7. คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ
8. การทำร้ายเอาเบรี่ยบและการละเลยทดสอบทั้งผู้สูงอายุ
9. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
10. แนวคิดการพัฒนาครอบครัว

ครอบครัว ครัวเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทยที่มีมาโดยลำดับ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและครัวเรือนอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มในอนาคต การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาเกิดจากการที่แต่ละครอบครัวเริ่มจำกัดจำนวนบุตรให้ลดน้อยลง ผู้คนร่วมเปลี่ยนจากอาชีพด้านการเกษตรเข้าสู่อาชีพด้านอุตสาหกรรม การขยายตัวของเขตเมือง วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การเคลื่อนย้ายถิ่นเพื่อการทำงานประจำอาชีพหรือเพื่อการศึกษา รวมทั้งความต้องการเป็นอิสระของคู่สมรสที่ไม่ต้องการอาศัยอยู่กับครอบครัวของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและย้ายออกไปตั้งครัวเรือนใหม่ที่อยู่ห่างกันออกไป^(3,4) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ขนาดของสมาชิกในครัวเรือนเริ่มลดลง เหลือเพียงสมาชิก 2 รุ่นอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงประเภทของครัวเรือนที่มีขนาดใหญ่ไปสู่ครัวเรือนขนาดเล็กที่ประกอบด้วยคนเพียง 2 รุ่นอายุ คือคู่สมรสและบุตร^(2,5,6)

จากการสำรวจสำมะโนประชากรที่ผ่านมาพบว่า จำนวนสมาชิกเฉลี่ยในครัวเรือนมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับจากที่มีมากกว่า 5 คนในปีพ.ศ.2523 จนลงมาต่ำกว่า 4 คนในปัจจุบัน และเมื่อพิจารณาเฉพาะครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุพำนักอยู่ด้วย ปรากฏว่าเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุในประเทศไทยพำนักอยู่ในครัวเรือนบุคคล⁽⁷⁾ มีเพียง

ร้อยละ 2 เท่านั้นที่อยู่ในสถาบัน เช่น วัด และสถานสงเคราะห์ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนบุคคลพบร่วมในปีพ.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⁾

เมื่อพิจารณาประเดิมของการเกื้อกูลแล้วสภาพโครงสร้างครัวเรือนของผู้สูงอายุไทยในระยะที่ผ่านมา จะเห็นแนวโน้มการเป็นครอบครัวเดียวขนาดเล็กมากยิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึงการลดลงของสัดส่วนการอยู่ร่วมกับบุคคลที่ได้รับการคาดหมายจากสังคมว่าจะเป็นผู้ที่ให้การเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งคือบุตรนั่นเอง ผลการวิเคราะห์ บัดจัยของการที่บุตรอยู่ร่วมครัวเรือนหรือแยกไปตั้งครัวเรือนในพื้นที่ห่างไกลจากบิดามารดาและปัจจัยการเยี่ยมบ้านจากบุตรที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดามารดา แสดงนัยบางประการว่าในอนาคตการอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันระหว่างบุตรและบิดามารดาที่สูงอายุจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง และการเยี่ยมเยียนคาดว่าจะลดลงเป็นอย่างมากในเขตชนบท⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า สถานะสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญของการหนีที่จะทำให้บุตรและผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน และทำให้บุตรที่ตั้งครัวเรือนในที่ห่างไกลมีการเยี่ยมเยียนบิดามารดาที่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

การวิเคราะห์ดังกล่าวนี้เป็นการพิจารณาภาพของครัวเรือนที่แตกต่างจากคำว่า ครอบครัว เนื่องจากพิจารณาเฉพาะความสัมพันธ์ของแหล่งที่อยู่อาศัยที่มีความหมายแคบกว่าครอบครัวอย่างมาก การเกื้อกูลในครอบครัวไม่ใช่เป็นการให้เงินทอง สิ่งของ การเยี่ยมเยียน การติดต่อสื่อสาร การให้กำลังใจ การสนับสนุนสภาพจิต ตลอดจนการจัดการธุระต่างๆ เป็นครั้งคราว ย่อมเกิดขึ้นได้ แม้ว่าไม่ได้พำนักอยู่ในครัวเรือนเดียวกันอย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงความเข้มแข็งของการเกื้อกูลแล้ว ย่อมมีระดับที่ลดลงในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ห่างไกลกัน สรุนคำว่าครอบครัวขยายและครอบครัวเดียวนั้น มีความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน โดยแต่เดิมเป็นการพิจารณาถึงการอยู่ร่วมของบุคคลรุ่นต่างๆ ในครอบครัวไม่ใช่จะอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน หรืออยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มครัวเรือนก็ตาม ซึ่งเป็นการพิจารณาลักษณะครอบครัวในเชิงสังคมวิทยา ที่มีความหมายแสดงถึงวัฒนธรรมการตั้งครัวเรือนของชุมชนเกษตรกรรม และความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวตั้งครัวเรือนแยกห่างกันออกไปไม่ได้หมายความว่าความสัมพันธ์ในรุ่นเดียวกันหรือรุ่นสายตระจะถูกอย่างลงเอยไป การเกื์อกูลซึ่งกันและกัน ยังอาจคงอยู่ได้ในระดับที่ดี เพียงแต่อาจมีความจำกัดทางภาษาภาพและรูปแบบการเกื์อกูลที่แปรเปลี่ยนไปเท่านั้น

ด้วยความจำกัดของนิยามและการจำแนกครอบครัวในความหมายครอบครัวขยาย-ครอบครัวเดียว และความจำกัดของข้อมูลทั้งในด้านรูปแบบและเนื้อหาของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกต่างๆ ในครอบครัว กับผู้สูงอายุ ทำให้พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้จำกัดของการจำแนกประเภทของครอบครัวในครอบครัวของครัวเรือนเท่านั้น ดังนั้นความหมายของครอบครัวขยายและครอบครัวเดียวที่มักใช้หรือข้างถึงจึงเป็นการให้ความหมายตามนัยของรูปแบบครอบครัวเรือน โดยจำแนกเป็นครัวเรือนขยายหรือครัวเรือนเดียวตามจำนวนและรุ่นของสมาชิกในครอบครัวเรือน ด้วยเหตุนี้ กลุ่มของครัวเรือนที่อยู่ร่วมกันโดยเป็นของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน (ซึ่งคงคุณลักษณะของครอบครัวขยาย) จะได้รับการจำแนกเป็นครัวเรือนเดียว เนื่อง เพราะแยกอยู่บ้านคนละหลังอย่างไรก็ตามครอบครัวที่สมาชิกแยกตั้งครัวเรือนเดียวที่อยู่ห่างไกลกันแต่มีสายสัมพันธ์แบบแน่นและสามารถ

เกือบกูลกันได้ดีจากเช่นครอบครัวขยายดังเดิม จะไม่ได้รับการพิจารณาถึงคุณลักษณะของความเป็นครอบครัวขยายแต่อย่างใด ดังนั้นในการพิจารณาเรื่องครอบครัว แรงสนับสนุนและการเกื้อหนุนระหว่างสมาชิกครอบครัว ในบทนี้จึงมีความหมายกว้างกว่ารูปแบบครัวเรือนที่ปรากฏ โดยครอบครุณถึงสัมพันธภาพ ทัศนคติ วิถีชีวิต ภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ดังนั้นปัจจุบันจึงพบว่า ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในครัวเรือน 4 ลักษณะ ได้แก่⁽¹⁰⁻¹⁶⁾

1. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในครัวเรือนขนาดใหญ่^(16,17) เป็นลักษณะที่มีครอบครัวของบุตร หลาน ญาติ และบุคคลอื่นอยู่ด้วยกัน หรือปลูกบ้านอยู่ในบริเวณขอบเขตเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์ที่สมาชิกอื่นในครอบครัวมีต่อผู้สูงอายุเป็นหลัก พบร่วมกันในบริเวณบ้านเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์ที่ถึงแม้จะไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วก็ตาม บุตรหลานและสมาชิกอื่นในครอบครัวยังคงให้ความรักความนับถืออยู่⁽⁸⁾ และหากพิจารณาตามนัยทางประชาราศาสตร์ โดยอาศัยจำนวนผู้อาศัยในครัวเรือนของผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 คน⁽¹⁸⁾ และถือว่าครอบครัวที่มีผู้อาศัยเกินกว่านี้ (ดังเดิม 5 คนขึ้นไป) เป็นครัวเรือนขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุไทยที่อยู่อาศัยกับสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปถึงร้อยละ 46.6⁽¹⁸⁾

2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดเล็ก⁽¹²⁻¹⁴⁾ ซึ่งหากพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ตามจำนวนผู้อยู่อาศัย ในบ้าน โดยถือว่าครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 4 คนลงมาเป็นครัวเรือนขนาดเล็ก จะพบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 49.1 ที่อาศัยในครัวเรือนประเภทนี้⁽¹⁸⁾ ซึ่งนับว่าโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการอยู่อาศัยในครอบครัวลักษณะนี้มากที่สุด

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

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

สิ่งที่เกิดขึ้นคือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวและครัวเรือนคือ การเกิดองค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆเพื่อทำหน้าที่และรับภาระทดสอบสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เช่น เกิดสถานรับเลี้ยงและดูแลเด็ก สถานศึกษา สถานพยาบาล ศูนย์บริการต่างๆ รวมทั้งร้านค้า ธุรกิจ และแหล่งบันเทิง ที่เกิดมาเพื่อช่วยบรรเทาภาระต่างๆที่ครอบครัวไม่สามารถจะทำได้ ความผูกพันและอ่อนโยนทางจิตใจ ความเป็นพี่น้อง สายโลหิตเดียวกัน ที่ต้องเกือบกูลซึ่งกันและกันเริ่มลดลง เกิดความสัมพันธ์แบบเฉพาะตัว และต่างคนต่างอยู่มาก ยิ่งขึ้น เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบใหม่ที่อาศัยปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวชี้นำ เมื่อพิจารณาถึงผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนบุคคลสำคัญในครอบครัว แต่ภาระการพึ่งตนเองยังคงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมเริ่มลดลงตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อการอยู่อาศัยในครัวเรือนและครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก

สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุในอดีต

ระบบครอบครัวที่ปราการในสังคมมีหลากหลายรูปแบบและขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของแต่ละสังคม โดยทั่วไปครอบครัวแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่^(2,21) ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 ชั่วอายุคน คือ บิดามารดาและบุตรอยู่ร่วมกัน และครอบครัวขยาย (extended family) ประกอบด้วยบุคคล ตั้งแต่ 3 ชั่วอายุคนขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะการขยายในแนวตั้ง หรือประกอบด้วยเครือญาติ เช่น ป้า น้า อาและคู่สมรสอยู่ร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะการขยายในแนวนอน ในอดีตครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวใหญ่ มีหลายครอบครัวที่อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิตหลายชั้น นับตั้งแต่ ปู่ ย่า ตา ทวด ลุง ป้า น้า อา จนถึงรุ่นลูกหลาน และเครือญาติอื่นๆ ในบางท้องที่พบว่าหลายครอบครัวเป็นญาติ พี่น้องกันโดยนิยมตั้งบ้านเรือนอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันต่อเนื่องกันหลายชั่วอายุ ผู้ที่ทำหน้าที่ปกคล้องบุคคล ในครอบครัว ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากที่สุดที่จะทำหน้าที่เสมือนประมุขของบ้านดูแลทุกชีวิตร่วมกับครอบครัว กำหนดภาระหน้าที่ อบรมสั่งสอน ให้ร่วงัดและลงโทษแก่สมาชิกในครอบครัว ผู้อาวุโสหรือผู้สูงอายุที่สุดจึงเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในเรื่องสำคัญทุกเรื่อง สมาชิกในครอบครัวให้ความยำเกรงและเคารพเชือฟัง ผู้สูงอายุมักทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางความสัมพันธ์ของบุคคลต่างๆ ในครัวเรือน หรือแม้แต่กรณีพิพากันในครัวเรือน ผู้สูงอายุจะได้รับการยอมรับให้มีสถานภาพและบทบาทในการเป็นผู้ไกล่เกลี่ยและตัดสินกรณีพิพากันต่างๆ เหล่านี้⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนสมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ทางวิชาการ ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม และชนบทรวมเนื่องประเพณีที่ดีงามให้แก่สมาชิกในครอบครัว และสังคม⁽⁶⁾ เป็นผู้ทำหน้าที่ขัดเกลาทางสังคมให้แก่บุตรหลานในครอบครัวให้เป็นคนดี รวมทั้งเป็นแหล่งรวมจิตใจของทุกคนในครอบครัวอีกด้วย

จากบทบาทของผู้สูงอายุดังกล่าวแสดงว่า สถานภาพของผู้สูงอายุในอดีตเป็นสถานภาพที่ได้รับการยกย่องและให้เกียรติเป็นที่เคารพนับถืออย่างสูงสุดในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและครัวเรือนที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานภาพหลักในครอบครัว คือ การเป็นหัวหน้าครัวเรือน ในการศึกษาที่ผ่านมา มีการให้ความหมายหรือเกณฑ์การกำหนดบุคคลเป็นหัวหน้าครัวเรือน มีความแตกต่างกัน บางการศึกษาจะพิจารณาจากเกณฑ์ทางนิยม คือ ถือเอกสารสถานภาพของการเป็นเจ้าบ้านหรือเจ้าของบ้าน หรือมีบทบาทสำคัญทางเศรษฐกิจ บางการศึกษาจะพิจารณาทางพฤติกรรม โดยพิจารณาจากความอาวุโส การได้รับความเคารพนับถือจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ หรือการยอมรับจากบุคคลต่างๆ ในครัวเรือน เพื่อให้มีความสอดคล้องกันในเนื้อหากรบทวนของค์ความรู้เรื่องนี้ จึงกำหนดความหมายของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนว่า หมายถึง “สมาชิกในครัวเรือนส่วนบุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นหัวหน้าครัวเรือน และโดยทั่วไปเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบสูงสุดในการปกคล้อง หรือเป็นผู้อุปถัมภ์ในเชิงเศรษฐกิจและสวัสดิภาพของสมาชิกในครัวเรือน”⁽²²⁾ และตามเกณฑ์ดังกล่าวพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยลีดั้วยุค 58-66 ที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 59-67) จะดำรงสถานภาพนี้มากกว่าในเขตเมือง (ร้อยละ 51-63) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีสัดส่วนของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนต่ำสุด (ร้อยละ 58)^(18,22) ซึ่งแสดงให้เห็น

ว่าผู้สูงอายุกว่าครึ่งที่ยังคงสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า สัดส่วนการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุในภาคต่างๆไม่แตกต่างกัน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดสูงสุดคือร้อยละ 60 และ กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือร้อยละ 48.5⁽²²⁾ แต่เมื่อพิจารณาประเด็นความแตกต่างทางเพศต่อ บทบาทการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุชายเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่า ผู้สูงอายุหญิง 2 เท่า ไม่ว่าจะมองในภาพรวมหรือระดับภาคก็ตาม⁽¹⁰⁾ แนวโน้มสถานภาพการเป็นหัวหน้า ครัวเรือนของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งซึ่งให้เห็นว่าความสำคัญของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยจักษุของชีวิต อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนนั้นไม่จำเป็นจะต้องทำให้สถานภาพทางสังคมลดลงแต่อย่างใด ผู้สูงอายุยังคงสถานภาพเป็นคู่สมรส บิดามารดา และญาติของสมาชิก คนอื่นๆ และยังคงสถานภาพที่เหมาะสมอยู่ได้

บทบาทการเป็นผู้นำ หัวหน้า ผู้นำเดิม และศูนย์กลางกิจกรรมในครอบครัวของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อวัย อายุมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาททางเศรษฐกิจในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เริ่ยงดูครอบครัว โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ทำงานประกอบอาชีพร้อยละ 47.9 และลดลงตามลำดับจากร้อยละ 36.4 ในช่วงอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 15.8 ในช่วงอายุ 70-74 ปี และเหลือเพียงร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป⁽¹⁰⁾ สำหรับอัตราการประกอบอาชีพที่ยังงานนั้น กลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพการเกษตร ร้อยละ 36.1 และกลุ่มช่างผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตและกรรมการ ร้อยละ 32.8 ปฏิบัติงานจนอายุถึง 75 ปีซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุบางกลุ่มยังต้องประกอบอาชีพอยู่จนกว่าร่างกายจะรับภาระหนักไม่ได้จึงจะหยุดประกอบอาชีพ

อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้หยุดจากการทำงานเพื่อส帕ฟ ความอ่อนแอของร่างกายและปัจจัยอื่นๆ และมีความต้องการให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนในเวลาที่เหลือให้ดีที่สุด โดยไม่ต้องประกอบอาชีพใดๆ แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีความต้องการที่จะประกอบอาชีพในสัดส่วนที่สูงและมากประเมินความสามารถของตนว่าสามารถทำงานได้⁽²³⁾ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะพยายามประกอบอาชีพและจะยุติได้เมื่อว่างกายไม่เอื้ออำนวยหรือบุตรหลานร้องขอให้ยุติ อย่างไรก็ตามสังคมเริ่มเปลี่ยนความคิดและความเชื่อถือโดยให้ความสำคัญกับความสามารถในเชิงเศรษฐกิจมากกว่าบทบาทด้านสังคมจิตวิทยา⁽⁵⁾ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเชิงเศรษฐกิจได้ จึงทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลงด้วย เช่นกับบทบาทที่เคยเป็นที่ปรึกษาและเป็นที่ตัดสินใจเรื่องต่างๆในครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ต้องรับรู้รับฟังเรื่องราวด้วยต่างๆที่ผ่านการตัดสินใจของบุตรหลานมาแล้ว ในช่วงชีวิตด้วยนี้ ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตอยู่ภายใต้บ้านมากกว่าจะมีกิจกรรมนอกบ้าน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและวัฒนธรรมบางประการมีส่วนทำให้บทบาทการเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ การอบรมสั่งสอน การขัดเกลาทางสังคม และการถ่ายทอดศิลปวิทยาการต่างๆของผู้สูงอายุลดลง เช่นกัน และเมื่อรวมกับบทบาทที่สถานบันททางสังคมบางประเทมารับภาระหน้าที่แทน ทำให้บทบาทด้านนี้ของผู้สูงอายุเริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทของผู้ที่ค่อยกำกับดูแลควบคุมให้บุตรหลานปฏิบัติตามเงื่อนไข กฎเกณฑ์ต่างๆของสถาบันทางสังคมเหล่านั้น นอกจากนี้การที่สังคมมีเครื่องอำนวยความสะดวกและมีเครื่องอุปกรณ์ต่างๆของสถาบันทางสังคมเหล่านั้น นอกจากนี้การที่สังคมมีเครื่องอำนวยความสะดวกและมีสื่อสารและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการฟังวิทยุและใช้โทรศัพท์ ทำให้ขาดการร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อบบทบาทของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในด้านของผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุไม่คิดว่าบทบาท

ของตนเอง แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทไปตามวัยเท่านั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การมีบทบาทใหม่ในครอบครัวต่อไป

บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน

การพิจารณาถึงบทบาทของผู้สูงอายุนั้น อาจพิจารณาได้จากสถานภาพและกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่ ดังที่กล่าวแล้วว่า โดยทั่วไปแต่ละครอบครัวมีความประนานาที่จะให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนและหยุดจากการกิจประจำที่ทำมาเป็นเวลานาน แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความประสงค์ที่จะช่วยบุตรหลานในการทำกิจกรรมต่างๆ เท่าที่สามารถจะทำได้ บางครอบครัวถึงแม้จะมีผู้รับผิดชอบอยู่แล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังพยายามคงบทบาทอยู่ เช่นเดิม ด้วยความรู้สึกอยากรู้สึกในครอบครัวอุ่นไอ ประกอบอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนน้อย ผู้สูงอายุยังคงรับผิดชอบภาระงานต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ถึงแม้จะไม่มีภาระครอบครัวมากนัก ถ้าหากเป็นกิจลักษณะที่แน่นอนก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังพยายามคงบทบาทของตนอยู่ เช่นเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงบทบาทในครอบครัวทุกด้าน ต้องออกจากเมืองทุบทามในการรับภารกิจต่างๆ ในบ้านแล้ว ยังเมืองทุบทามในการหารายได้และประกอบอาชีพอีกด้วย⁽¹¹⁻¹⁶⁾ หากพิจารณาอาชีพที่ผู้สูงอายุทำเป็นสองส่วนคือ อาชีพในภาคเกษตรและนักภาคเกษตร พบร่วมกับผู้สูงอายุในภาพรวมส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 ทำงานในภาคเกษตร เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพการทำงาน พบร่วมกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบครุภารกิจส่วนตัวมากที่สุด คือ ร้อยละ 66 รองลงมาเป็นผู้ช่วยครุภารกิจของครัวเรือน (ร้อยละ 18.5) และลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 10.2)⁽¹⁰⁾ ผู้สูงอายุจะหยุดการทำงานด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน โดยร้อยละ 59 หยุดด้วยเหตุผลทางสุขภาพ ร้อยละ 14 ด้วยเหตุผลที่ครอบครัว-บุตร ต้องการให้หยุด ร้อยละ 10 ต้องการหยุดเอง และร้อยละ 7 จำเป็นต้องหยุดตามกฎระเบียบของหน่วยงาน⁽¹⁸⁾ เมื่ออายุสูงวัยมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวนั้นยังคงมีอยู่ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอาชีพใด กลุ่มผู้ประกอบอาชีพทางเกษตรยังคงทำหน้าที่ไม่แตกต่างจากเดิมเพียงแต่ลดปริมาณลงเท่านั้น สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ รับจ้าง ค้าขาย พบร่วมกับผู้สูงอายุในบ้านโดยไม่ต้องเดินทางไปทำงานในบ้าน ปลูกพืชผักสวนครัว หรือเลี้ยงหลาน ส่วนผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีมากจะอยู่บ้านเฉยๆ แต่อาจทำอะไรเล็กๆน้อยๆ เป็นกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศแล้วข้อมูลจากหลายแหล่งระบุว่า ผู้สูงอายุสตรีที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุชายเป็นผู้ทำงานบ้านทุกชนิดในสัดส่วนที่สูง ไม่ว่าจะพิจารณาจากลักษณะและประเภทของงานในลักษณะใดก็ตาม⁽⁸⁾ เมื่อพิจารณาจากทัศนะของผู้สูงอายุเองนั้น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทที่เหมาะสมของตนในครอบครัว คือ กระบวนการอบรมสั่งสอนทางสังคม (socialization) ซึ่งเป็นกระบวนการอบรมสั่งสอนบุตรหลานให้มีความชื่อสัตย์สุจริต ขยันศึกษาเล่าเรียน ปฏิบัติตนในสิ่งที่ดีงาม เพื่อที่จะได้เป็นคนดีในอนาคต ส่วนบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีความสำคัญคือ การรับประทานอาหาร ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ฝึกบ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ภายในครอบครัวอีกด้วย

บทบาทที่สำคัญของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่งคือ บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาหรือให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานในครอบครัวได้ลดน้อยลงมาก พบร่วมบุตรหลานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) ไม่เคยนำเรื่องมาปรึกษาเลย ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นสิ่งที่ขัดกับระบบครอบครัวไทยที่มีมาแต่เดิม จากการศึกษาพบว่าถึงแม้บุตรหลานจะคงความสนใจสนับสนุน การเอาใจใส่ และการปฏิบัติตอย่างดีต่อผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่จำเป็นต้องหมายความว่า ลูกหลานจะนำ

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

การกลับคืนบทบาทของผู้สูงอายุ (role inversion) โดยเข้าสู่บทบาทพ่ิงครอบครัวนั้น เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองและการติดต่อกับผู้อื่นลดลง และบุตรหลานมีความรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้แล้วต้องเข้าไปดูแล ดังนั้นผู้สูงอายุจะกลายเป็นเสมือนบุตรหรือผู้ที่ต้องพึ่งผู้อื่นอีกครั้งหนึ่ง⁽²⁷⁾ โดยทั่วไปปัจจัยสำคัญของการกลับคืนบทบาทของผู้สูงอายุ คือ การที่บุตรมีระดับการศึกษาสูงและมีรายได้สูง และอายุของผู้สูงอายุที่มากขึ้น⁽²⁴⁾ ซึ่งแสดงว่าเศรษฐกิจมีผลต่อบบทบาทต่างๆของผู้สูงอายุเท่ากับภาระทางร่างกาย

กล่าวโดยสรุป ไม่ว่าจะพิจารณาข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวหรือจากผู้สูงอายุเอง ต่างมีความเห็นร่วมกันว่าผู้สูงอายุยังคงดำรงบทบาทที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

บทบาทและการเกื้อภูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน

บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัยจักรชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวโดยตลอด บทบาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆกับกระบวนการเปลี่ยนถ่าย จำนวนและความรับผิดชอบจากสมาชิกรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นหนึ่ง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพเป็นสองปัจจัยสำคัญของการกระบวนการดังกล่าว ในระยะที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อภูลแก่สมาชิกในครอบครัวมากกว่าจะเป็นผู้รับ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจลดลงแต่ยังมีสุขภาพที่ดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะยังดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อภูลทางสังคมและกิจกรรมแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่เมื่อการเปลี่ยนถ่ายจำนวนและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป โดยเกิดขึ้นอย่างช้าๆและต่อเนื่อง และความขาดแย้งทางความคิดเห็นอาจเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจะมีบทบาทเกื้อภูลแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม จนเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลเกื้อภูล บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจากผู้ให้ไปเป็นผู้รับ ระยะผันเปลี่ยนจะสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวหรือแม้แต่ความชัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้เกื้อภูลไปเป็นผู้ที่ต้องรับการเกื้อภูลช่วยเหลือ และการเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับผิดชอบดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นบทบาทโดยทั่วไปของครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีต่อผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการและเกื้อหนุนดูแล ซึ่งหมายถึง การแสดงความเอื้อเฟื้อเพื่อแก่ การช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร

เดือผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลทั้งยามปกติและเจ็บป่วย และนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การเยี่ยมเยียน และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ทั้งในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคม^(4,10,12-14,18) ในสังคมไทยทั่วไป บทบาทของครอบครัวในการเกื้อกูลผู้สูงอายุจะประกอบด้วยบทบาท 3 ด้าน^(10,12-14,24) ได้แก่ บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ และบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม

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

การเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่สำคัญมากที่สุด ไม่ว่าจะพิจารณาจากความคาดหวังจากผู้สูงอายุหรือจากสัดส่วนของการเกื้อกูลที่ปรากฏอยู่ คือการช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามรักษาต่อเนื่องโดยพำเพเหย และรับภาระด้านค่ารักษาพยาบาล⁽²⁸⁾ สัดส่วนการเกื้อกูลประเทณ้อยู่ในระดับสูงมาก โดยสัดส่วนที่ให้การดูแลพ่อแม่ถึงร้อยละ 88.8 และให้การดูแลแม่ผู้สูงถึงร้อยละ 90.4⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาลให้การดูแลบิดามารดาในสัดส่วนที่สูงกว่าครอบครัวในเขตเทศบาล ซึ่งบทบาทนี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากกับมันทั้งเป็นความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติเช่นนี้เมื่ออายุมากขึ้น

การดูแลเรื่องอาหารเป็นบทบาทที่ครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยร้อยละ 82.3 และ 85 ของครอบครัวได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่พ่อและแม่ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ โดยทั่วไปบทบาทของครอบครัวในด้านอาหารนี้เป็นบทบาทของการจัดการดูแลภายในครัวเรือนสำหรับสมาชิกทุกคนและมิได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุสตรีที่มีสถานภาพเป็นแม่หรือย่าตายาย มักจะมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน อาทิ มีหน้าที่จัดอาหาร และทำการปฐมภารสำหรับทุกคนในบ้านที่จะรับประทานร่วมกัน ดังนั้นในภาพรวม การจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น มิได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใด ถือเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องอยู่กินร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพพิการหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษอย่างไร ก็ตาม การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลว หรือความต้องการวิตามินหรืออาหารเสริม เป็นต้น ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นการเฉพาะและแยกขั้ดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอีกหนึ่งในครัวเรือน

สำหรับการเกื้อกูลด้านการเงิน เป็นการเกื์อกูลที่มีการปฏิบัติในสัดส่วนที่สูงเช่นกัน^(29,30) โดยบุตรร้อยละ 76.6 ได้ระบุว่าตนได้ให้เงินแก่พ่อ และร้อยละ 82.3 ให้แก่แม่ การเกื์อกูลด้านการเงินแก่พ่อแม่ของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสูงกว่าในนอกเขตเทศบาล⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการให้เงินแก่พ่อแม่ไม่ได้มายความว่าจะเป็นการเกื์อกูลเสมอไป ในวัฒนธรรมไทยที่ยังปฏิบัติกันอยู่ ลูกหลานจะให้เงินส่วนหนึ่งของรายได้แก่บุพการีด้วยเหตุผลของ

ความกดดัน ทั้งที่ผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นจะต้องใช้เงินจำนวนนั้นแต่อย่างใด ในทางตรงข้าม การเกี้ยวกูลด้านการเงิน อาจอยู่ในรูปการเกี้ยวกูลทางอ้อมในรูปของอาหาร ค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาและการรักษาพยาบาล หรือการจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ โดยไม่ได้อยู่ในรูปตัวเงินสดเจน ดังนั้น ถึงแม้จะพบว่าร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปรายงานว่าไม่ได้รับการเกี้ยวกูลด้านการเงินจากบุตร⁽¹⁰⁾ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นขาดการเกี้ยวกูลอย่างเหมาะสมจากบุตรหลานแต่อย่างใด การพิจารณาผลการที่เกษตรวิจัยจึงต้องมีความระมัดระวังอย่างยิ่ง

สำหรับเครื่องนุ่งห่มหรือเสื้อผ้าเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการเกี้ยวกูลจากครอบครัวค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับการเกี้ยวกูลด้านอื่น โดยปีกรากวาร้อยละ 58-63 ของครอบครัวออกเขตเทศบาล และรากวาร้อยละ 54-61 ของครอบครัวในเขตเทศบาล⁽¹⁰⁾ โดยทั่วไปลักษณะการจัดหาเสื้อผ้าจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1-2 ครั้งเฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ หรือวันขึ้นปีใหม่⁽¹⁸⁾

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายในระดับสูง โดยผู้สูงอายุหนูนิ่งได้รับการดูแลทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุชาย บุตรและคู่สมรสของบุตรเป็นผู้ที่เป็นกำลังสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายสูงกว่าเครือข่ายอื่น และเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้นสัดส่วนการได้รับการเกี้ยหันจากครอบครัวโดยเฉพาะบุตรจะสูงขึ้นในทุกด้าน

บทบาทที่สอง บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นบทบาทที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ยกย่อง ปักป้อมและให้กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ⁽¹²⁻¹⁴⁾ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุมากกว่าเครือข่ายอื่นๆ เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ จะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแทน ลักษณะการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ และจิตใจแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการแสดงความใจซึ้ง อื้ออาห์ พูดคุย ให้ความสำคัญในการตัดสินใจ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรทั้งที่อยู่ใกล้และที่อยู่ห่างไกล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ เป็นอย่างมาก มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและมีคุณค่า ในภาพรวม มีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 1 เท่านั้นที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง นอกจานั้น การติดต่อสื่อสารยังเป็นกิจกรรมที่แสดงความอื้ออาห์ต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้บุตรหลานในชนบทนิยมติดต่อกับผู้สูงอายุโดยทางจดหมาย ส่วนในเมืองนิยมใช้โทรศัพท์^(8,13,31-33)

การเกี้ยวกูลด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญประการหนึ่งคือ การที่บุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติจิตทางศาสนา เช่น การไปวัด การตักบาตรหรือร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ ซึ่งครอบครัวในชนบทมีบทบาทด้านนี้สูงกว่าครอบครัวในเมือง ลิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงในจิตใจและมีความพึงพอใจมากเช่นกัน

บทบาทที่สาม บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม เป็นลักษณะของการเกี้ยวกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคม และเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทด้านนี้กับการเกี้ยวกูลและบทบาทด้านอื่นๆ พบว่าเป็นบทบาทที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด โดยบทบาทด้านสังคมที่ขาดเจนมากเป็นการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น⁽¹⁵⁾ และพบในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง แต่ผู้สูงอายุในเมืองมีโอกาสสร้างพึ่งข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ พั

วิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งน่าจะนำไปสู่การสรุปที่ว่า การเกือบถูกผู้สูงอายุด้านสังคม มีความแตกต่างกันตามพื้นที่ โดยในชนบทเป็นลักษณะการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบที่เป็นกิจกรรม ในชุมชนโดยตรง แต่ในเมืองมักเป็นรูปแบบของการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ที่เข้าถึงได้กกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ในสังคมไทยพบว่าบบทบาทและการเกือบถูกผู้สูงอายุของครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยและองค์ประกอบ หลายด้าน ทั้งนี้เป็นไปตามโอกาสและความเหมาะสมที่กำหนดด้วยเงื่อนไขต่างๆ ได้แก่ ความพร้อมของบุตร หลานและเครือญาติ การพึ่งพาของผู้สูงอายุ และบุตรหลานและสามีที่มีเครือข่ายการดูแลน้อยหรืออยู่ห่างไกลจะประสบปัญหาขาดผู้ดูแลและเกือบถูกในโอกาสที่สูง⁽¹²⁾ บุตรที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกับบิดามารดา มีแนวโน้มจะให้การเกือบหนุนด้านอาหารหรือเลือกผ้าแก่บิดามารดาสูงอายุ ขณะที่บุตรที่อยู่ห่างไกลออกไปมีแนวโน้มจะให้การเกือบหนุนด้านการเงินมากกว่าบุคคลอื่น⁽³⁴⁾ บบทบาทของครอบครัวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อภาวะการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุลดลง บุตรหลานโดยเฉพาะผู้ที่ยังสดและสุภาพจะได้รับการคาดหวังจากครอบครัว และผู้สูงอายุว่าจะสามารถแสดงบทบาทในการเกือบถูกผู้สูงอายุได้มากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ⁽³⁵⁾

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวยังคงให้ความสำคัญต่อบบทบาทของตนเองในการเกือบถูกผู้สูงอายุ แม้จะมีภาวะหน้าที่อื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นงานประจำหรือภาระอื่นใดก็ตาม แต่บทบาทและหน้าที่ที่มีต่อผู้สูงอายุยังคงเป็นสิ่งที่ครอบครัวให้ความสำคัญ โดยถ้าเป็นการดูแลเกือบถูกทั่วไป สมาชิกในครอบครัวจะผู้ดูแลจะไม่รู้สึกว่าการเกือบถูกผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นปัญหาที่สร้างความเครียดด้านอารมณ์ จิตใจ หรือภาระที่ต้องสูญเสียเวลาความเป็นส่วนตัว การติดต่อสัมสั�กับเพื่อนและบุคคลอื่นในสังคม⁽²⁸⁾ หากแต่เมื่อผู้สูงอายุมีสถานะพึ่งพาสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุสมองเสื่อมหรือช่วยตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวจะเกิดภาวะเครียดและได้รับแรงกดดันจากหน้าที่รับผิดชอบค่อนข้างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลด้านสุขลักษณะ⁽³⁵⁻³⁸⁾ แต่ถึงแม้จะประสบปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทอยู่บ้าง ครอบครัวยังคงตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ต้องปฏิบัติและเกือบถูกผู้สูงอายุในฐานะบุพการีของตนเองอย่างมั่นคงและแน่นแฟ้น และก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก⁽³⁹⁻⁴⁰⁾ อาจกล่าวได้ว่า การเกือบถูกผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นเรื่องที่เกี่ยวพันกับวัฒนธรรม ประเพณี และการอบรมสั่งสอนในสังคมไทยมาช้านาน

ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

สังคมไทยมีความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นสมบูรณ์ทั่วทุกแห่งทางสังคม (social norms) ที่กำหนดให้คนในสังคมต้องปฏิบัติตาม ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกหนึ่งของสังคมด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผลของการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ทุกศาสตร์มีข้อคำสอนที่ให้คนเคารพและอุปการะดูแลบิดามารดาด้วยตน สำหรับพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติได้สอนในเรื่องของการอุปการะบิดามารดา และถือให้พ่อแม่เป็นเจ้าด้วยหรือเทวดาประจำครอบครัว นั่นคือต้องอยู่ในฐานะที่ลูกทุกคนจะต้องมีความเคารพนับถือและเลี้ยงดูตอบแทนเมื่อท่านอยู่ในวัยชราไม่สามารถช่วยตนเองได้ ซึ่งการอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดาถือว่าเป็นมงคลชีวิต นอกจากนั้นศาสนาอื่นๆ สอนเรื่องบำบัดภูมิคุณให้กับผู้ที่มีพระคุณต่อตนและสังคม และเป็นการปลูกฝังให้บุตร

หลานมีความกตัญญูกุศลที่ต่อบุพการีและผู้มีพระคุณ ดังนั้นคนในสังคมไทยจึงมีความเอื้ออาทร เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีของตนเสมอมา ความเชื่อเหล่านี้เป็นสมีอนภูมิเกณฑ์ของสังคม ในการควบคุมดูแล จิริยธรรมและบรรทัดฐานทางสังคมของผู้คนและแทรกซึมอยู่ในระบบความคิดและการดำเนินชีวิตของคนไทยมาจนกระทั่งปัจจุบัน สังคมจะให้การยกย่องและสรวษิญญ์ที่ดูแลบุพการีของตน ในทางตรงข้ามจะประณามและไม่ยอมรับผู้ที่ปฏิบัติไม่เหมาะสมสมต่อบุพการีเช่นเดียวกัน^(11-14,16,21,28,41)

ประเพณีต่างๆของคนไทยเป็นรากฐานสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อเกื้อหนุนด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น การบวชของชายไทยเมื่ออายุครบ 20 ปี ซึ่งถือว่าเป็นการบวชทดแทนคุณบิดามารดาและทดแทนค่าน้ำนมของมารดา เมื่อคุณบุตรหลานได้บวชเรียนจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเชื่อที่ว่ากุศลจากการบวชของบุตรหลานจะมีผลต่อตนเองในภพหน้า และจัดเป็นการทดแทนคุณที่ถือว่าสูงสุด อีกทั้งยังเชื่อว่าจะมีกุศลแผ่แฝในหมู่วงศ์ญาติอีกด้วย นอกจากนั้นเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต บุตรหลานจะนิยมบวชอีกครั้ง โดยเป็นการบวช “หน้าไฟ” ในงานศพ โดยทั่วไปนิยมบวชเพียง 1 วัน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะคาดหมายไว้ล่วงหน้าว่าจะให้บุตรหลานคนใดเป็นผู้บวชให้ และจะรู้สึกปลื้มใจเมื่อทราบว่าบุตรหลานจะบวชหน้าไฟให้

ประเพณีที่สำคัญอื่นๆ ได้แก่ การรดน้ำดำหัวเนื่องในวันสงกรานต์ และการรดน้ำสังข์และให้พรเพื่อเป็นมงคลในพิธีแต่งงาน ยังเป็นประเพณีที่คงอยู่ในปัจจุบัน เป็นการสะท้อนถึงความสัมพันธ์และความสำคัญของผู้สูงอายุที่ยังคงมีต่อกันอย่างชัดเจน

ค่านิยมทางสังคมในการยึดถือระบบอาชูโสเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและเป็นการกำหนดสิทธิหน้าที่และสถานภาพของสมาชิกในสังคมไทยได้มีมาช้านาน⁽²³⁾ ระบบอาชูโสที่สังคมยึดถือได้แสดงออกในลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบ “ผู้ใหญ่” กับ “ผู้น้อย” อันสะท้อนถึงความแตกต่างทางฐานะและตำแหน่งทางสังคม ค่านิยมที่เป็นบรรทัดฐานทางสังคมนี้ดำรงอยู่อย่างเหนี่ยวนำ ดังจะเห็นได้จากการสื่อค่านิยมผ่านทางนิทานปรัมปรา คำสอนทางศาสนา สุภาษิต และคำพังเพยจำนวนมาก⁽¹¹⁾ จนกลายเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งของคนไทยในการประพฤติปฏิบัติ เช่น การกราบไหว้ การด้อมตัวเมื่อผ่านผู้อาชูโส การไม่ตีเสมอ การให้การเชื้อฟังคำสั่งหรือการว่ากล่าวตักเตือน และการให้โอกาสแก่ผู้อาชูโสก่อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการทวนถูนอม การดูแลตลอดจนการไม่ละเมิดหรือล่วงล้ำสิทธิของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยได้รับการยกย่องให้เกียรติ และเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆทางครอบครัวและสังคม⁽⁴¹⁾

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ภาพความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและคนรุ่นปัจจุบัน (ทั้งเด็ก วัยรุ่น และคนหนุ่มสาว) มีความห่างเหินกันมากขึ้น อันเป็นผลจากทัศนคติต่อผู้สูงอายุและวัยสูงอายุที่เปลี่ยนไป เนื่องจากคนรุ่นใหม่ในปัจจุบันถูกสิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสื่อต่างๆหรือการอบรมสั่งสอนปลูกฝังให้มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนความสำคัญจากเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรมและจากเขตชนบทไปสู่เขตเมืองทำให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีบทบาททางเศรษฐกิจสูงขึ้น ตลอดจนการเคลื่อนย้ายถิ่นที่ทำให้การพึ่งพาภยายนครครอบครัวและชุมชนลดความสำคัญลง จึงเป็นผลให้คนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับผู้ใหญ่ลดลงโดยเฉพาะการเคารพผู้สูงอายุ แต่ถึงแม้จะมีสัญญาณที่แสดงว่าค่านิยมเหล่านี้ได้เริ่มลดถอยลง แต่ผลการศึกษายังพบว่าค่านิยมในปัจจุบันยังคงอยู่ในระดับที่ดีพอที่จะยึดเหนี่ยวความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้ดังจะเห็นได้จากการลักษณะอยู่อาศัยร่วมกัน ตลอดจนการเกื้อกูลที่บุตรหลานมีต่อบุพการีที่ยังอยู่ในระดับที่ดีมาก⁽⁴²⁾ และหากมีการณรงค์อย่างจริงจังแล้ว คาดว่าจะสามารถดำเนินค่านิยมนี้ให้อยู่ในระดับที่ดีเข่นนี้ได้ต่อไปในอนาคต

กล่าวโดยสรุป ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นค่านิยมที่เปรียบผู้สูงอายุเป็น “ผู้ให้” เป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม และเป็นผู้ที่ควรได้รับการตอบสนองอย่างยกย่องเชิดชู กล่าวคือเป็นผู้ทำประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้กับครอบครัวและสังคมในครัวที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นผู้ที่ให้การเกื้อกูลทางวัฒนธรรมตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนภาระในครอบครัวมาช้าชีวิต เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเปลี่ยนฐานะจาก “ผู้ให้” มาเป็น “ผู้รับ” มากขึ้น กล่าวคือ ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวและจากสังคม โดยจะปรากฏชัดเจนเมื่ออยู่ในสถานะช่วยดูแลไม่ได้และต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด ถึงแม้ในปัจจุบันการเกื้อกูลในครอบครัวและครัวเรือนยังอยู่ในระดับที่ดี แต่มีความจำเป็นในการรณรงค์ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้ค่านิยม “ระบบความใส” และ “ความกตัญญูกดเตี้ย” ดำรงอยู่อย่างเข้มแข็ง เพื่อเป็นหลักประกันทั้งของการดำรงบทบาทของผู้สูงอายุในสถาบันครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการคงอยู่ของลูกโซ่ของการถ่ายทอดวิทยาการ-วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีอันเป็นเอกลักษณ์ของไทยให้คงอยู่ต่อไปโดยไม่เกิดการขาดตอนหรือสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังมองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณค่าต่อสังคมและครอบครัว โดยเห็นว่า บุตรหลานยังคงมีการเคารพนับถือ ยกย่อง ให้เกียรติ และเชื่อฟังคำสอนหรือคำแนะนำทั่วติงของผู้สูงอายุ และยังได้แสดงทัศนะว่า การเคารพผู้สูงอายุและการเปรียบผู้สูงอายุเสมือนรัมโพธิ์รัมไทร จะยังคงมีอยู่และคงคู่ไปกับสังคมและวัฒนธรรมไทยต่อไปในอนาคต⁽¹⁵⁾ ซึ่งนับว่าเป็นการสะท้อนให้เห็นความรู้สึกในเชิงบวกที่ผู้สูงอายุมีต่อบุคคลในครอบครัว และต่อความเชื่อความครัวท่านในศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีของไทย

คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ

ค่านิยมในเรื่องคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการดำรงชีวิตในสังคม โดยมีพื้นฐานมาจากหลักของความเคารพส่วนบุคคล (respect for persons) ที่แสดงออกเป็นพุทธิกรรมและความรู้สึกนึกคิดที่มีนุชช์ปฏิบัติต่อกัน การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าตนยังมีคุณค่าและศักดิ์ศรีอย่างเท่าเทียมกันกับคนหนุ่มสาว^(11,16) ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 ประเมินตนเองว่าเป็นผู้มีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าต่อนบุตรหลาน⁽¹¹⁾ ผู้สูงอายุมีทัศนะด้านคุณค่าของตนว่าเป็นผลจากความมีประสบการณ์และการประพฤติปฏิบัติโดยเฉพาะการแสดงออกถึงความมีเมตตากรุณา⁽⁴¹⁾ นอกจากนั้น ค่านิยมด้านคุณค่าอาจเป็นผลสะท้อนจากการเป็นผู้ที่มีบุญคุณและเป็นที่พึ่งทางใจต่อบุคคลในครอบครัว และที่สำคัญปัจจัยด้านวัฒนธรรมได้มีอิทธิพลต่อการกำหนดคุณค่าด้วยเช่นกัน คือ การมีเงินทองและทรัพย์สินของผู้สูงอายุ^(11-15,40) อย่างไรก็ตามในทัศนะของผู้สูงอายุนั้น การมีคุณค่าจะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีผู้ใดให้คุณค่ากับตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าของความเป็นผู้สูงอายุเกิดจากบุคคลในครอบครัว โดยผู้สูงอายุบางกลุ่มระบุว่า “คุณค่าอยู่ที่ลูก ลูกหลานประพฤติปฏิบัติและอุปการะดี ผู้สูงอายุนั้นก็มีคุณค่า”⁽⁴¹⁾ ดังนั้น คุณค่าของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับลูกหลานในครอบครัวเป็นสำคัญ

ส่วนศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุมีมุมมองได้หลายนัย โดยอาจพิจารณาจาก การเป็นผู้มีความประพฤติดี เป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นผู้ที่อยู่ในศีลในธรรม เป็นผู้ที่ได้รับการเคารพยกย่อง เป็นผู้ที่สั่งสมความดีงาม เป็นผู้ที่มีฐานะทางการเงินและมีทรัพย์สิน และเป็นผู้ที่ได้รับการเคารพยกย่องจากชุมชนและสังคม^(11,15) ซึ่งเป็นการพิจารณาจากด้านการกระทำและด้านจิตใจที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติและมีต่อผู้อื่นภายใต้เงื่อนไขของหลักศาสนาและบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ดังนั้น ความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุย่อมเกิดจากคุณค่าความดีของผู้สูงอายุและความเคารพนับถือยกย่องให้เกียรติที่ครอบครัวและสังคมมีต่อผู้สูงอายุ

การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ

การทำร้ายເຄົາເບີຣີບແລກວະລະເລຍທອດທີ່ຜູ້ສູງອາຍຸໃນທີ່ໜ້າມາຍດີ່ງ ການທຳໄໝຜູ້ສູງອາຍຸໄດ້ຮັບຄັນຕາຍທີ່ທັງທາງຮ່າງກາຍແລະ/ຫຼືຈີຕິໃຈ ຈາກການທີ່ຄູກກະທຳໂດຍຕວງ ພ້ອມຄູກລະເລຍຫຼືທອດທີ່ໂດຍໄມ້ໄດ້ຮັບກວາປົງບົດດູແລທີ່ເໝາະສົມ ການທຳຮ້າຍຜູ້ສູງອາຍຸຈາກເກີດຂຶ້ນໃນລັກຂະນະການທຳຮ້າຍຮ່າງກາຍ ກາລົວງານເກີນທາງເພີ່ມ ພ້ອມການທຳຮ້າຍທາງຈີຕິໃຈ ການເຄົາເບີຣີບຈະເປັນການເຄົາເບີຣີບທາງທວັພີລືນ ແລກວະລະເລຍທອດທີ່ຈະເກີດກັບຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ຕ້ອງພຶ່ງພາ ໂດຍເປັນການເພີກເຂົຍໄມ້ໃຫ້ການຕອບສົນອງຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນຂອງຜູ້ສູງອາຍຸ⁽⁴³⁾ ໃນປັຈຈຸບັນ ດີ່ນັ້ນຈະໄມ້ສົດໃຫ້ວິທີການທີ່ກົດໜັງຈຳນວນຫຼືຄວາມຊຸກຂອງການທຳຮ້າຍເຄົາເບີຣີບແລກວະລະເລຍທອດທີ່ຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ແນ່ນອົກຕາມ ແຕ່ປະສົບການຮົບຂອງຜູ້ໃຫ້ບົກການທັງທາງດ້ານສູນກາພແລກສັງຄນໄດ້ພົບປົງທານີ້ປາກວູໃນສັງຄນ-ໄກຍ⁽⁴⁴⁾

ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันมีอยู่จำกัดอย่างยิ่งและมีรายงานการศึกษาเฉพาะการทำร้ายด้านจิตใจและการร่างกายเท่านั้น จากการศึกษาพบว่า การทำร้ายจิตใจผู้สูงอายุอาจแสดงออกได้หลายรูปแบบ ได้แก่ ลักษณะของคำพูดส่อเสียด ทางด้าน หรือแสดงกริยาไม่เหมาะสม^(10,12,24) และสำหรับการทำร้ายผู้สูงอายุทางร่างกายได้ปรากฏในรายงานเพียง 2 เรื่องเท่านั้น ที่ระบุว่าบุตรทำร้ายผู้สูงอายุจนกระทั้งแขนหักและบาดเจ็บ^(12,13)

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ดังที่ทราบแล้วว่า ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าสถาบันอื่น และผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดคือ บุตรในครอบครัวนั้น ผลการศึกษาหลายเรื่องระบุปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุหลายประการที่สำคัญเรียงตามลำดับดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ^(23,45,46) ยิ่งผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากเพียงใด ก็จะเกิดภาระและความยากลำบากในการดูแลโดยครอบครัวและผู้ดูแลมากเท่านั้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินและการเคลื่อนไหวจะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถเดินและเคลื่อนไหวเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพึ่งพาในกิจกรรมประจำวันเช่นพับมากในผู้สูงอายุหญิง นอกจากนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยเรื้อรังจะมีปัญหานำการดูแลมากกว่ากลมอื่นๆ

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

ครอบครัวทำให้ไม่สามารถไปพบแพทย์ ทำให้ภาวะสูขภาพเลวลง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือเกือกุลสมาชิกในครัวเรือนได้ เช่นเดิม จึงเกิดภาวะต่อสมาชิกคนอื่นๆ รวมทั้งมีผลกระทบต่อการหารายได้ทั้งของสมาชิกคนอื่นๆ และของผู้สูงอายุเอง จึงเป็นผลให้ครอบครัวนั้นยากจนยิ่งขึ้นหรือเกิดความเครียดในครอบครัว และนำไปสู่ความแตกร้าวหรือเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้สูงอายุหรือเกิดแม้กระทั่งการทำร้ายເօເປີຍແລະ การละเลยทดสอบทิ้งผู้สูงอายุ^(19,32,38)

3. ปัญหาด้านผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากการขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอเนื่องจากมีภารกิจมากมายหลายด้านหรือผู้ดูแลประกอบอาชีพนอกบ้าน การขาดผู้ดูแลหรือการดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ ออาท ผลกระทบตับ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้ตามที่แพทย์สั่ง หรือเกิดปัญหาด้านจิตใจ สำหรับผู้ดูแลเองอาจจะได้รับความกดดันหรือความเครียดในภาวะการดูแล ปัญหาผู้ดูแลนี้ นอกจากมีผลต่อผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว บางครั้งปัญหาเกิดขึ้นจากผู้ดูแลเองโดยเฉพาะปัญหาทางจิตใจ เช่น ความเหงาว้าเหว่และรู้สึกถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลบางรายรู้สึกรังเกียจบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากการขับถ่ายของผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง⁽⁴⁷⁾

4. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากสมาชิกในครอบครัวที่จะช่วยกันดูแลและแบ่งเบาภาระต่างๆ ครอบครัวได้มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี สมาชิกมีความเอื้ออาทรห่วงใยซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจที่จะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้วยความเต็มใจ จะส่งผลต่อผู้สูงอายุให้มีความอบอุ่นใจ และยังเป็นการส่งเสริมหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมตลอดจนร่วมเกื้อหนุนครอบครัวในด้านต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่ดี ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ตามสมควรอีกด้วย แต่หากสัมพันธภาพของคนในครอบครัวไม่ดีแล้ว ผู้สูงอายุอาจได้รับการทดสอบทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม และนำไปสู่ปัญหาสภาพจิตใจ

5. จำนวนเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมมากประเภทเท่าใดย่อมได้รับการดูแลมากขึ้นเท่านั้น เช่น ครอบครัวที่มีพี่น้องหลายคนหรือมีญาติพี่น้องจำนวนมาก ผู้สูงอายุย่อมมีเครือข่ายการดูแลที่ดี นอกจากปริมาณของเครือข่ายแล้ว ความใกล้ชิดของเครือข่ายทั้งจากความสัมพันธ์และจากระยะทาง ต่างมีผลต่อผู้สูงอายุเช่นกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อยหรือพำนักอยู่ห่างไกลจากเครือข่ายที่ตนมีอยู่จะมีโอกาสประสบปัญหาการดูแลและการเกื้อหนุนมากขึ้น

แนวคิดการพัฒนาครอบครัว

การพัฒนาครอบครัวเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกทุกคน เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดำเนินอยู่และปฏิบัติหน้าที่ไปได้ด้วยดี หากเกิดปัญหาหรืออุปสรรคที่รุนแรงขึ้นในครอบครัวอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของครอบครัวในระยะต่อไป และมีผลต่อสมาชิกของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกที่พึ่งตนเองได้น้อย ซึ่งได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จึงเป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาด้านอาชญากรรมของผู้สูงอายุ มิได้เป็นเพียงปัญหาของตัวผู้สูงอายุเองเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของครอบครัวและสังคมด้วย เพราะฉะนั้นในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ จำเป็นจะต้องมีความร่วมมือจากทั้ง 3 ฝ่าย คือ ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม^(48,49) ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาครอบครัวเพื่อผู้สูงอายุจึงควรประกอบด้วยบทบาทและความร่วมมือของ 3 ฝ่ายดังกล่าว

1. แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลปกป้องและตอบสนองความต้องการพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และเป็นสถาบันแรกและสุดท้ายที่ผู้สูงอายุต่างตั้งความหวังที่จะฝากผู้ฝากรักไว้และพึงพิงจนวาระสุดท้ายของชีวิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวให้สามารถตอบสนองความต้องการและเป็นที่พึ่งพิงแก่ผู้สูงอายุได้อย่างพอเพียงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง และมีความหมายมากกอกร่วมกับการที่จัดให้โดยสถาบันทางสังคมอีกด้วย ไม่ว่าบริการที่สถาบันเหล่านี้จะจัดให้อยู่ในสภาพที่ดีเลิศเพียงใดก็ตาม^(50,51)

ความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวมีปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญจากความสัมพันธ์ที่ดีและหนึ่งเดียวแน่นของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเกื้อกูลดูแลชี้แจงกันและกัน เป็นกำลังใจ เป็นแรงผลักดัน เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุย้อมได้รับอานิสงค์จากความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดีด้วย ปัญหาต่างๆจะลดลงและความอึดอัดห่วงใยซึ่งกันและกันจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในทุกๆด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจที่มั่นคงและอบอุ่น

ในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกอาจดำเนินการ โดยการรณรงค์เพื่อการดำรงอยู่ของทัศนคติที่ดีของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณีที่มีมาแต่เดิม นอกจากนั้นการดำเนินการให้สมาชิกในครอบครัวในวัยต่างๆมีโอกาสในการพัฒนาความสัมพันธ์โดยการมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การจัดให้มีเวลาไว้วางอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างเหมาะสม หรือการส่งเสริมสันทนาการในครอบครัว เป็นต้น

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

2. แนวคิดการเสริมสร้างและใช้ประโยชน์จากศักยภาพของผู้สูงอายุ⁽⁵²⁾ เป็นความจริงในสังคมไทยที่ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตในฐานะผู้ให้ ทั้งในส่วนของครอบครัว ชุมชน และสังคม คันนำไปสู่ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ จึงไม่น่าแปลกใจที่สังคมไทยได้ให้การยกย่องและนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นทิคที่ 6 เป็นปูชนียบุคคล เป็นผู้ที่ทรงภูมิปัญญาและประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อส่วนรวมทั้งในทางตรงและทางอ้อม จึงเป็นที่ตระหนักรู้ว่า ศักยภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทั้งทางด้านสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ด้วยเหตุนี้ ความเข้าใจและการดำเนินการให้ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์ตามกำลังความสามารถด้วยความสมัครใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทั้งในครอบครัวและสังคมจึงเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น

นอกจากนั้นการส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มของชนต่างวัย ซึ่งมีใช้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ทั้งเด็กคนร้ายทำงาน ผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุเอง ควรร่วมมือกันเรียนรู้และมีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นแหล่งในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างสรรค์กิจกรรม และสังสั�ท์ระหว่างกัน ดังนั้นการปรับปูรูปบริการและสวัสดิการพื้นฐานต่างๆและการสร้างเงื่อนไขหรือโอกาสเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยสะดวกจึงมีความจำเป็น

3. แนวคิดการพัฒนาจิตสำนึกของเยาวชนและบุคคลในวัยต้น เนื่องจากการเติบโตของเยาวชนและบุคคลในวัยต้น ให้มีความพร้อมทั้งในการเป็นผู้ที่จะต้องให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีและในการที่ตนเองจะต้องพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต เป็นความสำคัญยิ่งทั้งในการกระบวนการพัฒนาครอบครัวและกระบวนการเติบโตเพื่อวัยสูงอายุ การส่งเสริมให้เยาวชนและบุคคลในครอบครัวตระหนักรถึงความจำเป็นของการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุและการมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและวัยสูงอายุ ย่อมทำให้รับรู้และตระหนักรู้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้มีพระคุณซึ่งบุตรหลานต้องสำนึกรักในพระคุณและหาโอกาสตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุให้มากที่สุด เท่าที่จะมากได้ เจตคติที่ดีที่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุและวัยสูงอายุย่อมจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกและพุฒิกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว⁽¹²⁾

4. แนวคิดการเสริมสร้างรายได้และหลักประกันเพื่อความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁵³⁾ การศึกษาที่ผ่านมาได้ระบุให้เห็นชัดเจนว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ดังนั้นการเสริมสร้างรายได้หรือการสร้างหลักประกันทางรายได้ เช่น การประกันชราภาพ หรือการสร้างโอกาสการทำงานในวัยสูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้เพื่อขยายไปให้มากขึ้นและสามารถครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ เพื่อแบ่งเบาไม่ให้เป็นภาระแก่ครอบครัวในการอุปการะดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

1. จากการศึกษาที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า ความรู้อย่างเป็นองค์รวมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเชิงทฤษฎีและแนวความคิดในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย ยังขาดแคลนเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการศึกษาเชิงทฤษฎีและแนวความคิดในการพัฒนาครอบครัวเพื่อผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ควรริเริ่มอย่างเร่งด่วน

2. การศึกษาเชิงคุณภาพที่ให้ข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวัง ความประณญาณ ความผิดหวังและความคับข้องใจต่างๆของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ควรดำเนินการมากที่สุด เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณจำนวนมาก ใน การศึกษาที่ผ่านมา ได้ให้ภาพในวงกว้างเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง แต่ความหลากหลายของความรู้สึกนึกคิด จัดตามในทศนิยองแต่ละคน แต่ละภูมิภาค ย่อมแตกต่างกัน การศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยเติมสิ่งที่เป็นความรู้สึกนึกคิด จิต-วิญญาณ ความเป็นตัวตนที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้

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

4. สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณนั้น การศึกษาที่ผ่านมาไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ หรือไม่สามารถเป็นข้อมูลในการใช้วางแผนและกำหนดนโยบายระดับชาติได้ ดังนั้นการศึกษาในภาพกว้างระดับประเทศเกี่ยวกับภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และบริการสำหรับผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้เกิดขึ้น และควรเป็นการวิจัยที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในลักษณะความร่วมมือเชิงสาขาวิชาชีพ

5. การวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมที่ควรเพิ่มเติม และหาข้อมูลให้ชัดเจน คือ การวิจัยเกี่ยวกับการทารุณ ทอดทิ้ง ละเลย และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งนับว่าเริ่มมีความรุนแรงขึ้น นอกจากนั้น การประเมินถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ของบริการต่างๆที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการดำเนินการเข่นเดียวกัน

6. การวิจัยด้านสังคมวิทยาเชิงวัฒนธรรม ยังไม่เพียงพอต่อการอธิบายและทำความเข้าใจต่อเรื่องราว ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในความแตกต่างของแต่ละวัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งควร มีการทำความเข้าใจโดยละเอียด นอกจากนั้น งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจะบ่งที่ภาวะสุสัດท้ายของผู้สูงอายุใน ขณะที่มีชีวิต ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติต่อภาระการดูแลของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติในเรื่องนี้ จึงควรมี การศึกษาเพิ่มเติมเข่นกัน

บรรณานุกรม

- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน, 2524:142.
- Magill FN, (ed). International Encyclopedia of Sociology (Volume II). Illinois: Eitzroy Searborn Publishers, 1995:892.
- คณะกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. นโยบายและแผนงานหลักสตรีระดับชาติ (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- 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.
- ภาณี บุญยะลักษี, ยุพิน วรรรอมร. จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538:367.
- สุรีย์ บุญญาณพงศ์. เยาวชนและคนห่ำน้ำสaltyคุบปัจจุบันในศตวรรษที่สิบเอ็ด ผู้สูงอายุ. เรียงใหม่: โครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
- นาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ "สุขภาพดี ด้วยคุณภาพ". กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2543:54-92.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิรินุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง "ครอบครัวและผู้สูงอายุ". กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชาธิรัฐ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:57.
- สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. โครงการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต (บทบรรณาธิการ). วารสารพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543:1:3-4.
- สำนักงานสสติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ.2537. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสสติแห่งชาติ, 2537.
- มัลลิกา มติโก, ปรีชา อุปไคคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. ร่วมโพธิ์ร่วมไฟ: สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ). กรุงเทพมหานคร: ภาคนสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนा พัฒนาครี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกี้ยวนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนा พัฒนาครี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกี้ยวนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

14. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนा พัฒนาครี, เล็ก สมบติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมส่งเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
15. ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วีณา ศิริสุข และคณะ. ไม่ไกลฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมส่งเคราะห์ศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
16. นิศา ชูโต. คนชาวไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
17. แวนทิพย์ น.สุวพร. ปัญหาและการกำหนดนโยบายประชากรวัยชราในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538:77.
18. นภaph. ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
19. มัลลิกา มติโก, รัตนา เพ็ชรธุรี. ประมาณสถานภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย: วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: กองบินราจานวิจัย 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 วิบูลย์ศรีชู และคณะ. สรุปผลการวิจัยเบื้องต้น โครงการศึกษาครอบครัวไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
23. สุมาลย์ โภมส. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของการศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534:115.
24. เพพินทร์ พชรานุรักษ์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ. เรียนใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
25. วันทนา กลินงาม, นิวัต กลินงาม. สภาพปัญหา ความต้องการ เป้าหมายชีวิตและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยครุพัชรบุรี, 2530.
26. จินตนา วาฤทธิ์. ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ของผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลมหาชนครเชียงใหม่. เรียนใหม่: สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ, 2533.
27. วีรลักษณ์ สิทธิ์เตชะ. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในทางเศรษฐกิจและสังคมกับการเปลี่ยนแปลงในสังคม. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองของวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528.
28. บุศริน บางแก้ว. ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “ครอบครัวและผู้สูงอายุ”. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
29. นภaph. ชัยวรรณ, มาลินี วงศ์ลักษณ์. 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 จิตพันธุ์กุล, รานี ทวีกิติกุล, ธนาวดี คำยา, ชนเดตี มิลินทางกุร. การประมวล วิเคราะห์ และ สังเคราะห์ ผลการประชุม. ใน: สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล, (บรรณาธิการ). การประมวล วิเคราะห์ และ สังเคราะห์ ผลการประชุมการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุวัยสูงอายุด้วยคุณภาพ” 22-24 พฤศจิกายน 2542. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543:15-25.
 33. คณะกรรมการศึกษาและวิจัย กรมการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม, 2525.
 34. ทรงธรรม สาบียะ. สวัสดิการผู้สูงอายุ: การมีส่วนร่วมของชุมชนในสังคมไทยภายใต้ภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540.
 35. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar RM, Newens AJ. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแล ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพุฒนาวิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(4):15-24.
 36. รัชฎา รักขานม. สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วารสารพุฒนา วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(4):31-7.
 37. วรรณนิภา บุญราษฎร์. ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพุฒนาวิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):11-8.
 38. จรัณ มาลัยอุดร, สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล, ลักษณ์ รวมเมฆ, สุกานดา นิมทองคำ. การศึกษาผู้ป่วยครอบ วิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):5-15.
 39. ศุจิตรา นิลเดศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาประชารศศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชารศศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
 40. วิทูร แสงสิงแก้ว. รายงานเรื่องความก้าวหน้าของการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยกลุ่มสแกนดิเนเวีย ประเทศไทย ผู้รั่งเศส และการเจรจาทักษะการอนามัยโลก เรื่องผู้สูงอายุที่เจนีวา ประเทศไทยสวิตเซอร์แลนด์ และรายงาน การเดินทางเพื่อศึกษางานกีฬากับโครงการผู้สูงอายุ ประเทศไทยเดนมาร์ก สวีเดน สนธิสัญญาเมริกา พ.ศ.2533.
 41. วีณา ศิริสุข, ปริชา อุปโยคิน, มัลลิกา มัตติกา และคณะ. พ่อใหญ่แม่ใหญ่: สถานภาพและบทบาทของผู้สูง อายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสหเวชศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
 42. นภาพร ชัยวรรณา, แซกชาารี ชิมเมอร์. สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุใน ประเทศไทย: บุตรอยู่ที่ไหนและทำอะไรกันอยู่. วารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2): 24-42.
 43. Wallace H. Family Violence, MA: Allyn & Bacon, 1996:221.

44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. Elderly abuse. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จรัณ มาลัยอตตรา, วิสุทธิ์ เตชะวิญลย์ศักดิ์. มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒนาวิทยาและวิชาศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543:25-8.
45. พีรศิริ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวิน, ประเสริฐ รักภักดี. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเอง และปัญหา บางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523:62.
46. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, นิภา ศ.ตุมรสุนทร, สุศรีสุริ, และคณะ. การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุน ทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
47. กาญจนा แก้วชัยวัฒน์. การติดตามผลการเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (หญิง) หลังจำหน่าย โดยการให้บริการปรึกษาแนะแนวและบริการครอบครัวบำบัด. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาล สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
48. ภัสสร ลิมานนท์. นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย: บทเรียนสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
49. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อ หนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
50. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย ประจำปี 2540. (มปพ. เอกสารโน้ตบุ๊กเล่ม)
51. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพุธ พุฒเจริญ, ไพบูลย์ ศุริยะวงศ์เพศala. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและ แผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
52. บรรลุ ศิริพานิช, ลงชัย ทำชาชาติ, วันดี โภคากุล และคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์, 2531.
53. จักรินทร์ โภคลศิริ. รายงานการวิจัยเรื่อง แนวคิดและแนวทางจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ไทย. ในการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการการส่งเสริมและ ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.

บทที่ 4: สุขภาพกับผู้สูงอายุ

อ.พญ.สิรินทร์ ฉันศิริกานุจัน

วศ.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 และคาดประมาณว่าในราปีพ.ศ.2553 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.8 ของประชากรทั้งหมด นั่นหมายถึงประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุ ประการสำคัญประการสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 22.3 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในปีพ.ศ.2543 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.7 ในปีพ.ศ.2553^(1,2) จากงานวิจัยต่างๆ ของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือปัญหาสุขภาพและปัญหาเศรษฐกิจ⁽³⁻⁵⁾ โดยปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความซุกซ่อนอยู่ในวัยเด็กจนถึงการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ซึ่งแตกต่างจากปัญหาเศรษฐกิจที่ขาดของปัญหามีความสัมพันธ์ไม่เด่นชัดกับอายุที่สูงขึ้น อีกทั้งปัญหาทางสุขภาพจะเป็นปัญหาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทในวัยท้ายของชีวิต (บทที่ 1) จากสถานะที่ดูแลตนเองได้ สามารถที่จะดูแลของผู้อ่อนเพียงพานเองได้ และสามารถทำงานและให้การเกื้อกูลบุตรหลานในครอบครัวได้ ไปสู่สถานะพึ่งพาที่ต้องอาศัยการเกื้อกูลช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) จึงไม่น่าแปลกใจที่ “การมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ” จะเป็นลักษณะที่พึงปรารถนาในวัยสูงอายุที่มีลำดับความสำคัญเป็นลำดับแรก⁽⁶⁾ อีกทั้งในความเห็นของประชากรสูงอายุเอง ที่มีต่อปัจจัยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ก็ได้ให้ความสำคัญลำดับต้นกับการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุไทยเชื่อว่าสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความสุขและการมีสุขภาพดีจะทำให้ดีใจ⁽⁷⁾ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาวิจัยและข้อมูลต่างๆ ทางด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็น เพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและการพัฒนาในอนาคต

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการทบทวนวรรณกรรมโดยเน้นที่สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ตลอดจนการบริการและระบบบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และถึงแม้จะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวนมาก แต่จะคัดเลือกข้อมูลที่มีลักษณะสอดคล้องกับลำดับความสำคัญทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย การพยายามหลีกเลี่ยงการศึกษาเฉพาะในด้านชีวภาพแพทย์ (Biomedical research) ที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพและทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดของประเทศไทย และจะคัดเลือกเฉพาะการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือโดยเฉพาะการศึกษาที่มีข้าดประชากรศึกษาจำนวนมากและมีกระบวนการวิจัยที่น่าเชื่อถือ

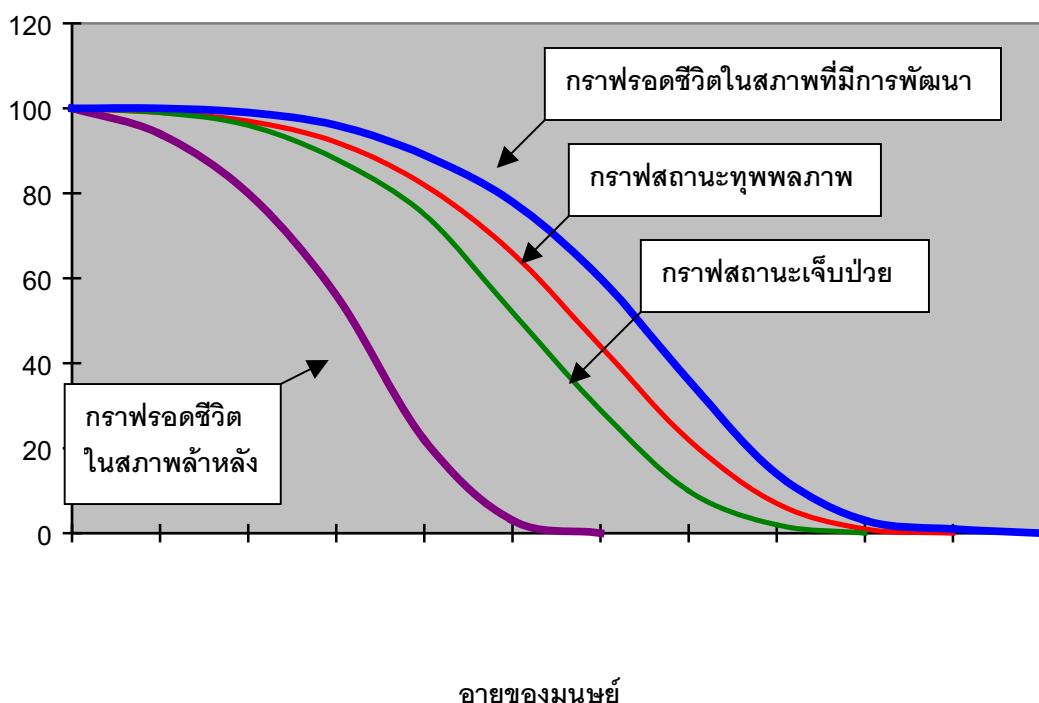
โรคและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

ปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วย การเกิดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กัน ทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร (รูปที่ 1) กราฟการรอดชีวิต (Survival curve) ของประชากรที่เป็นไปตาม ข้อตกลงจะแตกต่างจากที่เกิดขึ้นเมื่อมีการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในความสัมพันธ์กับ กราฟรอดชีวิต ยังมีกราฟของการเจ็บป่วยและกราฟของภาวะทุพพลภาพที่ดำเนินไปพร้อมๆกันตลอดอายุขัยของ มนุษย์ และไม่ว่าจะเป็นในระดับประชากรหรือบุคคลก็ตาม ความเจ็บป่วยจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึงพา และสุดท้ายไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด แน่นอนว่าความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพอาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว หาก บุคคลสามารถดีขึ้นเองได้หรือการรักษาดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพที่ เกิดขึ้นอาจจำเริงอยู่ไปจนชั่วชีวิตที่เหลืออยู่ก็เป็นได้

ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราตาย อัตราป่วย สาเหตุการป่วย ตลอดจนการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสาเหตุ เป็นประโยชน์ในการแสดงถึงขนาดและประเภทของปัญหาทางสุขภาพ ตลอดจนยังใช้ในกระบวนการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือโรคเพื่อการจัดสรรงบประมาณในการดูแลป้องกันและแก้ไข จึงนับเป็นข้อมูล สำคัญเพื่อการนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแผนสาธารณสุขสำหรับประชากรสูงอายุ

รูปที่ 1 กราฟรอดชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยใน ประชากร

ร้อยละของจำนวนประชากร



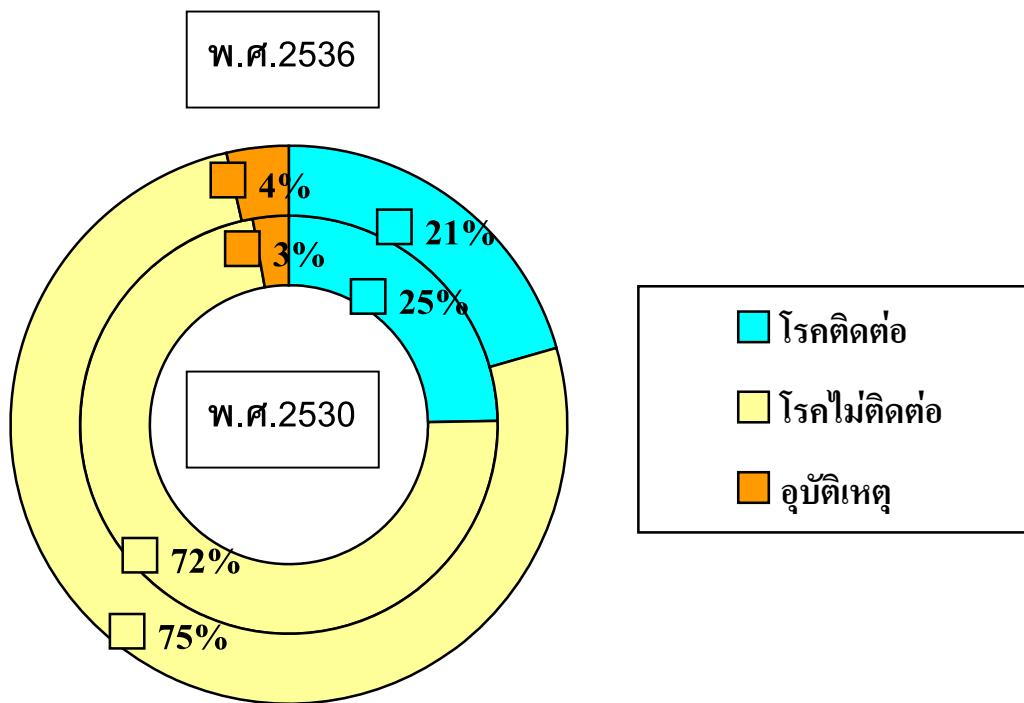
■ รูปแบบของโรคในประชากรสูงอายุ

การพิจารณารูปแบบของโรคในประชากร มักจะอาศัยความซุกหรืออุบัติการณ์ของสาเหตุการตายหรือความเจ็บป่วยเป็นเกณฑ์ โดยสภาพที่ยึดถือกันมาแต่เดิมจะให้น้ำหนักแก่โรคที่มีอัตราตายหรืออุบัติการณ์สูง ทำให้รูปแบบของโรคในอดีตจะเน้นไปที่กลุ่มโรคติดเชื้อเป็นหลัก เช่น อหิวาตโรค กะฟโรค เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในการให้น้ำหนักโรคหรือกลุ่มโรคที่ผ่านมาจะขึ้นกับ “คุณค่า” (Value judge) ของบุคคลหรือคณะบุคคลผู้พิจารณา อาจมีความลำบากในการให้ภาพรวมของรูปแบบโรคเมื่อโรคหรือปัญหาทางสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น พร้อมๆ กับการเกิดสภาพภาวะสูงอายุของประชากร (Population aging) ดังเช่นในปัจจุบัน นอกจากนี้โรคหรือปัญหาทางสุขภาพในปัจจุบันจำนวนไม่น้อยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ถึงแม้จะมีอุบัติการณ์ต่ำ แต่ด้วยศักยภาพทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้นและนำไปสู่การมีอัตราความซุกที่สูง ดังนั้น การเปรียบเทียบหรือให้น้ำหนักโดยอิงที่อุบัติการณ์จะไม่เพียงพอ แต่การเปรียบเทียบอุบัติการณ์กับความซุกมีความยากลำบากเช่นกัน มากไปกว่านั้น กลุ่มโรคที่มีความซุกสูงเช่นมักจะเป็นโรคเรื้อรัง นอกจากจะจะแตกต่างจากกลุ่มโรคที่มีอุบัติการณ์สูงเช่นมักเป็นโรคติดเชื้อฉบับพัฒนาแล้ว ก็ยังแตกต่างจากกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราสูงอีกด้วย

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

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

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



สถานะการเสียชีวิต

อัตราเสียชีวิตตามกลุ่มอายุในประชากรไทยมีทิศทางลดลงโดยตลอด มากจากคือกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปที่มีอัตราตายเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรสูงอายุพบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุชายและร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุหญิงได้รับการบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตว่าเกิดจาก “ความชรา” และอีกร้อยละ 6-7 บันทึกว่าไม่รู้สาเหตุ^(11,12) ดังนั้นข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตจึงมีข้อด้อยในด้าน ความน่าเชื่อถือที่จะใช้ในการพิจารณาความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย อย่างไร ก็ตามเมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตเท่าที่ระบุไว้ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย 2 ลำดับแรก คือ หัวใจทำงานล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง โดยสาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆที่สำคัญในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ มะเร็งที่เมแทบราบตัวแห่งน่อง อุบัติเหตุ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคปอดอักเสบ และโรคแทรกซ้อนและสาเหตุลุ่มเครื่องของโรคหัวใจ สาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆที่สำคัญใน ผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน การติดเชื้อโลหิตเป็นพิษที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อสเตรปปิโตโคคสินิคี ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ โรคแทรกซ้อนและสาเหตุลุ่มเครื่องของโรคหัวใจ โรคปอดอักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทยมาจาก “กลุ่มโรคไม่ ติดต่อ” โดยเฉพาะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และจากอุบัติเหตุ⁽¹¹⁾

ได้มีการศึกษาปัจจัยของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทย⁽¹³⁾ โดยพบว่าภาวะทุพพลภาพและสถานะการทำงานเป็นปัจจัยอิสระ โดยโอกาสการเสียชีวิตจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและไม่ได้ทำงานอย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมถึงลักษณะทางสุขภาพและโรค สมรรถภาพ ลักษณะของวิถีชีวิต (Life style) และการเกี้ยวกุลทางสังคม

ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย

การศึกษาสภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือวิธีที่หนึ่ง ใช้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุโดยการให้ผู้สูงอายุทำการประเมินสุขภาพตามการรับรู้ของตนเอง วิธีที่สอง ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงปัญหาทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุรู้ว่า หรือโรคหรือความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยมาจากแพทย์ สำหรับวิธีที่สาม เป็นการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับการฝึกโดยตรงเพื่อให้ได้ข้อมูลจัดอันดับ ทั้งนี้ในการสำรวจทางระบบวิทยาขนาดใหญ่มักจะใช้การประเมินโดยการสัมภาษณ์ตามแบบทดสอบที่ได้รับการพัฒนาเพื่อการสำรวจโดยครอบคลุมการศึกษาสถานะสุขภาพวิธีที่หนึ่งและสอง สำหรับการศึกษาขนาดใหญ่เพื่อการประเมินโดยการตรวจร่างกายหรือสมรรถภาพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษยังมีค่อนข้างน้อย

■ สถานะสุขภาพจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสถานะสุขภาพโดยที่ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในปีพ.ศ.2529 และพ.ศ.2538 ได้ข้อมูลสอดคล้องกัน คือราวร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าดีหรือดีมาก โดยมีภาวะสุขภาพภายด้วยกว่ากลุ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าดีโดยลงเมื่ออายุมากขึ้น^(14,15) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่า เพศชายมีสัดส่วนของการประเมินว่าตนเองสุขภาพดีสูงกว่าในกลุ่มเพศหญิง และผู้สูงอายุในเขตเมืองที่รวมทั้งกรุงเทพมหานครประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในชนบท^(14,16)

■ การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ในปีพ.ศ.2534-2535 พบว่าปัญหาปวดข้อและปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยมีความซุกมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาทางสุขภาพอื่นๆที่พบบ่อยอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคคโคลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁷⁾ (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ใช้ในการสำรวจครั้นนั้นมีค่าสูงกว่าที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการสำรวจสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงระดับความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปอร์ต และเกณฑ์สำหรับโรคเบาหวานหมายถึงระดับน้ำตาลในพลาสม่าเมื่ออดอาหาร (นานไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง) มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในขณะที่เกณฑ์ในปัจจุบันสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงเมื่อมีระดับน้ำตาลในพลาสม่าเมื่ออดอาหาร (นาน 10-12 ชั่วโมง) เท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นหากใช้เกณฑ์ใหม่ดังกล่าวคงจะทำให้อัตราความซุกของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในปีพ.ศ.2534-2535 เพิ่มสูงกว่าที่รายงาน

ในปีพ.ศ.2538 ได้มีการสำรวจระดับชาติในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วย ด้วยโรคต่างๆที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ พบร่วมกับความชุกของอาการปวดหลังและ/หรือปวดเอวมีความชุกสูง เป็นอันดับแรก เช่นกัน โรคและปัญหาอื่นๆที่มีอัตราความชุกสูง “ได้แก่ โรคไข้ข้ออักเสบ/เสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระดูก โรคกระเพาะ โรคหัวใจ และโรคหอบหืด⁽¹⁸⁾ (ตารางที่ 3) โรคที่พบบ่อยดังกล่าว ทุกโรคเป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้น และส่วนใหญ่มีอัตราความชุกในประชากรสูงอายุหนูนิ่งสูงกว่าชาย ยกเว้น โรคหอบหืด อัมพาต/อัมพฤกษ์ และโรคไต/ทางเดินปัสสาวะ ที่มีความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

นอกจากนี้ การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทุพโภชนาการทั้งในผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง⁽¹⁷⁾ โดยพบแนวโน้มเกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น^(17,19,20) และจากรายงานการศึกษาของ ประเสริฐ อัลสันดัย และสมหวัง เลขะกุล พบว่า ผู้สูงอายุชายในภาคต่างๆทั่วประเทศมีภาวะทุพโภชนาการ (ใช้ เกณฑ์ตัวนี้มีผลการต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ประมาณร้อยละ 13-27.8, 6.8-38.7 และ 28-38.9 ใน กลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะทุพโภชนาการประมาณ ร้อยละ 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 รับประทานอาหาร ไม่ครบสามมื้อและมีถึงหนึ่งในสามที่รับประทานอาหารคนเดียวเป็นประจำ⁽¹⁴⁾ นอกจากนั้นผู้สูงอายุไทยจำนวน มากรับประทานผักผลไม้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยมีผู้สูงอายุที่รับประทานผักทุกวันหรือเกือบทุกวันเพียงร้อยละ 76 เท่านั้น

นอกจากปัญหาทางภาวะทุพโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา yang เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุ ไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 27) และดื่มสุรา (ร้อยละ 23)⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ
กลุ่มอายุ และเขตที่อาศัย

ลักษณะภูมิหลัง	การประเมินสุขภาพตนเอง				
	แข็งแรงมาก แข็ง	ค่อนข้าง แข็ง แรง	ปานกลาง	ค่อนข้าง อ่อนแอ	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 : นกภาพร ชัยวรรณ และจอนัน 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+
ปอดข้อระยะยาว ^①	51.9	52.5	55.7	64.5	69.4	64.9
ปอดหลังระยะยาว ^②	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 : จันทร์พีญ ชูประภาวรรณ, 2534-2535⁽¹⁷⁾

① มีอาการนานนานกว่า 6 สัปดาห์

* ระดับโคเลสเตอรอลในชีรัตนสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

** ความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปอร์ต

*** peak flow rate น้อยกว่าร้อยละ 80 ของการคาดการณ์ร่วมกับประวัติความเจ็บป่วย

• ระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

** ใช้เกณฑ์นิจฉัยจากการตรวจลิ้นไฟฟ้าหัวใจ

▽ ภาวะโลหิตจาง ความเข้มข้นของเลือดเพศนอยิงใช้ค่าน้อยกว่า 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
ไข้ข้ออักเสบ/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
ต้อกระจากตา	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
วันโรค	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 : คณะกรรมการโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้ยังมีโรคและปัญหาอื่นๆที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีความล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและผลของพยาธิสภาพ แต่ยังได้รับความสนใจจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์หรือแม้แต่ญาติในระดับต่ำ ด้วยเข้าใจว่าไม่เป็นปัญหา และไม่เห็นว่าปัญหาเหล่านี้เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพโดยเฉพาะกับการเสียชีวิตต่ออย่างใด กลุ่มโรคและปัญหาสุขภาพดังกล่าว ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การหลั่ง กระดูกหัก กลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ห้องผูก โรคต้อกระจากและต้อหิน และการติดเชื้อซิฟิลิต

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

ผู้สูงอายุชาย และเป็นปัญหาที่มักจะได้รับการละเลยหรือมองข้ามทั้งโดยผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว^(22,23)

ผู้สูงอายุไทยมีการหลั่มในระดับ 6 เดื่อนสูงถึงร้อยละ 18.7⁽²⁴⁾ โดยเกิดในผู้หญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ของการหลั่มเกิดขึ้นภายในบ้าน และเกิดขึ้นในเวลาลางวันมากกว่า นอกจากราคาและแล้วปัจจัยสำคัญที่พบว่ามีกับปัญหาการหลั่มในผู้สูงอายุไทย^(24,25) ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาสายตา ปัญหาการทรงตัว กิจกรรมที่มาก ภาวะทุพพลภาพ การใช้ยาจำนวนมาก และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม สำหรับผลต่อเนื่องจากการหลั่มที่นักวิจัยจะทำให้อายแผล ยังทำให้เจ็บปวดมากขึ้น และยังอาจนำไปสู่การเกิดบาดแผล กระดูกหัก เสื่อมดอกในอวัยวะภายใน และนำไปสู่การเสียชีวิตได้

การหลั่มและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุหนึ่งไปสู่กระดูกหักในผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) และการตอบสนองต่อการหลั่ม (Postural reflex) ที่ลดลง ทำให้เกิดกระดูกหักที่สำคัญในประชากรสูงอายุ คือ กระดูกสะโพกและกระดูกสันหลัง เมื่อว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุไทยจะมีความซุกравร้อยละ 0.7-1.4⁽²⁶⁾ แต่การที่อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้อัตราความซุกนี้แนวโน้มเพิ่มขึ้น เพราะประชากรสูงอายุที่มีอายุมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงที่สุด กองประกันผลการศึกษาประชากรสูงอายุจีนในยุคปัจจุบันพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักตามกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อมีการพัฒนาประเทศและตัวเมือง⁽²⁷⁾ ทำให้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในอนาคตของประเทศไทยจะเป็นผลให้อัตราการหลั่มและเกิดกระดูกสะโพกหักสูงขึ้น นอกจากนี้ผลจากการเกิดกระดูกสะโพกหักยังทำให้การเสียชีวิตทั้งในระยะแรกและแม้แต่ภายหลัง 1 ปีหลังจากการผ่าตัดและกลับสู่บ้านแล้วก็ตาม⁽²⁸⁾ สำหรับความซุกของกระดูกสันหลังหักชนิด wedge และ compress พบร่วงถึงร้อยละ 37.7⁽²⁹⁾ โดยเป็นการหักของกระดูกสันหลัง 1 ระดับร้อยละ 47.4 การหัก 2 ระดับร้อยละ 27.1 และการหัก 3 ระดับหรือมากกว่าถึงร้อยละ 25.5 โดยกระดูกสันหลังหักบุบตัวเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดหลังโคงซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญระดับต้นของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย⁽³⁰⁾

กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุ จากการศึกษาพบว่ามีความซุกร้อยละ 3.4⁽³¹⁾ และประชากรสูงอายุที่มีอายุมากจะมีความซุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงมากขึ้นโดยเป็นไปตามกฎ “สามเท่า” ของทุกช่วงอายุ 10 ปีคือ ช่วงอายุ 60-69 ปีมีความซุกร้อยละ 1 ช่วงอายุ 70-79 ปี มีความซุกร้อยละ 3 ช่วงอายุ 80-89 ปีมีความซุกร้อยละ 10 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีความซุกมากกว่าร้อยละ 30 ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีอัตราความซุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่กลับพบว่าเพศไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงเมื่อทำการวิเคราะห์ปรับด้วยอายุแล้ว ทั้งนี้ความซุกที่พบมากในเพศหญิงเป็น เพราะว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากนั้นเป็นผู้หญิง สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสมองเสื่อมนอกเหนือจากอายุแล้ว ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การอ่านไม่ออกรอเรียนไม่ได้ พื้นที่อาศัยที่มีการพัฒนาไปสู่เขตเมือง และความซุกของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย⁽³²⁾ คือ โรคข้ออัลไซเมอร์ (ร้อยละ 50) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 30) ผลต่อเนื่องสำคัญในผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมโดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ คือ มีความต้องการการดูแลในระดับสูงและทำให้การดูแลเป็นไปได้ยากความลำบากจนเกิดผลกระทบตั้งทางจิตใจและสุขภาพกายของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเรื่องอย่างมาก⁽³³⁻³⁵⁾

ภาวะซึมเศร้า (Pervasive depression) และโรคซึมเศร้า (Major depression) เป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุไทย จากการศึกษาพบความซุกของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันมากขึ้นอยู่กับวิธีการหรือแบบประเมินที่เลือกใช้ โดยมีความซุกกว่าร้อยละ 20 ของประชากรสูงอายุ⁽³⁶⁻³⁸⁾ อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าไม่ได้เป็นปัญหาทางสุขภาพเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในประชากรอาจเป็นเพียงด้านนึงของคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ของผู้สูงอายุเท่านั้น

ปัญหาท้องผูก (constipation) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยพบได้ถึงร้อยละ 35 ในประชากรสูงอายุ⁽³⁹⁾ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตพอสมควร แต่ผู้สูงอายุส่วนมากพยาบาลแก้ไขปัญหาของตนเองโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา โดยเฉพาะการปรับปรุงนิสัยการถ่าย การออกกำลังกาย และการรับประทานผักผลไม้ เป็นต้น อย่างไร ก็ตามผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาศัยสมุนไพรและการซื้อยาระบายรับประทานเอง ปัญหาท้องผูกมีความซุกสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในผู้สูงอายุหญิง และในผู้ที่รับประทานผักน้อย⁽³⁹⁾

มีการศึกษาโรคต้อกระจาก⁽⁴⁰⁾ และโรคต้อหิน⁽⁴¹⁾ ในประชากรสูงอายุไทยและพบความซุกสูงถึงร้อยละ 74.6 และ 6.1 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก โดยเฉพาะโรคต้อกระจากที่ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัดและจะช่วยป้องกันปัญหาตาบอดได้ ทำให้ปัญหาโรคต้อกระจากจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย

การติดเชื้อชิพลิส เป็นปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย⁽⁴²⁾ โดยพบว่ามีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในเขตชุมชนชานเมืองถึงร้อยละ 16.5 ที่เคยติดเชื้อชิพลิสมาก่อน โดยร้อยละ 81 ไม่ทราบว่าตนเองเคยได้รับเชื้อ และมีเพียงร้อยละ 16 ของผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่ได้รับการรักษาครบถ้วน ทำให้มีความจำเป็นของการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลการติดเชื้อชิพลิสในผู้สูงอายุไทยในพื้นที่อื่นๆ และการเกิดการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง

■ ภาวะบกพร่องของร่างกายที่ได้รับการสำรวจในระดับชาติ

จากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁴³⁾ ที่สำรวจหนึ่งของการสำรวจเป็นการรวมข้อมูลภาวะบกพร่องในประชากร ได้แก่ แขน-ขา-นิ้วมือ-นิ้วเท้าขาดด้วยตาบอด เป็นไปบี หูตึง-หูหนวก อัมพาต-อัมพฤกษ์ ปากแหง-เพดานไหว แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าบุก-แขนขาคงอ โรคจิต-วิกฤติ ปัญญาอ่อน และกระดูกสันหลังคงอ จากรายงานสามารถวิเคราะห์อัตราตามกลุ่มอายุ และอัตราตามลักษณะภาวะบกพร่องและเพศในประชากรสูงอายุได้ โดยพบว่า อัตราตามกลุ่มอายุของภาวะบกพร่องดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งที่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีความซุกสูงร้อยละ 5.3 สำหรับประเภทของความบกพร่องที่พบบ่อยในประชากรสูงอายุ คือ หูตึง อัมพาต-อัมพฤกษ์ ตาบอด แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าบุก-แขนขาคงอ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะบกพร่องประเภทต่างๆ ในประชากรสูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง

หูตึง	ร้อยละ
อัมพาต-อัมพฤกษ์	14.8
ตาบอด 2 ข้าง	4.7
แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าบุก-แขนขาคดงอ	4.6
ตาบอด 1 ข้าง	4.4
กระดูกสันหลังคดงอ	2.2
หูหนวก 2 ข้าง	2.0
นิ้วมือขาดด่วน	1.5
เป็นไป	1.0
โรคจิต-วิกฤตจิต	0.9
แขนขาดีด่วน	0.4
ขาขาดด่วน	0.4
ปัญญาอ่อน	0.3
นิ้วเท้าขาดด่วน	0.2

วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนาคตมัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539⁽⁴³⁾

■ อัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากเนื้อจากโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่จากสาเหตุต่างๆ ในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6^(14,18) ซึ่งสูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับประชากรรวม โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท อุบัติการณ์ของการป่วยและจำนวนวันเฉลี่ยที่ป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุ⁽¹⁴⁾ โรคและปัญหาเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก^(14,44) ได้แก่ ไข้หวัด ปวดเมื่อยศีริระ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และปวดหลัง (ตารางที่ 5) การที่อุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยใหม่ที่มาจากการปวดของร่างกายในบริเวณต่างๆ มีอัตราโดยรวมที่สูง ทำให้ยาที่มีการใช้มากที่สุดในผู้สูงอายุคือกลุ่มยาอะซีทัปปิด (ร้อยละ 34.4) ส่วนใหญ่ของยาอะซีทัปปิดจะได้มาจากการซื้อยารับประทานเองมากที่สุด และพฤติกรรมการซื้อยาระบบป่วยนี้พบสูงสุดในประชากรสูงอายุที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร^(16,18)

สำหรับการเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบร่วมในแต่ละปี ร่วร้อยละ 14.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมดต้องเข้าพักระยะในโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา⁽⁴⁵⁾ โดยจำนวนวันเฉลี่ยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับ 11.9 วัน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.1 วัน) สาเหตุของการเจ็บป่วยที่ทำให้จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบบ่อยคือ ท้องเสีย กระเพาะอาหารอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจก โรคหัวใจ ปวดเสี่ยดแน่นท้อง เป็นลมหมดสติ หอบหืด เบหหวาน และการเกิดอุบัติเหตุและการหลอกล้ม (ตารางที่ 6) จากการ

ศึกษาพบว่า อัตราการเกิดเจ็บป่วยใหม่ในประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (ร้อยละ 31.6) สูงกว่าประชากรสูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ (ร้อยละ 27.5) ขัดเจน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยใหม่ 1.2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ⁽⁴⁴⁾

อัตราเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป⁽⁴⁶⁾ อัตราการเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือความต้องการดูแลพิเศษ เช่นการพึ่งตัวที่ช้า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยทำให้มีความจำเป็นต้องใช้หอภัตตา碌ปูป่วยหนักในอัตราสูง⁽⁴⁷⁾ การครองเตียงในโรงพยาบาลนานกว่า⁽⁴⁶⁾ เกิดปัญหาผลข้างเคียงจากยานมากกว่า⁽⁴⁸⁾ และต้องการการเกือกูลทางสังคมเมื่อจะส่งตัวออกจากโรงพยาบาลสูงกว่า⁽⁴⁶⁾

ตารางที่ 5 อัตราเจ็บป่วยเฉลี่ยน้อย 15 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจจำแนก ตามเพศ และเขตที่อาศัย

อาการเจ็บป่วย	ชาย		หญิง		รวม
	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท	
หวัด/น้ำมูกไหล	31.3	27.0	25.7	20.3	25.7
ปวดมีนีตีรูบะ	10.0	8.9	12.7	14.8	12.5
ปวดกล้ามเนื้อ	4.6	9.3	7.5	7.5	9.1
ปวดจุกเสียดท้อง	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
วิงเวียนหัวมืด	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: คณะกรรมการโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

ตารางที่ 6 ร้อยละของอาการรำคาญ/โรค 20 อันดับแรกที่ทำให้กู้มตัวอย่างผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมาจำแนกตามเพศและเขตที่อาศัย

อาการรำคาญ/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
ต้อกระจักษะ	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
น้ำดี	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
ร้อนในคอด	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
ริดสีน	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
ไส้ติ้งอักเสบ	0.7	1.6	0.7	1.4	0.7	1.5
ต่อมลูกหมากโต	6.0	2.4	-	-	6.0	-

ที่มา: คณะกรรมการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

โดยสรุปในภาพรวมโรคและปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทยแสดงให้เห็นในตารางที่ 7 โดยเรียงลำดับตามความซุกหรืออุบัติการณ์ที่มีในรายงานการศึกษาต่างๆ

ตารางที่ 7 ความซุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทย

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสั้น

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ชนิด	ร้อยละ	ชนิด	ร้อยละ
ไข้หวัด	24	โรคข้อเลื่อม-ปวดข้อเรื้อรัง	55-70
ปวดศีรษะ	12	ปวดหลังเรื้อรัง	50-55
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	8	โรคต้อกระจาก	75
ปวดหลัง-เอว	7	นอนไม่หลับ	30-45
ปวดข้อต่างๆ	6	โรคความดันโลหิตสูง	20-30
มีนัง	5	ท้องผูก	20-25
เป็นลม	4	หูดีง	21
ปวดท้อง-จากเสียด	4	หกฉี่ม	20
ไข้จากสาเหตุอื่นๆ	4	ภาวะซึมเศร้า	20
ท้องเสีย	2	โคลเลสเทอโรลสูง	15-20
ไอ	2	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ	12-16
อ่อนเพลีย	2	โรคเบาหวาน	8-12
โรคกระเพาะ	2	โรคต้อหิน	6
หอบหืด	1-2	โรคหัวใจอื่นๆ	4-6
		โรคหลอดเลือดสมอง	3-7
		โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	4-5
		กลุ่มอาการสมองเสื่อม	3-4
		โรคหลอดเลือดหัวใจ	2-3
		โรคต่อมลูกหมากโต	1-2
		ตาบอด	1
		หูหนวก	0.7
		มะเร็ง	0.5

ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือการสูญเสียของความสามารถในการประกอบกิจต่างๆ ที่ควรจะทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากการความบกพร่อง เช่น ความจำผิดปกติมีอาการหลงลืมทำให้จำยาก ไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรงทำให้สามารถใช้เสื่อผ้าไม่ได้ หรือหัวใจล้มเหลวทำให้เดินออกนอกบ้านไม่ได้⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ ภาวะทุพพลภาพหรือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจที่เคยทำได้เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุทั่วไปและให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญของความเป็นอิสระและการต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุจะประเมินความมีสุขภาพดีและความแข็งแรงของตนเองโดยให้ความสำคัญมากที่สุดกับความสามารถในการประกอบกิจต่างๆ ในขณะนั้น สำหรับผู้ให้บริการ ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ เป็นเงื่อนไขสำคัญของการกำหนดการจัดการและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดำเนินการด้วยวิธีต่างๆ นอกเหนือจากการวัดหรือการประเมินภาวะทุพพลภาพยังทำได้ง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับการวัดความเจ็บป่วยและปัญหาทางสุขภาพที่มีความหลากหลายจนยากจะรวมเข้าเป็นดัชนีเดียวหรือยากที่จะเข้าใจ ดังนั้นภาวะทุพพลภาพจึงเป็นดัชนีชี้วัดสถานะทางสุขภาพที่สำคัญนอกเหนือจากอายุคาดหวัง อัตราตาย และอัตราป่วย⁽⁴⁹⁾

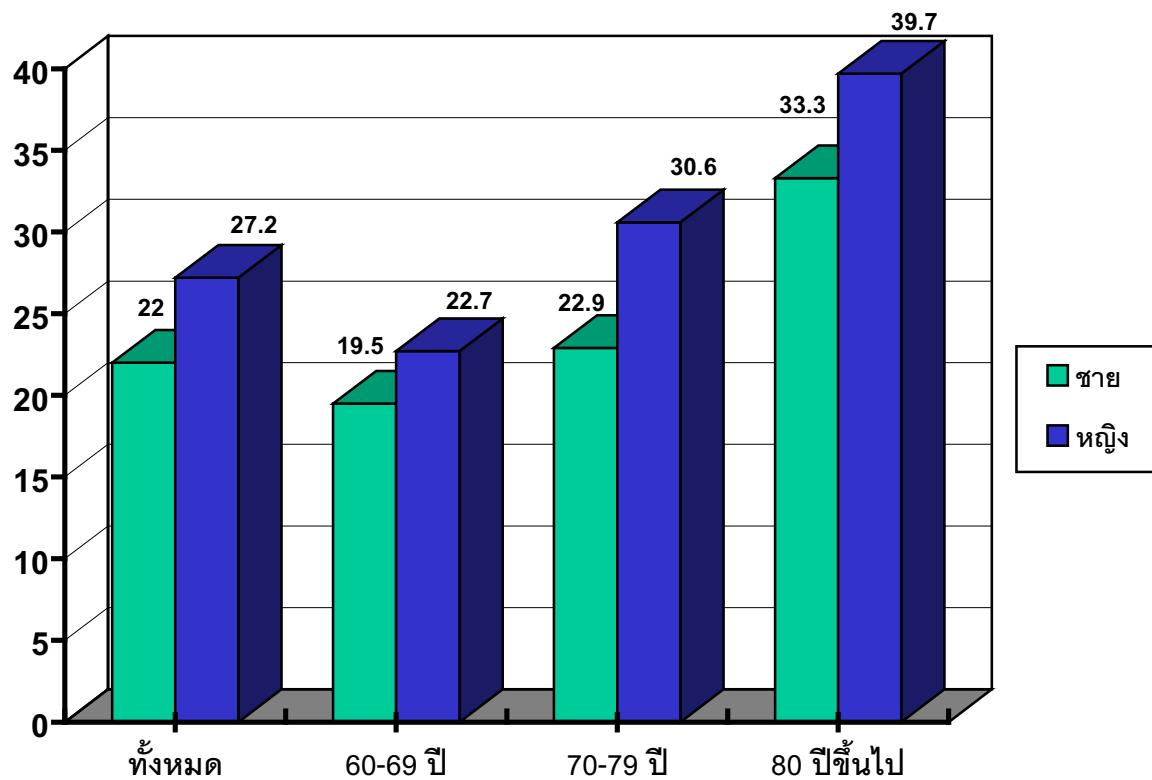
นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นดัชนีของสถานะทางสุขภาพแล้ว ภาวะทุพพลภาพยังมีประโยชน์อื่นๆ ได้แก่ ใช้วัดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้เพื่อการคัดกรองความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงในประชากร ใช้ในการติดตามการดำเนินของโรค ใช้ในการกำหนดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการให้บริการ และใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ของโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ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

■ การศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การศึกษาที่มีมาในประเทศไทยที่เป็นการศึกษาระดับชาติเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุ ตามนิยามขององค์กรอนามัยโลก มีเพียงการศึกษาเดียว คือ การศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2539-2540⁽⁵²⁾ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยด้วยการสัมภาษณ์ และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 2

ผลจากการศึกษาระดับประเทศดังกล่าว พบมีผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 มีปัญหาเรื่องน้ำมานานกว่า 6 เดือน (ประมาณ 1 ใน 5 คน) และถือว่ามีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว อัตราความซุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (รูปที่ 3) ประการสำคัญมีผู้สูงอายุในประเทศไทยถึงร้อยละ 1.6 ที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้าน หรือห้องได้โดยลำพัง และอีกร้อยละ 3.1 ที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระ (ตารางที่ 8)

รูปที่ 3 อัตราความซูก (ร้อยละ) ของภาวะทุพพลภาพระยะยาวตามกลุ่มอายุและเพศ



ที่มา : สุทธิชัย จิตต์พันธุ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศadal (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

ตารางที่ 8 ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ

ระดับความ รุนแรง	ลักษณะในการจำแนก	จำนวน (คน)	ร้อยละของ ประชากรทั้ง หมด	ร้อยละของ ประชากรที่ ทุพพลภาพ
ไม่มี	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	3,279	81.0	-
น้อย	สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย	576	14.2	70.9
ปานกลาง	ไม่สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย แต่ยังเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องที่ อยู่ได้	126	3.1	16.4
รุนแรง	ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือ ในห้อง แต่นั่งได้	29	0.7	3.8
รุนแรงมาก	ต้องนอนตลอดและต้องการการดูแล อย่างมาก	38	0.9	4.9

ที่มา : สุทธิชัย จิตตพันธ์กุล และไพบูลย์ ศรียะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง (ตารางที่ 9) โดยเฉพาะกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน (Instrumental activity of daily living) เช่น การใช้การขนส่งสาธารณะ และการประกอบอาหาร เป็นต้น ประการสำคัญมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานซึ่งเป็นกิจกรรมดูแลส่วนตนอย่างน้อยหนึ่งอย่าง กิจกรรมเหล่านั้น คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดในบ้าน การล้างผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินทางในห้องหรือบ้าน และการอาบน้ำ

ประมาณร้อยละ 1.0-2.1 ของผู้สูงอายุไทยมีดัชนีบาร์เคลต่ำกว่า 12 คะแนนซึ่งจัดว่าอยู่ในภาวะพึ่งพา
รุนแรงถึงรุนแรงมาก⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ โดยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลด้วยเหลือกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอยู่เป็นประจำหรือต้องดูแลตลอดเวลา สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพระดับนี้คือ โรคหลอดเลือดสมอง⁽⁵⁴⁾

ตารางที่ 9 อัตราความซุกของภาวะพึงพาในกิจวัตรต่างๆ

	ความซุก (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
การกลับบ้านจากทำงาน	5.0	4.3 - 5.7
การกลับบ้าน	14.0	12.9 - 15.1

ที่มา : สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล และไพบูลย์ ศุริยะวงศ์เพศadal (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและภาวะพึงพาในผู้สูงอายุไทยเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินขัดสน⁽⁴⁴⁾ (ตารางที่ 10) ปัจจัยสำคัญ จากการศึกษาภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุของประเทศไทย สามารถแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลมาจากการปัญหาสุขภาพ (รูปที่ 4)

สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล และคณะ⁽⁴⁴⁾ ยังได้ศึกษาความซุกของภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะ 2 สัปดาห์ขึ้นเนื่องมาจากการเจ็บป่วย โดยเรียกเป็นภาวะทุพพลภาพระยะสั้น และพบมีความซุกถึงร้อยละ 7.4 (95% confidence interval : 6.5-8.3) ของประชากรสูงอายุทั้งหมดที่ทำการศึกษา เมื่อรวมกับความซุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะได้เป็นความซุกของภาวะทุพพลภาพทั้งหมดซึ่งเท่ากับร้อยละ 25 หรือหมายความนั้น เกลาได้เวลาหนึ่ง ทุก 1 ใน 4 คนของผู้สูงอายุไทยจะมีความจำถัดในการประกอบกิจกรรมที่เคยทำได้หรือมีภาวะทุพพลภาพนั้นเองซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูง นอกจากการจัดการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแล้ว การจัดการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจได้ดีขึ้น จะเป็นการช่วยบรรเทาหรือขัดปัญหาทุพพลภาพให้หมดไป

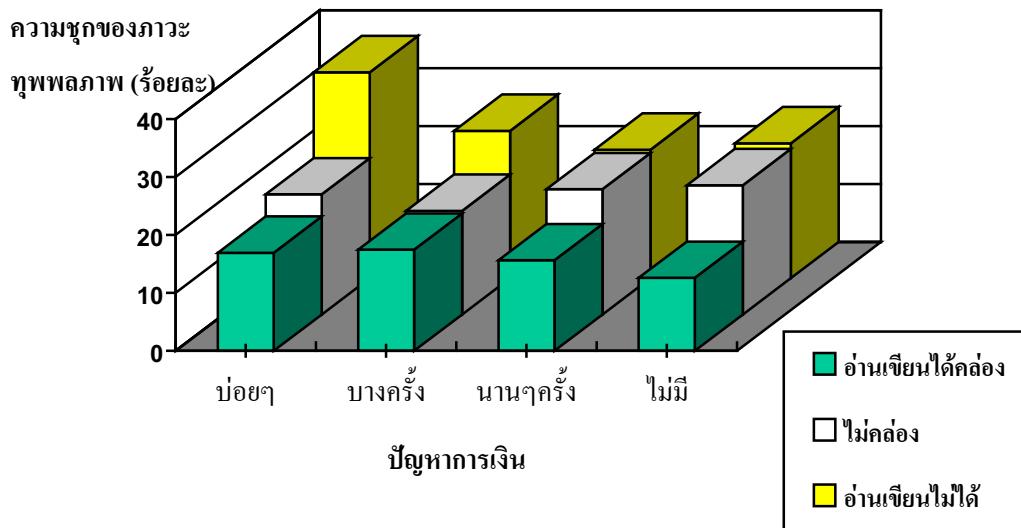
ตารางที่ 10 ความสูงของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ร้อยลส) ของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

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 : ศุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ไฟลล์ ศุภิรัตน์เพศadal (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

รูปที่ 4 ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพโดยพิจารณาจากความซุกของภาวะทุพพลภาพในกลุ่มประชาชน
ย่ออย่างแนกตามสถานะทางการเงินและการเขียนหนังสือ



ที่มา : สุทธิชัย จิตต์พันธ์กุล, ไพบูลย์ ศุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

■ ลำดับความสำคัญของโรคและความผิดปกติที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว

การศึกษาระดับชาติของ สุทธิชัย จิตต์พันธ์กุล และคณะ⁽³⁰⁾ ยังได้ใช้ข้อมูลภาวะทุพพลภาพระยะยาว วิเคราะห์หา population attributable risk fraction ของโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว เพื่อใช้ลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาทางสุขภาพในประชากรสูงอายุไทย ทั้งนี้คณานักวิจัยเห็นว่าภาวะทุพพลภาพเป็นหัวใจหลักของการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของวัยสูงอายุ ทำให้โรคหรือปัญหาสุขภาพที่น้ำไปสู่ภาวะทุพพลภาพมีความหมายที่ชัดเจนกว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ทำให้เสียชีวิต ประการสำคัญการสำรวจภาวะทุพพลภาพ เช่นนี้จะเป็นทางออกสำหรับประเทศไทยในการรับมือปัญหานี้ในด้านความถูกต้องของการเสียชีวิตและสาเหตุของการเสียชีวิตดังเช่นที่ประสบอยู่ในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า โรคและความผิดปกติทางสุขภาพที่มีลำดับต้นจะเป็นโรคหรือปัญหาที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการรับรู้ เช่น อัมพาตครึ่งซีก ปอดเข้า-เข้าอักเสบ อุบัติเหตุ และตาบอด เป็นต้น ลำดับความสำคัญมีความแตกต่างชัดเจนกันระหว่างเพศชายและหญิง (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ลำดับความสำคัญของโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวยังผู้สูงอายุชายและหญิงโดยอาศัย population attributable risk fractions

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

ที่มา : สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล และไฟบูลย์ สุริยะวงศ์พิศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

จากการที่ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุเป็นผลจากโรคเรื้อรังและปัญหาทางสุขภาพ โดยหากสามารถให้การป้องกันหรือรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิผล ก็น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการลดทอนการเกิดภาวะทุพพลภาพขึ้นได้ โรคหรือความผิดปกติซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกๆและน่าจะป้องกันหรือรักษาพื้นฟูอย่างได้ผล ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ที่เป็นสาเหตุของอัมพาตครึ่งซีก โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการปวดเข่า-เข้าอักเสบ อุบัติเหตุ โรคต้อกระจกและต้อหินที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสอง กระดูกสันหลังโงงหรือคงดองซึ่งสัมพันธ์กับโรคกระดูกพูนและการหลั่มหูหนวก/หูดีงมาก และโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การป้องกันและชลออกการเกิดโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวยังเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเนื่องจากเป็นการทำให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นอิสระช่วยเหลือตันเองได้ และยังสามารถอยู่ในสถานะของผู้ให้ผู้เกี่ยวกุล ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุดำรงเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่อง

ภาพรวมโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุ

จากข้อมูลต่างๆทางสุขภาพที่ถึงแม้จะไม่สามารถหาผลวิธีในการจัดลำดับความสำคัญได้ด้วยตัวนี้ เพียงอย่างเดียว แต่จากข้อมูลเหล่านี้ยังสามารถใช้ข้อมูลทางภาพรวมของความสำคัญโดยพิจารณาถึงความสำคัญต่อการเสียชีวิต ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ และความซุกของปัญหาในประชากร^(11,56) ถึงแม้อาจจะมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับความสำคัญเหล่านี้ แต่ภาพรวมความสำคัญโดยการประมาณนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดการทั่วพยากรและลำดับความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาระดับประเทศ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 โรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆโดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในบจกบัน *

- โรคตา (ต้อกระজากและต้อหิน) และตาบอด
- โรคหลอดเลือดสมอง
- อุบัติเหตุ
- โรคข้อเสื่อมโดยเฉพาะที่ข้อเข่า
- โรคความดันโลหิตสูง
- ทุพโภชนาการ
- โรคเบาหวาน
- โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจอื่นๆ
- ความผิดปกติของการได้ยิน
- การติดเชื้อ โดยเฉพาะปอดอักเสบ
- กลุ่มอาการสมองเสื่อม
- โรคของหลังที่ทำให้ปวดหลังเรื้อรัง
- การหลั่มและกระดูกหัก
- มะเร็ง
- ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา
- นอนไม่หลับ
- การกลั้นบ๊สสภาวะไม่ได้
- ท้องผูกประจำ

* ปรับปรุงจาก: สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในบจกบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย.(56)

ดัชนีสุขภาพในประชากรสูงอายุ⁽⁵⁷⁾

นอกจากการใช้อัตราตายและอายุคาดหวังเมื่อแรกเกิดหรืออายุคาดหวังที่อายุ 60 ปีเป็นดัชนีในการติดตามเปรียบเทียบสถานะทางสุขภาพแล้ว ยังมีดัชนีที่สามารถวัดเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเข้าด้วยกันโดยจะให้ภาพที่ดีขึ้นในการติดตามสถานะทางสุขภาพของประชากร คือ อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะ ทุพพลภาพ (disability-free life expectancy; DFLE) และ อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy; ALE) [DFLE คำนวณจากความซุกของภาวะทุพพลภาพร่วมกับตารางชีพ; ALE คำนวณจากความซุกของการพึ่งพาในกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดในหน้า การเข้าใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ ร่วมกับตารางชีพ]

จากการศึกษาพบว่า DFLE และ ALE ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับที่ดีพอสมควร (ตารางที่ 13) การติดตามศึกษาดัชนีนี้จะช่วยในการติดตามประเมินสถานะทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและตียิ่งขึ้นอันจะสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ตารางที่ 13 อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (longterm-disability free life expectancy; LDFLE) และ อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (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 จิตพันธ์กุล และไฟน์มูลต์ ศรียะวงศ์เพศา (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพต่ออายุคาดหวังแล้ว (ตารางที่ 14) จะเห็นว่าทั้งชายและหญิงจะมีสัดส่วนที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและสัดส่วนในเพศชายจะมากกว่าในเพศหญิง ดังนั้นการที่มีอายุยืนมากขึ้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุไทยจะมีสุภาพที่ดีมากขึ้นหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เสมอไป ข้อมูลในตารางที่ 14 ยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุหญิงมีสถานะสุขภาพที่ด้อยกว่าผู้สูงอายุชาย

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 จิตพันธุ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

พฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพ

เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักจะไม่ใช้บริการจากสถานบริการทางสุขภาพ⁽⁵⁸⁾ แต่หากมีอาการมากหรือไม่ได้ขึ้นหลังจากการดูแลตนเองโดยทั่วไปแล้ว โดยเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่นิยมมากที่สุด ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะขึ้นหรือจัดหายารับประทานเอง และร้านขายยาเป็นสถานบริการทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยเลือกใช้เป็นลำดับแรก^(39,58) เมื่อการใช้ยาที่ซื้อมาไม่ได้ผลหรือได้ผลไม่เป็นที่ต้องใจจะเลือกใช้สถานบริการทางสุขภาพแหล่งอื่นๆต่อไป สถานบริการทางสุขภาพอื่นที่ผู้สูงอายุไปใช้มากตามลำดับ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลรัฐ และคลินิกเอกชน โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทนิยมใช้บริการจากสถานีอนามัย ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองนิยมใช้บริการจากโรงพยาบาลและคลินิก⁽¹⁴⁾ เนื่องจากความต้องการเลือกใช้สถานบริการดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการความลับด้านความเป็นส่วนตัว การเดินทาง สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินดี และผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา จะใช้ระบบบริการสุขภาพที่ให้การรักษา เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาล มากกว่าการซื้อยารับประทานเอง⁽⁵⁸⁾

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจจะระดับชาติเพื่อศึกษาการรับรู้ความต้นโลหิตสูง การรับการรักษา และความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต⁽⁵⁹⁾ พนับว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ที่ถูกตรวจว่ามีความดันโลหิตสูง (Unawareness cases) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีถึงร้อยละ 51 ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ผลจากการศึกษานี้แม้จะสะท้อนถึงปัญหาของการเข้าถึงสถานบริการ แต่ก็ยังสะท้อนถึงพฤติกรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ที่อาจมีปัญหาในระดับสูงเช่นกัน

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

ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ มีฐานะทางการเงินที่ไม่ดีอาศัยในเขตชนบทและไม่เคยรับทราบเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ป่วยอย่างไทยของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁸⁾

ภาระต่อระบบบริการสุขภาพและการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทยพบว่า จำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามอายุ^(14,46) เกิดปรากฏการณ์อุดกั้นเตียง (bed blocker)⁽⁶⁰⁾ อันเนื่องมาจากการภาระก่อนกำหนดของผู้ป่วยสูงอายุมักมีความจำถูกหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสามารถเดื่อมตอยลงจากภาวะเดิมก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถ้าทั้งมักจะมีปัญหาทางด้านสังคม⁽⁴⁶⁾ ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งตัวกลับสู่บ้าน สภาพเหล่านี้จึงนำไปสู่การใช้เตียงในโรงพยาบาลในระดับสูง จึงไม่น่าแปลกใจที่พบว่าอัตราการใช้เตียงของโรงพยาบาลสูงที่มีอยู่ทั่วประเทศโดยผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด⁽⁵⁸⁾ และได้รับการประเมินการว่าจะมีการเพิ่มของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าของการเพิ่มในประชากรอายุน้อย⁽⁶¹⁾ ปัญหาสุขภาพในประชากรสูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพโดยอิงกับอัตราความชุกในปัจจุบัน จะพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาในอนาคตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก⁽⁶²⁾ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังดำเนินเข้าสู่ระยะประชากรสูงอายุ (Population ageing) แต่ตัวอัตราความชุกไม่ได้คงที่ตามที่มีข้อมูลในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจะเปลี่ยนไปด้วย ปัจจุบันมีหลักฐานหลายประการที่สำคัญยิ่งซึ่งนิ่งว่าอาจมี “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย” โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป^(10,63) ซึ่งได้เกิดขึ้นกับประเทศที่พัฒนาแล้วมาก่อน อันเป็นผลมาจากการปัญหาดุริกรรม สุขภาพ วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม และสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยในอนาคตที่มีปัญหาทางสุขภาพจะสูงกว่าที่คาดประมาณไว้

ความไม่เท่าเทียมกันของสถานะสุขภาพป่วยภูมิภาคเด่นในประชากรสูงอายุ⁽⁴⁴⁾ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้และเศรษฐกิจยากจนจะมีความซุกของภาวะทุพพลภาพในอัตราที่สูงมากกว่าผู้สูงอายุที่เขียนได้และมีเศรษฐกิจที่ดีกว่าเด่น ความแตกต่างของสถานะสุขภาพดังกล่าวอาจเป็นผลต่อเนื่องระยะยาวของความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิตที่มาป่วยภูมิภาคเด่นในวัยสูงอายุ หรืออาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุโดยตรงเนื่องจากเป็นวัยที่ໄວต่อผลกระทบที่มาจากการด้อยโอกาสด้านการศึกษาและเศรษฐกิจ เช่น ระดับการศึกษาที่ต่ำ และความยากจน เป็นเหตุบั่นทอนความสามารถในการเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และลดโอกาสหรือศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพดูแลเอง จึงนำไปสู่ผลเสียต่อสถานะสุขภาพในคนวัยนี้ได้เด่น เด่นนั่นก็คือความไม่เท่าเทียมกันของสถานะสุขภาพในคนวัยนี้ที่มีปัญหาทางสุขภาพในจำนวนมากกว่าที่คาดประมานโดยใช้อัตราความซุกคงที่แล้ว ผลกระทบด้านความไม่เป็นธรรมก็เช่นกัน นั่นสืบเนื่องจาก

การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในการบริการทางสุขภาพจะประกอบไปด้วยมิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการพัฒนาสุขภาพ สำหรับข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบริการในมิติเหล่านี้โดยตรง ได้แก่

การส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการออกกำลังกาย⁽⁶⁴⁻⁶⁸⁾ แต่การศึกษาเหล่านี้มักจะเป็นการศึกษาถึงการยอมรับหรือรูปแบบการปฏิบัติที่เหมาะสมหรือการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ และการศึกษาดังกล่าวมักมีตัวอย่างขนาดเล็กหรือมีข้อจำกัดด้านกระบวนการวิจัย ผลการสำคัญยังไม่มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ต่อสุขภาพที่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตาม ได้มีการพัฒนาเครื่องมือ “แบบประเมินพุทธิกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย” ขึ้น⁽⁶⁹⁾ หากมีการทดสอบเพิ่มเติมว่ามีคุณค่าและความน่าเชื่อถือที่ดี แบบทดสอบนี้จะเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยทางกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในประชากรสูงอายุต่อไป

การตรวจคัดกรองและการป้องกันโรค ได้มีการศึกษาข้อมูลต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศสำหรับการตรวจคัดกรอง⁽⁷⁰⁾ โดยเน้นโรคหรือปัญหาที่สมควรทำการตรวจคัดกรองและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในประเทศไทย คำแนะนำได้แสดงไว้ในตารางที่ 15 สำหรับการให้วัคซีนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อ พนักงานการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine) ในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังจะได้ประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินหายใจ⁽⁷¹⁾ และซึ่งแนะนำผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจะได้ประโยชน์จากการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ สำหรับการศึกษาถึงระดับภูมิคุ้มกันต่อbacille Calmette-Guérin คอตีบและไอกวนพบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจะไม่เคยได้รับวัคซีนในวัยเด็กแต่กลับมีระดับภูมิคุ้มกันในระดับสูง⁽⁷²⁾ ซึ่งน่าจะเป็นการเกิดภูมิคุ้มกันจากการได้รับเชื้อ ดังนั้นการให้วัคซีนป้องกันโรคbacille Calmette-Guérin และไอกวน แบบทั่วไป (Primary prevention) แก่ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจึงอาจจะไม่มีความจำเป็น

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อการตรวจคัดกรองที่เป็นประโยชน์และน่าจะกล่าวถึง นอกจากเครื่องมือในการประเมินโอกาสการเกิดการหลั่ม⁽⁷³⁾ ยังมีการพัฒนาเครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยเป็นการเฉพาะ ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อม (เครื่องมือประเมินสภาพจิตใจ Chula Mental Test⁽⁷⁴⁾ และการประเมินโดยวัดภาพน้ำพิกัดและวิธีการให้คำแนะนำ – Clock drawing test and Chula clock-drawing scoring system⁽⁷⁵⁾) และเครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีจุฬาอดีต Chula ADL Index⁽⁷⁶⁾) นอกจากนั้นยังมีรายงานการศึกษาคุณค่าเครื่องมือ WHOQoL ในการประเมินคุณภาพชีวิตในประชากรสูงอายุไทย⁽⁷⁷⁾ สำหรับเครื่องมือหรือแบบประเมินที่เป็นการแปลจากที่ใช้กันในต่างประเทศมีอยู่เป็นจำนวนมากตามความสนใจ แต่ไม่หลากหลายในที่นี้ เพราะไม่มีการศึกษาถึงคุณค่าชนิด Criterion validity ให้ประจักษ์ หรือกระบวนการศึกษาที่ใช้ไม่รัดกุมน่าเชื่อถือเพียงพอ หรือมีหลักฐานที่แสดงถึงข้อด้อยของการใช้แบบทดสอบเหล่านั้นในประเทศไทย^(32,78)

ตารางที่ 15 โรคที่ควรตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทยและกลวิธีที่แนะนำ⁽⁷⁰⁾

โรค	กลวิธี	รายละเอียดคำแนะนำ
ปัญหาการมองเห็น	สัมภาษณ์ประวัติการมองเห็นและ Snellen chart	ทุกปี
สูบบุหรี่	สัมภาษณ์ประวัติการสูบบุหรี่	ทุกปี
ดื่มสุรา	สัมภาษณ์ประวัติการดื่มสุรา	ทุกปี
ภาวะขาดใจชนาการ	สัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและวัดดัชนีความหนาของร่างกาย	ทุกปี
โรคความดันโลหิตสูง	วัดความดันโลหิต	ทุกปี
โรคเบาหวาน	ตรวจน้ำตาลกลูโคสตอนเข้าเมื่อองค์อาหาร	ทุกปี
มะเร็งเต้านม	ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจเต้านมโดยแพทย์ ตรวจ mammogram	ทุกสัปดาห์ ทุกปี (ตามสถานะ-ทุกปี)
มะเร็งปากมดลูก	ตรวจ papanicolaou smear	ปีละครั้ง สามปีติดต่อกัน
มะเร็งผิวหนัง	ตรวจผิวหนังทั่วตัว	ทุกปี
มะเร็งช่องปาก	ตรวจช่องปาก	ทุกปี

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. หลักสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ⁽⁷⁰⁾

การรักษาและการพื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษาเรื่องการรักษาและการพื้นฟูสมรรถภาพโรคหรือปัญหาต่างๆ ในผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด การศึกษาที่สำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับประเทศไทยเป็นการศึกษาวิจัยการบริการสุขภาพ ได้แก่ การบริการในรูปแบบสหสาขาสำหรับการบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน⁽⁷⁹⁾ การบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการเฝ้าระวังในชุมชน⁽⁸⁰⁾ การบริการพื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน⁽⁸¹⁾ และการบริการในชุมชน^(82,83) การศึกษาเหล่านี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการบริการในอนาคต

ระบบบริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

มีรายงานการบททวนพัฒนาการของระบบสวัสดิการและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ⁽⁵⁶⁾ และรายงานการประเมินการดำเนินการตามนโยบายด้านสาธารณสุข⁽⁸⁴⁾ ไร้อ่ายดี อย่างไรก็ตามการบริการและสถานบริการที่จัด หรือมีการพัฒนาขึ้นโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

1. ชุมชนผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีชุมชนผู้สูงอายุทั่วประเทศ 3,487 ชุมชน ทั้งแบบที่ดำเนินการเป็นเอกเทศ อยู่ในเครือข่ายของสภากาชาดไทยแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข และดำเนินงานโดยหน่วยงานอื่นๆ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ ลังกัดทบทวนมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล

- บรรยายชันนี กิจกรรมของชุมชนผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) กิจกรรมนันทนาการพบปะสังสรรค์ 3) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม 4) กิจกรรมกีฬาหรือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 5) กิจกรรมการกุศล เป็นต้น ชุมชนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้กระจายไปสู่ระดับตำบลหมู่บ้าน มากจะดำเนินการอยู่ในระดับอำเภอ
2. การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นในประเทศไทยแห่งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ.2506 จนกระทั่งปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลราวร้อยละ 44 ของโรงพยาบาลชั้นนำทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน
3. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุและโครงการพื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ของการดำเนินการเป็นการจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร
4. การบริการในสถานพยาบาล จะเป็นการบริการสุขภาพประเภทชั้บพลันเป็นส่วนใหญ่ และกลวิธี ดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ยังจำกัด สำหรับหอผู้ป่วย กึ่งชั้บพลันสำหรับระยะพักฟื้นและการพื้นฟูสภาพมีน้อยมาก
5. สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนในการจัดตั้งการบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ ได้มีการจัดตั้งการบริการทางสุขภาพในพื้นที่ต่างๆอย่างกว้างขวาง และจะเป็นการบริการเฉพาะพื้นที่ ได้แก่ การบริการตรวจรักษาในชุมชนเป็นครั้งคราว การสนับสนุนของ Helpage International ต่อโครงการบริการแบบเบ็ดเตล็ดในชุมชนและอุดมล่องเตย การจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำชั้นในโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น
6. เอกชนกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีทั้งที่เป็นธุรกิจการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Non-profit) ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง การให้บริการการดูแลระยะกึ่งชั้บพลัน และบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม นอกจากนี้ยังมีบริการจัดส่งพยาบาลหรือแพทย์ไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน รวมทั้งการบริการทางสังคมที่สัมพันธ์กันคือการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุไปตรวจที่สถานพยาบาล
7. บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยภาคเอกชนได้ให้บริการจัดหาผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีการเปิดโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุและให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปตามบ้าน⁽⁸⁵⁾ แต่ยังไม่มีระบบการประกันคุณภาพแต่อย่างใด ทั้งนี้มักเป็นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพพลภาพและผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ได้มีบทความเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการในปัจจุบัน⁽⁸⁶⁾ และได้ทำการวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่มีต่อประชากรสูงอายุ โดยในภาพรวมผู้สูงอายุจะได้มากขึ้นจากการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในด้านการเงินที่รัฐจัดสรุราให้ 1,179 บาทต่อหัว และในด้านความครอบคลุมของชุด

สิทธิประโยชน์ที่มีการกำหนดไว้ขึ้น ประดิษฐ์สำคัญที่สุดของประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้มากขึ้น คือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและสถานบริการโดยเฉพาะสถานบริการเรื่องรัง ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นเร็วกว่าที่เคยคาดหวังกัน อย่างไรก็ตามโครงการประกันสุขภาพด้านหน้าอย่างไม่ลงตัว ทำให้ผลกระทบทั้งด้านดีและด้านเสียต่อผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นจริงอาจเปลี่ยนไปจากที่คาดไว้ จึงยังคงต้องการการติดตามประเมินต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

1. การศึกษาธรรมชาติวิทยาของกำลังความสามารถ (Functional capacity) ของประชากรไทย
 - ก. การศึกษา กระบวนการเปลี่ยนแปลงของกำลังความสามารถในประชากรสูงอายุกลุ่มต่างๆ
 - ข. การศึกษา การปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการดูดถ่ายและสูญเสียกำลังความสามารถ และการปรับตัวของสมাচิกในครอบครัวและครัวเรือนต่อการดูดถ่ายและสูญเสียกำลังความสามารถของบุพการี
 - ค. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการดูดถ่ายในกำลังความสามารถ
2. การศึกษาที่จำเป็นด้านภาวะการมีสุขภาพที่ดีและภาวะทุพพลภาพ
 - ก. การศึกษา ปัจจัยของการมีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ
 - ข. การศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคนในวัยสูงอายุและวัยต้น
 - ค. การศึกษา การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย
 - ง. การศึกษา วิธีการจัดการให้มีการส่งเสริมสุขภาพในประชากรสูงอายุในทุกระดับของการบริการ
 - จ. การศึกษา สภาพแวดล้อมและอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เหมาะสมและกล่าววิธีในการปั้บปูงสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ต่อเนื่องและเพื่อลดทอนภาวะทุพพลภาพและภาวะพึงพาในผู้สูงอายุ
 - ฉ. การศึกษา รูปแบบการบริการทางสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟู ที่เอื้อต่อการเข้าถึงการบริการของผู้สูงอายุ
 - ช. การศึกษา ปัจจัยของศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆ (Active ageing)
 - ช. การศึกษา กลไกหรือวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง
 - ฉ. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพ
 - ญ. การศึกษา ประเภทและขนาดของภาวะทุพพลภาพและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ
 - ภ. การศึกษา การตอบสนองและการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึงพา (วัยที่ 4) และการตอบสนองและการปรับตัวของสมัชิกในครอบครัวและครัวเรือนต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึงพา (วัยที่ 4) ของบุพการี
 - ภ. การศึกษา ความต้องการของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและผู้ดูแล

๓. การศึกษา สถานะและแนวโน้มของผลกระทบของภาวะทุพพลภาพและโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ
๔. การศึกษา สถานะและแนวโน้มของการขยายตัวของโรคเรื้อรังที่สำคัญและภาวะทุพพลภาพ
๕. การศึกษา กลวิธีหรือรูปแบบการบริการที่เป็นทางเลือกของและลดทอนความจำเป็นของกรณีชักในสถานบริการระยะยาว (ทำอย่างไรให้อยู่ในชุมชนได้นานที่สุด?)
๖. การศึกษา ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในประชากรสูงอายุกลุ่มต่างๆ

3. การศึกษาโรคหรือประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ

- ก. การศึกษา เพื่อการลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ
- ข. โรคอัลไซเมอร์
- การศึกษา การดำเนินโรค (Natural course) ของโรคอัลไซเมอร์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุไทย
 - การศึกษา รูปแบบหรือกลวิธีในการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม
- ค. การศึกษา รูปแบบของระบบการป้องกันโรคและส่งเสริมป้องกันโรคการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
- ง. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของโรคสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ
- จ. การศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัยที่เหมาะสม สาเหตุ และการป้องกันภาวะซีด
- ฉ. การศึกษา ขนาดของปัญหาการติดเชื้อซิฟิลิสในระบบประสาทส่วนกลาง
- ช. การศึกษา ความจำเป็นและความคุ้มค่าของการให้วัคซีน
 - วัคซีน ไข้หวัดใหญ่
 - วัคซีน โนโวโนโคคัส
 - วัคซีน Diphteria-Pertussis-Tetanus
- ชช. การศึกษา กลวิธีและความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับประเทศไทยของโรคสำคัญหรือที่เป็นประเด็นต้องทำการศึกษา
- มะเร็งเต้านม
 - มะเร็งต่อมลูกหมาก
 - มะเร็งลำไส้
 - รัณโรคและมะเร็งปอด
 - โรคซีมเครว่า
 - โรคต้อกระจก
 - โรคต้อหิน
 - กลุ่มอาการสมองเสื่อม
 - โรคกรดดูกรุน
- ฉ. การใช้ยาและปัญหา

- การศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยของการนิพนธิกรรมที่ไม่เหมาะสม
- การศึกษา ชนิดยาสำคัญที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงและกลวิธีในการป้องกัน
- การศึกษา ความคุ้มค่าของการใช้ยาในโรคสำคัญหรือที่เป็นประเด็น เพื่อใช้ประโยชน์ใน การกำหนดแนวทางการดูแลรักษา ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคกระดูกพูน โรคชีมเคร้า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคต้อกระดูก
- การศึกษา ระบบสนับสนุนการสั่งและการจ่ายยาที่เหมาะสม
- การศึกษา ระบบป้องกันการสั่งและการใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง

ญ. ปัญหาการหลอกล้มและอุบัติเหตุ

- การศึกษา เครื่องมือในการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการหลอกล้ม
- การศึกษา กระดูกหักและผลต่อเนื่องจากการหลอกล้ม
- การศึกษา ปัจจัยของการหลอกล้ม ของผู้สูงอายุ
- การศึกษา กลวิธีการป้องกันการหลอกล้มและกระดูกหัก
- การศึกษา สาเหตุและกลวิธีการป้องกันอุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ฎ. ปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทึ้งในผู้สูงอายุ (Elderly abuse and neglect)

- การศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัยปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทึ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา ขนาดของปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทึ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา กระบวนการเฝ้าระวัง การวินิจฉัย และการจัดการในระดับปฏิบัติการต่อ ปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทึ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา กระบวนการและระบบการจัดการในระดับนโยบายและแผนงานต่อปัญหา การทารุณกรรมและการทอดทึ้งในผู้สูงอายุ

ฏ. ปัญหาฟันและซ่องปาก

- การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฟันและเหงือก
- การศึกษา กลวิธีในการป้องกันและจัดการปัญหาฟันและซ่องปากที่สำคัญในผู้สูงอายุ

ฐ. การศึกษา กลวิธีและรูปแบบการบริการปัญหาเกลี้ยงปีสสาวะไม่ได้ในชุมชน

ท. ภาวะทุพโภชนาการ

- การศึกษา สถานะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการมีภาวะทุพโภชนาการ
- การศึกษา กลวิธีที่เหมาะสมในการประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงด้าน ทุพโภชนาการ
- การศึกษา กลวิธีหรือรูปแบบของการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีและการป้องกันภาวะ ทุพโภชนาการ

4. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้จากข้อมูลทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับวัยสูงอายุ เพื่อให้ได้สาระที่จำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย การจัดเตรียมแผนงาน การดำเนินกิจกรรมและการบริการ และการประพฤติปฏิบัติที่เหมาะสม
- ก. การออกแบบกายที่เหมาะสม
- ข. โภชนาการและความจำเป็นของสารอาหารเสริม
- ค. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ
- กลุ่มอาการสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์
 - โรคหลอดเลือดสมอง
 - โรคกระดูกพุ่น
 - การหลบล้ม
 - ปัญหาทางเพศสัมพันธ์
 - อัตโนมัติบำบัดกรรม
 - การทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ (Elderly abuse and neglect)
 - อื่นๆ (ตามความจำเป็น)
- ง. พฤติกรรมหรือระบบบริการหรือการบริการที่สัมพันธ์กับ “สุขภาพดีในวัยสูงอายุ” และ “ภาวะทุพพลภาพ”

บรรณานุกรม

1. นภาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: สรวយสูงอายุคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
2. ศรีจิตรา บุนนาค, สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน: ปัญหาทางสุขภาพภาวะพิ่งพา และแนวโน้มทางการแพทย์และการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ. ใน: สรวយสูงอายุคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
3. นิศา ชูติ. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
4. เกริกศักดิ์ บุญญาณุพงศ์, สุรีย์ บุญญาณุพงศ์, 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 จิตตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัธนา พนาโนรามัย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วารีสาธกิจ, สิรินทร์ ฉันศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
7. ปรีชา อุปปิยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วีณา ศิริสุข, มัลลิกา บตติโก. *ไม่ไกลตัว: 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 factors 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 จิตตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. *วารสารพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;1:42-9.
11. สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 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 ชัยวรรณ, จอร์น ชโนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 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. สุรี กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปถัมภ์, วีณา ศิริสุข. การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
17. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจสอบรายการทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2534-2535. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539.
18. คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538. การสำรวจสุขภาพประชาชน 50 ปี ขึ้นไป ประเทศไทย ปีพ.ศ.2538. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
19. ศรีน้อย มากเงช์, นฤมล ชัยสุพรวน, ประพิมพ์ สมมาแขง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในชนบทอีสาน. ศรีนคินทร์เดชสาร 2532;4:266-74.
20. กองโภชนาการ กรมอนามัย. การศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุของประเทศไทย (อายุ 55-74 ปี). นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2540.
21. ประเสริฐ อัลลันด์ชัย, สมหวัง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: กองบริการงานวิจัย 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 สันติโยga. อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีไทย. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 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 เถี่ยมวงศ์. ปัจจัยของการหลบล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 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 และปัจจัยของภาระสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
30. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุและลำดับความสำคัญ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:34-46.
31. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. กลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข 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. *Int J Geriatr Psychiatr* 1991;6:639-46.
33. วรรณนิภา บุญราษฎร์. ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;1:11-8.
34. ศิริพันธ์ สาสัตย์, Bryan RM, Newens AJ. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;4:15-24.
35. รัชฎา รักขานม. ศภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. *วารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;4:31-7.
36. นันทิกา ทวิชาชาร์ต, อรพวรรณ เมฆสุภา, ธงชัย ทวิชาชาร์ต. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ; เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2534;35:145-203.
37. อรพวรรณ ทองแตง. การศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย (บทคัดย่อ). ใน: สุวัฒน์ สูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภากาชาดไทยแห่งประเทศไทย 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 จิตตะพันธ์กุล, วงศ์วัฒน์ ล้วนลักษณ์, รานี ทวีกิติกุล, จักษณा ปัญญาชีวิน. ภาวะท้อคงผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชน: ความหมายและอัตราความชุก. วารสารพุฒาวิทยาและเศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:8-19.
40. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาพิการ พ.ศ.2539. สำเนา: คณะกรรมการโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาพิการ กระทรวงสาธารณสุข, 2540;7:43.
41. จิต ตุ้ยนิดา, อังคณา เมธีไตรรัตน์. การศึกษา มาตรการการตรวจคัดกรองและความชุกของโรคต้อหิน ในผู้สูงอายุ (บทคัดย่อ). ใน: สุวิทย์สูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติด้วย ด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพุฒาวิทยาและเศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุ ไทย และสมาคมสภាផผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 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. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนาคตนายและสวัสดิการ พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540.
44. สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธิ, วิพุธ พุลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศala. ภาวะทุพพลภาพ ของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศala (บรรณาธิการ). ปัญหาสุข ภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:17-33.
45. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Chopravawon 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 จิตตะพันธ์กุล, ศรีจิตรา บุนนาค. การเสียชีวิตและการกลับสู่บ้านของผู้ป่วยในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2535;36:839-44.
47. Lertkyamanee 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 จิตตะพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 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, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนิยบ้ายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
53. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល. ภาวะพึงพาของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนิยบ้ายและแผนสาธารณสุข 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. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
57. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល. อายุคาดหวังทางสุขภาพ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนิยบ้ายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:70-78.
58. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Chopravawon 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 คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល. โรคความดันเลือดสูง: ภาพสะท้อนคุณภาพการบริการและความไม่เท่าเทียมกัน. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนิยบ้ายและแผนสาธารณสุข 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. นาภาร ชัยวรรณ, จันท์ โนเนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารประจำรศาสตร์ 2535;7:47-59.
62. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល. อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะทางนิยบ้าย. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศាល (บรรณาธิการ). ปัญหา

- สุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาขาวิชานสุขภาพ มนิชิสาขาวิชานสุขแห่งชาติ และสำนักนิพนธ์สุขภาพและแผนสาขาวิชานสุข กระทรวงสาขาวิชานสุข, 2542:89-120.
63. ราวดี คำยา, สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. ประชากรไทยอายุยืนขึ้นแต่ทำงานเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกันด้วย หรือไม่?: ผลการศึกษาอายุคาดหวังเฉลี่ยในการทำงาน พ.ศ.2528-2538. วารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:4-10.
64. จิราภรณ์ กลีบจำปี. การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการศึกษาในการออกกำลังกายผู้สูงอายุ จำเกอ พิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี2539. วารสารสาขาวิชานสุขมูลฐาน ภาคเหนือ 2539;10:31-5.
65. ชนินทร์ วโรทัย, จรรยา เสียงเสนานะ, จาจุวรรณ เหมะอร, รุ่งโรจน์ พุ่มริว, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร. การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถานสังเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง. วารสารสาขาวิชานสุขศาสตร์ 2539;26:15-26.
66. ณนอมชัย ทวีบูรณ์, ณนอมวงศ์ กฤชณ์เพ็ชร์. ผลการฝึกแยกระบิดานช์แบบแรงกระแทกต่ำและปลดแรงกระแทกที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและสารเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ. เอกสารรายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
67. กรกานต์ ป้อมบุญมี. ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาบัลลศตรบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
68. นิรันดร์ ชาวเรือหัก. ผลของการเดินออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ต่างกันของวันที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของคอลเลสเตอโรลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้สูงอายุหญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาพัฒนศึกษา สาขาวิชาพัฒนศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
69. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตรา. การพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชานสุขศาสตร์)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
70. สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. แนวทางการบริการตรวจคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุไทย. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
71. Nanta Maranetra, Phunsup Wongsurakiat, Uraiwan Kositanont. The efficacy and cost-effective of influenza vaccination in COPD patients (abstract). ใน: สรวយสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:285.
72. ธีรพงษ์ ตันยวิเชียร. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, จรรน มาลัยอัตรา, วิสุทธิ์ เดชะวิญญาลัยศักดิ์, (บรรณาธิการ). มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ (หนังสือประกอบการอบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา). กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543.

73. ลัดดา เถี่ยมวงศ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินการหากล้มในผู้สูงอายุไทยในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ)]. 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. สุนุดดาว ตะบูนพงษ์, วันดี สุทธิรัชชี, พชริยา ไชยลังกา. การประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์กรอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 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, Rotrapaisri 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. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:67-79.
83. จิราพร เกตุปีรีชาสวัสดิ์, ปราโมน ยศพล, ศินีนาฏ บุญต่อเติม. โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี, 2537.
84. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒนากร วงศ์อนวสุ, จตุ้น ไบรอัน, อารีย์ พรมมโน. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
85. วิทยนี บุญชະลักษณ์, ยุพิน วรสิริอมร. ธุรกิจการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการศึกษานำเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.
86. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 1-2-3 ของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:59-64.

บทที่ 5: เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ

รศ.ดร. มัทนา พนาณิรามม์ย

อ. มนูษ ศุนทดชากานต์

นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีความเป็นห่วงและกังวลมากที่สุด เมื่อพูดถึงปัญหาทางเศรษฐกิจ เวมักหมายถึงความไม่เพียงพอของรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่ายและมักรวมไปถึงปัญหาที่เกิดจากความไม่แน่นอนหรือผันผวนของรายได้และรายจ่ายด้วย

โดยทั่วไปการพิจารณาถึงรายได้มักคำนึงปัจจัยการผลิต ในทางเศรษฐศาสตร์จำแนกปัจจัยการผลิตเป็น 4 หมวดใหญ่ๆ คือ ที่ดิน ทุน แรงงานและทักษะการประกอบการ เมื่อนำปัจจัยการผลิตทั้ง 4 ไปรวมกันในกระบวนการผลิตก็จะก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มขึ้นในสังคม มูลค่าเพิ่มนั้นจะถูกจัดสรรกลับไปเป็นรายได้ของผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตต่างๆเหล่านั้น รายได้ของผู้เป็นเจ้าของที่ดินจะอยู่ในรูปของค่าเช่า ผู้เป็นเจ้าของทุนอยู่ในรูปของดอกเบี้ย ผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างอยู่ในรูปของค่าจ้าง และผู้ประกอบการอยู่ในรูปของกำไรจากการประกอบการ ยังมีรายได้อีกประเภทหนึ่งเรียกว่ารายได้จากการโอน (transfer income) รายได้ประเภทนี้มีให้รายได้แท้จริงในความหมายข้างต้นเพราเมื่อได้เกิดจากการสร้างมูลค่าเพิ่มขึ้นในสังคม แต่เป็นเพียงการโอนรายได้จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งเท่านั้น เช่น การที่ลูกสังเงินให้พ่อแม่ หรือการที่รัฐบาลรวมเงินจากคนทั้งประเทศในรูปของภาษีแล้วนำไปจัดสร้างให้เป็นสวัสดิการแก่ผู้ด้อยโอกาส ดังนั้นถึงแม้ว่าเงินที่พ่อแม่ได้รับหรือเงินที่ผู้ด้อยโอกาสได้รับการจัดสรรอาจถือเป็นรายรับของพ่อแม่หรือผู้ด้อยโอกาสแต่ก็ไม่ใช่รายได้ที่แท้จริง สำหรับผู้สูงอายุ กำลังและสติปัญญาอยู่ในสภาพเดียวกัน ดังนั้นรายได้ที่ได้จากการแรงงานและแรงงานอยู่ในลักษณะที่ไม่ใช่แรงงาน เช่น รายได้จากการเช่า ค่าเช่า หรือจากเงินโอนเท่านั้น ในขณะที่รายได้ของผู้สูงอายุลดลง แต่รายจ่ายหล่ายด้านโดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกลับเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจำเป็นมากจึงต้องประสบกับปัญหาเศรษฐกิจและรายได้อ่อนเพลีย เนื่องจากสุขภาพไม่ดี ยกเว้นเสียแต่ผู้สูงอายุที่มีสินทรัพย์สะสมไว้เป็นจำนวนมากพอ หรือมีรายได้จากการเงินโอน เช่น จากบุตรหรือจากรัฐ

วัตถุประสงค์ของบทนี้คือเพื่อทบทวนผลงานวิจัยในอดีตในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจและความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุ ความรู้ดังกล่าวจะเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดโจทย์ดำเนินงานวิจัยที่จะเป็นตัวตัดสินใจในการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว การทบทวนการศึกษาจะแบ่งเป็นหัวข้อดังนี้

การทบทวนเกี่ยวกับการเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว ความยากจนในประชากรผู้สูงอายุและครอบครัว สถานการณ์การทำงาน การเชี่ยวนะและปัญหางบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้มหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป

แหล่งข้อมูลหลักดับประเทศที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีไม่นานนัก 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) นอกจากแหล่งข้อมูลทั้งสามซึ่งเป็นการสำรวจเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ยังมีการสำรวจระดับครัวเรือนทั่วราชอาณาจักรอีกด้วย ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สามารถใช้ศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุได้ เช่น การสำรวจสภาวะการมีงานทำของประชากร ซึ่งดำเนินการทุกปี ปีละ 2 - 4 รอบ การสำรวจรายได้รายจ่ายระดับครัวเรือนซึ่งดำเนินการ 2 ปีต่อครั้ง และการสำรวจในประชากรซึ่งดำเนินการทุก 10 ปีต่อครั้ง

อุปสรรคในการเปรียบเทียบผลการศึกษาของแต่ละงานที่สำคัญคือ คำจำกัดความของตัวแปรแต่ละคำจากข้อมูลแต่ละแหล่งแตกต่างกัน หรือแม้กระทั่งจากแหล่งเดียวกันแต่ต่างเวลาภัยังแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่กล่าวมานี้ล้วนเป็นข้อมูลที่มีการวางแผนการสำรวจอย่างดี รอบครอบและรัดกุม ดังนั้น แม้มีความแตกต่างในรายละเอียดอยู่บ้าง แต่ภาพโดยรวมเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุล้วนสอดคล้องกันค่อนข้างมาก

การเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว

ตัวแปรหลักที่ใช้ศึกษาฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุคือรายได้และสินทรัพย์ที่ครอบครองโดยผู้สูงอายุรายได้ในกรอบที่แคบที่สุดคือรายได้จากการแรงงานและสินทรัพย์ที่ตนของครอบครองอยู่ แต่ภายใต้กรอบนี้ก็ยังมีความแตกต่างระหว่างข้อมูลแต่ละแหล่ง เช่น ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ที่เจ้าของใช้เองนั้นควรจะเป็นรายได้หรือไม่ การสำรวจส่วนใหญ่ที่กล่าวมาข้างต้นจะไม่รวมผลตอบแทนของสินทรัพย์ที่เจ้าของใช้เองเป็นรายได้ยกเว้นการสำรวจรายได้รายจ่ายจะนำค่าเช่าบ้านมาประเมินกรณีที่เจ้าของอยู่เองมารวมเป็นทั้งรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนนั้นด้วย ในกรอบที่กว้างถัดไปจะรวมรายได้ที่เป็นเงินโอนด้วย นอกจากนี้การจะดูฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุควรจะรวมเฉพาะรายได้ของผู้สูงอายุ หรือควรรวมรายได้ของคู่สมรส ของบุตรหรือของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วยหรือไม่ ผู้สูงอายุบางคนที่ไม่มีรายได้แต่ครอบครัวมีฐานะดีควรจะถูกประเมินฐานะการเงินอย่างไร แต่ไม่ว่าโดยหลักการควรจะเป็นอย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ปอยครั้งเราก็ไม่สามารถแยกรายได้ของครอบครัวที่ทำธุรกิจส่วนบุคคลว่ารายได้ของธุรกิจนั้นเป็นของบุคคลใดเท่าไหร่ ทั้งนี้ยังไม่ต้องพูดถึงความยากลำบากของการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ซึ่งผู้ตอบอาจไม่เต็มใจให้ข้อมูล ผู้ตอบอาจไม่ทราบข้อมูลเพริ่งรายได้ไม่แน่นอน หรือเพริ่งระบบบัญชีไม่ดีพอทำให้ไม่ทราบว่าต้นทุนแท้จริงของการประกอบธุรกิจส่วนบุคคลว่าเป็นเท่าไหร่ ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุได้ว่ารายได้้นั้นเป็นรายได้รวม (gross income) หรือรายได้สุทธิ (net income) ปัญหาเหล่านี้ ทำให้รายได้จากแหล่งต่างๆเปรียบเทียบกันได้ยาก แต่ถ้าต้องการเปรียบเทียบฐานะของคนแต่ละกลุ่มจากแต่ละแหล่งในการศึกษาเดียวกันน่าจะทำได้เพริ่งฐานะเปรียบเทียบ (relative status) ดังกล่าวจะทำให้ฐานะของคนแต่ละกลุ่มสามารถเปรียบเทียบได้

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

จากข้อมูล SET พ.ศ.2537⁽²⁾ พบร่วมรายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 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) เป็นต้นนี้ประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ 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 และโดยทั่วไปจะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าตัวผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ และในเมืองอื่นๆ จึงมีรายได้ของตนเองและของครัวเรือนสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทอย่างชัดเจน แหล่งรายได้หลักของผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุคือรายได้ของตนเอง รองลงมาคือของบุตร แต่สำหรับผู้สูงอายุส่วนมากจะมีแหล่งรายได้หลักจากบุตร รองลงมาคือเป็นรายได้จากการทำงานของตนเองหรือของคู่สมรส สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการศึกษาหรือเงินบำนาญไม่สูงนัก

นอกจากนั้นยังได้ประเมินการเป็นเจ้าของสินทรัพย์ประเภทต่างๆ และหนี้สิน และพบว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ตอกเป็นตัวอย่างมีทรัพย์สินที่เป็นบ้านและที่ดิน แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบัญชีเงินฝากหรือหุ้นจะต่ำกว่า โดยผู้ชายและผู้ที่อยู่ในเมืองหรือกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนที่เป็นเจ้าของบัญชีเงินฝากหรือหุ้นสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงหรือผู้ที่อยู่ในชนบท แต่ในทางด้านหนี้สินนั้น ผู้ชายและผู้ที่อยู่ในชนบทมีสัดส่วนที่เป็นหนี้สินสูงกว่าผู้หญิงหรือผู้ที่อาศัยในเขตเมืองหรือกรุงเทพมหานคร สำหรับความแตกต่างในด้านการมีของใช้ในครัวเรือนอื่นๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ จักรยานยนต์ รถยนต์หรือรถบีค้อพ ตู้เย็น เครื่องปรับอากาศ และโทรศัพท์ พบร่วมมีความแตกต่างกันระหว่างเพศบ้างในประเภทของที่อยู่ในความครอบครอง แต่จะมีความแตกต่างระหว่างผู้ชายในเมืองและชนบทมากกว่า โดยผู้ที่อยู่ในเมืองหรือกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของผู้ที่มีของใช้แต่ละชนิดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท ยกเว้น รถจักรยานยนต์

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจรายได้รายจ่าย (SES) ปีพ.ศ.2535⁽⁴⁾ พบร่วมรายได้เฉลี่ยของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วราชอาณาจักรคือ 2,720 บาทต่อเดือน (หรือประมาณ 32,640 บาทต่อปี) รายได้ดังกล่าวจะสูงกว่าทั้งของรายได้จากการข้อมูล 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 ของผู้ที่มีรายได้ตอบว่า เป็นรายได้จากบำเหน็จ บำนาญ เงินสงเคราะห์ หรือเงินชดเชยจากการอุบัติเหตุ รองลงไปเป็นรายได้จาก กำไรในการทำธุรกิจภาคการเกษตร (ร้อยละ 22.1) และนอกภาคการเกษตร (ร้อยละ 8.1) ผู้ที่มีรายได้จาก สินทรัพย์และจากค่าจ้างมีเพียงประมาณอย่างละร้อยละ 7 เท่ากัน

จากข้อมูลการสำรวจแรงงานพ.ศ.2540⁽⁵⁾ รอบที่ 1 (เดือนกุมภาพันธ์) พบว่าจากผู้สูงอายุที่ทำงาน ทั้งหมด 1.7 ล้านคน ร้อยละ 65.2 มีรายได้จากการทำงานต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 20.8 มีรายได้ต่ำกว่า ระหว่าง 2,001-4,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุหญิงที่ทำงานโดยมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมีสัดส่วน ร้อยละ 68 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชายซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 62

แม้รายได้ของผู้สูงอายุจะค่อนข้างต่ำ แต่ก็มีเพียงร้อยละ 29 ที่ตอบว่าไม่พอใจในรายได้ของตนเอง ผู้สูงอายุซึ่งเป็นเพศชายและผู้สูงอายุในชนบทมีความไม่พอใจในสภาพการเงินของตนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงและ ผู้สูงอายุในเมืองตามลำดับ นอกจากนี้ แม้รายได้จะลดลงตามอายุแต่ผู้ที่ตอบว่าไม่พอใจกับภาวะเศรษฐกิจของ ตนของกลับลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เพราะความพึงพอใจย่อมขึ้นอยู่กับรายได้เมื่อเปรียบเทียบกับค่าค่าดูแล ของรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นจริง เช่นใจว่าความค่าดูแลในด้านรายจ่ายของผู้สูงอายุลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะลดลงหรืออาจเป็นได้ว่าบุตรหลานอาจเข้ามารับผิดชอบในรายจ่ายที่จำเป็นมากขึ้นเมื่อพ่อแม่มี อายุมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ทั้งรายได้และแหล่งที่มาของรายได้หลักมี ความแตกต่างกันตามอายุ เพศ และแหล่งที่อยู่อาศัย ยิ่งมีอายุสูงมากขึ้นเพียงใดรายได้ก็จะลดลงมากเพียงนั้น โดยผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุมีแหล่งรายได้หลักจากแรงงานของตนเองสูงกว่าผู้ที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว และผู้ชาย จะมีรายได้จากการแรงงานของตนเองสูงกว่าผู้หญิง ผู้สูงอายุหญิงจะมีแหล่งรายได้หลักจากบุตรมากกว่า อย่างไร ก็ตามเมื่อรวมรายได้จากทุกแหล่งแล้วผู้สูงอายุหญิงก็ยังคงมีรายได้ต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับความแตกต่าง ของรายได้ตามแหล่งที่อยู่อาศัยนั้น ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองอื่นๆจะมีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุ ในชนบทอย่างชัดเจนแม้ว่าผู้สูงอายุในชนบทจะมีสัดส่วนของผู้ทำงานสูงกว่าก็ตาม การวัดสถานภาพทาง เศรษฐกิจด้วยการครอบครองสินทรัพย์ประเภทต่างๆ พบร้า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่อาศัย แต่การ ครอบครองบัญชีเงินฝากหรือหุ้นไม่มากนัก ผู้สูงอายุในเมืองจะมีสัดส่วนของผู้ที่ครอบครองบัญชีเงินฝากหรือ หุ้นสูงกว่า ในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุในเมืองมีการครอบครองสินทรัพย์ที่อำนวยความสะดวกต่างๆสูงกว่า ผู้สูงอายุในชนบท

ความยากจนในประชากรผู้สูงอายุและครอบครัว

แม้รายได้ของผู้สูงอายุจะค่อนข้างต่ำดังที่ได้ทบทวนมาแล้ว แต่ลักษณะตั้งกล่าวเป็นลักษณะเฉพาะ ของผู้สูงอายุหรือไม่ หรือเป็นลักษณะของคนไทยทั่วไป ที่สำคัญคือมีผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดที่จัดอยู่ในกลุ่ม ยากจน เรากำลังสามารถให้คำนิยามความยากจนได้หลายแบบ คำจำกัดความอย่างง่ายที่สุดคือการกำหนดจากความ รู้สึกของผู้สูงอายุเองว่ามีรายได้เพียงพอสำหรับการยังชีพหรือไม่ โดยอาจถือว่าผู้ที่ตอบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอเป็น

ผู้ยากจน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 54 และ 35 ในปี พ.ศ.2529 และ พ.ศ.2539 ตามลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ร้อยละของผู้ชายที่ตอบว่าตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอ มีสูงกว่าของผู้หญิงเล็กน้อยทั้งที่ผู้ชายโดยเฉลี่ยมีรายได้สูงกว่าผู้หญิง สติติผู้สูงอายุของประเทศไทย⁽⁷⁾ ให้ข้อสรุปที่คล้ายๆกัน กล่าวคือ มีผู้สูงอายุร้าว 1 ใน 3 รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุ 60-69 ปีมีสัดส่วนของคนที่รู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป สัดส่วนของผู้ชายที่รู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอ มีมากกว่าสัดส่วนของผู้หญิงที่มีความรู้สึกดังกล่าว และนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอสูงกว่าในเขตเทศบาล ข้อมูลเหล่านี้แสดงว่าตัวรายได้อย่างเดียวไม่สามารถเป็นตัวกำหนดว่ารายได้นั้นมีความเพียงพอหรือไม่ ทั้งนี้ ย่อมขึ้นอยู่กับภาระในด้านค่าใช้จ่ายและอุปนิสัยการใช้จ่าย ความจน ความคาดหวัง หรือความพอใจของแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้น ความเพียงพอของแต่ละคนจึงไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้และยากที่จะให้เป็นดัชนีของความยากจน ดังนั้น ผู้ที่ตอบว่าไม่เพียงพอ ก็อาจจะไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายแรกที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ

นักเศรษฐศาสตร์มีวิธีวัดความยากจน 2 แบบ คือแบบสัมบูรณ์ (absolute poverty) และแบบเปรียบเทียบ (relative poverty) ความยากจนแบบสัมบูรณ์นั้นจะใช้เกณฑ์รายได้ขั้นต่ำที่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายที่จำเป็นขั้นต่ำเป็นเด่นแบ่ง โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำดังกล่าวถือว่าเป็นผู้ยากจน รายจ่ายที่ถือว่าจำเป็นขั้นต่ำสำหรับการยังชีพประกอบด้วยรายจ่าย 2 หมวด คือ รายจ่ายหมวดอาหารและรายจ่ายหมวดอื่นๆ รายจ่ายที่จำเป็นหมวดอาหารจะนับการคำนวณจากจำนวนสารอาหารที่บุคคลหนึ่งจำเป็นต้องได้รับตามหลักโภชนาการ แล้วแปลงสารอาหารดังกล่าวเป็นประเภทของอาหารที่บุคคลในแต่ละห้องต้องรับประทานจากนั้นจึงแปลงประเภทอาหารเหล่านั้นออกมารูปเป็นตัวเงินด้วยดัชนีราคาอาหารในห้องกินนั้นๆ สรุนรายจ่ายที่จำเป็นด้านอื่นๆจะคำนวณจากแบบแผนการใช้จ่ายเงินระหว่างหมวดอาหารและหมวดอื่นๆของกลุ่มที่มีรายได้น้อยในประเทศไทย เช่น คำนวณจากแบบแผนการใช้จ่ายเงินของกลุ่มรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20 ของห้องหนึ่ง (first quintile) เป็นต้น เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ยากจนจะต้องใช้รายได้ส่วนใหญ่ของตนเองเป็นค่าอาหาร⁽⁸⁾ โดยประมาณว่าสัดส่วนรายจ่ายด้านอาหารต่อรายจ่ายด้านอื่นของคนยากจนอยู่ประมาณ 60 ต่อ 40 สำหรับการกำหนดความยากจนแบบเปรียบเทียบจะถือว่าผู้ที่มีรายได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆในสังคมเป็นผู้ยากจน เช่น อาจถือว่ากลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุดร้อยละ 10 หรือ 20 ของประเทศไทยเป็นผู้ยากจน เป็นต้น แม้ว่าในความเป็นจริง กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำในสังคมนั้นก็อาจจะมีรายได้เพียงพอสำหรับการยังชีพตามความต้องการแท้จริงของร่างกายก็ตาม ประเทศไทยกำลังพัฒนาส่วนมากจะใช้วัดความยากจนแบบสัมบูรณ์ ส่วนประเทศไทยที่พัฒนาแล้วก็ใช้วัดความยากจนแบบเปรียบเทียบ เพราะประเทศไทยเหล่านี้มีผู้ที่ยากจนแบบสัมบูรณ์น้อยมาก

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าจำนวนเงินที่จำเป็นเพื่อให้บุคคลผู้หนึ่งชื้อสารอาหารและสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิตจะขึ้นอยู่กับเพศและอายุ ตลอดจนดัชนีราคาของอาหารและสิ่งจำเป็นเพื่อการยังชีพอื่นๆด้วย เช่น ผู้ใหญ่ย่อมต้องการเงินเพื่อการยังชีพมากกว่าเด็กและผู้ชายก็ต้องการเงินยังชีพมากกว่าผู้หญิง เป็นต้น เมื่อพิจารณาในระดับครัวเรือน จำนวนและโครงสร้างทางอายุและเพศของสมาชิกครัวเรือนจะมีผลต่อจำนวนเงินที่จะใช้เป็นเกณฑ์กำหนดความยากจน วิธีที่กล่าวมานี้เป็นวิธีการกำหนดความยากจนมาตรฐานที่ใช้กันทั่วไป แต่รายละเอียดที่ใช้ในแต่ละการศึกษาอาจแตกต่างกันบ้าง ทำให้รายได้ที่ถือว่าเป็นเด่นแบ่งความยากจนแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่เกี่ยวกับความยากจนในประเทศไทยส่วนมากเป็นการศึกษาปัญหาความยากจนของคนทั่วไปตามภาค ตามเขตเมืองและชนบท หรือตามอายุของหัวหน้าครัวเรือน หากกว่าการจำแนกตามเพศหรืออายุของประชากร⁽⁹⁾ การศึกษาเหล่านี้ล้วนพบว่าสัดส่วนของประชากรยากจนในประเทศไทย

ลดลงเมื่อว่าด้วยนีค่ามไม่เท่าเทียมกันซึ่งวัดด้วย 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 แต่จะเริ่มเพิ่มสูงขึ้นอีกรังสีเมื่อหัวหน้ามีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป และจะเพิ่มสูงที่สุดเมื่อหัวหน้ามีอายุ 70 ปีขึ้นไป นี่คือรูปแบบที่เป็นอยู่ระหว่างปี พ.ศ.2531-พ.ศ.2539 แต่ในปีพ.ศ.2541 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบปัญหาภัยติดทางเศรษฐกิจที่รุนแรง แบบแผนดังกล่าวต่างจากเดิมเล็กน้อย 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 ข้อมูลดังกล่าวก็ยังบอกไม่ได้ว่าความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้เพรากำลังเราถือว่าสามารถของครัวเรือนที่ยากจนทุกคนเป็นผู้ยากจน สามารถของครัวเรือนที่มีหัวหน้าเป็นผู้สูงอายุประกอบด้วยบุคคลหลายกลุ่มซึ่งอาจเป็นทั้งผู้สูงอายุหรือไม่ก็ได้ ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุเองก็อาจไปเป็นสมาชิกของครัวเรือนที่มีหัวหน้าไม่เป็นผู้สูงอายุก็ได้ เพื่อตอบคำถามดังกล่าวได้มีการศึกษาที่ใช้วิธีการกำหนดความยากจนของ Hutaserani และ Bauer⁽¹²⁾ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับวิธีการกำหนดความยากจนมาตรฐานทั่วไปที่กล่าวมาแล้ว แต่คำนึงต่อการประยุกต์ใช้กับครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ผลการศึกษาพบว่าในปีพ.ศ.2535 จากผู้สูงอายุทั่วประเทศ 5.1 ล้านคนพบเป็นผู้ยากจนร่วม 0.681 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมดโดยเป็นผู้สูงอายุยากจนในเมืองประมาณ 0.139 ล้านคน และในชนบทประมาณ 0.542 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.1 และ 13.9 ของผู้สูงอายุในเมืองและชนบทตามลำดับ⁽⁴⁾ สัดส่วนของผู้ยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุนี้สูงกว่าในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆทุกกลุ่ม 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⁾

จากข้อมูลเหล่านี้แสดงว่าแม้ไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนจะเป็นคนยากจน แต่ผู้สูงอายุก็มีโอกาสที่จะเป็นผู้ยากจนสูงกว่าบุคคลกลุ่มอื่นๆ ยิ่งมีอายุสูงขึ้นโอกาสที่จะเป็นผู้ยากจนก็ยิ่งสูงขึ้น ถึงแม้ว่าการศึกษาส่วนมากจะพบว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนมากยังอาศัยอยู่กับครอบครัวก็ตาม แต่ก็อาจหมายความว่าสมาชิกอื่นๆของ

ครอบครัวผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยทำงานรวมทั้งตัวผู้สูงอายุไม่มีความสามารถเพียงพอในเชิงเศรษฐกิจและส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ข้อสังเกตนี้ได้รับการยืนยันจากการศึกษาที่พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักจากการทำงานเป็นผู้ที่มีรายได้ปานกลาง มีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้ที่มีรายได้หลักจากการทำงานเป็นผู้จากจน แต่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงบุตรมากกว่าพึ่งพิงตัวเองหรือพึ่งเงินบำนาญมีโอกาสเป็นผู้ยากจนสูงกว่า⁽¹³⁾ นั่นหมายความว่าการส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะถูกจัดอยู่ในครอบครัว ของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากไม่มีกำลังพอที่จะจุนเลื่อนผู้สูงอายุให้อยู่ได้อย่างไม่อัตตัต ทำให้การสร้างระบบประกันรายได้ให้ผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นเพิ่มเติมจากการส่งเสริมค่านิยมให้บุตรและบุคคลในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน่าจะดีขึ้นถ้าผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวโดยไม่ต้องเป็นภาระด้านการเงินแก่บุตรหลานที่ตนเองอาศัยอยู่ด้วยมากจนเกินไป และการไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานในครอบครัวน่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่ายิ่งขึ้น

สถานภาพการทำงาน การเงินและปัญหา

เมื่อคนมีอายุมากขึ้นความสามารถในการทำงานจะลดลง ดังนั้นจึงเป็นประเด็นปัญหาที่ผู้ว่าจังจะกำหนดเวลาเกษียณอายุไว้ เมื่อลูกจ้างถึงวัยดังกล่าวการเลิกจ้างก็เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติโดยไม่ต้องมีการชดเชย การเลิกจ้างแต่ประการใด ในประเทศไทย รัฐบาลกำหนดให้ข้าราชการเกษียณอายุที่ 60 ปี สถานประกอบการเอกชนส่วนมากก็กำหนดด้วยเกษียณอายุที่ 60 ปีเช่นกัน แต่บางแห่งจะกำหนดด้วยเกษียณอายุสำหรับผู้หญิงที่อายุ 55 ปี การกำหนดอายุเกษียณที่ 60 ปีนั้นมีมานานพอสมควร ตั้งแต่สมัยที่ประเทศไทยยังมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเพียงประมาณหกสิบปี แต่ในปัจจุบันอายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยได้เพิ่มขึ้นมาก ทำให้ช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่หลังเกษียณอายุนานขึ้นมาก ยิ่งเกษียณอายุนานเท่าใดรายได้ก็ยิ่งลดลงมากเพียงนั้น เป็นผลให้เกิดภาวะสำหรับผู้สูงอายุอย่างมากในการที่จะยังชีพอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในช่วงเวลาดังกล่าว ดังนั้นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการหันมาศึกษาการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดช่วงเวลาที่ต้องอยู่โดยไม่มีรายได้ให้สั้นลง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก แต่ในช่วงเวลาสำหรับการออมสำหรับใช้ในช่วงบั้นปลายของชีวิตได้นานขึ้นอีกด้วย สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นลูกจ้าง แม้ไม่มีการกำหนดด้วยเกษียณอายุ แต่คนส่วนมากเห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นก็ควรหยุดทำงานอาชีพ จากการถามทัศนคติคนหุ่นสาวอายุ 15-44 ปี พบว่า คนส่วนมากเห็นว่าควรมีการหยุดทำงานอาชีพและต้นเรื่องก็จะหยุดทำงานอาชีพเมื่ออายุมากขึ้น วัยที่คนหุ่นสาวเห็นว่าควรหยุดทำงานอาชีพมากที่สุดคือวัยระหว่าง 60-64 ปี⁽¹⁴⁾ ผลจากการศึกษาโดยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าส่วนมากของผู้สูงอายุจะหยุดการทำงานระหว่างอายุ 60-64 ปี แต่เมื่อถึงอายุที่ควรหยุดทำงาน กลุ่มใหญ่ที่สุดกลับตอบว่าไม่ควรมีการกำหนดอายุ รองลงไปตามอั้นอยู่กับเหตุผลประกอบและอันดับสามจึงตอบว่าควรหยุดทำงานระหว่างอายุ 60-69 ปี⁽¹⁵⁾

ข้อมูลที่ใช้ศึกษาลักษณะการทำงานของคนเราจะได้จากการสอบถามในหนังสือเล่านี้ เช่น ในรอบเวลาที่กำหนดได้ทำงานหรือไม่ ทำงานกี่ชั่วโมง อาชีพที่ทำหรือสถานภาพของการทำงานเป็นเช่นใด (หมายถึงเป็นลูกจ้างหรือประกอบอาชีพอิสระ เป็นต้น) ต้องการทำงานเพิ่มหรือไม่ เป็นต้น แม้ข้อมูลเหล่านี้จะมีความยุ่งยากในการเก็บน้อยกว่าข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ แต่ข้อมูลจากแต่ละแหล่งก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง เช่น เป็นการถก

ภาวะการทำงานในรอบสัปดาห์ รอบเดือน หรือรอบปี ถ้าเป็นการสามในรอบสัปดาห์หรือรอบเดือนข้อมูลก็จะแตกต่างกัน ภาวะการทำงานจะแตกต่างกันอย่างมากหากถูกตัดต่อสัมภาษณ์แตกต่างกัน เช่น จำนวนผู้ทำงานระหว่างในและนอกถูกตัดต่อสัมภาษณ์ได้ถึง 3 ล้านคน นอกจานนี้การจะระบุว่าบุคคลหนึ่งเป็นผู้ทำงานนั้นต้องถือว่าทำงานอย่างต่อเนื่องต่อวันหรือสัปดาห์ ข้อมูลบางแหล่งถือว่าผู้ที่ทำงานเพียงหนึ่งชั่วโมงในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นผู้ทำงาน ในขณะที่ข้อมูลบางแหล่งจะถือว่าบุคคลผู้หนึ่งเป็นผู้ทำงานต่อเมื่อในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาทำงานไม่ต่ำกว่าจำนวนชั่วโมงที่กำหนด เช่น ไม่ต่ำกว่า 10 ชั่วโมงเป็นต้น ข้อมูลบางแหล่งไม่ได้ถามเรื่องชั่วโมงทำงาน ดังนั้นจึงปล่อยให้ผู้ตอบพิจารณาเองว่าตนเองเป็นผู้ทำงานหรือไม่ เหล่านี้ล้วนทำให้ข้อมูลที่ได้จากแต่ละแหล่งแตกต่างกันได้

เมื่อพิจารณาถึงภาวะการมีงานทำของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจในประชากรปีพ.ศ.2513 และพ.ศ.2523 พบร้าจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจหลังอายุ 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 โดยผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจในที่นี้หมายถึงผู้ที่ทำงานเพื่อรับรายได้ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือเป็นผู้ที่พร้อมจะทำงานแต่ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาไม่ได้ทำงานเพราบ้างไม่มีงานที่เหมาะสมให้ทำ ทั้งนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่ำประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 23.5 และ 47 ตามลำดับในปีพ.ศ.2540) สัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 23.2 และ 36.9 ตามลำดับ) การที่สัดส่วนของผู้สูงอายุในเมืองที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่ำกว่าอาชญากรรมมีความจำเป็นน้อยกว่า⁽¹⁷⁾ หรืออาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเมืองจำนวนมากทำงานเป็นลูกจ้างดังนั้นจึงจำเป็นต้องออกจากงานเมื่อถึงวัยเกษียณอายุ ทั้งนี้แตกต่างจากผู้ทำงานในชนบทซึ่งส่วนมากเป็นผู้ประกอบธุรกิจหรือเป็นผู้ช่วยธุรกิจส่วนบุคคลหรือทำงานในภาคเกษตรกรรมทำให้สามารถทำงานไปเรื่อยๆโดยไม่มีกำหนดด้วยเกณฑ์อายุ

ข้อมูลที่นำเสนอในปีคือผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนมากยังทำงานเต็มเวลาโดยทำงานเฉลี่ยถึง 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) รองลงไปคือทำงานที่เกี่ยวกับการค้า (ร้อยละ 15.9) และเป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต (ร้อยละ 13.4) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการค้าจะมีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยสูงที่สุดถึงสัปดาห์ละ 58.5 ชั่วโมง รองลงไปคือผู้ทำงานในภาคการเกษตรที่ทำเฉลี่ย 47.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้ที่ทำงานในกระบวนการผลิตจะทำงานประมาณ 46.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁽⁵⁾ การทำงานเกือบ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์นับว่าสูงมากสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เชื่อว่าบุคคลเหล่านี้ส่วนมากน่าจะทำงานเพราความจำเป็นบังคับ และการที่ต้องทำงานมากชั่วโมงส่วนหนึ่งคงเพราผลตอบแทนจากแรงงานของตนเองค่อนข้างต่ำนั่นเอง ทั้งนี้ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ทำงานด้านที่เกี่ยวกับการใช้ช้าชีพ (ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.9 ของผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจทั้งหมด) บุคคลกลุ่มนี้มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยเพียงสัปดาห์ละ 27.7 ชั่วโมง

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของภาระการทำงานกับปัจจัยอื่นๆ พบร่วมสัดส่วนของผู้ทำงาน เชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุจากจะเปลี่ยนแปลงตามอายุแล้วยังเปลี่ยนแปลงตามระดับการศึกษาด้วย⁽¹⁸⁾ โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานมีความสัมพันธ์เป็นรูปตัวยู(U)กับระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปฐมจะมีสัดส่วนของผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจสูง ลดลงสำหรับผู้มีการศึกษาระดับมัธยม แต่เพิ่มขึ้นอีกราว สำหรับผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปฐมต้นหรือต่ำกว่าร้อยละ 36 เป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ สัดส่วนดังกล่าวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 17 สำหรับผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24 สำหรับผู้ที่จบระดับอุดมศึกษา⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ ประมาณการของสมการผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา ด้วยข้อมูลการสำรวจภาระการทำงานปีพ.ศ.2535 และพ.ศ.2540 ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่ทำงานสูงกว่าผู้หญิงในทุกระดับการศึกษา และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีสัดส่วนที่ทำงานต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท

ประเด็นของความต้องการทำงานของผู้สูงอายุนั้น พบร่วม มีผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานแต่ทำงานทำไม่ได้ประมาณ 13,300 คนที่ไม่มีงานทำและอีก 38,700 คนที่ไม่ได้ทำงานเพราะกำลังรอฤกุการเงียบรา ตัวเลขเหล่านี้คิดเป็นอัตราการว่างงานและอัตราผู้กำลังรอฤกุการเท่ากับ 0.8 และ 2.2 ตามลำดับ⁽⁵⁾ อัตราการว่างงานดังกล่าวจะต่ำกว่าของประชากรในวัยทำงานทั่วไป อย่างไรก็ตามตัวเลขอัตราการว่างงานที่ต่ำไม่น่าจะสะท้อนปัญหาการว่างงานของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง เพราะภายใต้สถานการณ์ที่ไม่มีหลักประกันทางเศรษฐกิจใดๆ สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความจำเป็นก็ต้องพยายามหางานอะไรก็ได้ทำไปก่อน ส่วนมากก็คือการเป็นผู้ทำการค้าเล็กๆน้อยๆเพื่อการยังชีพ โอกาสที่จะทำงานเป็นลูกจ้างต่อไปน้อยมาก แท้จริงแล้วผู้ที่ทำงานเป็นลูกจ้างไร้มีโอกาสสูงให้ออกก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่ใกล้จะเป็นผู้สูงอายุเมื่อถูกให้ออกจากงาน โอกาสที่จะหางานใหม่นั้นยากมาก จากข้อมูลการศึกษาระดับประเทศพบว่าร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุต้องการทำงานและทำงานให้ร้อยละ 39 ต้องการทำงานแต่ทำไม่ให้ และอีกประมาณร้อยละ 33 ไม่ต้องการทำงานแล้ว⁽³⁾ ทั้งนี้ผู้หญิงในเมืองจะมีสัดส่วนของผู้ต้องการทำงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าชนบท และถ้าเป็นเขตเมืองสัดส่วนดังกล่าวจะลดลงตามอายุ ผู้ชายมีสัดส่วนของคนที่ต้องการทำงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าผู้หญิง ถ้าเปรียบเทียบตามกลุ่มการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาระดับปฐมศึกษาจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองเรื่องการทำงานสูงที่สุด แต่ถ้าเป็นชนบท กลุ่มที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงที่สุดคือคนในกลุ่มอายุ 65-69 ปี ไม่มีความแตกต่างในสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองเรื่องการทำงานระหว่างหญิงและชายในชนบท แต่สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองด้านการทำงานเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามได้มีรายงานเสนอการคำนวณดังนี้ “โอกาสของการทำงานมีรายได้” (Index of Working Opportunity) โดยกำหนดให้มีค่าเท่ากับ ร้อยละของสัดส่วนระหว่าง “สถานะการทำงานในประชากร” กับ “ความพอดีเพียงในรายได้ในประชากร” ทั้งนี้ค่าดัชนียังสูงแสดงว่ายังมีโอกาสในการทำงานมีรายได้สูง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชายมีโอกาสสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโอกาสมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท⁽¹⁷⁾ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองเปลี่ยนแปลงตามอายุ เพศ ระดับการศึกษาและเขตที่อยู่อาศัย⁽¹⁵⁾

ลักษณะของงานที่ผู้สูงอายุต้องการทำ ได้แก่ งานที่สามารถทำอยู่กับบ้าน งานที่ตนเองเป็นเจ้าของ งานเบาๆ งานที่ให้ผลตอบแทนดี งานที่ไม่ต้องใช้สมอง และงานที่ไม่ต้องทำเต็มเวลาหรือทำทุกวัน^(3,15) ความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุมีกำลังว่างชา กำลังสมองอ่อนล้าลง ไม่สามารถทำงานได้ดีเท่าคนหนุ่มสาว

ความสามารถในการเรียนรู้สูงสุดจนหนุ่มสาวไม่ได้ ความเชื่อเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคทำให้ไม่มีนายจ้างอยกรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน แม้ความเชื่อเหล่านี้จะมีส่วนจริงอยู่บ้าง แต่ผู้สูงอายุก็มีจุดเด่นที่เป็นจุดเด่นที่ดีอย่างเหล่านี้ได้ การศึกษาในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้สูงอายุจะมีความตั้งใจทำงานมากกว่า มีเสถียรภาพทางจิตใจและวุฒิภาวะสูงกว่า ไว้วางใจได้มากกว่าและมีความรับผิดชอบสูงกว่า เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีที่รวดเร็ว และเพิ่มความซับซ้อนยิ่งขึ้นอาจทำให้ข้อเสียเบริญของผู้สูงอายุในการทำงานในอนาคตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพรารการเปลี่ยนเทคโนโลยีการผลิตแต่ละครั้งเท่ากับเป็นการทำลายงานเดิมที่มีอยู่พร้อมกับการสร้างงานใหม่ขึ้นมา แต่โดยมากแล้วผู้ที่ทำงานเดิมมากไม่สามารถเข้ามาทำงานใหม่ได้เนื่องจากทักษะเดิมอาจไม่เหมาะสมกับงานใหม่ที่ต้องการทักษะใหม่นั่นเอง ดังนั้นจึงมีคณกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสทำงานน้อยลงในขณะที่มีคณอีกกลุ่มหนึ่งที่จะมีโอกาสทำงานมากขึ้น จากการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีต่อการมีงานทำ พบว่าบุคคลที่ได้รับผลกระทบทางลบจากการเปลี่ยนแปลงมักเป็นผู้สูงอายุและผู้หญิง⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม จุดด้อยนี้น่าจะแก้ไขได้ด้วยการจัดให้มีบริการเสริมอื่นๆควบคู่กันไปด้วย เช่น การบีบริการแนะแนวอาชีพสำหรับผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังเชี่ยงอายุ หรือการฝึกอบรมใหม่ (re-training) เป็นต้น มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ทำงานที่แตกต่างจากงานที่เคยทำก่อนเป็นผู้สูงอายุ จำนวนมากเป็นการย้ายจากลูกจ้างมาเป็นผู้ทำธุรกิจส่วนบุคคล ดังนั้นความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือ เงินทุนเริ่มต้น รองลงไปจึงเป็นเรื่องการฝึกอบรม⁽¹⁵⁾

งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้ม

งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายเพื่อผู้สูงอายุนั้นกระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน ที่สำคัญได้แก่ บก.งบฯ สำหรับการจ่ายบำเหน็จบำนาญและรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าราชการบำนาญ งบการสังเคราะห์รูปแบบต่างๆ ที่จัดสรรผ่านกรมประชาสงเคราะห์ และงบเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณที่จัดสรรให้กรมประชาสงเคราะห์เพื่อผู้สูงอายุนั้นจะนำไปใช้ในกิจกรรมหลัก 3 ประเภท คือ หนึ่ง-ให้การสังเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2496 สอง-ให้บริการสังเคราะห์ผู้สูงอายุในศูนย์บริการทางสังคมและการสังเคราะห์คนชราโดยทั่วไปเป็นโครงการที่เริ่มในปีพ.ศ.2522 และสาม-ให้เป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ยากไร้และขาดคนดูแลในอัตราคนละ 200 บาทต่อเดือนซึ่งเริ่มดำเนินการในปีพ.ศ.2536 (เพิ่มเป็น 300 บาทต่อเดือนในปีพ.ศ.2541) สำหรับงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรุรวมอยู่ในงบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอันประกอบด้วยผู้มีบัตรสังเคราะห์ ทหารผ่านศึก ผู้สูงอายุ เด็กอายุระหว่าง 0-12 ปี ผู้พิการ และผู้นำศาสนาและชุมชน

จากการศึกษางบประมาณเพื่อผู้สูงอายุ โดยประมาณการต้นทุนของรัฐบาลในกรณีที่ต้องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ระหว่างปีพ.ศ.2530-พ.ศ.2549 ด้วยการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่ยากไร้ 2 แบบ แบบแรกสมมติตามการศึกษาของนิศา ชูโต (พ.ศ.2525) ซึ่งคาดประมาณว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่มีปัญหาเศรษฐกิจอย่างรุนแรง (having severe economic problems) แบบที่สองสมมติตามการศึกษาของพีรศิทธิ์ คำนวนศิลป์ (พ.ศ.2523 / พ.ศ.2524) ซึ่งคาดประมาณว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ (needing economic support) เมื่อนำร้อยละที่กล่าวมาไปคูณกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ได้จากการขยายภาพประชากรก็จะได้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ หลังจากนั้นจึงนำไปคูณกับจำนวนเงินที่รัฐจะจัดสรรให้ต่อเดือนโดยใช้ข้อมูลตัวเลขระหว่าง 500-3,000 บาทต่อเดือน ผลพบว่า ถ้าคิด

จากตัวเลขร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุและให้เงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาท รัฐต้องใช้จ่ายงบประมาณกว่า 3,703 ล้านบาทในปีพ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 6,913 ล้านบาทในปีพ.ศ.2549 แต่ถ้าคิดจากร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุและให้เงิน 500 บาทต่อเดือนเช่นเดิม รัฐต้องใช้จ่ายงบประมาณ 4,628 ล้านบาทในปีพ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 8,642 ล้านบาทในปีพ.ศ.2549 สำหรับข้อสมมติอื่นๆ เช่น การเพิ่มเงินช่วยเหลือต่อเดือนเป็น 3,000 บาทหรือการปรับเงินช่วยเหลือขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ รัฐก็ต้องใช้จ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของข้อสมมติเหล่านั้นซึ่งจะไม่นำมาเสนอในที่นี้⁽¹⁶⁾

ผลการศึกษาโดยทำการวิเคราะห์งบประมาณของรัฐเพื่อผู้สูงอายุที่ผ่านงบกลางกรมประชาสงเคราะห์ และกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งขยายภาพไปในอนาคตโดยมีจำนวนประชากรเป็นฐานในการขยายภาพ^(4,13) ให้ภาพดังนี้ ประการแรก สำหรับงบประมาณที่จัดสรรผ่านกรมประชาสงเคราะห์นั้น นอกจากเงื่อนไขเบี้ยยังชีพที่เราทราบจำนวนเงินที่ต้องใช้สำหรับผู้สูงอายุแล้วรายอย่างขั้นเดียว เป็นภาระมากที่จะประมาณต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) ของการบริการประเภทอื่นๆ เช่น เราไม่สามารถประมาณการได้ว่าต้นทุนแท้จริงต่อการให้บริการผู้สูงอายุหนึ่งคนในสถานที่หรือนอกสถานที่เป็นเท่าใดต่อปีหรือต่อครั้ง ทั้งนี้ เพราะในการจัดสรรงบประมาณนั้นสามารถหาต้นทุนแปรผันของการให้บริการแต่ละประเภทได้ แต่ในส่วนที่เป็นต้นทุนบริหารและต้นทุนคงที่ (เช่น ค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง) นั้นเราไม่สามารถจำแนกได้ว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นเป็นของแต่ละโครงการเท่าใด ดังนั้น ในการประมาณการจึงต้องอาศัยการตั้งข้อสมมติเกี่ยวกับบริการจัดสรรค่าใช้จ่ายต้นการบริหารและต้นทุนคงที่แบบต่างๆ ทั้งนี้ เพราะสิ่งก่อสร้างและบุคลากรในหน่วยงานเดียวกันล้วนใช้วัสดุกันสำหรับหลายโครงการ ข้อสมมติที่แตกต่างนี้มีผลอย่างมากต่อการประมาณงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับงบประมาณในโครงการเบี้ยยังชีพนั้น แม้จะทราบต้นทุนต่อหน่วย แต่จำนวนผู้ที่จะเข้ารับบริการในอนาคตล้วนขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐว่าต้องการครอบคลุมผู้สูงอายุกว้างขวางแค่ไหน ดังนั้น การประมาณงบประมาณจึงเป็นเพียงการขยายภาพภายใต้ข้อสมมติเกี่ยวกับการครอบคลุมต่างๆเท่านั้น

ประการที่สองสำหรับงบประมาณที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้นส่วนมากเป็นการจัดสรรผ่านสำนักงานประกันสุขภาพโดยรวมอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (โครงการ สป.) ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่ม มิใช่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น สำนักงบประมาณอาจมีแนวทางกว้างๆ ว่างบประมาณดังกล่าวจะจัดสรรให้บุคคลกลุ่มใดเป็นจำนวนเท่าใด แต่ในทางปฏิบัติบังคับกล่าวจะจัดสรรอย่างไร ภายนอกกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ แม้กระทั่งการอุดหนุนข้ามโครงการก็อยู่ในวิสัยที่จะทำได้ เช่นกัน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าไม่มีครบทราบอย่างแท้จริงว่างบประมาณที่รัฐจัดสรรเพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเป็นเท่าใด ซึ่งเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้การคาดงบประมาณในอนาคตมีอิสระลดลงได้

มัทนา พนานิรามย แลสมชาย ศุขสิริเสรีกุล⁽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 เมื่อนำไปคูณกับจำนวนข้าราชการบำเหน็จที่ประมาณได้ก็จะได้เงินบำเหน็จทั้งหมด ผลประมาณการคือรัฐต้องจ่ายบำเหน็จเพิ่มจากประมาณ 3,050 ล้านบาทในพ.ศ.2537 เป็น 9,463 ล้านบาทในพ.ศ.2550 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 9 ต่อปี

สำหรับงบที่จัดผ่านกรมประชาสงเคราะห์ งบประมาณในปีพ.ศ.2537 ที่ใช้เป็นเงินเบี้ยยังชีพคือ 48 ล้านบาท และอีก 90 ล้านบาทสำหรับการให้บริการประเภทอื่นๆ รายจ่ายเพื่อเป็นเบี้ยยังชีพในอนาคตข้างหน้าอยู่กับนโยบายของรัฐว่าต้องการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการศึกษาที่อ้างมาใช้ข้อมูลตีเกี่ยวกับการครอบคลุม 2 แบบ คือครอบคลุมร้อยละ 36 และ 70 ของกลุ่มเป้าหมาย พบว่างบประมาณที่ต้องใช้สำหรับการครอบคลุมแบบแรกจะเพิ่มจาก 700 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 1,848 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 แต่ถ้าเป็นการครอบคลุมแบบกว้าง งบประมาณจะเพิ่มเป็น 3,523 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 สำหรับงบประมาณเพื่อการสงเคราะห์รูปแบบอื่นๆ ประมาณว่าต้นทุนแปรผันของการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต่อคนต่อปีตกประมาณ 20,400 บาท ส่วนการสงเคราะห์นอกสถานที่จะตกประมาณ 50 บาทต่อรายเมื่อรวมบลงทุนด้วย (โดยคิดเป็นร้อยละ 25 ของต้นทุนทั้งหมด) ประมาณว่างบในส่วนนี้จะเพิ่มจาก 100 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 268 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 เมื่อรวมเบี้ยยังชีพและบริการอื่นๆ ด้วยคาดประมาณว่างบประมาณที่ผ่านกรมประชาสงเคราะห์เพื่อผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 801 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 2,116 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี นอกจากประมาณการงบประมาณเหล่านี้แล้ว การศึกษาดังกล่าวยังได้วิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณก้อนนี้ว่าถึงกลุ่มเป้าหมายและมีความเท่าเทียมประการใด ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าการจัดสรรงบประมาณระหว่างภาคยังไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุยากจนในแต่ละภาค กล่าวคือผู้สูงอายุที่ยากจนในภาคที่ยากจนจะมีโอกาสได้รับการสงเคราะห์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ยากจนในภาคที่ร่ำรวย ยิ่งไปกว่านั้นการจัดสรรงบประมาณในหมู่บ้านก็ยังมีความไม่เป็นธรรม กล่าวคือผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมากไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง⁽²¹⁾

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

ในการขยายภาพงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุโดยผ่านบกลาง^{(13),(4)} ใน 2 ประเด็นหลักคือ ได้นำเหตุการณ์ใหม่ๆโดยเฉพาะผลจากโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตสำหรับข้าราชการและความพยายามลดจำนวนข้าราชการลงร้อยละ 20 ภายในปีพ.ศ.2549 (ลดลงร้อยละ 4 ต่อปี) ระหว่างปีงบประมาณพ.ศ.2545-พ.ศ.2549 มาประกอบ⁽¹³⁾ ตลอดจนเรื่องการนำรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการบำนาญมารวมกับงบบำเหน็จบำนาญโดยถือว่าเป็นงบเพื่อผู้สูงอายุผ่านบกลางทั้งสิ้น สำหรับการขยายภาพรายจ่ายไปในอนาคตนั้น เริ่มตัวยการประมาณจำนวนข้าราชการที่ออกตามปกติและรับบำนาญปกติและข้าราชการที่ออกตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตที่รับบำนาญปกติ เมื่อนำสองส่วนนี้ไปรวมกับข้าราชการบำนาญเดิมก็จะได้จำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปี นำจำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปีไปคูณกับจำนวนเงินบำนาญเฉลี่ยก็จะได้เงินที่จ่ายเป็นเงินบำนาญในแต่ละปี สำหรับเงินบำเหน็จและบำนาญรวมทำการคำนวณโดยสมมติให้เงินบำนาญเป็นร้อยละ 60 ของเงินบำเหน็จ

นำมายทั้งหมด ส่วนงบที่จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลข้าราชการบำนาญนั้นประมาณจากการดูอยโดยมีเงินนำมายุปภาคในแต่ละปีเป็นตัวอธิบาย ผลประมาณการพบว่า นำเงินนำมายุรวมจะเพิ่มจาก 24,716 ล้านบาท ในปีพ.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-งบเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งให้บริการควบรวมจราแก่ผู้สูงอายุ สอง-งบเพื่อศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นการให้บริการเป็นครั้งคราวนอกสถานที่ และสาม-การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผลการประมาณการพบว่า คาดใช้จ่ายสำหรับการให้บริการในสถานที่จะเพิ่มจาก 54.7 ล้านบาทในปีพ.ศ.2542 เป็น 117.2 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 6.6 ต่อปี (การประมาณการสมมติให้ไม่มีการลงทุนสร้างสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มขึ้น) ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการนอกสถานที่นั้น 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 (สป.) โดยสมมติให้ร้อยละ 40 ของงบโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เป็นการจัดสรรให้ผู้สูงอายุ และ สอง-ส่วนที่จัดสรรผ่านสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำหรับการประมาณงบรายจ่ายในอนาคตนี้ใช้การคาดประมาณจากสมการลดโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นตัวอธิบาย ผลพบว่า งบเพื่อผู้สูงอายุผ่านกระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มจาก 3,880 ล้านบาทในปีพ.ศ.2543 เป็น 8,308 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 หรือคิดเป็นอัตราการเพิ่มร้อยละ 7 ต่อปี

เมื่อเปรียบเทียบงบรายจ่ายของรัฐเพื่อผู้สูงอายุทั้งหมดกับรายได้ประชาธิและรายจ่ายทั้งหมดของรัฐพบว่าในปีพ.ศ.2540 งบทั้งหมดเพื่อผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 0.02 ของรายได้ประชาธิและเป็นร้อยละ 0.09 ของรายจ่ายรัฐบาล ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าการครอบคลุมของโครงการเบี้ยยังชีพจะเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดว่ารายจ่ายในอนาคตจะเป็นอย่างไร คาดว่าสัดส่วนของรายจ่ายของรัฐเพื่อผู้สูงอายุต่อรายได้ประชาธิจะเพิ่มเป็นร้อยละ 0.03, 0.12 หรือ 2.24 ในปีพ.ศ.2554 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสมมติฐานว่าจะมีการให้เบี้ยยังชีพครอบคลุมเท่าปัจจุบัน หรือครอบคลุมผู้สูงอายุยากจนทุกคน หรือครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ตามลำดับ แต่ถ้าคิดเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมดจะเป็นร้อยละ 0.16, 0.59 หรือ 10.85 ตามลำดับ

กล่าวโดยสรุป การศึกษางบประมาณของรัฐเพื่อผู้สูงอายุนั้นมีอุปสรรคเนื่องจากขาดข้อมูลหลายประการ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนจริงที่โรงพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุ เพราะมีการอุดหนุนซึ่งกันและกันระหว่างโครงการค่อนข้างมาก แต่คาดได้ว่างบทั้งหมดน่าจะอยู่ที่ระดับประมาณ 2.8-3.0 หมื่นล้านบาทในปี

พ.ศ.2540 ซึ่งยังเป็นสัดส่วนที่ต่ำมากของรายจ่ายของรัฐทั้งหมดซึ่งอยู่ในราวก่อน 8 แสนล้านบาท นอกจากนี้ งบส่วนมากที่รัฐจ่ายเพื่อผู้สูงอายุ (เกือบร้อยละ 90) เป็นงบที่จ่ายให้แก่ข้าราชการบำนาญ ดังนั้น การเพิ่มงบเพื่อ ผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น อย่างไรก็ตามวิธีการจัดสรรงบดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องระวัง การศึกษาส่วนมากพบว่า โครงการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ยากจนอย่างแท้จริง

หลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่ารายได้ที่เกิดจากน้ำพักน้ำแรงของผู้สูงอายุมักไม่เพียงพอ กับรายจ่าย ดังนั้น จำเป็นต้องมีการอนรายได้ระหว่างบุคคล เช่น การเก็บภาษีจากประชากรวัยทำงาน และนำมายกให้ผู้สูงอายุ ในขณะนั้น หรือการอนรายได้ข้ามเวลาจากขณะที่อยู่ในวัยทำงานและมีรายได้มาใช้ขณะที่เป็นผู้สูงอายุและ ไม่มีรายได้ เช่น การคอมเงินและการเพิ่มนูลค่าแล้วนำมาใช้จ่ายเมื่อถึงวัยสูงอายุ แท้จริงแล้วการอนรายได้ ดังกล่าวเกิดขึ้นโดยธรรมชาติในตัวคนและในครอบครัวแต่ละคนอยู่แล้ว เช่น การที่คนเราพยายามออมรายได้ บางส่วนที่หาได้เพื่อเอาไว้ใช้ในอนาคต หรือการที่พ่อแม่จะสมน้ำน้ำพักน้ำแรงของตนเองในตัวบุตร เมื่อพ่อแม่เป็น ผู้สูงอายุและไม่มีรายได้แล้วบุตรก็จะเป็นผู้รับผิดชอบรายจ่ายของพ่อแม่ต่อไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่ อย่างไรก็ตาม เมื่อโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง ทำให้ความสามารถในการสร้างหลักประกันแบบดีด้วย ตัวเองหรือด้วยครอบครัวไม่ค่อยมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ทั้งนี้ เพราะปัจจุบันบุคคลและครอบครัวอาจไม่สามารถ คาดเดาอนาคตได้ถูกต้อง เช่น ไม่ทราบว่าตนเองจะมีอายุยืนยาวเท่าใด ต้องออมเท่าใดจึงเพียงพอ ไม่ทราบว่า ตนเองจะต้องเลิกทำงานเวลาใด อีกทั้งไม่ทราบว่าค่าครองชีพในอนาคตจะเป็นอย่างไร ไม่ทราบว่ามีช่องทาง การออมอะไรบ้าง ทำให้ไม่สามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวก็มักมีขนาดเล็กเกินกว่าที่ จะช่วยเหลือกันได้ในยามที่วัยทางเศรษฐกิจมาถึง อีกทั้งสมาชิกของครอบครัวเดียวกันก็มักมีอาชีพและ หน้าที่การงานคล้ายๆกัน ทำให้มักต้องเผชิญภัยทางเศรษฐกิจคล้ายๆกันในเวลาเดียวกัน ทำให้บ่อยครั้ง ไม่สามารถเกือกภัยผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ดังนั้นการสร้างหลักประกันในรูปแบบอื่นๆที่ได้ผลกว่าจึงมีความ จำเป็น

องค์การแรงงานระหว่างประเทศจำแนกระบบให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุเป็น 4 ประเภท ดังนี้ หนึ่ง- ระบบที่ใช้โครงสร้างประกันภัยทั่วไป (Universal benefit schemes) คือเป็นโครงสร้าง ช่วยเหลือผู้สูงอายุทุกคนที่เป็นผลเมื่อของตนเองโดยไม่คำนึงถึงฐานะความเป็นอยู่หรือรายได้ของผู้ขอรับ ประโยชน์ สอง-ระบบที่ใช้โครงสร้างประกันภัยทั่วไปประโยชน์เฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ (Universal social assistance schemes) โดยมีการตรวจสอบความจำเป็นของผู้ขอรับประโยชน์ สาม-ระบบที่ใช้โครงสร้าง ประกันสังคม (Social insurance schemes) เป็นโครงสร้างประกันที่จะให้ประโยชน์เฉพาะกลุ่มสมาชิกโดย ประโยชน์จะขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเป็นสมาชิกและเงินที่จ่ายสมทบเข้าโครงการ และ สี่-ระบบที่ใช้กองทุน เงินสะสม (Provident funds) เป็นรูปแบบการสะสมเพื่ออนาคตของแต่ละบุคคล ไม่มีการกระจายรายได้ระหว่าง สมาชิกในกองทุนเดียวกันซึ่งแตกต่างจากแบบที่ 3 ที่มีการกระจายรายได้ระหว่างสมาชิกในกองทุนเดียวกัน⁽²²⁾ ระบบแบบที่หนึ่งและสองซึ่งเป็นแบบครอบคลุมทุกคน (universal coverage) ถือเป็นการช่วยเหลือทางสังคม แบบหนึ่งโดยมีแหล่งที่มาของเงินช่วยเหลือจากภาษีทั่วไปหรือจากงบประมาณแผ่นดินนั้นเอง เนื่องจากได้มีการ

บททวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่รัฐใช้เพื่อโครงการประเภทที่ 1 และ 2 มาแล้วในหัวข้อที่ 4.5 ดังนี้ ในหัวข้อนี้จะบททวนเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการประเภทที่ 3 และ 4 เท่านั้น

รูปแบบการประกันสังคม (Social Insurance) ในปัจจุบันเริ่มขึ้นครั้งแรกในประเทศเยอรมันด้วยตัวเอง ต่อมาได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หลักการของการประกันคือให้ผู้ที่เป็นสมาชิกแบ่งกับภาระของต้นทุนร่วมกัน ถ้าผู้แบ่งภาระเป็นลูกจ้างจะถือว่ารายจ้างเป็นผู้ได้ประโยชน์จากการทำงานนั้นด้วย ดังนั้น นายจ้างจึงต้องร่วมแบ่งภาระด้วย สำหรับภัยที่กำหนดว่าต้องมีการคุ้มครองนั้นมีหลายประเภทโดยการชราภาพเป็นหนึ่งในภัยเหล่านั้นที่ต้องได้รับการประกัน (ภัยประเภทอื่นๆ ได้แก่ ภัยจากการเจ็บป่วย ภัยที่เกิดจากการตายของผู้หารายได้หลักของครอบครัวและการว่างงาน เป็นต้น) การประกันชราภาพเป็นภาระผูกพัน (commitment) ของสังคมในระยะยาว ดังนั้น จึงต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์การบริหารและการเงินของโครงการที่รัดกุมยิ่ง องค์ประกอบของโครงการที่ต้องกำหนดคือ หนึ่ง-โครงการจะครอบคลุมบุคคลประเภทใดบ้าง โครงการประกันสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลกส่วนมากจะเริ่มจากกลุ่มที่เป็นลูกจ้างก่อน ภัยหลังจึงค่อยๆ ขยายไปยังกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระหรือเกษตรกร สอง-เงื่อนไขของผู้ที่ได้รับประโยชน์ที่กำหนดคืออะไร ส่วนมากเงื่อนไขจะกำหนดจากอายุและระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบ สาม-โครงสร้างจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ในเรื่องชราภาพผู้จ่ายเงินส่วนมากคือลูกจ้างและนายจ้าง โดยรัฐมักช่วยในเรื่องค่าบริหารจัดการและเป็นผู้ค้ำประกันกองทุน สี่-ประโยชน์ที่กำหนดจะถูกกำหนดอย่างไร ส่วนมากจะถูกกำหนดจากระยะเวลาและเงินสมทบทั้งนี้ อาจกำหนดให้มีประโยชน์ที่กำหนดขึ้นต่อไปที่คาดว่าจะเพียงพอสำหรับการยังชีพไว้ได้ด้วย^(22,23)

องค์ประกอบของโครงการทั้ง 4 ประการข้างต้นนั้นล้วนเกี่ยวข้องกัน โดยมีหัวใจอยู่ที่เรื่องความอยู่รอดของกองทุน ถ้ากำหนดเงื่อนไขการมีสิทธิค่อนข้างผ่อนปรน เช่น ถ้าเริ่มให้สิทธิตั้งแต่อายุค่อนข้างต่ำหรือระยะเวลาการส่งเงินสมบทลักษณะที่ต้องลดประ予以ชันทดแทนลงหรือเพิ่มอัตราการจ่ายเงินสมบทขึ้น เป็นต้น ดังนั้นในการกำหนดลักษณะของโครงการจะเริ่มที่การกำหนดประ予以ชันทดแทนก่อน (defined benefit) และกำหนดระดับเงินสมบทที่จะทำให้กองทุนอยู่ได้ในระยะยาวได้ หรือเริ่มด้วยการกำหนดระดับเงินสมบทที่เหมือนกัน (defined contribution) ส่วนประ予以ชันที่จะได้รับในอนาคตขึ้นอยู่กับจำนวนเงินสมบทที่สะสมไว้และดอกผลจากเงินดังกล่าว แม้ในทางคณิตศาสตร์จะประกันว่าย ความต้มตุกติกะร่วงของอัตราเงินสมบทและอัตราเงินทดแทนจะมีสูตรเชื่อมโยงที่ซัดเจนถ้าทราบตัวแปรด้านรายได้ของผู้จ่ายเงินสมบทและระยะเวลารับประ予以ชันทดแทนได้ถูกต้อง แต่ในทางปฏิบัติไม่มีใครพยากรณ์อนาคตได้ ด้วยเหตุนี้ทั้งเงินสมบทและ/หรือเงินบำนาญจึงต้องมีการปรับตามเงื่อนไขทางประชากรและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

นอกจากมีการแบ่งโครงการเป็นแบบ “กำหนดประโยชน์ทดแทน” (defined benefit) หรือ “กำหนดระดับเงินสมทบ” (defined contribution) แล้ว ยังมีการแบ่งอีกลักษณะหนึ่งตามระบบการเงินของกองทุนประกัน ว่าเป็นแบบ Pay-As-You-Go (PAYG) หรือแบบ Fully Funded หรือแบบ Partially Funded ในทางคณิตศาสตร์ ประกันภัย อัตราเงินสมทบแบบ PAYG จะถูกกำหนดจากสัดส่วนของประมาณการรายจ่ายในแต่ละปีและ ประมาณการรายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบทั้งหมด เช่น ถ้าประมาณการรายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบคือ 100 ล้านบาท ในขณะที่ประมาณการรายจ่ายคือ 8 ล้านบาท อัตราเงินสมทบคือร้อยละ 8 ของรายได้ของสมาชิกที่จ่ายเงิน สมทบ เป็นต้น ดังนั้น ระบบ PAYG จึงต้องมีการปรับอัตราการจ่ายสมทบและ/หรืออัตราประโยชน์ ทดแทนให้สอดคล้องกับสัดส่วนของรายรับและรายจ่ายของกองทุนอยู่เสมอ ซึ่งสัดส่วนรายรับและรายจ่ายของ กองทุนย่อมมีขึ้นอยู่กับสัดส่วนของผู้รับบำนาญและผู้จ่ายเงินสมทบด้วย⁽²⁴⁾ ตามที่ในด้านการโอนรายได้ PAYG มี

ลักษณะของการโอนรายได้ระหว่างคนต่างรุ่นและต่างวัยมากที่สุด กล่าวคือ รายได้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันได้มาจากการได้ของผู้ที่ทำงานในปัจจุบันโดยคาดว่าเมื่อตนเองเป็นผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาวซึ่งเป็นผู้ทำงานในสมัยนั้นจะนำรายได้ส่วนหนึ่งมาเป็นค่าใช้จ่ายของตนเช่นกัน ถ้าใช้ระบบ PAYG อัตราเงินสมทบมักต่ำในระยะเริ่มตั้งโครงการเพราในขณะนั้นสัดส่วนของจำนวนผู้รับบำนาญต่อจำนวนสมาชิกที่จ่ายเงินสมทบจะต่ำ แต่เมื่อโครงการกันประกันดำเนินการไปนานขึ้น ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น สัดส่วนของจำนวนผู้รับบำนาญต่อจำนวนผู้จ่ายเงินสมทบจะเพิ่มขึ้น อัตราเงินสมทบต้องเพิ่มขึ้นด้วย⁽²⁵⁾

ระบบแบบ Fully Funded นั้น ในทางคณิตศาสตร์ประกันภัยสามารถคำนวณอัตราเงินสมทบได้จากสัดส่วนของมูลค่าปัจจุบันของประมาณการส่วนที่จ่ายออกในอนาคตกับมูลค่าปัจจุบันของประมาณการรายได้ในอนาคต⁽²⁴⁾ กล่าวคือ ถ้าต้องการรับเงินก้อนหนึ่งในอนาคตเป็นเท่าใดก็ต้องเก็บสะสมเข้ากองทุนในจำนวนที่มีมูลค่าปัจจุบันเท่ากัน ดังนั้น เงินที่จะใช้ในอนาคตสำหรับผู้สูงอายุจึงมีการเก็บสะสมไว้แล้วเต็มจำนวนจากผู้สูงอายุเองในอดีต อัตราการเป็นภาระของประชากรจะไม่มีผลต่อโครงการประกันนี้ ในทางปฏิบัติโครงการ Fully Funded มักจะเป็นแบบกำหนดเงินสมทบ (defined contribution) โดยปล่อยให้ประโยชน์ทดแทนเป็นตัวแปรตาม ตัวอย่างของโครงการประกันนี้คือ กองทุนสำรองเดี้ยงชีพ (Provident Fund) โดยเป็นการออมของแต่ละบุคคล โดยการโอนรายได้เข้ามาลงของบุคคลเดียวกัน และไม่มีการโอนเงินเข้ามายังบุคคล

สำหรับแบบ Partially Funded นั้น จะมีการเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนหรือผู้ที่จ่ายเงินสมทบในนามของผู้ประกันตน (นายจ้างและ/หรือรัฐบาล) เข้ากองทุนเพื่อจ่ายให้ผู้ที่เกชีญณในอนาคตตามประโยชน์ทดแทนที่กำหนดไว้ส่วนหนึ่ง แต่จะไม่ได้เก็บเต็มจำนวนดังเช่นในแบบ Fully Funded ดังนั้น เมื่อโครงการดำเนินไปได้ระยะเวลานึง กองทุนจะหมดลงและโครงการจะไม่สามารถจ่ายเงินบำนาญได้ตามสัญญา ดังนั้น โครงการที่ใช้ระบบ Partially Funded จึงต้องมีการปรับโครงการอยู่เสมอ วิธีการที่ใช้ปรับอาจเป็นการปรับเงินสมทบที่เพิ่มลดเงินบำนาญลง แต่ในความเป็นจริง การลดเงินบำนาญลงมักดำเนินการไม่ได้ เพราะจะมีการต่อต้านสูงมาก การปรับเจ็งมักเป็นการเพิ่มอัตราเงินสมทบที่เป็นระยะๆ ถ้ามีการปรับเงินสมทบที่ หมายความว่าคนที่เข้าระบบรุ่นหลังจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบส่วนที่ขาดไปให้แก่คนที่เข้าระบบรุ่นก่อน ดังนั้น partially funded จึงเป็นระบบที่ผู้สูงอายุยอมเพื่อตนของส่วนหนึ่ง และเป็นการโอนรายได้จากคนรุ่นหลังมาอีกส่วนหนึ่ง หลักปฏิบัติทั่วไปในการบริหารกองทุนคือ เมื่อพบว่ากองทุนจะเริ่มติดลบในเวลาประมาณ 20 ปี ก็ต้องมีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ⁽²⁴⁾

โครงการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจเพื่อผู้สูงอายุที่มีอยู่ในประเทศไทย ส่วนมากจะเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของบุคคลนั้นๆ เช่น โครงการบำเหน็จบำนาญของข้าราชการและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ซึ่งผู้ที่ทำงานเหล่านี้ หลังจากที่มีอายุงานถึงเกณฑ์ที่กำหนด หากเลือกที่จะออกจากการหีอต้องเกชีญณอายุตามเกณฑ์ก็จะได้รับเงินบำเหน็จก้อนหนึ่งหรือได้รับเงินบำนาญเป็นรายเดือนเพื่อการยังชีพจนกว่าชีวิตจะหาไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาทำงาน ดังนั้น ข้าราชการจึงเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันด้านเศรษฐกิจดีมากก่อนหนึ่ง ก่อนปีพ.ศ.2539 เงินบำนาญของข้าราชการทั้งหมดนำมาจากบประมาณแผ่นดินโดยถือว่าเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าราชการเพื่อชดเชยรายได้ของข้าราชการที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าของภาคเอกชนในตำแหน่งงานที่ใกล้เคียงกัน แต่หลังจากปีพ.ศ.2539 โครงการสวัสดิการของข้าราชการมีลักษณะผสมผสานระหว่างการออมด้วยตนเองโดยมีรัฐบาลในฐานะนายจ้างรับจ่ายเงินสมทบ แต่ก็ยังคงมีส่วนของบำนาญซึ่งถือเป็นสวัสดิการที่มากับอาชีพในปัจจุบัน รัฐและข้าราชการแต่ละฝ่ายจะจ่ายเงินสมทบในอัตรา้อยละ 3 ของเงินเดือนข้าราชการ ส่วนที่เป็น

บำนาญและส่วนที่รัฐจ่ายเงินสมบทยังคงจ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน เงินสมบทของข้าราชการและของรัฐเพื่อ ข้าราชการนั้นๆจะอยู่ในบัญชีของแต่ละบุคคลซึ่งข้าราชการจะได้รับคืนพร้อมดอกผลเมื่อเกษียณอายุ วัตถุประสงค์ของการปรับเปลี่ยนระบบบำนาญของข้าราชการก็เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการมีการออมมากขึ้น อีกทั้ง เป็นความพยายามที่จะลดงบประมาณผูกพันที่ต้องจ่ายสำหรับสวัสดิการบำนาญของข้าราชการให้น้อยลงด้วย ทั้งนี้เพราระบบใหม่ซึ่งครอบคลุมข้าราชการใหม่ทุกคนดังแต่เดิมมีโครงการและข้าราชการเก่าที่สมควรใจเข้าร่วม โครงการจะได้รับเงินบำนาญในอัตราที่ต่ำกว่าเดิมเล็กน้อย เช่น แทนที่จะใช้เงินเดือนสุดท้ายเป็นฐานการคำนวณ บำนาญก็จะใช้เงินเดือนเฉลี่ยของ 5 ปีสุดท้ายเป็นฐานในการคำนวณแทน นอกจากนี้สัดส่วนของบำนาญต่อฐาน เงินเดือนจะถูกจำกัดให้ไม่เกินร้อยละ 70 ในขณะที่ระบบเดิมไม่มีข้อจำกัดดังกล่าว ในเดือนมีนาคมของปี พ.ศ.2542 มีข้าราชการที่เป็นสมาชิกกองทุนประมาณ 1.12 ล้านคนและขนาดกองทุนเท่ากับ 117,406 ล้านบาท (26)

ก่อนปีพ.ศ.2541 ลูกจ้างเอกชนสามารถสร้างหลักประกันชราภาพให้ตนเองด้วยการเข้าร่วมในโครงการ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund) ซึ่งเดิมในปีพ.ศ.2527 จัดตั้งกองทุนต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ของทั้งนายจ้างและลูกจ้าง โดยทั้งนายจ้างและลูกจ้างจะจ่ายเงินสมบทเข้ากองทุนตามอัตราที่กำหนดไว้ ล่วงหน้าระหว่างร้อยละ 3-15 ของค่าจ้าง และนายจ้างต้องจ่ายเงินสมบทไม่น้อยกว่าของลูกจ้าง (แต่ไม่เกิน ร้อยละ 15) กองทุนดังกล่าวถือเป็นนิติบุคคลที่แยกจากสถานประกอบการของนายจ้างและมีการบริหารจัดการ โดยบริษัทเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงการคลัง เมื่อลูกจ้างสิ้นสุดสมาชิกภาพก็จะได้รับเงินก้อนหนึ่งซึ่ง เป็นผลรวมของเงินสมบททั้งของฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างและดอกผลที่เกิดจากการลงทุน ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2528 มีสถานประกอบการเอกชน 209 แห่งที่มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนครอบคลุมสมาชิก 31,095 คน และมียอดเงินในกองทุน 589 ล้านบาท⁽¹⁶⁾ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาจำนวนสมาชิกและขนาดของกองทุนสำรอง เลี้ยงชีพได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปีพ.ศ.2541 กองทุนดังกล่าวครอบคลุมสมาชิกถึง 1.03 ล้านคนจากสถาน ประกอบการ 4,005 แห่ง ยอดเงินในกองทุนทั้งหมดสูงถึง 182,735.7 ล้านบาท⁽²⁶⁾

หลักประกันชราภาพเริ่มบังคับใช้กับลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2541 และนิยมเรียกว่าโครงการประกันสังคมกรณีประกันชราภาพ ผู้จ่ายเงินสมบทใน โครงการประกอบด้วยนายจ้างและลูกจ้าง โดยรัฐบาลช่วยออกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริหารและเป็นผู้ค้ำประกัน การจ่ายเงินตามเงื่อนไขของโครงการ เงื่อนไขการเกิดสิทธิเพื่อรับประโยชน์ทดแทนคือ ต้องเป็นผู้ที่มีอายุครบ 55 ปีและส่งเงินสมบทมาแล้วไม่น้อยกว่า 15 ปี (จำนวนปีที่จ่ายเงินสมบทอาจติดต่อกันหรือไม่ก็ได้) บำนาญที่จะได้ รับคือร้อยละ (15+A) ของเงินเดือนที่ใช้เป็นฐาน (เงินเดือนเฉลี่ยของ 5 ปีสุดท้าย) ไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่ โดย A คือจำนวนปีที่จ่ายเงินสมบทที่เกินกว่า 15 ปี (เช่น ถ้าจ่ายเงินสมบท 20 ปี ค่า A = 5 ดังนั้นเมื่อเกษียณอายุจะได้ รับเงินบำนาญร้อยละ 20 ของเงินเดือนฐาน) ผู้ที่จ่ายเงินสมบทระหว่าง 1-15 ปีเมื่อออกจากงานเป็นสมาชิกจะได้ รับเงินก้อนที่รวมเงินสมบทของตนเองและของนายจ้างพร้อมดอกผล ถ้าจ่ายเงินสมบทน้อยกว่า 1 ปีจะได้รับเงิน ก้อนที่เป็นผลรวมเฉพาะส่วนที่เป็นเงินสมบทของตนเองและดอกผล ในปัจจุบันเงินสมบทของแต่ละฝ่ายกำหนด ไว้ที่ร้อยละ 3 ของค่าจ้าง แต่เนื่องจากโครงการเริ่มดำเนินการในปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจพอดี ดังนั้นใน ปีพ.ศ.2542 อัตราเงินสมบทจึงได้รับการลดหย่อนให้เหลือเพียงร้อยละ 1 ของค่าจ้างสำหรับแต่ละฝ่าย แต่อัตรา เงินสมบทได้รับการกำหนดให้เพิ่มเป็นร้อยละ 2 และร้อยละ 3 ในปีพ.ศ.2543 และพ.ศ.2544 ตามลำดับ โดยปี แรกที่จะเริ่มมีการจ่ายเงินบำนาญจากกองทุนชราภาพดังกล่าวคือ ปีพ.ศ.2556 ตามรายงานล่าสุดในเดือน

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

ความยั่งยืนของกองทุนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้หลักประกันที่มั่นคงอย่างแท้จริงในอนาคต กองทุนสำหรับผู้สูงอายุเก็บทุกแห่งในโลกล้วนมีความเสี่ยงที่จะต้องล้มละลายสูงมาก หากไม่มีการบริหารจัดการที่ดีตั้งแต่ต้น เนตุผลเพราคนมีแนวโน้มที่จะอายุยืนยาวขึ้น ทำให้จำนวนผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากกองทุนเพิ่มเร็วกว่าที่เคยคาดประมาณไว้แต่ต้น นอกจากนี้ การบริหารจัดการกองทุนที่ไม่ระมัดระวังและอิทธิพลของนักการเมืองที่มักต้องการให้ใช้กองทุนเพื่อประโยชน์ในระยะสั้นมากกว่าประโยชน์ในระยะยาวล้วนเป็นเหตุผลที่ทำให้กองทุนไม่ยั่งยืน ดังนั้นก่อนที่จะได้ข้อสรุปของโครงการที่อุบมาเป็นกฎหมาย ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้มีผู้เชี่ยวชาญเรื่องประกันสังคมจากองค์กรระหว่างประเทศหลายแห่งมาศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชราภาพที่เหมาะสม^{27,28}

การศึกษาเหล่านี้ให้ผลลัพธ์ยากัน คือ ด้วยโครงสร้างทางประชากรไทยที่เป็นอยู่และที่คาดว่าจะเป็นในอนาคต อัตราเงินสมทบทั้งสูงกว่าที่กำหนดในกฎหมายปัจจุบันกองทุนจึงจะอยู่ได้ เช่น ถ้ากำหนดให้ผู้ประกันตนเกษียณอายุ 55 ปีและมีอัตราประโยชน์ตัดแทน (ประโยชน์ตัดแทน หรือ replacement rate หมายถึง เงินบำนาญเฉลี่ยหารด้วยค่าจ้างเฉลี่ย) ที่ร้อยละ 30 อัตราเงินสมทบที่เหมาะสมควรเป็นร้อยละ 10.7 ของค่าจ้าง²⁷ และถ้าต้องการให้อัตราประโยชน์ตัดต่ำที่ร้อยละ 25 เมื่อสิ้นเงินสมทบครบ 15 ปี แล้วเพิ่มอีกร้อยละ 1 ต่อปีที่ทำงานเพิ่มจาก 15 ปี ควรเก็บเงินสมทบ ร้อยละ 7 เมื่อเริ่มโครงการ แล้วเพิ่มไปจนเป็นร้อยละ 13 ภายใน 30 ปีหลังจากเริ่มโครงการ⁽²⁸⁾ หรือถ้าให้ลูกจ้างเกษียณอายุที่ 55 ปี และอัตราประโยชน์ตัดแทน เท่ากับร้อยละ 20+A โดย A คือ จำนวนปีที่จ่ายเงินสมทบทุนกว่า 15 ปี กองทุนจะติดลบในเวลาประมาณ 46 ปีนับจากเมื่อเริ่มโครงการ⁽²⁹⁾ อย่างไรก็ตามถ้าประชากรในประเทศไทยยังเพิ่มในระดับที่พอดีแทนเองได้ (อัตราเจริญพันธุ์ หรือ Total Fertility Rate อยู่ที่ประมาณ 2) และถ้าอายุที่มีสิทธิรับบำนาญคือ 60 ปี การเก็บเงินสมทบร้อยละ 6 ของค่าจ้างจะทำให้กองทุนเริ่มลดเมื่อดำเนินการไปได้ประมาณ 30-40 ปี และเริ่มติดลบเมื่อดำเนินการไปได้ประมาณ 50-60 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอัตราผลตอบแทนของสินทรัพย์⁽³⁰⁾

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าระบบประกันชราภาพของประเทศไทยเป็นระบบ Partially funded เพราะภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดเกี่ยวกับ อัตราเงินสมทบ อัตราประโยชน์ตัดแทนและอายุเกษียณ จะทำให้กองทุนอยู่ไม่ได้ในที่สุด ดังนั้นจึงต้องมีการเพิ่มอัตราเงินสมทบที่จะทำให้ผู้เข้าโครงการรายหลังต้องอุดหนุนคนที่เข้าก่อน จากรากลั่นสุด ซึ่งเป็นการศึกษาให้กระทรวงการคลังและ Asia Development Bank (ADB) ก็ล้วนให้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกัน และเสนอให้รับเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอายุของการรับสิทธิจากอายุครบ 55 ปี เป็นอายุ 60 ปีโดยเร็ว ตลอดจนต้องเพิ่มอัตราเงินสมทบทันทีที่จะทำได้⁽³¹⁾ อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่าการเพิ่มเงินสมทบหรือการเพิ่มอายุเกษียณมากได้รับการต่อต้านพอสมควร ซึ่งหากผู้บริหารประเทศไทยมีความกล้าหาญเพียงพอจะเพิ่มไม่สำเร็จและจะทำให้ผู้สูงอายุในอนาคตไม่ได้หลักประกันตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งผลเสียจะรุนแรงกว่าการจัดการแก้ไขโครงการให้เหมาะสมดังต่อต้นอย่างมาก ดังนั้น รัฐต้องทำความเข้าใจกับผู้ประกันตนให้ทราบความจริงโดยเร็วว่าเงินที่เก็บนั้นยังไม่เพียงพอสำหรับอนาคต

โครงการทั้ง 3 ที่กล่าวมาแล้ว คือ โครงการสำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำ โครงการประกันสังคม และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ล้วนเป็นโครงการที่มากับอาชีพ และผู้ที่จะได้รับประโยชน์ส่วนมากจะเป็นผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไป ผู้ที่มีรายได้ต่ำข้างต่ำ เช่น กลุ่มเกษตรกร หรือกลุ่มผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคลยังไม่มี

หลักประกันรายได้ยามสูงอายุแต่อย่างไร บุคคลเหล่านี้เมื่อป่วยมักต้องอาศัยโครงการสวัสดิการของรัฐซึ่งส่วนมากบริหารจัดการโดยกรมประชาสงเคราะห์ เช่น โครงการเบี้ยยังชีพ และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้งในและนอกสถานที่ เป็นต้น แต่เป็นที่ทราบดีว่าโครงการเหล่านี้ยังไม่เพียงพอและบ่อยครั้งที่การสงเคราะห์ยังไม่ถึงก่อให้เกิดปัญหาที่แท้จริง^(21,31) ดังนั้นการขยายหลักประกันทางสังคมไปยังบุคคลกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

วิัฒนาการใหม่ของกองทุนชี้เป็นความริเริ่มของชุมชนร่วมกับผู้นำท้องถิ่นเป็นสิ่งที่น่าศึกษาอย่าง การตั้งกองทุนชุมชนอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อการในการนี้โดยเฉพาะ เช่น กองทุนধานกิจสงเคราะห์ หรือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้านทั่วไป กองทุนเหล่านี้เกิดจากการที่ชาวบ้านที่เป็นสมาชิกในชุมชนนำ รายได้ส่วนหนึ่งเข้ากองทุนทุกเดือน ผู้ที่เป็นสมาชิกของทุนจะได้รับประโยชน์จากการกู้เงินจากกองทุนเพื่อนำไปเป็นทุนในการประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมอื่นๆตามความจำเป็น เช่น ช่วยค่าใช้จ่ายยาเจ็บป่วยของสมาชิก เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการบริหารกองทุน เมื่อสามารถเก็บสะสมเงินกองทุนได้มากขึ้นก็จะมีความพยายามขยายลักษณะของประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับให้กว้างขวางมากขึ้น ประโยชน์หลังจากเรื่องการรักษาพยาบาลก็จะเป็นเรื่องการช่วยเหลือจุนเจือผู้สูงอายุภายในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของกองทุนเหล่านี้ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของผู้นำและสภาพแวดล้อมอื่นๆภายในชุมชน ดังนั้นความสำเร็จของกองทุน ณ ชุมชนแห่งหนึ่งจึงไม่สามารถนำไปเป็นแบบอย่างสำหรับชุมชนอื่นๆได้ แม้ในปัจจุบันจะมีการพัฒนาในประเทศไทยจะหันไปเน้นที่ชุมชนมากขึ้น และตั้งความหวังกับชุมชนในเรื่องการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ในเรื่องการสร้างหลักประกันทางรายได้จะอาศัยเพียงทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรกายภาพภายในชุมชนน่าจะยังไม่เพียงพอ กลยุทธ์การบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านที่สูงมาก ดังนั้นความหวังที่จะใช้กองทุนชุมชนเป็นแหล่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมยังเป็นเรื่องของอนาคตอันยาวไกล นอกจานั้นกองทุนเหล่านี้ล้วนเพิ่งเกิดขึ้นไม่นานเมื่อเปรียบเทียบกับการให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นภาระผูกพันระยะยาว ความยั่งยืนของกองทุนยังต้องมีการศึกษาและพิสูจน์กันต่อไป

มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหา

การแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุก็เหมือนกับการแก้ปัญหาอื่นๆของประเทศไทย วิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น ด้วยการพึงดูแล ด้วยครอบครัว แล้วจึงด้วยสังคม การทำงานเป็นแหล่งรายได้หลักของคนไทย ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานให้มากที่สุดตามความสามารถด้วยความสามารถและความสามารถ ช่วยให้ช่วงเวลาที่ต้องเป็นภาระทางเศรษฐกิจสิ้นเข้า และนับเป็นวิธีการป้องกันปัญหาขั้นที่หนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในไม่ช้าก็เร็ว ความสามารถในการทำงานก็คงต้องหมดลง ดังนั้นการป้องกันขั้นที่สองคือต้องหัดให้คนไทยรู้จักการเก็บออมเพื่ออนาคตตั้งแต่เวลาที่ยังทำงานอยู่ ควบคู่ไปกับการสงเสริมความพร้อมภายในครอบครัวทั้งในด้านรายได้-การเลือกออม-และการเกื้อหนุนระหว่างสมาชิก การป้องกันขั้นที่สามคือการจัดระบบเพื่อเฉลี่ยทุกๆ และเฉลี่ยสูขกันภายในกลุ่มอาชีพหรือชุมชนเดียวกันซึ่งจะทำให้ภาระของภาระมีอยู่ยืนยาวไม่ไปตกอยู่ที่คนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งโดยเฉพาะ ถ้าการป้องกันทั้ง 3 ขั้นยังไม่เพียงพอจึงมาถึงขั้นที่สี่ ซึ่งเป็นเรื่องของคนในสังคมทั้งประเทศที่จะต้องให้การอนุเคราะห์ต่อไป ดังนั้นกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุจึงสามารถแบ่งเป็น 4 เรื่อง คือ 1) การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมระบบเกื้อหนุนภายในครอบครัว 3) การส่งเสริมการให้มีหลักประกันชราภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และ 4) การ

ส่งเสริมระบบสวัสดิการอย่างเพียงพอและได้ผลเพื่อผู้สูงอายุที่ยากไร้ เนื้อความต่อจากนี้จะเน้นเฉพาะมโนทัศน์ของกลวิธีการแก้ปัญหาในเรื่องที่ 1 และ 3 เท่านั้น

สำหรับปัญหาเรื่องการมีงานทำของผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ ยังมีการกีดกันการรับผู้มีอายุมากเข้าทำงานในรูปแบบต่างๆ เช่น การแก้ไข้ออกจากงานก่อนวัยอันสมควร การระบุอายุขั้นสูงของผู้มีสิทธิในการสมัครงานต่างๆ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนงานยากเพราะหางานใหม่ทำไม่ได้ ตัวผู้สูงอายุเองก็อาจไม่พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถเรียนรู้งานใหม่ๆ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ของการจ้างงานในปัจจุบันเป็นแบบเต็มเวลา ดังจะเห็นได้จากชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยของคนไทยที่สูงมากซึ่งผู้สูงอายุอาจทำไม่ได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการจ้างงานแบบไม่เต็มเวลา (part-time) เป็นการเพิ่มต้นทุนในการบริหารจัดการทางธุรกิจ ดังนั้นรัฐบาลต้องมีมาตรการบางอย่างเพื่อชดเชยต้นทุนที่เพิ่มขึ้นนี้ให้แก่สถานประกอบการที่ยินดีจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงานด้วยเงื่อนไขเวลาที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากต้องการทำงานที่ตนเองเป็นเจ้าของซึ่งน่าจะหมายถึงต้องการเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคล แต่การเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคลนั้นต้องอาศัยทักษะการเป็นผู้ประกอบการที่ต้องการความรู้หลายเรื่อง เช่น เรื่องแหล่งเงินทุน แหล่งวัสดุอุปกรณ์ ตลาดและการบริหารจัดการ เป็นต้น การฝึกอบรมและการแนะนำอาชีพตลอดจนการให้ความช่วยเหลือเงินทุนเริ่มต้นสำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยนอาชีพจึงมีความจำเป็น ในประเทศไทยมีหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนที่ดำเนินการในเรื่องการฝึกอบรมหรือแนะนำอาชีพให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าง เช่น กรมการศึกษานอกโรงเรียน กรมพัฒนาผู้มีอาชีวะ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และชุมชนผู้สูงอายุต่างๆ เป็นต้น แต่การจัดบริการเหล่านี้ยังอยู่ในข้อบกพร่องที่แคมป์มากและยังไม่มีการศึกษาที่ร่วบรวมและประเมินงานเหล่านี้อย่างเป็นระบบ สำหรับการให้สิ่งจุใจหรือการจัดระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่นสำหรับผู้สูงอายุนั้นยังไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเช่นกันอย่างไรก็ตามการเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ต้องการเวลา กำลังกาย และกำลังสมองมาก ดังนั้นสำหรับผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จในการเริ่มธุรกิจส่วนบุคคลนั้นคงยาก การรวมกลุ่มภายใต้ชุมชนอาจเป็นทางออกในเรื่องนี้โดยผู้สูงอายุในชุมชนอาจมีส่วนร่วมในเรื่องการผลิต หรือการจัดจำหน่ายตามความถนัด ด้วยเหตุนี้ก็ถูกพัฒนาสำหรับการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

- การออกกฎหมายเพื่อห้ามกีดกันคนทำงานอันเนื่องมาจากการ
- การส่งเสริมนิสัยการเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนไทยซึ่งจะช่วยให้คนไทยและผู้สูงอายุมีความคล่องตัวในการเปลี่ยนงานตามการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วด้านเทคโนโลยีได้
- ส่งเสริมให้มีรูปแบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่นและเป็นธรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำงานแบบไม่เต็มเวลา (part-time) หรือการทำงานที่บ้าน
- มีมาตรการให้สิ่งจุใจแก่สถานประกอบการที่จ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน
- ส่งเสริมการแนะนำอาชีพและการฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติม โดยเฉพาะทักษะการเป็นผู้ประกอบการให้ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุ
- ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทุนเริ่มต้นโดยคิดดอกเบี้ยต่ำ
- ส่งเสริมการทำธุรกิจชุมชนเพื่อให้สมาชิกผู้สูงอายุได้ใช้เวลาหารายได้โดยประมาณที่อย่างเหมาะสม

ในเรื่องการสร้างระบบประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือ ประการแรก ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถครอบคลุมคนไทยได้อย่างครอบคลุม เกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระรวมทั้ง

ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กยังไม่มีหลักประกัน ประกันที่สอง-หลักประกันที่มีอยู่นั้นยังมีความแตกต่างกันอยู่มาก หลักประกันของข้าราชการนั้นมีอัตราตอบแทน (replacement rate) ที่สูงกว่า เช่น ข้าราชการที่ทำงานมา 30 ปีจะได้อัตราตอบแทนหรืออัตราเงินบำนาญสูงถึงประมาณร้อยละ 60 ในขณะที่ลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบการขนาดกลางขึ้นไปที่ทำงานในระยะเวลาเดียวกันจะมีอัตราเงินบำนาญเพียงร้อยละ 30 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าไป อย่างไรก็ตามความแตกต่างนั้นส่วนหนึ่งก็เนื่องจากข้าราชการรับรายได้ที่ต่ำกว่าภาคเอกชนในช่วงเวลาที่ทำงานเพื่อแลกกับหลักประกันที่ดีกว่าเมื่อเกษียณอายุ ในขณะนี้ลูกจ้างเอกชนซึ่งมีรายได้ดีกว่าในช่วงเวลาที่ทำงานจึงจำเป็นต้องยอมเพื่ออนาคตของตนเองด้วย สำหรับส่วนใหญ่ของลูกจ้างรัฐวิสาหกิจและข้าราชการท้องถิ่นตลอดจนลูกจ้างประจำของรัฐบาลมีหลักประกันในลักษณะเดียวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพซึ่งจะได้เงินก้อนเมื่อออกจากงาน โดยทั่วไปแล้วบำเหน็จหรือเงินก้อนมักไม่สามารถเป็นหลักประกันที่เพียงพอในระยะยาว สภาพในปัจจุบันแสดงให้ทราบได้ชัดเจนถึงปัญหาการครอบคลุมของระบบประกันรายได้เมื่อเกษียณอายุและความแตกต่างในแต่ละโครงการอันทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมขึ้นในสังคมดังนั้นจึงมีความจำเป็นจะต้องพยายามปูรากฐานประกันชราภาพแห่งชาติขึ้นให้ครอบคลุมคนทั่งประเทศภายใต้เงื่อนไขที่ใกล้เคียงกัน

การแก้ไขปัญหาเหล่านี้สามารถมองได้เป็น 2 ระยะ ในระยะสั้น โครงการต่างๆที่มีอยู่ต้องทำให้มีประสิทธิภาพและต้องให้อิสระในการบริหารจัดการพอสมควรแต่ต้องมีความโปร่งใส ในปัจจุบันกระทรวงการคลังมีภาระเบี่ยงเบี้ยวกับการลงทุนของกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และกองทุนประกันสังคมค่อนข้างเข้มงวด กล่าวคือมีการกำหนดสัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์แต่ละประเภทเพื่อลดความเสี่ยงของกองทุน อาทิ กองทุนไม่สามารถนำเงินไปลงทุนในต่างประเทศได้ เป็นต้น ข้อกำหนดเหล่านี้แม้เป็นการกำหนดเพื่อความมั่นคงของกองทุน แต่ก็ต้องแลกกับโอกาสและความสามารถในการได้มาซึ่งผลตอบแทนของการลงทุนและอาจเป็นเหตุให้ผลตอบแทนที่ได้ที่ต่ำกว่าไปจากที่ควรจะเป็น นอกเหนือนี้เมื่อขนาดของแต่ละกองทุนใหญ่ขึ้นและหากตลาดทุนในประเทศไทยไม่พัฒนาเท่าที่ควร จะทำให้ช่องทางการลงทุนมีความจำกัดมากยิ่งขึ้นซึ่งจะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุในระยะยาว⁽³²⁾ สำหรับกองทุนประกันสังคมเพื่อชราภาพนั้น ควรรีบเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอายุการเริ่มได้รับสิทธิจากอายุ 55 ปี เป็น 60 ปีโดยเร็ว ตลอดจนค่อยๆเพิ่มอัตราเงินสมทบให้เหมาะสมตามความเป็นจริงมากขึ้นทันทีที่กระทำได⁽³¹⁾

สำหรับการแก้ปัญหาระยะยาว ต้องพยายามสร้างระบบประกันชราภาพให้ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงโดยเร็ว รูปแบบของหลักประกันแห่งชาติที่เหมาะสมต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการให้หลักประกันและประสิทธิผลที่เกิดแก่ผู้สูงอายุโดยจะต้องไม่เป็นภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมมากเกินไปด้วย แนวคิดหลักในเรื่องการสร้างหลักประกันชราภาพในปัจจุบัน คือ การมีหลักประกันหลายชั้น เช่น ธนาคารโลกเสนอให้หลักประกันที่แบ่งเป็น 3 ชั้น⁽³³⁾ โดยหลักประกันชั้นแรกเป็นระบบการประกันแบบบังคับซึ่งครอบคลุมทุกคน ประมาณ 70% จากระบบประกันชั้นแรกนี้ควรเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กำหนดทุกคนจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนชราภาพนี้ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้ รัฐต้องเป็นผู้จ่ายแทนซึ่งจะมาจากภาษีทั่วไป หลักประกันชั้นแรกควรเป็นแบบ PAYG หลักประกันชั้นที่สองจะเป็นการให้หลักประกันเสริมจากชั้นแรกเพื่อให้ผู้ที่อยู่ในวิถีที่จะยอมได้มีสิทธิที่จะยอมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ไม่แตกต่างจากเมื่อครั้งที่ยังทำงานอยู่มากนัก ธนาคารโลกเสนอให้หลักประกันชั้นที่สองเป็นแบบ fully funded เมื่อกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในปัจจุบัน แต่ควรกำหนดให้เป็นแบบบังคับแทนการสมควรใจ

สำหรับหลักประกันชั้นที่ 3 จะเหมือนชั้นที่ 2 เพียงแต่ห้ากรอบในชั้นนี้เป็นแบบสมัครใจ การสร้างหลักประกัน ทั้ง 3 ชั้นนี้จะเป็นการปิดจุดบกพร่องของการสร้างหลักประกันแต่ละแบบได้และนำไปใช้ทำให้ผู้สูงอายุมี หลักประกันที่มั่นคงได้ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการออมภายในประเทศซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา ประเทศอีกด้วย ในการสร้างระบบหลักประกันหลายชั้นโดยการพัฒนาจากสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาจถือว่า โครงการประกันสังคมที่ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคมเป็นระบบประกันชั้นแรก ซึ่งมีความจำเป็นต้อง ขยายหลักประกันส่วนนี้ให้ครอบคลุมประชากรทุกคนโดยเร็ว มิใช่จำกัดอยู่เฉพาะลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบ การขนาดที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปเท่านั้น การพัฒนาระบบประกันชั้นที่ 2 อาจขยายจากกองทุนสำรองเลี้ยง ชีพในปัจจุบันที่เป็นแบบสมัครใจให้เป็นแบบบังคับสำหรับผู้ที่มีรายได้เกินกว่าระดับที่กำหนด ส่วนระบบประกัน ชั้นที่ 3 จึงปล่อยให้เป็นเรื่องของการออมโดยความสมัครใจ⁽⁴⁾

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการตามกลไกที่ก่อล้ำมาในหัวข้อที่ 4.7 เป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกวิธีและได้ผลดีที่สุด จำ เป็นต้องมีองค์ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาพในปัจจุบันและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงการที่มีอยู่หรือ การเพิ่มโครงการใหม่ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม งานวิจัยในหัวข้อต่อไปนี้จะเป็นการ สร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นเพื่อปูทางไปสู่การสร้างระบบประกันความมั่งคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อไป

- ศึกษาความต้องการทำงานและข้อจำกัดในการทำงานของผู้สูงอายุ
- ศึกษาความต้องการและข้อจำกัดเกี่ยวกับการจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงานของสถานประกอบการ
- ศึกษาผลกระทบของการปฏิรูประบบราชการต่อผู้สูงอายุ
- ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกอบรมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในด้านการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ
- ศึกษารูปแบบการจัดธุรกิจชุมชนที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมเข้าทำงานของผู้สูงอายุ
- ศึกษาศักยภาพของกองทุนชุมชนในการเป็นหลักประกันราชการของสมาชิกในระยะยาว
- ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการออมเพื่ออนาคตของประเทศไทย
- ศึกษารูปแบบของระบบประกันราชการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
- ศึกษาแนวทางการปฏิรูประบบการประกันราชการจากปัจจุบันสู่รูปแบบที่เหมาะสม
- ศึกษาผลกระทบของการมีหลักประกันสังคมต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวเรือน
- ศึกษาผลกระทบของการมีหลักประกันราชการต่อตลาดแรงงาน การออม การพัฒนาตลาดทุนและต่อ การพัฒนาประเทศไทย

บรรณานุกรม

1. นภพชร ชัยวรรณ, มาลินี วงศ์สิทธิ์, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนชาญ. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 165/32). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2538.
3. นภพชร ชัยวรรณ, จันทร์ โนนเดล. รายงานการสำรวจสภากาชาดผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 246/39). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
4. มัทนา พนาณิรัมย์, สมชาย สุขสิริเสวีกุล. การศึกษาฐานแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันทางสังคม: อดีต ปัจจุบันและอนาคต (โครงการวิจัยเพื่อสำนักงบประมาณ). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2540.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี, 2541.
6. นภพชร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน. ใน: สุวิทย์สูงอายุด้วยคุณภาพ: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สมาคมพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, สมาคมสภากาชาดผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 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 นิธักร, นงนุช สุนทรรากานต์. งบประมาณของรัฐเพื่อผู้สูงอายุ. ใน: การประเมินโครงการ บริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 ธันวาคม 2542). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
14. นภาพร ชัยวรรณ. การอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหุ่นสาวไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 195/35). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
15. มาลินี วงศิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 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, สมาคมพฤษภาวิทยาและราชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
18. มัทนา พนานิรนาม, นิรัติ อิงพรประสิทธิ์. การขยายภาพอุปทานแรงงานจำแนกตามระดับและสาขาวิชาศึกษา. ใน: แผนแม่บทการพัฒนากำลังคนเพื่ออุดหนุนกระบวนการผลิตและบริการของประเทศไทย พ.ศ. 2541-2549. ฝ่ายการวิจัยทรัพยากรุ่มนุษย์และพัฒนาสังคม มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2541.
19. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
20. ฤกษ์ ศุนทรรากา, นิมфа บี โอเยนา. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและตลาดแรงงาน. ใน: ฤกษ์ ศุนทรรากา, (บรรณาธิการ). จุดเปลี่ยนนโยบายประเทศไทยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
21. อภิญญา เวชยชัย. บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต. ใน: การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 ธันวาคม พ.ศ.2542). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 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: สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและวิชาศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:52-92.
26. Kesornsurjart 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. คณะกรรมการเตรียมการประกันกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร สำนักงานประกันสังคม. เอกสารรายงานการเตรียมการประกันกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม, 2539.
30. มัทนา พนานิรนามย, นิรัติ อิงพรประสีทธิ. ประชากรและความอยู่รอดของการประกันสังคมกรณีประโยชน์ทดแทนการชราภาพ (โครงการหนึ่งภายใต้การศึกษาเรื่อง แนวโน้มประชากรไทย: การศึกษาระดับมหภาค และการศึกษาเชิงนโยบายในภาคเหนือตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง). 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

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สร้างจิต และอารมณ์ของคนจากวัยหนุ่มสาวสู่วัยเด็ก ทำให้เกิดการกำหนดบทบาทและสถานภาพทางสังคมของปัจเจกบุคคลและสมาชิกของสังคมที่แวดล้อมบุคคลนั้นอยู่ สำหรับ ปัจเจกบุคคล การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาททางสังคมจากผู้ที่เคยเป็น “ผู้ดูแล” คนอื่นมาเป็น “ผู้พึ่งพา” และในขณะเดียวกัน คนกลุ่มนี้ก็ถูกกำหนดบทบาทให้เป็น “ผู้ดูแล” ของผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของปัจเจกบุคคลในช่วงปัจจุบัน

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

ประเด็นที่นำเสนอในครั้งนี้ ผู้สูงอายุแบบไหนหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาแบบใดจึงจะจัดว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล และสำหรับผู้ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น มีขอบเขตของการหน้าที่และบทบาทมากน้อยเพียงใด จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันอยู่ในระดับใด และจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในอนาคต

เนื่องจากการถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มภาระหน้าที่และพันธะในการที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือแวดล้อมผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุจึงไม่จำเป็นต้องดำเนินไปอย่างราบรื่นหรือผิดสุกตลดดไป ประเด็นที่เป็นที่สนใจของสาขาวิชานี้คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาและความทุกข์ยากใดหรือไม่ เครื่องขยายทางสังคมที่แวดล้อมอยู่ได้เข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพียงใด นอกจากนี้องค์กรภาคชุมชนและภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลหรือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่และในทิศทางใด ประเด็นต่างๆเหล่านี้คือประเด็นการศึกษาที่จะนำเสนอต่อไป

โครงการผู้ดูแล

องค์ประกอบของการเป็นผู้ดูแล (caretaker) คือ “ผู้” (บุคคลที่เป็นผู้กระทำการหรือให้) และ “ดูแล” (การกระทำการให้ หรือการดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับการดูแล) ดังนั้นการที่จะกำหนดว่าโครงการผู้ดูแล จึงต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้งสองโดยละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดนิยาม

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

สำหรับคำว่า “ดูแล” พิจารณาได้เป็นสองลักษณะคือ “การดูแลจัดการ” (care management) และ “การดูแลช่วยเหลือ” (care providing) การดูแลจัดการ หมายถึง การจัดการกิจด่างๆ แทนผู้สูงอายุทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง สำหรับการดูแลช่วยเหลือ หมายถึง การปฏิบัติกิจด้วยตนเองจากผู้สูงอายุกระทำการไม่ได้ หรือเป็นการช่วยเหลือกิจบางส่วน หรือเป็นการช่วยเหลือที่มีความจำเป็นต่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียหรืออุบัติเหตุขึ้น เช่น การติดตามเฝ้าระวัง (supervise) เวลาที่ผู้สูงอายุเดิน

การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ในเรื่องผู้ดูแลและการดูแลที่มีในประเทศไทยจะไม่แยกประเภทของการดูแล ทำให้การพิจารณาในรายละเอียดของสภาพการดูแลหรือความต้องการการช่วยเหลือเป็นไปอย่างยากลำบาก การดูแลที่มีความหมายทางนโยบายการบริการคือการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งในการศึกษาเท่าที่มีอยู่มักใช้วิธีการศึกษาโดยจำแนกระดับภาวะพึงพาเพื่อให้ได้ภาพของความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ลักษณะบางประการในสังคมไทยซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาวิจัยต่างๆ ทางด้านผู้ดูแล และจำเป็นต้องพิจารณาโดยละเอียดคือ ประการแรก-ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจากไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ประการที่สอง-การที่บุตรหลานอยู่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าจะต้องเป็นผู้ดูแล สมาชิกในครัวเรือนจะมีลักษณะเกือกุลกันอยู่แล้วโดยธรรมชาติ กิจ忙งประการที่ทำร่วมกันหรือแบ่งกันทำในลักษณะช่วยเหลือกันไม่ได้แปลว่าบุตรหลานได้ให้การดูแล บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุกลับเป็นผู้ให้มากกว่าเป็นผู้รับ ประการที่สาม-การให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าเป็นการดูแลเสมอไป การให้ที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงลักษณะของกตัญญูตัวที่ต่อบุพการีเท่านั้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจที่ดีพอ

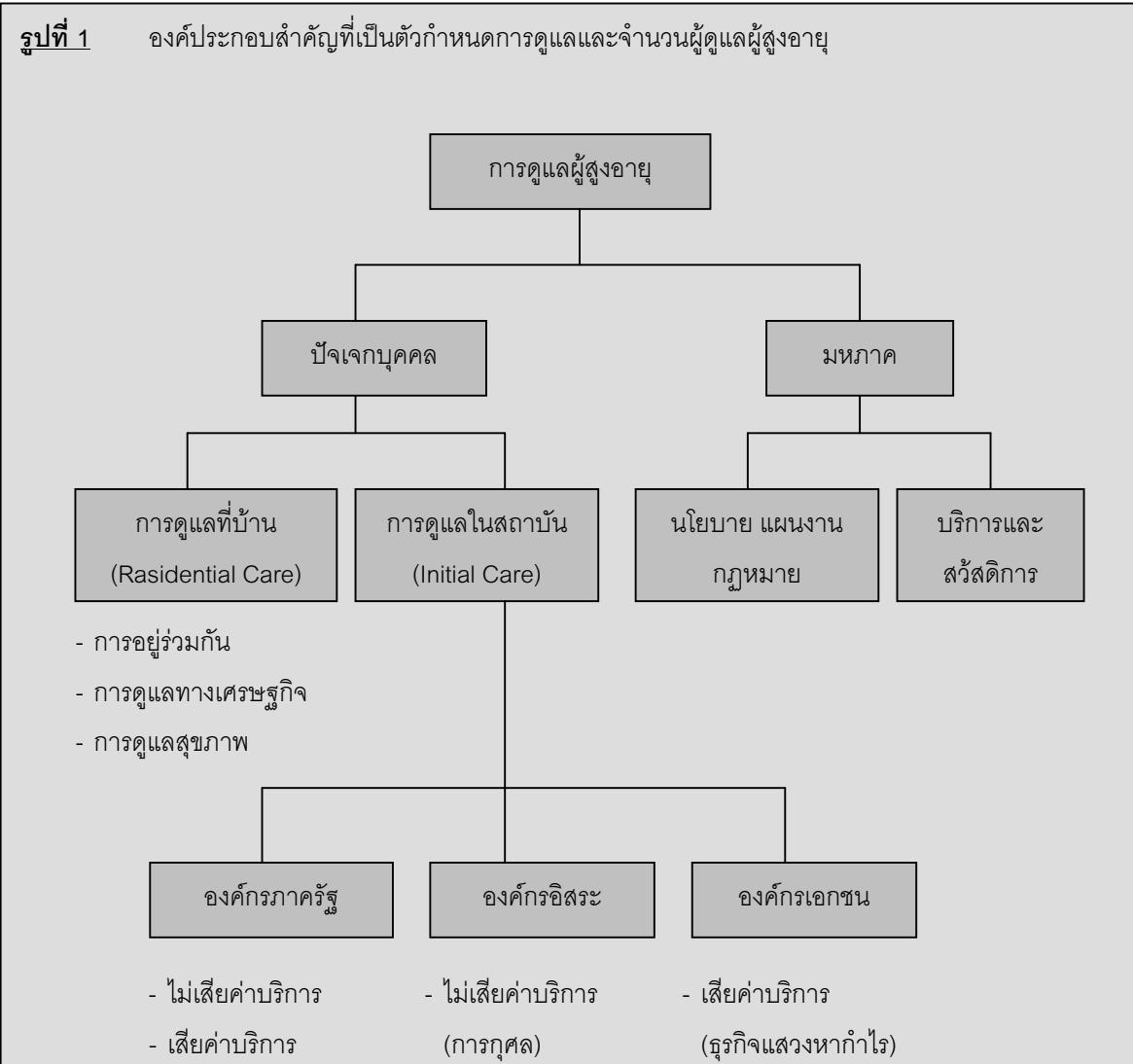
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์รายงานการศึกษาต่างๆ ในด้านผู้ดูแลจึงมีความจำกัด อย่างไรก็ตามในบทความต่อไปนี้ได้พยายามแสดงให้เห็นสถานภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยผู้อ่านควรคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ข้างต้น

จำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันและประมาณการความต้องการผู้ดูแลในอนาคต

การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพราะจำนวนผู้ดูแลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนคือ ผู้สูงอายุและการดูแล องค์ประกอบส่วนแรกคือผู้สูงอายุแบบไหนที่ต้องการการดูแลหรือต้องได้รับการดูแล และองค์ประกอบส่วนที่สองคือการดูแลแบบไหนและสถานที่ในการให้การดูแลแบบใดจึงจะถือว่าเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุ

เนื่องจากจำนวนผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้สูงอายุ ดังนั้นถ้าคำจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป จำนวนผู้ดูแลภายในได้คำจำกัดความดังกล่าวที่จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในปัจจุบันประเทศไทยใช้อายุ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่าเป็นเกณฑ์กำหนดความเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่อีกหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศไทยในยุโรปใช้อายุ 65 ปีหรือมากกว่าเป็นตัวกำหนด⁽²⁾ หากประเทศไทยเปลี่ยนไปใช้อายุ 65 ปีในการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุ จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะเปลี่ยนแปลงไป

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



ในระดับปัจเจกบุคคล การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย (residential care providers) มีประเดิมในเรื่องรูปแบบของการดูแลที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบ เพราะรูปแบบของการดูแลอาจอยู่ในรูปของ การพักอาศัยอยู่ร่วมกัน (ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน) การดูแลทางเศรษฐกิจ และการดูแลทางสุขภาพ

การพักอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ ถือเป็นหลักประกันทั้งทางสังคม ว่าผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้รับการดูแลในทุกด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพกายและจิตใจ ผลการศึกษาวิจัย ระดับประเทศหลายโครงการพบว่า เกือบทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 96-98) ของผู้สูงอายุไทยอยู่กับครอบครัว^(3,5) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 5.3 ล้านคน ดังนั้นในปัจจุบันจึงน่าจะมีสมาชิกครัวเรือนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประมาณ 4 ล้านคน (ผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรสมักจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน) และโดยเหตุที่บุตรเป็นบุคคลหลัก ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป) อย่างน้อย 1 คน จึงน่า จะจะหันให้เห็นถึงจำนวนบุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยระดับประเทศพบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 78 พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอย่างน้อย 1 คน⁽⁴⁾ จึงอาจประมาณการได้ว่าจะมีบุตร ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในครัวเรือนอย่างน้อย 3.1 ล้านคน ทั้งนี้ เพราะอาจจะมีบุตรมากกว่า 1 คนที่ดูแล ผู้สูงอายุคนเดียวกัน

สำหรับการดูแลทางด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษาการเกื้อหนุนทางด้านการเงินหรือวัตถุที่ผู้สูงอายุได้รับ จากบุตร ในปีพ.ศ.2538 พบว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรจะได้รับเงินจากบุตรสูงถึงร้อยละ 87 สำหรับผู้สูงอายุที่มีบุตร อาศัยอยู่ที่อื่นพบว่าร้อยละ 89 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับอาหารหรือสิ่งของจากบุตรทุกปี⁽³⁾ ถ้าใช้สัดส่วน ดังกล่าวนี้ประมาณจำนวนบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจ น่าจะมีประมาณ 4.6-4.7 ล้านคน โดยมีบุตรที่ ให้เงินแก่ผู้สูงอายุอย่างน้อย 4.6 ล้านคน (บุตร 1 คนอาจให้เงินแก่ผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน ในขณะที่ผู้สูงอายุ 1 คนก็อาจได้รับเงินจากบุตรมากกว่า 1 คนเช่นกัน) การคำนวณดังกล่าวใช้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล เป็นฐานในการคำนวณ หากใช้บุตรที่ให้เงินบิดามารดาหรือสิ่งของเป็นฐานในการคำนวณจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทางด้านเศรษฐกิจน่าจะมากกว่านี้

ในส่วนของการดูแลในเรื่องค่ารักษาพยาบาล ผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าการ เกื้อหนุนจากบุตรอยู่ในระดับที่ไม่สูง โดยผู้ดูแลร้อยละ 52.9 ให้การเกื้อหนุนแก่රารดา และร้อยละ 46.1 ให้การ เกื้อหนุนแก่บิดา⁽⁵⁾ ในขณะที่การสำรวจภาวะสุขภาพประชากรสูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40.8 รายงานว่า บุตรเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁽⁶⁾ หากใช้สถิติจากทั้งสองแหล่งจะประมาณการได้ว่า อย่างน้อยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องค่ารักษาพยาบาลอยู่ระหว่าง 2.2-2.6 ล้านคน ทั้งนี้อาจเป็น เพราะผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งได้รับสวัสดิการช่วยเหลือจากรัฐ โดยการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุและบัตรสุขภาพให้ผู้สูงอายุ

สำหรับการดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพพบว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรเมื่อ ป่วย⁽⁵⁾ ในกรณีนี้อย่างน้อยน่าจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านเจ็บป่วยประมาณ 4.2 ล้านคนหรือมากกว่า แต่หากใช้ ภาวะพึงพาเป็นเกณฑ์ในการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุจะน้อยกว่าที่ ประมาณการจากการดูแลบ้านเจ็บป่วย การสำรวจภาวะพึงพา* ของประชากรผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ.2537 โดยใช้ชั้นบาร์เซลอเดล (Barthel ADL Index) พบร้อยละ 1.6 ของ

* การสำรวจภาวะพึงพา ให้รีชีการประเมินความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรที่จำเป็นสำหรับการดูแลคนเองขั้นพื้นฐาน และกิจวัตรที่ จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในชุมชน ดัชนีบาร์เซลอเดล (Barthel ADL Index) ประเมินจากกิจวัตรพื้นฐานรวม 10 ชนิด ในขณะที่ ดัชนีชุลพาร์เซลอเดล (Chula ADL Index) ใช้ประเมินจากกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องรวม 5 ชนิด

ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแลกว่าครึ่งวันส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร เป็นต้น⁽⁷⁾ และในปีพ.ศ.2540 ได้มีการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศ ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่าง 5,010 คนได้รับการประเมินภาวะพึงพาโดยใช้ดัชนีบาร์เกลอดีแอลและจุฬาอดีแอล พบว่าประมาณร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุไทยมีภาวะพึงพาในระดับสูงที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด⁽⁸⁾ ดังนั้นหากใช้สถิติที่รวมรวมได้ในปีพ.ศ.2540 ในการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ในปีพ.ศ.2543 จะมีทั้งสิ้น 100,901 คน และจะเพิ่มเป็น 213,034 คนในปีพ.ศ.2558

มีรายงานการศึกษาการคาดการณ์จำนวนผู้ดูแลในอนาคตโดยใช้ผลงานวิจัยของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ที่สำรวจภาวะพึงพาของประชากรผู้สูงอายุในชุมชนสัมคมลงเตย เป็นอัตราในการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ระหว่างปีพ.ศ.2533-พ.ศ.2538 โดยใช้อัตราร้อยละ 1.6 ของผู้สูงอายุ ต้องมีผู้ดูแล และตั้งสมมติฐานให้สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ทุก 5 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีมากขึ้นและโครเรอังจะเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาคาดว่าในปี พ.ศ.2558 ต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ประมาณ 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 awan นี้อาจเป็นเพราะปัญหาทางด้านจิตใจเป็นเรื่องที่วัดยาก เพราะค่อนข้างเป็นเรื่องนามธรรมและผันแปรตามเวลา

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

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

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันโดยองค์กรอิสระและองค์กรเอกชน มักจะอยู่ในรูปของสถานสงเคราะห์ สถานดูแลพักฟื้น และสถานพยาบาล แต่ยังไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแล ในปี พ.ศ.2540-พ.ศ.2541 กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ได้ดำเนินการสำรวจบริการสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานเอกชนในประเทศไทย แต่ปรากฏว่ามีหน่วยงานเอกชนให้ข้อมูลเพียง 78 แห่ง จากที่ส่งแบบสอบถามไป 554 แห่ง ถึงแม้หน่วยงานที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย แต่การศึกษาใช้วิสูตรตัวอย่างซึ่งไม่มีรายละเอียดของจำนวน ประเภทของสถานบริการ และจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับประเทศไทย ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงมีอยู่จำกัดอย่างไรก็ตามสถิติที่รวบรวมได้แสดงว่าหน่วยงานเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลที่ดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจแสวงหากำไร รอง

ลงมาคือ สถานส่งเคราะห์ สถานดูแลและพักพื้น บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลมักจะเป็นแพทย์และพยาบาล ในสถานส่งเคราะห์และสถานดูแลและพักพื้นจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป แต่ข้อมูลที่มีอยู่ก็ไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแลในแต่ละประเทศ^(10,115)

ในระดับมหภาค การดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในรูปของการกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ระเบียบกฎหมาย และกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รูปแบบของการให้การดูแลจะอยู่ทั้งในรูปของบริการและสวัสดิการ องค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุระดับมหภาคคือ องค์กรในภาครัฐซึ่งมีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงสาธารณสุข แต่การกำหนดจำนวนผู้ดูแลในระดับมหภาคไม่สามารถทำได้

ขนาดของปัญหาในการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแล - ครอบครัว - ชุมชน และประเทศ

ขนาดของปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ประเทศมาก น้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล ในสถานการณ์ปัจจุบันและสถานะของปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต มีแนวโน้มว่าปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับการตอบสนองได้ทั้งหมด (unmet need) ทั้งนี้ เพราะระดับอุปสงค์และอุปทาน (demand and supply sides) มีความแตกต่างกัน

ผลกระทบศึกษาที่ร่วบรวมได้จากการวิจัยหลายโครงการพบว่าปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาทางสุขภาพ莫名其妙ซึ่งมีผลกระทบทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกระดับ ปัญหาทางเศรษฐกิจนับเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุด ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการผลิตลดลงตามสมรรถภาพของร่างกายที่ค่อยๆ เสื่อมถอยลง ยิ่งอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมเพิ่มมากขึ้น

มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้แนะนำว่า ขนาดของปัญหาเศรษฐกิจในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายประจำวัน ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขมีโครงการต่างๆ ที่ให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ อาทิเช่น คลินิกผู้สูงอายุ บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ ดังนั้นความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาลก็ยังคงเป็นภาระของสังคมโดยเฉพาะภาระของรัฐ และโดยเหตุที่จำนวนผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุเบร์วัยเริ่อง และผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จึงเป็นที่น่าอนุรักษ์ ผลกระทบดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และประเทศในระดับที่รุนแรงมากขึ้น⁽⁸⁾

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

เป็นไปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้ภาระของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจมีมากขึ้น

ภาวะทุพพลภาพ (disability) และภาวะเจ็บป่วย (morbidity) เป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุและจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อวัยสูงขึ้น⁽¹⁴⁾ ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุยืนยันว่าภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึงพา และก่อภัยจากการสมองเสื่อมเป็นภาระของประเทศ โดยเฉพาะภาวะทุพพลภาพนับเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย ประมาณร้อยละ 7 ของประชากรสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแลตลอดหรือเกือบตลอดเวลา การคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงว่าในปีพ.ศ.2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำนวน 1,644,685 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่อ่อนแอกับริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยจำนวน 412,910 คน (ร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) และต้องนอนอยู่บ้านเดียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน (ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ทั้งนี้มีผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขลักษณะส่วนต้นจำนวน 602,316 คน (ร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) จากผลการศึกษาความซุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมพบว่าร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหานี้ ประมาณว่าในปีพ.ศ.2558 จะมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมรวม 291,633 คน (ร้อยละ 3.3 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) โดยประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนนี้เกิดจากโรคอัลไซเมอร์⁽⁸⁾ ภาวะนี้พบบ่อยขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุ และปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และทางจิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีผลกระทบและสร้างความเครียดให้กับครอบครัวและผู้ดูแล ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เป็นภาระทั้งต่อครอบครัว ลูกค้า และระบบบริการที่จะมีขึ้นในต้นศตวรรษหน้า⁽⁸⁾

การศึกษาการป่วยหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลพบว่า ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีไม่ถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่กลับมีอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลทั่วประเทศถึงร้อยละ 30^(15,16) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลเป็นสัดส่วนที่สูงกว่า และต้องนอนพักรักษาตัวเป็นระยะเวลาระหว่างวันกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ และแผ่นอนว่า ผู้ที่ใช้เตียงเหล่านี้ในอัตราสูงคือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ ผลที่ตามมาคือ “ภาวะอุดกั้นเตียง” (bed block) ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคตของสถานบริการสุขภาพเจียบพลัน ซึ่งก็คือโรงพยาบาลนั้นเอง⁽²⁰⁾ ปรากฏการณ์ “No Care Zone” ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาและเกินกำลังของผู้ดูแลและครอบครัวจะดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งปรากฏการณ์นี้เป็นผลมาจากการขาดแคลนระบบบริการชุมชนที่มีประสิทธิผล ตลอดจนความไม่เพียงพอของสถานบริการสุขภาพเรื่องจำนวนภาครัฐสำหรับรองรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น⁽²¹⁾

นอกจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมแล้ว ผลการศึกษาล่าสุดยังแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงลักษณะของความไม่เป็นธรรมในประชากรสูงอายุไทย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ต้องการศึกษา กลุ่มยากจน และกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีปัญหาด้านสุขภาพในอัตราสูงและมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพของรัฐต่ำ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพและสังคมขยายตัวมากขึ้นไปอีก เนื่องจากปัญหาภัยคุกคามเศรษฐกิจในระยะที่ผ่านมามีผลต่อการจัดสรรงบประมาณอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^(8,22)

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้ เพราะปัญหาด้านอื่นๆ ของสังคมไทยในปัจจุบัน ได้แก่ ปัญหายาเสพติด โรคเอดส์ และ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาทิเช่น การขยายตัวของเมือง การลดลงของขนาดครอบครัว และการย้ายถิ่นของคนในวัยทำงาน ทำให้การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างล่าช้าและยังไม่ทั่วถึง (8,23)

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะขยายตัวจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะระยะเวลาที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุจะยาวนานและต้องดูแลใกล้ชิดขึ้น ครอบครัวและญาติจะมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นรูปแบบของการให้การดูแลผู้สูงอายุจะต้องได้รับการปรับเปลี่ยน โดยต้องมีการจัดการระบบบริการชุมชนใหม่ เช่น การเยี่ยมบ้าน การพยาบาลที่บ้าน การช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน การจัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน รวมทั้งการสนับสนุนระบบบริการที่ไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายอาสาสมัคร หรือชุมชน การจัดให้มีสวัสดิการที่เหมาะสมและการปรับสภาพแวดล้อมต่างๆ ทั้งในชุมชนและหน่วยบริการต่างๆ^(8,24)

ขนาดของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ปรากฏในปัจจุบันที่จะมีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต ทำให้ภาระของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศเพิ่มมากขึ้น และปัญหาดังกล่าวมีต่อผลกระทบอย่างสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยโดยส่วนรวม ด้วยเหตุนี้จึงมีแนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย โดยมีผู้เห็นความจำเป็นของการจัดตั้ง “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” เพื่อเสริมศักยภาพของการสาธารณสุขมูลฐานให้เข้มแข็ง มุ่งให้ประชาชนได้รับโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพอย่างทั่วถึง และมีส่วนร่วมทั้งในการกำหนดประเด็นและการสนับสนุนทางทรัพยากร^(20,25) ความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ มีผลกระทบในทิศทางที่เป็นแรงผลักดันให้หน่วยงานภาครัฐทุกระดับ ไม่ว่าในระดับชุมชนหรือระดับประเทศ ต้องดำเนินการกระจายจำนวนหน่วยบริการและการบริการ (availability) การเข้าถึงบริการ (accessibility) ความต่อเนื่องของการบริการ (continuity) และประสิทธิผลของการบริการ (effectiveness)

ประเด็นปัญหาที่ยังเป็นจุดอ่อนของการศึกษานำขนาดของปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศก็คือ ถึงแม้มูลที่เก็บรวบรวมได้ในปัจจุบันแสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาในด้านที่เกี่ยวกับอุปสงค์ (demand side) เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ให้ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับระดับของความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการที่ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้ เพราะยังขาดการศึกษาในเรื่องปริมาณและคุณภาพขององค์ประกอบในด้านอุปทาน (supply side) ข้อมูลด้านอุปทานที่มีอยู่ก็มีเพียงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นตัวเลขผู้ให้การบริการทุกระดับไม่แน่นในเรื่องการให้บริการผู้สูงอายุ 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 การขาดแคลนบุคลากรที่ให้การบริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรุนแรงมากกว่า แต่ปัญหาก็คือระดับของความรุนแรงว่ามีมากเพียงใด ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

ความทุกข์ยากของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักสำหรับผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุบางกลุ่มจึงประสบปัญหาและได้รับความทุกข์ยากในการดูแล ซึ่งความทุกข์ยากของผู้ดูแลจะ กระทบหั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจทุกข์กายอาจเกิดผลกระทบต่อ ผู้สูงอายุถึงขั้นทางรุนทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้⁽²⁷⁾ ในสังคมไทยบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ^(28,29) ด้วยเหตุนี้งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงเป็นงาน วิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมากกว่าจะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน

ถึงแม่จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล แต่งานวิจัยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ ต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแล การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน ประเทศไทยเมื่อพ.ศ.2540 พบว่ามีงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 148 ชื่อเรื่อง ส่วนใหญ่ผลิตขึ้นในช่วงปีพ.ศ.2535 ถึงพ.ศ.2539 และเป็นการศึกษาในประชากรที่เป็นผู้สูงอายุทั่วไปเป็น ส่วนใหญ่ โดยมีประเด็นหลัก 5 ลำดับแรกคือ พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความเครียดและการปรับตัว การให้ การพยาบาลหรือการจัดการ และคุณภาพชีวิต^(30,31) โดยที่การศึกษาวิจัยในประเด็นความทุกข์ยากของผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีไม่นานนัก

อย่างไรก็ตามการประมวลผลงานวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและความ ทุกข์ยากของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความทุกข์ยากทั้งกายและใจ ปัญหาสำคัญที่พบ คือ ความเครียดทางจิต และอารมณ์ ความเครียดในการดำเนินชีวิตในสังคมหรือชีวิตส่วนตัว ความเครียดทางสุขภาพกาย และ ความเครียดทางการเงิน^(32,33) ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเกิดขึ้นได้ เมื่อได้รับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแล (professional carers)⁽³⁴⁾

ความรับข้อมูลและความรุนแรงของปัญหาของผู้ดูแลแปรผันตามลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุ ผลงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบทที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่าในเขตเมือง ประสบปัญหาด่างๆมากกว่าผู้ดูแลในเขตเมือง ผู้ดูแลที่มีอายุมากโดยเฉพาะที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันมักจะมีปัญหา และภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สำหรับผู้ดูแลในวัยกลางคน ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพ และผู้ดูแลเพศชายซึ่ง เป็นกลุ่มสำคัญในการหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว พบร่วมกับผู้ดูแลเหล่านี้จะประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและ การเงินมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น ผู้ดูแลที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวจะประสบปัญหาในเรื่องความจำกัดของเวลาและการ ขาดอิสระในการใช้ชีวิตในสังคมมากที่สุด แต่ผู้ดูแลที่มีอาชีพได้รับความทุกข์ทางด้านจิตใจและประสบปัญหาทาง ด้านอารมณ์สูงคือผู้ดูแลเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน เนื่องด้วยเป็นกลุ่มที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่า “sandwich generation” จากการที่ต้องดูแลทั้งบุตรและบุพการีพร้อมๆกัน นอกจากนั้นยังมีบทบาทหลายฯด้านไม่ว่าจะเป็น บทบาทของการเป็นภรรยา แม่บ้าน และสตรีทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้เกิดความกดดันด้านจิตใจได้สูง นอกจากนั้นผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุนานกว่า 5 ปี จะมีปัญหาในการปรับตัวและปรับใจมากกว่าผู้ดูแล ผู้สูงอายุนานกว่า 5 ปี จึงมีปัญหาในการปรับตัวและปรับใจมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแล ผู้สูงอายุนานกว่า 5 ปี การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดวันหรือทุกวัน การดูแลผู้สูงอายุคนเดียวโดยไม่มีใครช่วย รวมทั้งการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาต้องพึ่งพาทางกาย (physical dependency) เป็นการเพิ่มความทุกข์ยากให้แก่ผู้ดูแลมาก ที่สุด^(35,36)

นอกจากการศึกษาความทุกข์ยากของผู้ดูแล โดยการสอบถามความรู้สึกและปัญหาโดยทัวไปของผู้ดูแลแล้ว งานวิจัยหลายโครงการได้นำกรอบทฤษฎีความเครียดของ Lazarus⁽³⁷⁾ มาใช้ในการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ภายใต้กรอบทฤษฎีของ Lazarus ดังกล่าวพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ความยากลำบากในการดูแล ภาระในการดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทัวไปของผู้ดูแล⁽³⁸⁾ อายุของผู้ดูแล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾ และระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้⁽⁴⁰⁾

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดความทุกข์ยากในผู้ดูแล กลไกประการหนึ่งในการลดความทุกข์ยากคือการปรับตัวปรับใจของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสามารถร่วมกันพยุงรักษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้⁽⁴¹⁾ ผู้ดูแลยังหาทางออกเพื่อแก้ปัญหาความทุกข์ยากที่เกิดขึ้น โดยขอร้องให้ญาติอื่นมาแบ่งเบาภาระ หรือรับภาระ ความอึดอัดให้เพื่อนบ้านฟัง นอกจากนั้นผลของการอบรมให้รู้เรื่องเบี่ยงสังคม (socialization) ค่านิยมในเรื่องระบบอาชูโส (seniority) ความเชื่อในเรื่องรวม ความกตัญญูต่อที่มา หลักพุทธศาสนา ได้ช่วยลดความขัดแย้งในใจ (conflict) และความคับข้องใจ (frustration) ของผู้ดูแลได้⁽⁴²⁾

โดยภาพรวมแล้ว งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีไม่มากนัก ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้จะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพจะเป็นการศึกษาเชิงตัดขวาง (cross sectional) ซึ่งนำเสนอได้เพียงข้อมูลเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแล แต่ยังขาดการศึกษาที่จะเจาะลึกในเรื่องกระบวนการทางการเกิดความเครียดหรือความทุกข์ยากของผู้ดูแล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะบ่งชี้ให้เห็นถึงขั้นตอนและกระบวนการทางการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเพื่อ改善หัววิถีทางในการป้องกันหรือชลของการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและของผู้ดูแลร่วมกัน

ถึงแม้ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลจะได้รับความสนใจมากขึ้นจากผู้ศึกษาวิจัย แต่ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลยังไม่ได้รับการศึกษาวิจัยในเชิงประจักษ์อย่างกว้างขวางเพียงพอ นอกจากนี้งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลมักเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีและจำนวนตัวอย่างมีขนาดเล็ก ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้การสำรวจและสุมตัวอย่างระดับประเทศยังไม่มีในปัจจุบัน ทำให้ขาดภาพรวมเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับประเทศ

เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุถือเป็นบริบทด้านทางสังคม (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 ในชุมชนห้องถื่นยังไม่มีความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ⁽⁴⁵⁾ การสนับสนุนที่เครือข่ายครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางเศรษฐกิจ หรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ดีขึ้น⁽⁴⁶⁾

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เป็นทางนำไปสู่ระบบเครือญาติ ความเป็นญาติในสังคมไทยอาจสืบเนื่องมาจากการถวายสักยโสธร (consanguineal or biological kin) ญาติที่เกิดจากการแต่งงาน (conjugal kin) รวมทั้งญาติสมทบ (affine kin) ที่เกิดขึ้น เพราะซึ่งกัน那ทางสังคม อาทิเช่น การรับบุตรคนบุญธรรม ซึ่งความเป็นญาติ “ไม่ว่าจะเกิดขึ้นด้วยวิถีทางใดย่อมก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่ต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ด้วยเหตุนี้ผู้ที่ถูกทอดทิ้งมักจะถูกเปรียบเปรยว่าเป็น “คนไร้ญาติ ขาดมิตร” การมีสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติอื่นๆ จึงเป็นเสมือนหลักประกันในยามสูงอายุว่าจะมีคนดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁷⁾ การที่สมาชิกของครอบครัวทอดภาระในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่บุคคลอื่นจะถูกตำหนิว่าเป็นการปัดภาระวับผิดชอบและเป็นการทอดทิ้งผู้สูงอายุ⁽⁴⁸⁾

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและเครือญาติหรือไม่และเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ การมีญาติ (availability)⁽⁴⁹⁾ ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้ไกลกับญาติ (location) และรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ (pattern of contact) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้ไกลกันเพียงใด และมีการติดต่อกับญาติแบบใดหรือได้รับการดูแลหรือไม่

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

เนื่องจากบุตรเป็นญาติกลุ่มหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีมากที่สุด และใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด การศึกษาวิจัย การเกื้อหนุนที่บุตรให้แก่ผู้สูงอายุจึงมีอยู่อย่างหลากหลาย ผลการศึกษาหลายโครงการชี้แนะนำว่าการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรอย่างน้อย 1 คนนับเป็นรูปแบบที่สำคัญของการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระบบครอบครัวไทย⁽⁵¹⁻⁵³⁾ ทั้งนี้เป็นเพราะการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรทำให้โอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการตอบสนองความต้องการในทุกด้านมีสูงกว่ารูปแบบของการพักอาศัยแบบอื่น⁽⁵⁴⁾ การอยู่บ้านเดียวกับบุตรส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ด้านวัตถุในแง่ของการมีสิ่งของต่างๆในครัวเรือนรวมทั้งการมีสภาพบ้านที่ดีกว่าด้วย⁽⁵⁵⁾ การย้ายถิ่นหรือการพักอาศัยอยู่ห่างไกลจากบิดามารดาส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁵⁶⁾ ดังนั้นผลงานวิจัยระดับประเทศหลายโครงการจึงให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 74 ถึง 80 พักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรอย่างน้อย 1 คน⁽³⁻⁵⁾ สถิติจากสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 แสดงว่าผู้สูงอายุหญิงพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรสูงถึงร้อยละ 82⁽⁵⁵⁾

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาระดับการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรเพียงด้านเดียวอาจให้ภาพของการดูแลที่เกินจริง บุตรที่อาศัยร่วมบ้านผู้สูงอายุอาจเป็นผู้พึ่งพิง ทั้งนี้เพราะการพักอาศัยร่วมกับบุตรแปรผันไปตามขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและบุตร⁽⁵⁷⁾ การเจริญวัยของบุตรเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการสูงวัยของบิดามารดา เมื่อบิดามารดาเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ บุตรส่วนใหญ่มักจะสำเร็จการศึกษา มีงานทำ สร้างครอบครัวของตนขึ้นใหม่ และย้ายออกไปจากครัวเรือนของบิดามารดา บุตรที่ยังคงพักอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่สูงอายุจึงมักจะมีอายุน้อย กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาเล่าเรียน ยังไม่มีงานทำ และยังเป็นโสด⁽⁵⁵⁾ ซึ่งบุตรกลุ่มนี้จะอยู่ในสภาวะที่เป็นผู้รับการอุปการะจากบิดามารดาหากว่าจะเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนบิดามารดา⁽⁵⁸⁾ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นเท่าใดความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้บุตรที่โตแล้วและพึงพาตนเองได้ต้องรับผู้สูงอายุเข้ามายังบ้านเดียวกับตน หรือต้องย้ายกลับเข้าไปอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ⁽⁵⁹⁾

ดังนั้นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวจึงต้องคำนึงถึงขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตรเป็นสำคัญ และข้อที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่งคือ การอยู่ร่วมบ้านเดียวกันไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการดูแลแต่เพียงฝ่ายเด่านั้น แต่ผู้สูงอายุยังให้การเกื้อหนุนแก่สมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆด้วย ดังนั้นการอยู่ร่วมกันจึงหมายถึงการพึ่งพาภัน (co-residence is co-dependence) ส่วนครัวจะพึ่งพาครัวมากกว่ากันนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับขั้นตอนชีวิตซึ่งแปรผันไปตามอายุของผู้สูงอายุและของบุตรเป็นสำคัญ ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่งคือ การอยู่ร่วมกับบุตรเป็นชั้นคู่ร่วๆที่แสดงว่าผู้สูงอายุน่าจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว แต่ทั้งนี้ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างดีและมีคุณภาพ ผู้สูงอายุอาจถูกทอดทิ้งทั้งทางกายและทางใจเมื่อยู่ร่วมบ้านเดียวกับบุตรในครัวเรือน

ไม่ว่าจะอยู่ด้วยกันหรืออยู่ไกลกัน ในสังคมไทยบุตรยังเป็นบุคคลหลักที่ให้การดูแลเกื้อหนุนทั้งทางด้านอาหาร เสื้อผ้า วัตถุสิ่งของ และเงิน^(4,28) สำหรับญาติอื่นๆ อาทิเช่น พี่น้อง หลานสายตรง (ลูกของลูก) หลานอื่นๆ และญาติอื่นๆ ที่ถึงแม้ระดับของการให้การดูแลจะไม่เท่ากับที่บุตรให้ แต่ก็พบว่าในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรหรือไม่ได้พักอาศัยร่วมกับบุตรหลาน โดยเฉพาะหลานสายตรงและพี่น้องจะเป็นทางเลือกอีกประการหนึ่งของผู้สูงอายุ (safety valve)⁽⁶¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรที่ดูแลให้ก็จะมีช่องทางหนีภัยที่เปรียบเสมือนการขยายวงญาติตามข้อกำหนดทางสังคมก็เป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้วย⁽⁶²⁾ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่าในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรหรือไม่ได้อยู่ร่วมกับบุตรที่ดูแลเป็นผู้ให้ก็จะมี

แนวโน้มที่จะพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรบุญธรรม สำหรับสังคมไทยส่วนใหญ่มักจะเป็นการรับบุตรของญาติพี่น้อง ที่คุ้นเคยกันมาเป็นบุตรบุญธรรม ซึ่งต่างจากสังคมตะวันตกที่บุตรบุญธรรมมักจะเป็นคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ⁽⁴⁾

การเปลี่ยนแปลงทางประชารัฐ เศรษฐกิจ และสังคม ก่อให้เกิดความวิตกว่าบทบาทของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลที่บุตรให้แก่ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป ผลงานวิจัยหลายโครงการยืนยันว่า ถึงแม้ว่าวัยเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างมากก็ตาม แต่อัตราเจริญพันธุ์รวมยอดของสตรีไทยจะไม่ต่ำกว่าการเกิดระดับทดแทน (การมีบุตร 2 คน) มากนัก⁽⁶³⁾ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มว่าจะไม่มีบุตรหรือมีบุตรเพียงคนเดียวคงอยู่ในระดับต่ำ และผู้สูงอายุที่มีบุตรอย่างน้อย 2 คนก็ยังมีแนวโน้มที่จะอยู่กับบุตรเพียงคนเดียว ทั้งนี้ เพราะประเทศไทยนิยมโครงสร้างครัวเรือนแบบย่ออย (stem family) ซึ่งมีบุตรที่สมรสแล้วเพียงคนเดียวที่ยังคงอาศัยและให้การดูแลบิดามารดา⁽⁶⁴⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม่จำนวนบุตรที่พักอาศัยอยู่ร่วมกันจะลดลงแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจะไม่ให้การเกี้ยวนะบิดามารดาที่สูงอายุ ทั้งนี้ เพราะบุตรส่วนใหญ่ยังคงติดต่อ เยี่ยมเยียน ส่งเงิน อาหาร เสื้อผ้า และสิ่งของให้แก่บิดามารดา⁽⁶⁵⁾ คุณลักษณะและพฤติกรรมของบุตรเป็นเรื่องสำคัญมากกว่าจำนวนบุตร การมีบุตรน้อยอาจจะดีในแง่ที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุตรด้านการศึกษา การเพิ่มโอกาสในการปัจจุบันค่าใช้จ่ายในเรื่องความตั้งหนู และการกำหนดความรับผิดชอบของบุตรจะชัดเจนขึ้นโดยไม่มีการผลักภาระรับผิดชอบในหมู่พี่น้อง⁽⁶⁶⁾ นอกจากนี้สังคมไทยเป็นสังคมที่ค่านิยมในเรื่องการตอบแทนคุณบิดามารดาซึ่งมีอยู่สูง⁽⁶⁷⁾ และระบบครอบครัวไทยก็เป็นแบบที่เป็นระบบญาติ 2 คู่ (bilateral family system) ที่ถือว่าญาติทั้งฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชายมีความสำคัญเท่ากัน ดังนั้นความแตกต่างในเรื่องเพศของบุตรจะไม่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบและระดับของการให้การดูแลบิดามารดาที่สูงอายุมากนัก ถึงแม้ผลการศึกษาจะพบว่าในสังคมไทยบุตรสาวจะพักอาศัย ให้การส่งเสียด้านการเงิน วัตถุสิ่งของ และเยี่ยมเยียนบิดามารดาที่สูงอายุมากกว่าบุตรชาย แต่ความแตกต่างนี้ก็ไม่มากจนก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ⁽⁶⁸⁾

นอกจากการดูแลที่ได้รับจากบุตรซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มญาติพี่น้องสายโลหิตแล้ว คู่สมรสกันบีบบุคคลสำคัญในเครือข่ายสังคมระดับครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุชายยังคงอยู่กินกับคู่สมรสเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 82.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 44.9) ทั้งนี้ เพราะในรายสูงอายุจะดับการตายของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง^(50,69) ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะสมรสใหม่มากกว่าผู้หญิง⁽³⁾ และการพักอาศัยอยู่ร่วมกับภรรยาทำให้ผู้สูงอายุชายได้รับการดูแลจากภรรยาได้ในทุกด้านไม่ว่าทางด้านอารมณ์ หรือความสะดวกสบายในเรื่องต่างๆ^(28,70,71)

ผลงานวิจัยหลายโครงการพบว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุยังเป็นវารثัตราชานที่ยึดถือปฏิบัติกันในสังคมไทย ถึงแม้ไม่ได้อยู่ร่วมกัน แต่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่พักอาศัยอยู่ใกล้กันก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปของ การให้การเกี้ยวนะบิดามารดา ให้เสื้อผ้า วัตถุ สิ่งของเครื่องใช้ และการติดต่อเยี่ยมเยียน^(4,28,55,58) ในกรณีที่พำนักอยู่ไกลกัน บุตรก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจโดยการส่งเงินมาให้⁽⁷²⁾ หรือยังมีการมาเยี่ยมเยียน และติดต่อกับผู้สูงอายุในระดับบุตร ซึ่งจะต้องให้เห็นว่าระยะทางไม่ได้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความห่วงใยและความอาทรที่สามารถชี้ในครอบครัวและเครือญาติมิให้แก่ผู้สูงอายุ สมการ “ใกล้ใจ ไกลตา” (an intimacy at a distance) ยังคงปรากฏให้เห็นอย่างสม่ำเสมอในสังคมไทย อย่างไรก็ตามได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ความบ่อjoyครั้งของ การเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องอาจไม่ได้แสดงถึงระดับของความสัมพันธ์ ทั้งนี้ เพราะไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งชี้ว่าการเยี่ยมเยียนนั้นเป็นไปอย่างอบอุ่นหรือเป็นทางการ⁽⁷³⁾ ประการสำคัญการเยี่ยมเยียนนั้นไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้เยี่ยมเยียนจะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีสถานะพึ่งพาสูงและ

ต้องการการดูแลใกล้ชิด และยังไม่ได้เป็นหลักประกันว่าการดูแลจะมีความเหมาะสมเพียงพอหรือจะไม่เกิดการกระทำที่เป็นผลร้ายต่อผู้รับการดูแล (elderly abuse)

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน

เนื่องจากเป็นที่คาดการณ์กันว่าเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติจะมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (community-based approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น “พี่เลี้ยง” และ ให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง⁽⁷⁴⁾

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อน-เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มและสมาคมต่างๆ ซึ่งผลการศึกษา พบว่ามีความผูกพันระหว่างครอบครัว/เครือญาติ เพื่อน/เพื่อนบ้าน เพราะบางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ว่าผู้ใดเป็นเครือญาติ และผู้ใดเป็นเพื่อน-เพื่อนบ้าน เพราะความผูกพันที่ลึกซึ้งเป็นเวลานานก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น⁽⁷⁵⁾ ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะเป็นจริงในสังคมชนบท แต่สังคมในเขตเมืองที่มีความสัมพันธ์กันแบบทุติยภูมิ (secondary group) มีลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ต่างคนต่างอยู่และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อย เป็นผลให้บทบาทของเพื่อน-เพื่อนบ้านในการดูแลผู้สูงอายุจะมีน้อยกว่าในเขตชนบท

สำหรับเครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชนนั้นจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ยกเว้นเครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้หรือได้รับในครอบครัวและเครือญาติ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกระแทกหัน การจัดหาที่พักอาศัย การดูแลเมื่อตกทุกข์ได้ยาก การให้ช่วยสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น⁽⁷⁵⁾

สถาบันทางสังคมในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัดนับเป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่สำคัญยิ่ง ทั้งนี้ เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและกิจกรรมทางด้านสังคมของชุมชน⁽⁷⁶⁾ และวัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมและได้ “ชีวิตทางสังคม” จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁽⁷⁷⁾ นอกจากนั้นวัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค และที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งพิง วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่อย่างเป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนและทำหน้าที่เหมือนบ้านพักคนชราไปด้วยในตัว⁽⁷⁸⁾ การศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) ที่อาศัยอยู่ใน “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะเป็นการอาศัยอยู่ในวัดและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในวัดเป็นผู้สูงอายุชายซึ่งมักบ้าชีวะเป็นพะ แม้ผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยใน “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะมีน้อย แต่ร้าว 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุหญิงเหล่านี้อาศัยอยู่ในวัดในฐานะชี ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าวัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่นอกเหนือจากครอบครัว⁽¹⁸⁾

สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือสมาคมต่างๆ ที่น่าจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเอง การรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ⁽⁷⁹⁾ ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้วการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเป็น

กลุ่มตามอุดมชาติมานานแล้ว เช่น งานกัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะรวมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น⁽⁸⁰⁾

สำหรับกลุ่มหรือสมาคมในชุมชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจหลายโครงการพบว่า กลุ่มมาปนกิจสังเคราะห์ ชุมชนผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี สนกรณ์เกษตร สนกรณ์ออมทรัพย์ เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญ^(44,81,82) ในบรรดากลุ่มต่างๆเหล่านี้ กลุ่มมาปนกิจสังเคราะห์และชุมชนผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายและมีสมาชิกมากที่สุด

กลุ่มมาปนกิจสังเคราะห์เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกมากที่สุด โดยข้อเท็จจริงแล้วกลุ่มนี้ไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในขณะที่มีชีวิตอยู่ ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางด้านสันทนาการหรือส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ แต่เป็นการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่างสมศักดิ์ศรีพอครัวและสมาชิกในครอบครัวไม่ต้องลำบากด้านการเงิน

ชุมชนผู้สูงอายุนับเป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีรายงานระบุว่ามีชุมชนผู้สูงอายุตามทะเบียนรายชื่อรวมทั้งสิ้น 3,487 ชุมชน⁽⁸³⁾ แต่จากรายงานของส่วนอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁴⁾ มีจำนวนชุมชนผู้สูงอายุทั้งสิ้นถึง 18,521 ชุมชน⁽⁸⁴⁾ ชุมชนผู้สูงอายุนับว่าเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุประการหนึ่ง

เครือข่ายทางสังคมในระดับชุมชนที่ได้รับการกล่าวถึงในระยะเวลาไม่นานมานี้คือองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยเริ่มมีการแสดงความเห็นกันมากเกี่ยวกับภาระหน้าที่และบทบาทของ อบต.ในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยอบต.ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะกิจกรรมที่คุ้นเคยมาแต่เดิม เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานปะเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ/พังครัวในวันครรภ์ส่วนจะ นอกจานนั้น อบต.มีบทบาทเพียงหน้าที่เป็นกรรมการพิจารณาจัดสรรงบลงเคราะห์ราชภราชี ซึ่งได้จากการประชุมประจำปี เพื่อจัดสรระให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไว้ที่พึงและอยู่ในภาวะยากลำบาก แต่ในแห่งของการพัฒนาผู้สูงอายุไม่ปรากฏว่ามีกิจกรรมใดๆที่ อบต. คิดและทำขึ้น ซึ่งเมื่อสอบถามถึงชุมชนผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งขึ้นบ้างในบางพื้นที่ ส่วนใหญ่ของอบต.ก็เพียงแต่รับรู้ว่ามีชุมชนดังกล่าวและยังมีความรู้สึกว่าเป็นชุมชนที่ตั้งขึ้นโดยโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยจึงเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่ของ อบต. ยิ่งไปกว่านั้น แม้จะได้ทราบกิจกรรมต่างๆที่ชุมชนจัดขึ้นแล้วได้ปรับตัวในบางครั้ง แต่ก็ในฐานะแขกรับเชิญมากกว่าจะร่วมเป็นเจ้าของชุมชนที่จะมีบทบาทร่วมค้นหาปัญหาและกำหนดแผนงาน กิจกรรมและทรัพยากรเพื่อพัฒนาประชากรสูงอายุ⁽⁸⁵⁾

ศูนย์สังเคราะห์ราชภราชีประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นองค์กรประชาชนในระดับหมู่บ้าน ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการพื้นฐานของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้โดยมีหน้าที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการส่งเคราะห์ ด้านการป้องกัน ด้านการพัฒนาและพัฒนา^(86,87) สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ศูนย์ฯ ทำหน้าที่ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ โดยพิจารณาจากฐานะทางเศรษฐกิจ คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ยากจน และไม่มีผู้ดูแล⁽⁸⁸⁾

นวัตกรรมใหม่ของเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนเพื่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุล่าสุดคือ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานในรูปของ “ชุมชนช่วยชุมชน” เปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้

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

การศึกษาการเกือบหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ^(44,81,82) ในพื้นที่ศึกษาภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แบ่งเครือข่ายทางสังคมไว้ 5 ประเภทคือ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อน-เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และนักวิชาชีพ พร้อมทั้งจัดอันดับความสำคัญหรือความใกล้ชิดของบุคคลในเครือข่าย และพบว่าเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทในการเกือบหนุนผู้สูงอายุทั้งทางด้านอารมณ์ สิ่งของหรือบริการ และข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ เครือข่ายจะดับครอบครัวและเครือญาติโดยเฉพาะบุตรมีบทบาทอย่างสำคัญต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน

โดยภาพรวมแล้ว ถึงแม้เครือข่ายทางสังคมจะดับชุมชนในประเทศไทยจะมีพัฒนาการไปในทางที่เอื้อประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ แต่การพัฒนาไปสู่แนวคิด “ประชาชนสังคม” ต้องใช้เวลาอีกหลายปี ทั้งนี้ เพราะรากฐานของความคิดของคนไทยเกิดจากการปักครองที่มีการแต่งตั้ง-จัดตั้งมหาลัยชั้นอายุคน ดังนั้น ในการเป็นจริงการมีส่วนร่วมของประชาชนยังคงเป็นเพียงการนำเสนอด้วยตัวของผู้มีอำนาจและตำแหน่งหน้าที่มากกว่าจะเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ⁽⁸⁰⁾

ทางออกหรือการสนับสนุน

การศึกษาในเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีข้อสรุปเพื่อการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุและทางออกของปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุพอสรุปได้ดังนี้

- ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุทุกคนไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ต้องได้รับการดูแล การเตรียมตัวทางด้านเศรษฐกิจ และสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับความต้องการได้รับการดูแล เพื่อยืดเวลาที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแล และเพื่อลดภาระและปัญหาของครอบครัวและสังคมอันเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรจัดทำโครงการและกิจกรรมทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ

- ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย การขาดการศึกษาทำให้ผู้สูงอายุขาดความเข้าใจในการดูแลตัวเอง ซึ่งนำไปสู่การลดลงในความสามารถที่จะพึงพาตันเอง หน่วยงานภาครัฐจึงควรจัดให้มีการศึกษาผู้ให้ดูแลตลอดชีวิต เพื่อการให้ความรู้และข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การลดการพึ่งพาผู้อื่นและลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- ครอบครัวเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุดในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือการดูแลที่บ้าน รัฐควรกำหนดนโยบายสนับสนุนด้านการเงิน มาตรการในการลดหย่อนภาษี และบริการทางด้านสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแล

- สนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานบริการในเวลากลางวัน (day care) ที่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานของผู้ดูแลด้วยมาตรฐานการส่งเสริมการลงทุนและมาตรฐานทางภาษี รวมทั้งต้องมีมาตรการในการกำกับดูแล และส่งเสริมสถานดูแลผู้สูงอายุเพื่อควบคุมคุณภาพการดูแล และความเป็นธรรมในการคิดค่าบริการ

- สนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้คนในชุมชนหรืออาสาสมัครชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล โดยหน่วยงานภาครัฐทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” สนับสนุนเงินทุนบางส่วน (seed money) งานวิชาการ และ

บุคลากรในรูปของพยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (mobile clinic) เพื่อปรับปรุงและส่งเสริม ประสิทธิภาพของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

- ผู้สูงอายุบางคนจัดอยู่ในกลุ่มด้อยโอกาส จึงปรากฏความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพของประชากร สูงอายุไทย การลดช่องว่างของความด้อยโอกาสเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง การบริการทางด้านสุขภาพ ควรจัดให้มีการกระจายของหน่วยบริการและการบริการอย่างทั่วถึง ให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มในการเข้าถึง บริการ โดยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเต็มประสิทธิผลของการบริการ

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการการปรับตัวและการปรับใจ การให้บริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล แก่ผู้สูงอายุเพียงฝ่ายไม่เพียงพอก ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเครื่องขยายเสียงสังคมและแหล่งบริการอื่นๆที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล ผู้สูงอายุ

- ความเข้มแข็งของค่านิยมในเรื่องระบบอาชีวศิลป์ ความมั่นคงด้วยความเชื่อเรื่องกรรมช่วยลด ความเครียด ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ และช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุในการ “ปรับใจ” ดังนั้นการปลูกฝังค่านิยม เหล่านี้ในสังคมไทยยังมีความจำเป็นและเป็นภาระหน้าที่ที่สังคมจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพ ควรให้ความรู้และกระตุนให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลให้ความสนใจในการตรวจสุขภาพประจำปีและการเข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะต้นๆที่ปรากฏ อาการ

- ภาวะทุพพลภาพจำนวนไม่น้อยที่เป็นข้อควรระวังและกลับคืนได้ ปัญหาสำคัญของบริการทางด้าน สุขภาพผู้สูงอายุคือ การพื้นฟูสุขภาพได้รับความสนใจอย่างกว่าการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่อุบัติการณ์ความซุกของภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานและการเจ็บป่วยเรื้อรัง การให้บริการด้านสุขภาพ จึงควรให้ความสนใจในเรื่องการพื้นฟูให้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มนุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดและเพิ่มศักยภาพ นุคลากรในเรื่องการพื้นฟูสุขภาพให้ทันกับจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการรับบริการด้านการพื้นฟู ซึ่งมีแนวโน้มที่จะ เพิ่มมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมในครอบครัวและในชุมชนที่เหมาะสมก็เป็นการลดโอกาส ที่จะเกิดภาวะด้อยโอกาสและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้

- การปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยการเพิ่มศักยภาพของสาธารณสุขมูลฐานในรูปของ “ชุมชนช่วย ชุมชน” หรือ “เพื่อนช่วยเพื่อน” น่าจะเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ลดภาระในการดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ดีที่สุด ทั้งนี้โดยให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุได้เข้ามามี ส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดสรรงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุ

- การให้บริการแก่ผู้สูงอายุควรมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม กิจกรรมที่ควรมีหรือควรสนับสนุนคือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) บริการดูแลที่บ้าน (home care) บริการเยี่ยมบ้าน (home visit) บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่ท่องไกด์ การจัดตั้งระบบเฝ้าระวังดูแล ผู้สูงอายุโดยชุมชน การสนับสนุนระบบอาสาสมัครเพื่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ การมีอาสาสมัครในชุมชนที่ช่วย ผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลในรูปของกรรมมาช่วยเฝ้าหรือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (elderly sitting) เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาส พักผ่อนหรือทำกิจธุรนอกบ้าน การมีแหล่งพักพิงฉุกเฉินหรือบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (emergency shelter service) เป็นต้น

งานวิจัยที่คร่าวมี

- การศึกษาจำนวนและลักษณะของผู้ดูแล โดยครัวทำอาหารจำแนกกลุ่มหรือประเภทผู้ดูแลซึ่งอาจจะประกอบไปด้วยผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือ (care provider) ผู้ที่เพียงช่วยทำหน้าที่จัดการกิจต่างๆให้ (care manager) ผู้ที่ให้ปัจจัย เช่น เสื้อผ้า พาหนะ เงินทอง โดยเป็นการแสดงการก่อตัญญ และผู้ที่เพียงอยู่ในฐานะผู้อยู่ร่วมครัวเรือนซึ่งเกือบลักษณะอยู่ทั่วไปตามธรรมชาติ
- ตัวเลขเกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการรวบรวมไว้อย่างชัดเจน การประมาณการจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันและการคาดประมาณความต้องการจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อใช้ประโยชน์ในการเป็นฐานข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย แผนงาน และมาตรการในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
- งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีน้อยและส่วนใหญ่มุ่งเน้นในเรื่อง ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแล การศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพของการดูแลและปัจจัยที่นำไปสู่การมีคุณภาพของการดูแลที่ดียังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม
- การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับของปัญหา การศึกษากระบวนการของการเกิดปัญหาและความทุกข์ยากของการดูแลยังไม่มี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและยึดระยะเวลาการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล
- ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross sectional study) ทำให้ผลการศึกษาขาดข้อมูลในรายละเอียดเกี่ยวกับความลึกซึ้งของปัญหาและกระบวนการของการเกิดความทุกข์ยากในการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาปัญหาของผู้ดูแลเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ควรนำระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นการศึกษาต่อเนื่องระยะยาว (longitudinal study หรือ event history analysis) มาใช้
- การศึกษาในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างขนาดเล็กและไม่ได้เป็นตัวแทนในระดับประเทศ การศึกษาพฤติกรรมการดูแล และปัญหานอกการดูแลผู้สูงอายุ ควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างข้อมูลในระดับประเทศ เพื่อจะได้ภาพรวมเกี่ยวกับการดูแลและปัญหานอกการดูแลผู้สูงอายุในระดับประเทศได้ชัดเจนขึ้น
- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะจากบุตร จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อสำรวจแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัวและบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการจัดสวัสดิการสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในความดูแล
- สถาบันครอบครัวเริ่มมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แนวคิดในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มมีบทบาทในทางปฏิบัติมากขึ้น งานวิจัยที่ควรมีคือการศึกษาเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ในการที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและความต้องการของชุมชนในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

1. นgapwra ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุริย์สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพฤษภาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542 : 53-92.
2. ณัฐ ชาติธรรมนนท์. ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 1997;(April-June): 87-91.
3. นgapwra ชัยวรรณ, จohnn โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
4. นgapwra ชัยวรรณ, จohnn โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตร (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 197/35). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2538.
6. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, มงคล ณ สงขลา, นgapwra ชัยวรรณ. 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 จิตพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, เพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศadal. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
9. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, พินทุสร เหงพิสุทธิ, ทิพวรรณ อิสวัพัฒนสกุล. การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2540;20(2):36-46.
10. กองสวัสดิการสังเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์. การสำรวจหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กองสวัสดิการสังเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2541.
11. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เรื่อง "สังคมศาสตร์สุขภาพและมนุษยศาสตร์". 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. ธนาวดี คำยา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรไทยอายุยืนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสู่สุขภาวะหรือไม่? : ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในการทำงาน พ.ศ.2528-2538. วารสารพฤษศาสตร์วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):4-10.
14. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
15. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Chopravawon 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. นภพ ชัยวรรณ, จหน์ โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคม จากแหล่งข้อมูลทางการ (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 180/33). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
19. นภพ ชัยวรรณ, จหน์ โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารประชากรศาสตร์ 2534 ;7(2):47-60.
20. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สารานุกรมสุขภาพสูงอายุไทยกับการปฏิรูประบบบริการ. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44 (2):69-74.
21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
22. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนาณิรนามย, มาลินี วงศ์สิทธิ, กรองจิต วาทีสาธิกิจ, สิรินทร์ ฉันศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
23. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
24. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):51-4.
25. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประชุม“ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย” ให้อะไรกับเราบ้าง?. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44(3):151-4.
26. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542.

27. ถนน พรวรรณ สิทธิสุนทร. การดูแลผู้สูงอายุ: จะเกือบหนูนกันอย่างไร?. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2541 “เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2541:21-35.
28. มาลินี วงศ์สิงห์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 269). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
29. อัจฉรา เอ็นซ์, ปริยา รุ่งสิงหาสกุล. การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 266/41). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
30. ไพรินทร์ สมบัติ. การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
31. ปริญดา ศรีราพีพัฒน์. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล กรณีศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์บัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
32. สุชีรা นุ้ยจันทร์. การศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัว ผู้ใช้บริการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง และครอบครัวสมาชิกชุมชนผู้สูงอายุโรงพยาบาลลงชื่อ. [วิทยานิพนธ์ ลัษณะสังเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
33. เทพินทร์ พัชราณรักษ์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
34. จรัณ มากอลดตรา, สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ลัดดาวัลย์ รวมเมฆ, สุกานดา นิมทองคำ. การศึกษาผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2): 5-15.
35. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และกรุงเทพมหานคร. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2541 “เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2541:49-72.
36. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การดูแลผู้สูงอายุและปัญหาของผู้ดูแล. ในหนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2541. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักประชากรไทย, 2541:245-9.
37. Kennie DC. Preventive Care for Elderly People. London: Cambridge University Press, 1993.
38. วิภาวรรณ ชื่อมุ, ประคง อินทรสมบัติ, พรวรรณ พรชัยณรงค์. ภาระในการดูแลและความผิดปกติทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2539;2(1):16-25.
39. คุณสัน แก้วระยະ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

40. สมฤตี สิทธิ์มคง. ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
41. สายธรรม วงศ์สกิตวีไลรุ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เชิงร่องเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์บัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
42. วรรณนิภา สมนาภรณ. การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต 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, ภารนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรวน คำห้อม. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นเรื่องการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารวิจัย หมายเลข 015/41). กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
45. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ระพีพรวน คำห้อม. รายงานการวิจัยการพัฒนาครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
46. สุมาลี ว่องเจริญกุล. เครื่องข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชามนุษยวิทยาประยุกต์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
47. สนิท สมัครการ. มีเงินกันบัว่น้อง มีทองกันบัว่เพ: ระบบครอบครัวและเครือญาติของไทย. กรุงเทพมหานคร: บรรณกิจเทรดดิ้ง, 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 Gruyter, 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: Appleton-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 Population. (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. นgaphar ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล. การอุปถัมภ์และการเกี้ยวนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย (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, Ins., 1996:263-80.
58. นgaphar ชัยวรรณ. การอุปถัมภ์เกี้ยวนุนบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 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, Ratanalangkarn 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. นภากพร ชัยวรรณ, จกห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ ผลกระทบของการลดภาระเจริญพันธุ์ต่อระบบครอบครัว อุปถัมภ์ของผู้สูงอายุ: ตัวอย่างประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 198/35). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ 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: สมาคมนักประชากรไทย, 2540:209-48.
73. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงศ์สิทธิ์. ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานคร ต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 200/35). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
74. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำห้อม. แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมโดยการลดภาระพึ่งพิง บริการของรัฐ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เรื่อง “การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม” 21 - 22 พฤษภาคม 2539.
75. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, นิภา ส.ตุมรสนุนทร, ภาวนा พัฒนศรี, สุดส่วน สุธีสร, เล็ก สมบัติ. การศึกษาศักยภาพ ของปัจจัยเกี่ยวกับทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยเรื่อง “การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม” 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. มาลินี วงศ์สิทธิ์, 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 วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, อัจฉรา เอ็นซ์, (บรรณาธิการ). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 263/41). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:48-139.
80. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บทบาทประชาสัมคมกับการดูแลผู้สูงอายุ. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2541 เรื่อง “เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2541:88-96.
81. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนा พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม, ศุภส่วน สุธีธร. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกือบหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง (เอกสารกองบวิหารงานวิจัยหมายเลขอ 006/40). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
82. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนा พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การเกือบหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เอกสารกองบวิหารงานวิจัยหมายเลขอ 014/41). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
83. บรรลุ ศิริพานิช, อดาด ถิรพัฒน์, mgrด. สิงหนครธ์, พนิชญา พานิชาชีวากุลและเพ็ญจันทร์ ประดับมุ. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องชุมชนผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ: สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2539.
84. ส่วนอนามัยยททำงานและผู้สูงอายุ. ข้อมูลรายงานจำนวนชุมชนผู้สูงอายุ ปี 2542. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.)
85. ลือชา วนรัตน์. บทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบลในงานส่งเสริมสุขภาพ. ใน: เอกสารประกอบการประชุม สัมมนาวิชาการเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพประชากรอนามัยยททำงานและผู้สูงอายุและเร่งรัดหาผู้รับบริการวางแผนครอบครัวแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนาคต). (ม.ป.ป.).
86. กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน. คู่มือการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน. (เอกสารทางวิชาการ ลำดับที่ 300 เล่มที่ 2/2537) กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537.
87. กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน. เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรวิทยากรศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537.
88. กรมประชาสงเคราะห์. รายงานประจำปี 2536. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, 2537.

บทที่ 7 : ชุมชนและผู้สูงอายุ

วศ. มาลินี วงศ์สิทธิ์

คำนำ

แนวความคิดเรื่องการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการพัฒนา เป็นแนวความคิดที่ได้มีการยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นหนทางหนึ่งที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชน ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกครอบครัวขณะเดียวกันก็เป็นสมาชิกของชุมชนด้วย การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดี และมีความมั่นคงตามอัตภาพนั้น นอกจากรากฐานอยู่กับตัวผู้สูงอายุเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวแล้ว ยังขึ้นอยู่กับประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานะในชุมชน และขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนด้วย ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของชุมชน โดยพิจารณาจากสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุ วัฒนธรรมชุมชน/ พื้นบ้านที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุ และแนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจ และได้นำเสนอในบทนี้

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

ความหมายของชุมชน

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

1. ชุมชนที่นิยามโดยใช้แนวคิดของที่ตั้งทางภูมิศาสตร์เป็นพื้นฐาน โดยมีกลุ่มบุคคลอาศัยอยู่บริเวณเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง มีการพึ่งพาอาศัยกันไม่ใช่จะโดยทางตรงหรือทางอ้อม และมีส่วนร่วมในเอกสารลักษณ์ของสถานที่ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และมั่นยของชุมชนตามคำนิยามนี้ ก็ยังพบว่ายังไม่มีความหมายที่แน่นัดร่วมกันในกรอบที่เป็นตัวกำหนดลักษณะของชุมชน อย่างไรก็ตาม ชุมชนในประเทศไทยที่ปรากฏ มีหลายประเภทคือ “ชุมชนชนบท” เป็นชุมชนที่ประชากรมีความสัมพันธ์กันแบบปฐมภูมิและประกอบอาชีพเกษตรฯ เป็นหลัก “ชุมชนกึ่งชนบท” เป็นชุมชนที่มีประชากรฐานะเศรษฐกิจดีขึ้น มีความเจริญและความทันสมัยเข้ามามากขึ้น หากแต่ยังไม่พัฒนาขึ้นมาเต็มที่เท่าเขตเมือง “ชุมชนเมือง” เป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาล ส่วน

ชุมชนลักษณะอื่นคือ ชุมชนแบบใหม่ที่อยู่รอบๆเมืองหรือรอบเขตปริมณฑลของเมืองใหม่ เช่น “ชุมชนบ้านจัดสรร” เป็นต้น

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

อนึ่ง เมื่อมีคำนิยามทางการเป็นเกณฑ์ หากแต่ความหมายของชุมชนในการวิจัยแต่ละวิจัยก็อาจผันแปรไป เช่น ชุมชนชนบทนั้นมากใช้เลขที่หมู่บ้านของกรมการปกครองเป็นเกณฑ์ สำหรับชุมชนเมืองนั้น ส่วนใหญ่กำหนดให้เป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตเทศบาล และงานวิจัยบางโครงการในอดีต (ก่อนปี พ.ศ.2540) ให้นับรวมถึงชุมชนที่อยู่ในเขตสุขาภิบาลเป็นชุมชนเมืองด้วย

3. ชุมชนที่นิยามอย่างไม่เป็นทางการ โดยอาศัยวัฒนธรรมของพื้นที่เป็นตัวกำหนด เช่น เรียกเป็นคุ้ม กลุ่ม หรือบ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีเลขหมู่เดียวกัน ยังคงนิยามว่าตนของอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันได้ เช่น ประชากรในหมู่บ้านของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในหมู่บ้านหนึ่งอาจประกอบด้วยหลายชุมชนย่อย ซึ่งเรียกันว่า “คุ้ม” และประชากรภายในหมู่บ้านนั้นก็จำแนกตัวเองว่าเป็นคนของชุมชนย่อยได้หรือคุ้มได้

การศึกษาวิจัยเรื่องของชุมชนกับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันมี 2 แนวคิดหลักในการแบ่งชุมชนคือ⁽⁶⁾

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

(2) ชุมชนในฐานะเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมทั้งมวล โดยต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกันตลอดเวลา ชุมชนในลักษณะนี้เป็นชุมชนที่มีสายใยสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน มีความรู้สึกว่ำกัน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

ตามความหมายข้างต้นนี้ เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของชุมชนและผู้สูงอายุ มักเน้นที่เครือข่ายของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างชุมชนกับคนที่อาศัยอยู่ในเขตหรือพื้นที่เดียวกัน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กันของกลุ่มคนนั้น เป็นไปตามสถานภาพ บทบาท กลุ่มคน และสถาบันต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

* จากเอกสารของการเคหะแห่งชาติ โครงการแก้ไขปัญหาชุมชนแออัดและคนจนในเมืองตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 2545-2549.

พฤษภาคม 2544.

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

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

การเป็นหัวหน้าครัวเรือนและการเป็นเจ้าของบ้านเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของสถานภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน จะเป็นเจ้าของบ้านและที่ดินที่ปลูกสร้างบ้าน โดยมี สัดส่วนของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุในชนบทเป็นหัวหน้าครัวเรือนและเจ้าของบ้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง การเป็นหัวหน้าครัวเรือนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากชุมชนว่า เป็นผู้มีสถานภาพ ที่มีภัยคุกคาม อย่างไรก็ตาม ในหลาย ๆ กรณีการเป็นหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพียงสัญลักษณ์ของ การให้ความเคารพนับถืออย่างในฐานะที่เป็นผู้อาชูโสเท่านั้น

สังคมมีส่วนในการกำหนดสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ โดยสังคมคาดหวังให้บุคคลในวัยสูงอายุปฏิบัติตามกรอบและบรรทัดฐานทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุในมุมมองของคนในสังคมพบว่ามีความเมื่อยล้าและความแตกร้าว โดยสะท้อนจากเกณฑ์ที่ใช้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุและคำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ

ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณพบว่า^(9,12-14) ตามทัศนะของทั้งคนหนุ่มสาวและผู้สูงอายุ เกณฑ์อายุที่ใช้กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นสอดคล้องกับเกณฑ์กำหนดทางสังคม ซึ่งกำหนดให้ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ นอกจากอายุแล้วเกณฑ์ที่นำมาใช้ถึงการเป็นผู้สูงอายุคือ สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมขาว และภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรมลง สำหรับคำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุนั้น พบว่ามีความหมายที่แตกต่างกันในคำเรียกชาน ได้แก่ “ผู้สูงอายุ” “คนแก่” “คนชรา” ซึ่งความหมายในเชิงพัฒนาการและการปฏิสัมพันธ์ของสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุมีอยู่ได้ใน 3 ลักษณะคือ “ผู้สูงอายุ” สื่อความหมายว่าบุคคลยังมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งผู้มีสุขภาพแข็งแรงยังคงมีบทบาทที่เข้มแข็งในสังคม “คนแก่” สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง ร่างกาย จิตใจ และภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย ซึ่งชื่อความหมายว่าผู้ที่เป็นคนแก่มากจะมีสถานภาพและบทบาทในสังคมลดลง ส่วน “คนชรา” นั้นให้ความหมายในทางที่เป็นผู้ที่มีอายุมากที่สุด เป็น ภาวะของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เสื่อมสภาพเหลือไม่ได้แล้ว ถือเป็นการเรียกผู้ที่มีอายุมากระดับสูงสุด เป็นกลุ่มที่ช่วยตนเองลำบาก ต้องพึ่งพาครอบครัวและสังคม^(9,12)

สำหรับสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในอดีตนั้น มีงานวิจัยหลายเรื่องที่สรุปว่าผู้สูงอายุไทย มีสถานภาพสูง⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในอดีตประเทศไทยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม และทรัพย์สินทางการผลิตที่สำคัญคือที่ดิน ผู้สูงอายุเป็นผู้นำครอบครัว มักจะเป็นเจ้าของที่ดินซึ่งเป็นแหล่งที่มาของผลผลิตและรายได้ ด้วยเหตุที่เงินคืออำนาจ สถานภาพของผู้สูงอายุในอดีตจึงค่อนข้างสูง ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมไปสู่ความทันสมัย รายได้หรือผลผลิตทางเศรษฐกิจไม่ได้พึ่งพาที่ดินทางการเกษตรแต่เพียงอย่างเดียว หากบุตรหลานสามารถอุดหนุนไปประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมหรือบริการอื่นได้ ที่ดินในฐานะเป็นแหล่งให้ผลผลิตทางเศรษฐกิจลดความสำคัญลง ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานเชิง

เศรษฐกิจ สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจึงถูกกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจึงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในอดีต

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของบุคคลในวัยสูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเผชิญ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่รับผิดชอบมาเป็นผู้ที่พึ่งพิง จากที่เคยหาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นการของบุตรหลานเท่ากับเป็นการลดจำนวนและความสำคัญของผู้สูงอายุลง อนึ่ง ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุยังคงมีความสำคัญและความต้องการที่จะลดลง แต่ผู้สูงอายุบางกลุ่มโดยเฉพาะในเขตชนบท ยังคงมีบทบาทเป็น “ผู้ให้” ด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว โดยการให้ความช่วยเหลือครอบครัวด้านการเงิน ด้วยรายได้ของผู้สูงอายุที่ได้จากการทำนาและเงินออม⁽¹⁹⁾ และคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีอยู่กับตัวบุคคลว่า บุคคลนั้นสร้างประโยชน์ให้แก่คนรุ่นหลังได้มากน้อยแค่ไหน ไม่ว่าการสร้างประโยชน์โดยการอาชีวแรงงานหรือกำลังกาย เช่น ช่วยงานของชุมชน หรือการสร้างประโยชน์โดยไม่ได้อาชีวแรงงาน เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำกับคนรุ่นหลัง⁽⁹⁾ นอกจากนี้สำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม การมีอายุเพิ่มมากขึ้นกลับมีความสำคัญมากขึ้น เพราะมีประสบการณ์ มีความรู้ ปฏิบัติที่เป็นตัวอย่างที่ดีและได้รับการเดินทางอย่างอย่างไรก็ตามสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจในทางที่ด้อยลง เพียงแต่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับสถานภาพของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรม

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนเกิดขึ้น เพราะความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ทั้งนี้สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุ^(9,12,20) สถานภาพในเชิงจำนวนขึ้นอยู่กับการทำงาน กำลังกาย กำลังเงิน ความรู้ความสามารถทางกายและใจ บทบาททางสังคม และการที่ผู้อื่นให้ความสำคัญ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สถานภาพและบทบาทย่อมเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ^(9,12,20) ผู้สูงอายุผู้ที่สามารถปรับตัวได้และยอมรับความจริงแห่งชีวิตจะรายงานว่ามีความสุขสบาย พอดีที่จะปลดภาระจากภาระทั้งปวง เนื่องจากทำงานมากแล้วจึงสมควรแก่เวลาที่จะพักผ่อน และส่วนหนึ่งประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทในยามสูงอายุเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าครอบครัวไม่มีปัญหา ผู้ที่มีความพึงพอใจในบทบาทใหม่ เป็นผู้ที่ได้คงสถานภาพและบทบาทที่สำคัญบางอย่างไว เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว และการที่มีบุคคลมาแบ่งเบาภาระและหน้าที่ทั่วไปแทน

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความรู้สึกในทางลบต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทในวัยสูงอายุ โดยมีความรู้สึกว่าตนเองด้อยความสำคัญลง ซึ่งส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ เช่น เปื้อ หงุดหงิด เหงา ทุกข์ใจ เสียดายที่อายุมาก เป็นต้น ประกอบกับผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาด้านสุขภาพกาย ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทที่ป่วยงาน การเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทในยามสูงอายุจึงไม่เป็นที่พึงพอใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่

วิธีการหรือแนวทางในการปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญในการลดความรู้สึกทางลบของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ แนวทางการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นมีหลายแนวทาง⁽⁹⁾ เริ่มตั้งแต่การปรับตัวด้านการทำงาน โดยอาจทำงานเหมือนเดิมแต่ลดปริมาณลง หรือเปลี่ยนมาทำงานเบาๆ ปรับตัวโดยอาศัย

ศาสตรา เข้าวัดฟังธรรม ช่วยเหลืองานวัดงานบุญ ปรับตัวโดยการยอมรับสัจธรรมแห่งชีวิตในเรื่องของสังฆารที่ร่วงโรย และที่สำคัญคือการปรับตัวด้านจิตใจ ดังนั้นสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากขึ้นกับสถานภาพทางการศึกษาและเศรษฐกิจของครอบครัวแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ปรับตัวของผู้สูงอายุเอง

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุและครอบครัวก็อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้นนอกจากหน้าที่ในการมีบทบาทในครัวเรือน ผู้สูงอายุยังสามารถมีบทบาทภายนอกครอบครัวซึ่งก็คือเข้าไปมีบทบาทในชุมชน ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการมีบทบาทในด้านต่างๆ ทั้งทางสังคมวัฒนธรรมและการเมืองในชุมชน หากมีการรวมกลุ่มกันอย่างเข้มแข็งจะมีส่วนช่วยชุมชนได้มากขึ้น เพราะการรวมพลังเป็นองค์กรชุมชนจะเพิ่มศักยภาพในการสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ชุมชนเผชิญได้⁽²¹⁾

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมาก ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน เป็นทรัพยากรบุคคลที่สามารถกระตุ้นเตือนหรือจาริโลงวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ ของชุมชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ที่จะช่วยให้เห็นถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ และเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพคือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและยังประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุเมื่อพ้นวัยทำงานแล้วบทบาททางสังคมภายนอกจะมีแนวโน้มลดลง แต่บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนก็ยังเป็นสิ่งที่พบเห็นโดยทั่วไป ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทค่อนข้างหลากหลายทั้งบทบาททางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมถึงบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง

▪ บทบาททางเศรษฐกิจ

งานวิจัยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาททางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อชุมชนโดยตรงยังมีอยู่น้อยมาก เท่าที่มีอยู่นั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน และบทบาทในการเป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ การมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนักจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังจะช่วยให้เห็นถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นแม้ในวัยปลายชีวิต และผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในทางเศรษฐกิจมีโอกาสที่จะมีบทบาททางสังคมของชุมชนมากขึ้น

การวิจัยเบื้องต้นมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากสำมะโนประชากร^(7,9,10,14,16-18) พบว่า มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจในรอบปีที่ผ่านมา และไม่ว่าจะเป็นการใช้คำนิยามใดใน การศึกษาถึงบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานในรอบ 7 วันก่อนการสำรวจ หรือทำงานในรอบปีที่ผ่านมา สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบทบาทเชิงเศรษฐกิจจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุแตกต่างกันตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนที่รายงานว่ามีบทบาทเชิงเศรษฐกิจสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในชนบทมีสัดส่วนที่มีบทบาทเชิงเศรษฐกิจสูงกว่า ผู้สูงอายุในเมืองงานอาชีพที่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ทำคือ อาชีพทางการเกษตร โดยเฉพาะผู้อยู่ในชนบท เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจนั้น ส่วนหนึ่งให้เหตุผลถึงความจำเป็นทางการเงิน และเป็นการหารายได้เพื่อเบ่งเบาภาระ

บุตรหลาน และมีอยู่บ้างที่ทำงานอาชีพหรือหารายได้เสริมเพราะไม่อยากอยู่เฉยๆ ส่วนเหตุผลของการไม่ทำงานอาชีพของผู้สูงอายุคือ สุขภาพไม่ดีหรือแก่

นอกจากนั้น ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงมีบทบาทในการทำงานเชิงเศรษฐกิจด้วยเหตุผลว่าอายุไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานอาชีพ^(19,20) ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเหล่านี้ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม ได้แก่ ทำไร่ ทำนา ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ ซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่มีอายุเกณฑ์ ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจได้ตราบเท่าที่ร่างกายยังทำไหว และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะด้อยยาดูติบบททางเศรษฐกิจและหันมาทำงานใน ครัวเรือน ทดแทน

อนึ่ง ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีบทบาททางเศรษฐกิจต่อชุมชนในทางอ้อม กล่าวคือ ผู้สูงอายุใช้ประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจที่มีมายาวนาน เข้ามาช่วยแก้ไขหรือจัดการกับเหตุการณ์วิกฤติทางสังคม ที่มีผลต่อเศรษฐกิจของชุมชนที่เกิดขึ้น โดยการมีส่วนดูแลทรัพยากรบุคคลในชุมชน ทั้งในเรื่องของการที่ผู้สูงอายุทำหน้าที่ส่งการแนะนำและดูแลบุคคลที่อยู่ในรั้ยผลิตทางเศรษฐกิจของชุมชน ตลอดจนช่วยดูแล สุขภาพของเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน⁽²³⁾ การดูแลสุขภาพแบบเพื่อนช่วยเพื่อนได้ผลดีโดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันและรักษาสุขภาพ⁽²⁴⁾ หากผู้สูงอายุรักษาสุขภาพได้ดี ก็เท่ากับลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันเป็นการรักษาศักยภาพของผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งบทบาทของผู้สูงอายุในทางบวกเช่นนี้ เท่ากับเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ชุมชนมั่นคง ไว้วางผู้ผลิตเชิงเศรษฐกิจมากกว่าเพิ่มผู้ที่เป็นภาระ

▪ บทบาททางสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบทบาททางด้านสังคมในชุมชน^(15,25-31) ด้วยการเข้าไปมีบทบาทและแสดงศักยภาพทางศาสนามากที่สุด โดยการถ่ายทอดและปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุอาจเป็นตัวผู้เข้าร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนา เช่น ตักบาตร ทำบุญ ร่วมงานวัด ไปจนถึงการมีส่วนช่วยเหลือวัด เป็นกรรมการวัด หรือเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในกิจกรรมสาธารณะ-ประโยชน์ต่างๆ เช่น เป็นลูกเสือชาวบ้าน เป็นต้น ข้อมูลสังเกตคือ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนมักเป็นผู้ที่เคยมีบทบาทหรือทำกิจกรรมทางสังคมมาก่อน⁽²¹⁾ ผู้สูงอายุในชนบทมีบทบาทในชุมชน สูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เคยทำงานในอดีต แต่พบร้อยมากในปัจจุบันคือ บทบาทของการเป็นผู้ไกด์เกลี่ยหรือพิพากษาในกรณีพิพาทหรือทะเลาะเบาะแง่ในชุมชน บทบาทนี้เป็นบทบาทที่มีความหมายเพราะผู้ที่ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้ที่เชื่อถือ หรือไกด์เกลี่ยในกรณีที่คนในชุมชนเกิดปัญหากันนั้น ต้องเป็นผู้ที่ทุกคนให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง และให้ความเชื่อถือ⁽²⁵⁾ ปัจจุบันไม่ค่อยมีงานวิจัยที่เสนอบทบาททางด้านนี้ของผู้สูงอายุ อาจเป็นด้วยสภาพชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ภาระในการไกด์เกลี่ยตัดสินคดีความก่อจลาจลเป็นเรื่องของบุคคลที่เป็นผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือเป็นบุคคลที่ชาวบ้านส่วนใหญ่นับถือ ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้สูงอายุก็ได้

นอกจากการมีบทบาทต่อสังคมโดยตรงแล้ว ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในชุมชนอีกบทหนึ่งคือ การบำรุงรักษาและถ่ายทอดความรู้ที่มีคุณค่าให้กับท้องสูคุณรุ่นหลังต่อไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้เคยถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตหรือสิ่งที่ตนเองรู้และเข้าใจให้แก่คนรุ่นปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหาในอาชีพหรือการใช้ชีวิต การจัดการด้านพิธีกรรม โดยวิธีการเล่าให้ฟัง หรือฝึกอบรมให้คนรุ่นปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ^(32,33) บทบาทของผู้สูงอายุในด้านนี้เป็นที่ยอมรับกันของคนในชุมชน อย่างไรก็ตาม การขอให้ผู้สูงอายุไปเป็นวิทยากรหรือผู้บรรยายความรู้ต่างๆในวงกว้างยังมีอยู่น้อย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางสังคมได้ไม่มากทั้งๆที่มีศักยภาพ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ข้องบุคคลในรั้ยเด็กกว่า ที่เป็นไปในทางที่ไม่

ค่อยยอมรับความสามารถของผู้สูงอายุ⁽³²⁾ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนได้มากมากเป็นผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานทางการศึกษามาก่อน เช่น เป็นข้าราชการ หรือผู้ทำงานในองค์กรธุรกิจ ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังสามารถรวมตัว พบ ประแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีการส่งเสริมให้มีบทบาททางสังคมในด้านต่างๆอย่างต่อเนื่อง

▪ บทบาททางวัฒนธรรม

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นผู้รู้ในทางวัฒนธรรม ทำหน้าที่ในการจารวิสและถ่ายทอดทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับชั้นตอนต่างๆของชีวิต ผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากในการเข้าร่วมทางวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวกับชีวิตเสมอ นับตั้งแต่ในเรื่องของการเริ่มต้นชีวิตครอบครัวคือ การแต่งงาน พิธีการแต่งงานจะเริ่มขึ้นได้ก็เมื่อฝ่ายชายจัดผู้หลักผู้ใหญ่ไปสูขอฝ่ายหญิง เมื่อมีพิธีการหมั้นก็ต้องมีผู้เฝ้าผู้แก่ทำหน้าที่รู้เห็นเป็นพยานในการหมั้น สวามมงคล หลังน้ำสังข์ ลดมงคล เมื่อถึงเวลาส่งตัวก็จะเชิญผู้สูงอายุมาเข้าร่วมในพิธีกรรมต่างๆนั้น เพราะถือว่าผู้สูงอายุเป็นเจ้าตัว หรือเป็นต้นคัมภีร์ของชาติประเพณี ผู้เฝ้าผู้แก่หรือผู้สูงอายุที่มีความรู้ทางวัฒนธรรมจะเป็นที่เคารพนับถือของอนุชนรุ่นหลัง⁽³³⁾ ต่อมาเมื่อคู่แต่งงานมีบุตร อย่างประเพณีอีสาน มีการทำวัฒน์ โดยปูย่าตาวยจะเป็นผู้เชาสายสกุลนุกข์มือทำข้าวญี่หัวแก้เด็ก แล้วเจมกระจะให้แก้เด็กนั้น⁽³⁴⁾ เมื่อบุตรชายครบเดือน มีการโภกนรมไฟ เชิญผู้สูงอายุหลังน้ำมันต์ลงที่ศีรษะเด็กเพื่อทำพิธีโภกนรมไฟ⁽³⁵⁾ และในสมัยก่อนเมื่อเด็กโภกนรมไฟแล้ว ก็ให้ตามจุดโดยไม่ได้ตัด พอดีก็ย่างเข้าสู่วัยแรกหนุ่มสาวคือ เด็กชายอายุประมาณ 13 ปี เด็กหญิงอายุประมาณ 11 ปี ผู้ปักครองก็จะเตรียมทำพิธีตัดจุก เรียกว่าพิธีมงคลโภกนรม (ประเพณีโบราณ) ซึ่งในการทำพิธีนั้นก็ต้องมีผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุเป็นผู้หลังน้ำมันต์ให้เด็กก่อนตัดจุก⁽³⁶⁾ หากเป็นเด็กชายเมื่ออายุครบ 21 ปี เต็ม ประเพณีเดิมก็คือต้องทำการบวชพระ การบวชพระเท่ากับเป็นการเข้ามหาวิทยาลัยชั้นสูงสุด เมื่อมีการทดลองกันว่าจะบวชพระแล้ว ผู้ใหญ่ก็จะเป็นผู้จัดการในเรื่องพิธีกรรมต่างๆ นับตั้งแต่การลาบวชไปจนถึงวันที่ทำพิธีบวช⁽³⁷⁾ และเมื่อมาถึงปลายทางแห่งชีวิต ผู้สูงอายุก็เป็นผู้เข้ามามีบทบาทอีกเช่นกัน โดยในการทำพิธีศพก็ต้องอาศัยผู้เฝ้าผู้แก่ปรึกษาหารือกันในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการทำบุญ กำหนดวันนำศพไปเผา⁽³⁸⁾

เห็นได้ว่าในทุกชั้นตอนแห่งชีวิต ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางวัฒนธรรมประเพณีอยู่เสมอ หากเป็นที่น่าสนใจว่า ในระยะต่อไปบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับชั้นตอนต่างๆของชีวิตจะยังคงอยู่ได้มากน้อยเพียงไร하여 ได้ระบบสังคมไทยที่มุ่งสูงการยกย่อง “ผู้ใหญ่” โดยพิจารณาจากยศสถานะความสำคัญหรือฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ปอยครั้งที่พบว่าในพิธีกรรมต่างๆในปัจจุบัน ผู้ที่เข้ามามีบทบาททางวัฒนธรรมเป็นผู้ที่มีตำแหน่งสูงในทางราชการ หรือทางธุรกิจโดยไม่ได้คำนึงถึงอายุ

อย่างไรก็ตาม ในวัฒนธรรมไทยยังมีประเพณีต่างๆที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นผู้แสดงบทบาทหลักในประเพณีนั้น เช่น ประเพณีสงกรานต์ ซึ่งถือว่าเป็นประเพณีเนื่องในวันปีใหม่ไทย มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญแก่ผู้มีอายุสูง การดำหัวปกติแปลว่าสรงน์ แต่เมื่อใช้ในประเพณีสงกรานต์หมายถึงการขอพระจากผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุนั้น ปรากฏอยู่ในหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่ข้อมูลจากการวิจัยมีจำกัดอยู่เพียงในแง่ของวัฒนธรรมเฉพาะด้านหรือเฉพาะภาคที่มีขนาดตัวอย่างไม่มากนัก มีเพียงรายงานวิจัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติเท่านั้นที่สำรวจเกี่ยวกับการเข้าร่วมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาว่างที่เป็นการสำรวจตัวอย่างระดับประเทศ ผลของการวิจัยจากหลายแหล่งดังกล่าวโดยรวมพบว่าผู้สูงอายุมีบทบาทในทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ด้วยการเป็นผู้ร่วมสืบทอดทางศาสนา โดยการทำบุญตักบาตร ร่วมงานผ้าป่าหรือกฐิน ผู้สูงอายุในชนบทมีการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนามากกว่าผู้สูงอายุในเมือง และบทบาทดังกล่าวลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สำหรับบทบาทของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ

ศาสตราจักร หากจำแนกออกไปตามศาสตร์ที่นับถือพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธโดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบกิจทางศาสตร์คือ ตักบาตร สาดมนต์ ถือศีลห้า สามิคิ瓦นา พังเทคน์สนทนาธรรมสูงกว่าพระภารกิจในวัยอื่น และพบผลเช่นเดียวกันในส่วนของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม⁽³¹⁾

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

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในการสืบทอดศิลปวัฒนธรรมต่างๆ เช่น ในงานที่ต้องใช้มือทั้งหลาย เช่น หอยผ้า ทำทอง เป็นต้น ซึ่งทองที่ยังคงทำทองรูปพรรณที่มีฝีมือคงงามอยู่ในปัจจุบันล้วนเป็นผู้สูงอายุทั้งสิ้น⁽⁴²⁾ ทั้งนี้รวมถึงศิลปินแห่งชาติในสาขาต่างๆ ที่ยังคงมีความสามารถในการศิลปะแม้ในยามสูงอายุ

▪ บทบาททางการเมือง

ข้อเท็จจริงทางการเมืองของประเทศไทยคือ ในอดีตที่ผ่านมาผู้นำของประเทศไทยคือ นายกรัฐมนตรี เป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด และจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรนับตั้งแต่ปีพ.ศ.2535 พ.ศ.2538 และพ.ศ.2539 มีสัดส่วนที่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 13.1, 14.9 และ 12.5 ตามลำดับ⁽⁴³⁾ ข้อเท็จจริงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังคงมีศักยภาพและมีบทบาททางการเมืองในระดับชาติ ในระดับห้องถินผู้สูงอายุก็มีบทบาทเช่นเดียวกัน โดยพบว่าร้อยละ 11.4 ของผู้ที่ได้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการองค์กรบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สูงอายุ⁽⁴⁴⁾ อย่างไร ก็ตาม งานวิจัยในเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุทางการเมืองนี้ยังมีอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีบทบาททางการเมืองของผู้สูงอายุเป็นเพียงการถอดสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางการเมืองและถอดสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน ที่ถูกต้องตามที่คาดการณ์ไว้ ทั้งนี้ในส่วนของการมีบทบาททางการเมืองของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุมีบทบาททางการเมืองรองจากภารกิจการมีบทบาททางศาสตราจักร⁽²⁶⁾

โดยสรุป บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนนั้นมีหลายรูปแบบ การที่ผู้สูงอายุมีบทบาทหลากหลายในด้านต่างๆ มีความหมายทั้งต่อชุมชนและต่อตัวผู้สูงอายุเอง เพราะเท่ากับว่าผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะทำประโยชน์ ก่อให้เกิดความภูมิใจในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีศักยภาพแต่ก็ยังอาจมีปัญหาและอุปสรรคบางประการที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่อชุมชนได้อย่างที่ควรจะเป็น

ปัญหาและอุปสรรคของการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยคือ ปัญหาสุขภาพ^(8,10) ความเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าไปมีบทบาทหรือร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ นอกจากปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีกำลังว่างชา ร่างกายแข็งแรงก็อาจประสบกับปัญหาการมีภาวะในการทำงานบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่ค่อนข้างจะมีภาวะหน้าที่ในการทำงานบ้านมากกว่าผู้สูงอายุชาย เพราะนอกจากจะต้องมีภาวะทำงานบ้านซึ่งได้ทำต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยทำงาน หากยังอาจเพิ่มภาวะในเรื่องของการลีบงหรือดูแลเด็กเล็กของครอบครัว ปัจจุบันปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้สูงอายุบากบั่นต้องลดบทบาททางสังคมของตนลงทั้งที่ผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะทำได้เช่น การที่ผู้สูงอายุมีภาวะที่ต้องดูแลบุตรหลานในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมาก ภาระทางการเงินเป็นภาระที่หนักมากของผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์อาศัยอยู่ด้วย ลักษณะที่ป่วยนั้นอยู่ที่บ้านหรืออยู่ที่อื่นและได้ย้ายกลับมาอยู่ที่บ้านตอนเจ็บป่วย เป็นบุตรที่

เคยเป็นผู้นำรายได้เข้าครอบครัวมาก่อน การป่วยทำให้ไม่สามารถทำงาน ขาดรายได้ ภาระทางการเงินกับต哥อยู่กับพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ ภาระในการดูแลบุตรที่ป่วยนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีเวลาไปทำกิจกรรมอย่างอื่นๆ แล้ว ยังมีผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ขณะเดียวกันก็อาจมีปัญหาความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย⁽⁴⁵⁾ เมื่อผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์เสียชีวิต ภาระค่าใช้จ่ายในงานศพ ตลอดจนดูแลบุตรของผู้ป่วยที่ตาย (ถ้ามี) ก็ตอกเป็นภาระของพ่อแม่ที่สูงอายุ และหากผู้สูงอายุไม่สามารถแบกรับภาระนี้ไหว ก็อาจต้องหันมาพึ่งพาบุคคลอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นเพื่อนบ้านหรือผู้นำชุมชน

นอกจากนี้ประเด็นสำคัญอีกประเด็นที่เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาททางสังคม คือ ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเอง ภาระทางใจเป็นเรื่องที่ยากที่จะวัด ด้วยเห็นที่ส่องห้องภาระจิตใจของผู้สูงอายุคือความเหงา จากรายงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสืดส่วนไม่น้อยที่รายงานว่ารู้สึกเหงา มีความรู้สึกว่าตนเอง เป็นภาระของบุคคลอื่น ซึ่งความรู้สึกทางลบนี้ ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด เปื่อยหน่าย ซึ่งเครื่อง และไม่อยากไปแสดงบทบาทอื่นในชุมชน^(8,11)

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุคือ การสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการจัดกิจกรรมและบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยดึงเอาบุคคลและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้โดยอาจประสานความร่วมมือกันกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง เช่น การเกื้อหนุน ดูแล และให้บริการในด้านต่างๆ สมาชิกของชุมชนทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว โดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเอง เพราะผู้สูงอายุจะมีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” ในเวลาเดียวกัน บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุมีหลากหลายบทบาท โดยสะท้อนออกมายังรูปของการสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน นักวิชาชีพ และการรวมกลุ่มของสมาชิกภายในชุมชน ผู้นำชุมชน ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมราชภัฏประจำหมู่บ้าน และบริการโดยองค์กรอื่นๆ

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ

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

ที่สุด เช่น บุตรที่อยู่กับผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ของสถานีอื่นมาดูต่อสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมาก หากในส่วนของญาตินั้นยากที่จะระบุความสำคัญได้เพราะพันแปรไปในแต่ละบุคคล⁽⁴⁷⁾ สำหรับการพิจารณาบทบาทของชุมชนในการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุนี้ จะเน้นเฉพาะเครือข่ายประเภทเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และ นักวิชาชีพ เป็นหลัก โดยอาจควบเกี่ยวลิงเครือข่ายประเภทครอบครัวและเครือญาติเล็กน้อย และเน้นถึงการรวมกลุ่มเพื่อสร้างกิจกรรมภายในชุมชน

▪ **เครือข่ายของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และนักวิชาชีพ**

ผู้สูงอายุมักใช้เวลาว่างส่วนหนึ่งพูดคุยกับเพื่อนบ้าน^(9,14,40) ดังนั้นเพื่อน/เพื่อนบ้านจึงมีส่วนช่วยเกือบทุนผู้สูงอายุในด้านจิตใจ การได้พูดคุยกับเพื่อน/เพื่อนบ้านทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย และจากการพูดคุยกันยังมีส่วนชักนำไปสู่การช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพ การมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน หรือหากผู้สูงอายุรายได้ประஸบปัญหาเดือดร้อน เพื่อน/เพื่อนบ้านจะหมุนเวียนเปลี่ยนกันในการดูแลช่วยเหลือ สำหรับผู้สูงอายุที่ปราศจากเครือข่ายของครอบครัว เครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน มักต้องการการเกือบทุนจากชุมชน ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชนอื่นๆ ได้แก่ ครู จะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น และการช่วยเหลือนี้อาจทำโดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหมู่บ้าน ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีญาติผู้นำชุมชนก็จัดการร่วมกับญาติ หากผู้สูงอายุไม่มีญาติผู้นำชุมชนก็จะเป็นผู้ดำเนินการเอง และหากกรณีได้ที่เหลือบากว่าแรงหรือเป็นกรณีเร่งด่วนจำเป็น ก็จะต้องอาศัยเครือข่ายประเภทนักวิชาชีพ เช่น พัฒนาการนักสังคมสงเคราะห์ ให้เป็นผู้เข้ามาช่วยเหลือโดยการประสานงานของผู้นำชุมชน

บทบาทของผู้นำชุมชนต่อผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลทางด้านสุขภาพเท่านั้น หากยังมีบทบาทในเรื่องประเพณีต่างๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การรณรงค์น้ำดื่มหัว การตาย ซึ่งผู้นำชุมชนมักมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการและตัดสินใจในพิธีการต่างๆ อย่างไรก็ตาม เท่าที่เป็นอยู่ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรือนักวิชาชีพนั้น พบว่ายังขาดแคลนอยู่มาก เท่าที่มีเป็นเพียงข้อมูลที่ว่าบุคคลในแต่ละเครือข่ายให้การเกือบทุนผู้สูงอายุอย่างไร เช่น บุตรและบุคคลในครอบครัวเป็นทั้งผู้เกือบทุนทางกายและใจ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การเกือบทุนให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน⁽²⁰⁾ หากแต่ไม่มีข้อมูลใดที่เสนอถึงประเภทของการเกือบทุนตลอดจนกลไกในการทำให้เครือข่ายต่างๆเข้มแข็ง

▪ **การรวมกลุ่มเพื่อสร้างกิจกรรมภายในชุมชน**

บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุอีกทางหนึ่งคือ การสนับสนุนการรวมกลุ่มกันของคนในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ การรวมตัวกันส่วนใหญ่มักเป็นการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการ บังคับบันจึงไม่มีตัวเลขที่ยืนยันได้ว่า มีการรวมกลุ่มกันของคนในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน และชุมชนที่มีการรวมกลุ่มกันนั้น มีการรวมกลุ่มกันได้อย่างไร มีเพียงข้อมูลที่เสนอว่า ในบางหมู่บ้านมีการรวมตัวอย่างไม่เป็นทางการในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีการรวมกลุ่มของผู้ที่นับถือศาสนาเดียวกัน เช่น กลุ่มคริสต์เดียนในภาคเหนือ หรือการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุโดยมีผู้นำชุมชนหรือผู้นำสูงอายุเป็นแกนหลักในบางหมู่บ้าน^(40,46,48)

ในบรรดากลุ่มต่างๆที่รวมตัวกันนี้ กลุ่มที่รวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการและในระยะหลังได้พัฒนามาเป็นกลุ่มที่เป็นทางการคือ กลุ่มมาปันกิจสังเคราะห์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานมาจากวิธีชีวิตและประเพณีปฏิบัติมาแต่เดิมของคนในท้องถิ่น เมื่อมีผู้เดินทางชีวิต ญาติพี่น้องตลอดจนเพื่อนบ้านใกล้เคียงจะช่วยเหลือในการจัดงานศพ โดยช่วยทั้งแรงกาย กำลังทรัพย์ และสิ่งของ ในระยะแรก การช่วยเหลือทำกันในวงแคบ เนพะหมูญาติและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ต่อมากายงำด้วยมีผู้นำท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าอาวาส เข้ามาจัดการรวมกลุ่มประชาชนในท้องถิ่นเองให้มีส่วนช่วยเหลือครอบครัวผู้ตาย โดยเก็บเงินสะสมเพื่อจัดการงานศพ มาปะ-

กิจสังเคราะห์ ต่อมาเพื่อป้องกันการแสวงประโยชน์โดยมิชอบจากมาปันกิจสังเคราะห์ รัฐบาลจึงออกพระราชบัญญัติมาปันกิจสังเคราะห์มาใช้บังคับตั้งแต่พ.ศ.2517 นับจากนั้นจนถึงปีพ.ศ.2542 ประเทศไทยมีสมาคมมาปันกิจสังเคราะห์ที่จดทะเบียน 3,218 สมาคม โดยอยู่ภายใต้การดูแลของกรมประชาสงเคราะห์⁽⁴⁹⁾

อนึ่ง การรวมกลุ่มกันของคนไทยนั้นเป็นสิ่งที่เป็นธรรมชาติตามแต่เดิม คนไทยนิยมไปทำบุญที่วัดเมื่อเสร็จงานบุญ คนวัยอื่นมักแยกข้ายกันไปทำบุญกิจ หากผู้สูงอายุมักอยู่ด้วยกันในวันสงกรานต์ การรวมกลุ่มของคนวัยต่างๆและผู้สูงอายุไทยนั้นมีอยู่ตามปกติมานานแล้ว หากแต่ไม่ได้รวมกันอย่างเป็นกิจจะลักษณะ⁽¹⁷⁾ ต่อมากิจการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุนี้ได้เกิดการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังไม่ต่างกันหรือมีความสนใจร่วมกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาจร่วมอาชีพเดียวกัน เคยทำงานมาด้วยกัน หรือมีความสนใจในเรื่องเดียวกันนี้ เช่น ผู้สูงอายุจากจะเป็นหรือไม่เป็นผู้อยู่ในชุมชนเดียวกันก็ได้ เมื่อขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้นก็มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นชุมรวมผู้สูงอายุ

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการ

บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะความร่วมมือของคนภายในชุมชนเท่านั้น ด้วยผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุ เพศ ชนชั้นทางสังคม และภูมิหลังอื่นๆ ความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละด้านจึงแตกต่างกัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ องค์กรภายนอกจึงเข้ามามีบทบาทในการจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อช่วยเหลือ ดูแล และให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านการประสานงานของผู้นำชุมชน กิจกรรมต่างๆที่ทำร่วมกันกับองค์กรภายนอกชุมชน ได้แก่ ชุมรวมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ศูนย์สังเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน และบริการอื่นๆ

■ ชุมรวมผู้สูงอายุ

ชุมรวมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนโดยมีสถาบันครอบครัว และชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการดำเนินการ ชุมรวมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2505 และได้มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยมีการสนับสนุนการจัดตั้งชุมรวมผู้สูงอายุจากหอหลายองค์กร*

ถึงแม่จะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ หากปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งชุมรวมผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุมีความพร้อมเข้าใจอุดมการณ์ของชุมรวมผู้สูงอายุในแต่ที่ว่า ชุมรวมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ มีร่วมเป็นข้อบังคับของชุมรวม มีสถาบันที่แหล่งเงินทุน ในส่วนของการจัดกิจกรรมนั้นต้องจัดกิจกรรมตามความสนใจและความต้องการของสมาชิกเป็นสำคัญ สมาชิกเข้าร่วมกับชุมรวมด้วยความสมัครใจโดยมีความเสมอภาค ซึ่งบทบาทของชุมชนในการส่งเสริมการจัดตั้งชุมรวมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการมี

* ชุมรวมผู้สูงอายุตั้งขึ้นครั้งแรกโดยการสนับสนุนจากมูลนิธิวิจัยประเทศไทย ใช้ชื่อว่ามูลนิธิวิจัยประเทศไทย ต่อมาพ.ศ.2527 กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ได้ขอความร่วมมือจากจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศไทยจัดตั้งชุมรวมผู้สูงอายุอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชุมรวม เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรินครินทรบรมราชชนนีททรงพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ หลังจากนั้นได้มีการตั้งสถาบันผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และสถาบันผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการจัดตั้งชุมรวมผู้สูงอายุ โดยความช่วยเหลือจากกรมประชาสงเคราะห์ ในปีพ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับและสถานีอนามัยทั่วประเทศไทยจัดตั้งชุมรวมผู้สูงอายุเพื่อเป็นกลุ่มหรือสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้สำนักงานกรุงเทพมหานครได้ดำเนินการในลักษณะเดียวกันคือ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 7 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครทุกแห่ง ได้จัดตั้งชุมรวมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขรับผิดชอบ (การอภิปรายเรื่อง “ปัจจุบันและอนาคตของชุมรวมผู้สูงอายุ” โดยอิริวัชร์ จันทร์ประเสริฐ ณ ห้องประชุมบ้านนงค์ศิลา กรุงเทพฯ 3 ธันวาคม 2541)

ชุมชนผู้สูงอายุ เท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กัน และสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละคนในการช่วยเหลือกัน

◇ สถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ผลจากการวิจัยที่เกี่ยวกับชุมชนผู้สูงอายุ^(50,51) พบร่วมกันในปี พ.ศ. 2539 มีชุมชนผู้สูงอายุอยู่ทั่วทั้งประเทศประมาณ 3,487 ชุมชน ชุมชนผู้สูงอายุซึ่งมีอยู่กว่าสามพันชุมชนนี้มีหลากหลายรูปแบบแตกต่างกันไปตามลักษณะภาพของสมาชิก และสามารถจัดกลุ่มใหญ่โดยใช้ความสามารถและลักษณะภาพเป็นเกณฑ์ได้ 4 ประเภทคือ ชุมชนผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้ ชุมชนผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ชุมชนผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ต้องการผู้ช่วยสนับสนุนช่วยเหลือ และชุมชนผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ การที่ชุมชนมีลักษณะภาพเป็นอย่างไร ก็ขึ้นอยู่กับลักษณะการรวมตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งเขตเมือง และเขตชนบทนั้นมีความแตกต่างในที่มาของสมาชิกชุมชน ทำให้บางชุมชนมีสมาชิกที่มีภูมิหลังใกล้เคียงกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการศึกษา ประสบการณ์ในอาชีพ เช่น ชุมชนผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการ ผู้มีอาชีพถ่ายภาพ หรือค้าขาย เป็นต้น แต่ชุมชนผู้สูงอายุของชุมชนต่างๆ ส่วนใหญ่จะประกอบด้วยสมาชิกที่มีภูมิหลังที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะชุมชนในเขตเมือง

แม้ว่าชุมชนผู้สูงอายุที่จัดตั้งมาแล้วจะมีที่มาและลักษณะการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างไร ก็ตาม หากแต่ชุมชนผู้สูงอายุก็ยังคงรายประযุชน์อย่างมากทั้งต่อชุมชนและตัวผู้สูงอายุเอง เนื่องจากผู้สูงอายุได้ใช้ ศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนร่วมกัน ได้สังสรรค์กับบุคคลในวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพจิตดี ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือเหงา และการรวมตัวกันของผู้สูงอายุช่วยให้แต่ละคนสามารถพัฒนาศักยภาพ ของตนเองได้ต่อเนื่อง

◇ กลไกสู่ความสำเร็จของชุมชนผู้สูงอายุ

ในส่วนของระดับความสามารถของชุมชนผู้สูงอายุนั้น เป้าหมายที่น่าจะเป็นที่ต้องการก็คือ ชุมชน ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ เท่าที่เป็นอยู่ให้ได้ว่า รูปแบบของชุมชนผู้สูงอายุนั้นมีพัฒนาการนับแต่ เริ่มต้น ตลอดจนวิธีดำเนินงานที่แตกต่างกัน และมีปัจจัยและเงื่อนไขอันส่งผลต่อการดำเนินงานแตกต่างกัน ตั้งนั้นการที่จะทำให้ชุมชนผู้สูงอายุประสบความสำเร็จนั้นไม่สามารถที่จะใช้วิธีการได้วิธีการหนึ่ง หรือการดำเนิน งานแบบใดแบบหนึ่งเป็นแบบแผนเดียวกัน หากแต่โดยภาพกว้างๆ แล้ว สิ่งที่น่าจะพึงจะเลือกถึงในการดำเนินงาน เกี่ยวกับชุมชนผู้สูงอายุที่จัดตั้งในชุมชนก็คือ^(41,50)

- การทำความเข้าใจร่วมกันในวัตถุประสงค์ของชุมชน ชุมชนผู้สูงอายุอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อ ผู้สูงอายุเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นรอง หรือเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่ ผู้สูงอายุเป็นรองก็ตาม วัตถุประสงค์นี้จะต้องมีการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจร่วมกัน ขณะเดียวกันก็ควรเน้นย้ำ อุดมการณ์ของชุมชนผู้สูงอายุว่าเป็นชุมชนของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ

- การดำเนินการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุ ถ้าเป็นการจัดตั้งในชุมชน ควรจะริเริ่มในชุมชนที่ผู้สูงอายุ มีการรวมตัวกันอยู่ก่อนแล้ว หรือมีความตื่นตัวในเรื่องของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องพิจารณาถึงความพร้อมของ ผู้นำ ไม่ว่าจะเป็นผู้นำที่เป็นทางการหรือไม่ก็ตาม หากผู้นำนั้นเป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็งก็จะมีส่วนต่อการจัดตั้งและ ดำเนินอยู่ของชุมชนผู้สูงอายุ

- ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนทุกเพศทุกวัย ทั้งผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาว และเด็กให้เข้ามามี ส่วนในชุมชนผู้สูงอายุ โดยอาจให้มีสมาชิกสมทบ เพราะผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวจะช่วยในการบริหาร จัดการชุมชนได้ดีขึ้น

- ความแตกต่างในเศรษฐกิจของสมาชิกคงเป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยง หากแต่เมื่อมากขึ้น ชั้นรวมเดียว ก็ควรใช้ความแตกต่างนั้นก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชั้นรวม ขณะเดียวกันก็เพิ่มมีมาตรฐานบางอย่างที่จะเอื้อต่อผู้ด้อยฐานะกว่า เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันและเป็นปมด้อย เช่น ผู้ที่มีฐานะช่วยด้านการเงิน ในขณะที่ผู้ด้อยฐานะช่วยด้านการจัดการ เป็นต้น

- สถานที่ตั้งของชุมชนจะอยู่ที่ใดก็ได้ แต่ต้องเป็นสถานที่ที่เป็นกลาง ทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของ เช่น วัด หรือโรงพยาบาล หากสิ่งที่พึงระวังคือ ต้องปลดลอกจากการชี้นำของผู้รับผิดชอบสถานที่ เช่น เจ้าอาวาส หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

- กิจกรรมของชุมชน จะมีกิจกรรมได้ก็ตามต้องทำเพื่อผู้สูงอายุและดูความพร้อมของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน อุปกรณ์ สุขภาพ และที่สำคัญคือเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกชุมชน และพยายามให้มีกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกิจกรรมต่างๆที่จัดควรมีค่าใช้จ่ายเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

- ชุมชนผู้สูงอายุได้ที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นหรือมีพัฒนาการค่อนข้างต่ำ ก็จะเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีพัฒนาการ ที่สูงขึ้น ชุมชนผู้สูงอายุอาจจะเป็นสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ หรืออาจเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยเป็นพัฒนาการที่สูงขึ้นในระยะเริ่มแรก และต้องค่อยๆ ถอนตัวออกไปเมื่อชุมชนพอกจะยืนบนขาของตัวเองได้แล้ว

▪ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ

บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุสังคมไทยที่ต้องให้เห็นอย่างชัดเจน หากพิจารณาถึงการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยแนวคิดของโครงการนำร่องทดลองดูความเป็นไปได้ของ การขยายศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุให้แพร่หลายไปในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศ ผลจากการศึกษาของโครงการนำร่อง⁽⁵²⁾ พบว่าการสร้างศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ควรเริ่มในพื้นที่ที่ชาวบ้านมีการรวมตัวกันบ้างแล้ว สถานที่ที่ดี ควรเลือกสถานที่ที่เป็นกลาง มีบุคลากรประจำศูนย์ และต้องแสวงหาความร่วมมือจากบุคคลที่มีความสามารถ จะเป็นผู้นำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์ โดยทางราชการต้องเป็นผู้เลี้ยงในระยะเริ่มแรก จากผลของการจัดกล่าว ประกอบกับปีพ.ศ.2542 เป็นปีที่องค์กรสหประชากรติดประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ กรมประชาสงเคราะห์ มหาเถรสมาคม และกรมการศาสนา จึงได้ร่วมกันเริ่มทำโครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด * โดยชุมชน เนื่องจาก “วัด” นอกจากจะเป็นสถานที่สำคัญประจำหมู่บ้านที่คนทุกเพศทุกวัยมา ร่วมกันทำกิจกรรมทางศาสนาแล้ว พบร่วมกับยังเป็นสถานที่ประกอบกิจกรรมทางสังคมอย่างหลากหลายของคนในชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁵²⁾

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

▪ ศูนย์สังเคราะห์ราชภัฏประจำมั่งบ้าน

กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้จัดตั้งศูนย์ลงเคราะห์ราชภัฏ ประจำหมู่บ้านขึ้นในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศ การดำเนินงานของศูนย์อยู่ในรูปของคณะกรรมการศูนย์ลงเคราะห์ ราชภัฏประจำหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ศูนย์ลงเคราะห์ราชภัฏประจำหมู่บ้านดังกล่าวมี

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

ภาคระหลักในการช่วยเหลือประชาชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย (รวมถึงผู้สูงอายุ) ที่ยากจน หรือประสบปัญหาจากภัยพิบิตต่างๆ ในส่วนของผู้สูงอายุนั้น คณะกรรมการศูนย์ส่งเคราะห์ราชภรประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สมประกอบ ให้เป็นผู้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนฯ ละ 200 บาท ตามโครงการจัดสวัสดิการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนของรัฐบาล โดยกรมประชาสงเคราะห์ (ปัจจุบันเพิ่มเป็นเดือนละ 300 บาท)

▪ บริการโดยองค์กรอื่นๆ

นอกเหนือจากภาครัฐก็ยังมีองค์กรของภาคเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง ซึ่งถึงแม้จะไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ หากก็มีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในเมืองและชนบทตามสมควร องค์กรต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ HelpAge มูลนิธิสวัสดิการชุมชน เซียร์ เป็นต้น นอกจานี้ยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการทางสังคมในการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีรายได้ที่มั่นคง ซึ่งจะมีผลต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ด้วย โดยทำเป็นโครงการในระบบสหกรณ์ของหน่วยงานต่างๆ เช่น สหกรณ์การเกษตร สหกรณ์ประมง เป็นต้น⁽⁵⁴⁾

วัฒนธรรมชุมชน/พื้นบ้านที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุ

วัฒนธรรมคือ สิ่งที่มีนุชย์สร้างขึ้นหรือเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง เพื่อความเจริญของงานในชีวิตของส่วนรวม วัฒนธรรมถ่ายทอดกันได้ เรียนกันได้ เขียนกันได้ โดยรวมแล้ว วัฒนธรรมคือ “สิ่งอันเป็นผลผลิตของส่วนรวม ความคิดเห็น ความประพฤติ กิจยาการใดๆ ของมนุษย์ในส่วนรวม แสดงออกมาให้ปรากฏเป็นภาษา ศิลป์ ความเชื่อถือ และระเบียบประเพณี”⁽⁵⁵⁾ ดังนั้นวัฒนธรรมคือระบบสัญลักษณ์ในสังคมมนุษย์ที่มีนุชย์สร้างขึ้น สอนให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้หรือนำไปปฏิบัติเป็นวัฒนธรรมในสังคม วัฒนธรรมในสังคมอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ⁽⁵⁶⁾

1. วัฒนธรรมในลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์จับต้องไม่ได้ เช่น ภาษาพูด ระบบความเชื่อ กิจยามารยาท ชนบกรุณเนียมประเพณี
2. วัฒนธรรมทางด้านวัฒน เช่น อาคารบ้านเรือน วัด ศิลปวัฒน ตลอดจนสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่ใช้เป็นประจำทุกวัน

อย่างไรก็ตาม การแบ่งแยกดังกล่าวข้างต้นมิใช่การแบ่งแยกกันอย่างเด็ดขาด วัฒนธรรมทางด้านวัฒน สามารถสื่อความหมายและเป็นสัญลักษณ์ได้ เช่น บ้านเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อาจสะท้อนถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้น

วัฒนธรรมชุมชน/พื้นบ้านนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของคนไทยมาเป็นระยะเวลายาวนาน แม้ปัจจุบันวัฒนธรรมบางอย่างจะถูกปลดละลายหรือลดความสำคัญลงไปก็ตาม⁽⁵⁷⁾ วัฒนธรรมพื้นบ้านซึ่งเป็นวัฒนธรรมเฉพาะแต่ละท้องถิ่น ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมรวมของไทย และผู้ที่เผยแพร่หรือถ่ายทอดก็มักจะเป็นผู้ที่มีอายุมากแล้ว⁽⁵⁸⁾ ปัจจุบันวัฒนธรรมพื้นบ้านหลายอย่างได้รับการอนุรักษ์และพื้นฟูให้ดำรงคงอยู่ บางอย่างก็อาจสูญไป หรือยังอยู่ในบุคคลที่มีอายุมาก เช่น พ่อเพลิงแม่เพลิง⁽⁵⁹⁾ อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมชุมชนที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมรวมและยังคงอยู่ในสังคมไทยคือ การเคารพผู้มีวัยสูงกว่า พิธีกรรมและประเพณี สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย

การเคารพผู้สูงอายุ

สังคมไทยเป็นสังคมที่เน้นถึงการให้ความเคารพผู้ที่มีอายุสูงกว่า ไม่ว่าบุคคลผู้นั้นจะเป็นเครื่องญาติหรือไม่ก็ตาม โดยถือว่าผู้ที่มีอายุสูงกว่าซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์สู่คนรุ่นหลัง หน่วยพื้นฐานในการปลูกฝังให้สมาชิกเคารพผู้ที่อายุสูงกว่าคือครอบครัว ซึ่งให้การอบรมสมาชิกให้รำลึกถึงสิ่งที่ผู้อายุสูงกว่าได้เคยปฏิบัติหรือมีน้ำใจต่อกัน ซึ่งหมายถึงการนึกถึงบุญคุณ บุญคุณถือเป็นกุญแจสำคัญของความมั่นคงในชีวิตสังคมของคนไทย⁽⁶⁰⁾ และจากการปลูกฝังในครอบครัวเป็นพื้นฐานให้คนรุ่นหลังมองผู้สูงอายุในฐานะของผู้ที่เคยทำประโยชน์มาก่อน ถือว่าเป็นผู้มีบุญคุณ และวัฒนธรรมที่สะท้อนการเคารพผู้สูงอายุของผู้ที่อ่อนวัยกว่าแสดงออกในหลายลักษณะ นับตั้งแต่ภาษาที่ใช้กับผู้สูงอายุ ภาษาไทยนั้นมีคำศัพท์และน้ำเสียงที่แสดงถึงอายุของบุคคลค่อนข้างเด่นชัด เช่น เริงผู้ที่แก่กว่าว่าเพิ่ อ่อนกว่ากว่าน้อง⁽¹⁵⁾ และสำหรับผู้สูงอายุนั้น รูปศัพท์ที่ใช้อ้างอิงถึงผู้สูงอายุ จะนิยมใช้คำศัพท์คำเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุทุกคนที่อยู่ในวัยรานพบเดียวกับปู่ย่าตายายของผู้พูด โดยเรียกว่าปู่ หรือย่า หรือตา หรือยาย ทั้งๆที่บุคคลนั้นไม่ได้มีความผูกพันทางสายโลหิตกับตัวผู้พูดแต่อย่างไร

นอกจากคำเรียกชื่อแล้ว ภาษาไทยก็เป็นเรื่องสำคัญของชุมชน เมื่อผู้อ่อนวัยพบปะสนทนากับผู้สูงอายุ ผู้ที่อ่อนวัยกว่าต้องเป็นฝ่ายให้หักก่อน โดยในการให้นั่งผู้อ่อนวัยกว่าต้องค้อมตัว ก้มหัวต่ำกว่าผู้สูงอายุ และต้องใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้สูงอายุ^(16,61) และหากเดินผ่านผู้สูงอายุ ผู้อ่อนวัยกว่าก็จะต้องก้มตัวเมื่อเดินผ่านหน้า และต้องไม่หันปลายเท้าซึ่งเข้าหาผู้สูงอายุ⁽⁶⁰⁾

นอกจากนี้การเชือฟังผู้สูงอายุก็ถือว่าเป็นรูปแบบของการแสดงออกซึ่งความเคารพผู้สูงอายุอย่างหนึ่งในสังคมไทยพบว่า ผู้อ่อนวัยกว่าต้องเชือฟังและทำตามที่ผู้สูงอายุกว่าแนะนำ⁽⁶¹⁾ อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาในปัจจุบันได้พบว่าหัศคณติของผู้สูงอายุที่เห็นว่าคนหนุ่มสาวในปัจจุบันไม่ค่อยเคารพเชือฟังผู้สูงอายุเท่ากับในสมัยก่อน ไม่มาปรึกษาหารือ มองเห็นผู้สูงอายุไม่มีความหมาย หรือมองว่าผู้สูงอายุเป็น “ไดโนเสาร์ เต่าล้านปี” เป็นคนล้าสมัย^(9,12)

พิธีกรรมและประเพณี

ในวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุมักเป็นผู้ได้รับเกียรติให้เป็นแก่นนำในการประกอบพิธีกรรม ไม่ว่าจะเป็นในงานบวช งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น และหากมีการชุมนุมหนุ่มสาวเพื่อกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะได้ที่นั่งแวดหน้า หรือในที่ดีๆ และห่างไกลประดิษฐ์⁽¹⁶⁾ สวนประเพณีไทยที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของความสนใจคือประเพณีสงกรานต์ผู้ที่อ่อนวัยกว่าจะนำเงินหรือสิ่งของมาอบให้รับผู้สูงอายุ และด้านที่มีของผู้สูงอายุ ทางภาคเหนือของประเทศไทยมีประเพณีที่มีการแอบให้ของขวัญแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีคุณนับถือในชุมชน โดยการเก็บจราจรสิ่งของจากคนในชุมชนเพื่อซื้ออาหาร สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ และแอบบันดาลนั่นไปวางไว้ให้ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุอนหลับ⁽⁶¹⁾

สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย

ในการสืบทอดวัฒนธรรมนั้น การสื่อสารโดยบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและค่านิยมอาจแสดงออกในสำนวน สุภาษิต และคำพังเพย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะได้รับการกล่าวชื่อถึงในรูปของสำนวน สุภาษิต หรือคำพังเพย ซึ่งสะท้อนทั้งในทางบวกและลบ ในทางบวกจะเป็นไปในทางยกย่องในฐานะบุคคล ขณะที่เนื้อหาในทางลบนั้nmักจะเป็นเนื้อหาที่เน้นหนักไปในเรื่องของความกรณ์ การลดพละกำลังทั้งทางกายและเพศ

และเนื้อหาจะค่อนไปในทางลบสำหรับผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยหากเป็นเรื่องเกี่ยวกับเพศ ผู้สูงอายุหญิงมักจะถูกประเมินในทางลบ⁽⁶²⁾

ในส่วนนี้ไทยการเรียกผู้สูงอายุโดยการใช้คำว่า “ร่วมโพธิ์ร่วมไทร” ถือเป็นการเรียกในทางบวก เพราะความหมายเป็นลักษณะที่เรื่อมโง่ผู้สูงอายุกับการเป็นที่พึ่งพิง เป็นที่ปรึกษา ทำหน้าที่ปักป้องคุ้มครองบุตรหลานให้มีความสุข เป็นที่นับถือยกย่อง⁽¹²⁾ หากการใช้คำว่า “ไม่ใกล้ฝั่ง” ให้ความรู้สึกในทางลบว่า เป็นบุคคลที่ຈวนถึงบ้านปลายของชีวิต ส่วนลักษณะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในทางบวก เช่น “เดินตามหลังผู้ใหญ่” ไม่กัด” สะท้อนให้เห็นว่า การเชือฟังผู้อ้ววิสกาว่าหรือป่วยพุติตามอย่างผู้ใหญ่ย่อมปลอดภัย เพราะผู้ใหญ่ย่อมมีประสบการณ์มากกว่า ส่วนลักษณะที่เป็นเนื้อหาในทางลบ เช่น “วัวแก่กินหญ้าอ่อน” หมายถึง ชายสูงอายุที่ได้เด็กสาวเป็นภรรยา หรือ “เสือเม่าจำศีล” หมายถึง คนแก่เจ้าเลี้ยห์ ทำกิริยาภัยนอกสังคมเสื่อมให้คนเข้าใจผิด ซ่อนความร้ายกาจไว้ภายใน หรือ “เหลาหัว” ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีเลือดเหลี่ยมสามารถหลอกลวงผู้หญิงไปในทางกรรมมณฑ์^(63,64) ในด้านสุภาษิตและคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น “สอนเด็กสอนง่าย สอนผู้ใหญ่สอนยาก” หรือ “ไม่อ่อนดัดง่าย ไม่แก่ดัดยก” ซึ่งหมายถึง เด็กนั้นสั่งสอนง่าย หากยากสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ^(65,66) ลักษณะ สุภาษิต และคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนี้ ถือเป็นเอกสารลักษณ์ในวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนภาพผู้สูงอายุในแง่มุมที่เป็นปัจจุบันเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น

อนึ่ง โดยรวมแล้วในเรื่องของวัฒนธรรมชุมชน/พื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ประเด็นของการเคารพผู้สูงอายุนั้นยังขาดแคลนข้อมูลที่ตรวจสอบถึงการเปลี่ยนแปลงในการเคารพผู้สูงอายุในหมู่คนรุ่นหนุ่มสาว หรือวัยเด็ก และปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนกระทำต่อการเคารพผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังความมีการประมวลข้อมูลเกี่ยวกับประเพณี พิธีกรรม ตลอดจนลักษณะ สุภาษิต และคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ

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

ความเข้มแข็งของชุมชนเป็นรากฐานที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนาชุมชนเป็นไปได้อย่างดี องค์ประกอบที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็งคือ การมีทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรธรรมชาติหรือทรัพยากรบุคคลในชุมชน การมีกลไกที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มุ่งส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความรู้และมีทักษะที่จะใช้ชีวิตของตนเองในชุมชนอย่างมีความสุข ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต้องพิจารณาถึงเศรษฐกิจของชุมชน รวมถึงการสร้างองค์กรชุมชนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นจากคนภายในชุมชนนั้นเอง⁽⁶⁸⁾

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ นอกจากจะอาศัยพื้นฐานจากการพัฒนาชุมชนแล้ว ยังต้องผสมผสานกับแนวคิดในการที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ แนวคิดที่เป็นรากฐานในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนคือ แนวคิดประชาสังคม ซึ่งหมายถึง “การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์ หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การอุบัติสำนึก

(civil consciousness) ร่วมกัน สามารถตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร (civil group organization) ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคสังคม (ประชาชน) ในลักษณะที่เป็นหันส่วนกัน (partnership) เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาหรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบการจัดการโดยมีการเชื่อมโยงเครือข่าย (civil network)”⁽⁶⁹⁾

โดยสารสำคัญและหลักการโดยรวม การที่บุคคลรวมตัวกันเป็นกลุ่มโดยธรรมชาติ มีการร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาหรือทำกิจกรรมต่างๆให้ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ถือว่าเป็นการพัฒนาไปตามแนวคิดประชาสังคม การเน้นความร่วมมือร่วมใจระหว่างประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุตามแนวคิดประชาสังคมจึงนับว่าเป็นมิติใหม่ที่น่าจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ

ทำอย่างไรประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนจะประสานกันในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุได้ ปัญหาที่นี้ยังไม่มีผลงานวิจัยชี้นิดเสนอข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม กลไกเบื้องต้นในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุคือ การกระตุนจากบุคคลหรือองค์กรภายนอกชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนตระหนักระดับต่ำเห็นความสำคัญในเรื่องของผู้สูงอายุ ทั้งนี้จากกระตุนโดยตรงกับประชากรทั่วไปในชุมชนหรือผ่านผู้นำชุมชน หรือกลุ่มต่างๆในชุมชน สมาชิกกลุ่มต่างๆในชุมชนที่มีบทบาทที่สำคัญในการทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน ในชุมชนหรือผู้นำชุมชน กลุ่มคนหนุ่มสาว กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้นำชุมชนอาจเป็นแกนสำคัญในการวางแผนและดำเนินการให้ชุมชนเข้มแข็งในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานทั้งในระดับภายในชุมชนและระหว่างชุมชน หรือระหว่างชุมชนกับองค์กรของรัฐและเอกชนได้เป็นอย่างดี ในขณะที่กลุ่มคนหนุ่มสาวจะเป็นกำลังสำคัญทั้งทางด้านกำลังกาย กำลังความคิดและสติปัญญาในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการให้การบริการแก่ผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทาง และสังท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป กลุ่มสุดท้ายที่มีบทบาทอย่างยิ่งคือ กลุ่มผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้เพราะกลุ่มผู้สูงอายุมีได้เป็นกลุ่มคนที่เป็นภาระแก่สังคมเสมอไป ผู้สูงอายุบางท่านยังสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัว ทำงานมีรายได้ และมีประสบการณ์ชีวิต ตลอดจนมีความรู้ความชำนาญที่จะสามารถถ่ายทอดหรือนำมายใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้สูงอายุอื่นๆ และชุมชนส่วนรวม ได้⁽⁴¹⁾ การประสานงานและการร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เน้นที่การประสานกันแนวราบ (horizontal cooperation) กล่าวคือ ทุกฝ่ายร่วมมือกันอย่างเสมอภาค ไม่ใช่เป็นการสั่งการจากผู้นำชุมชน การประสานดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิผลและมีความยั่งยืนทาง

อย่างไรก็ตาม การรวมตัวของประชาชนแต่เพียงฝ่ายเดียว ถึงแม้เป็นพลังหลักหากแต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ชุมชนมั่นคง การประสานความร่วมมือกับภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรมจะช่วยให้การพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น ในภาครัฐนั้น หลายหน่วยงานที่มีอำนาจเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เช่น กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย หรือสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยทางอ้อมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้งผู้สูงอายุ เช่น กรมการศึกษากองโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย เป็นต้นหน่วยงานเหล่านี้มีโครงการตลอดจนบริการต่างๆให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมักจะผ่านทางผู้นำชุมชน ส่วนภาคเอกชนนั้นก็ เช่นเดียวกัน สามารถที่จะเป็นแหล่งเกื้อหนุนชุมชนท่องถิ่นได้ ทั้งในเรื่องของบประมาณ

และโครงการต่างๆ การมีบทบาทร่วมกันของประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีการดำเนินงานในลักษณะ หุ้นส่วนกัน ในลักษณะที่มีความเสมอภาค มีการผลผลิตร่วมกัน จะมีส่วนสำคัญในการทำให้ชุมชนมั่นคง เชื่อมแข็ง เพื่อผู้สูงอายุได้ต่อไปในอนาคต

งานวิจัยที่ควรมี

1. ศึกษาวิจัยถึงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุทางเศรษฐกิจและสังคมที่เคยมีในด้านต่างๆ ว่ามี การเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยแค่ไหน และอย่างไร
2. ศึกษาถึงบทบาทของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรมในชุมชนว่ามีมากน้อยแค่ไหน และกลไกใดบ้างที่จะ ทำให้บทบาทนี้ของผู้สูงอายุยังคงอยู่และเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน
3. ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงในการเคารพผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเคารพผู้สูงอายุ
4. วิจัยบทบาททางการเมืองของผู้สูงอายุในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ โดย ศึกษาว่าผู้สูงอายุมีบทบาททางการเมืองระดับใด อย่างไร และศึกษาถึงศักยภาพทางการเมืองของ ผู้สูงอายุ
5. สร้างเสริมงานวิจัยเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมที่นอกเหนือจากการครอบครัวและเครือญาติที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ ตลอดจนศึกษาถึงกลไกต่างๆ ที่จะทำให้เครือข่ายทางสังคมเข้มแข็งในการทำกิจกรรมเพื่อ ผู้สูงอายุ
6. ศึกษาถึงความต่อเนื่องและความสำคัญ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานศูนย์บริการ ทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ
7. ประมาณข้อมูลเกี่ยวกับประเทศไทย พิธีกรรม ตลอดจนสำนวน สุภาษีต และคำพังเพยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
8. ศึกษาถึงกลไกในการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชนในการเกื้อหนุน ผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- ราชบัณฑิตยสถาน พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2530. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด, 2532: 174.
- สุเทพ เชาวลิต. หลักการพัฒนาชุมชน. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2524:
- Atchley RC. The Social Forces in Later Life. An Introduction to Social Gerontology. California: Wadsworth Publishing Company, 1980: 309.
- ชำนาญ วัฒนศิริ. ความเข้มแข็งของชุมชนและประชาคม. ใน วารสารพัฒนาชุมชน กองฝึกอบรม กรมการพัฒนาชุมชน, ชั้นวาระ 2532.
- ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 108 ตอนที่ 178 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2534 (ประกาศแก้ไข ฉบับที่ 3 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2539 ความหมายของชุมชนยังคงไม่เปลี่ยนแปลง)
- พรรณพิพิญ พเชรมา. Community : ชุมชน. ใน สารานุกรมทางสังคมสังเคราะห์ศาสตร์ (ฉบับทดลองใช้) สมาคมนักสังคมสังเคราะห์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์สิภากรพิมพ์, 2542: 65.
- Cowgill, D. The Social Life of the Aging in Thailand. In The Gerontologist Vol.8 No.3.
- นภากพร ชัยวรรณ และจตุหัน โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารสถาบันหมายเลขอ 246/39, ชั้นวาระ 2539.
- ปรีชา อุปยิคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วีณา ศิริสุข และมัลลิกา มติโก. ไม่ใกล้ผู้สูงอายุ สถาบันภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กองบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- Chayovan Napaporn, Malinee Wongsith, Chanpen Saengtienchai. Socio-Economic Consequences of the Aging of the Population Thailand. IPS. Publication No.161/88 Institutue of Population Studies, Chulalongkorn University, 1988.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารหมายเลขอ 269/41, 2541.
- มัลลิกา มติโก, ปรีชา อุปยิคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์ และวีนา ศิริสุข. ร่วมเพื่อช่วงให้ สถาบันภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. ศักยภาพและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. คณะสังคมสังเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536: 28.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์. ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- นิศา 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: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย. 2542.
18. นาพร พิยวารรณ, จันทน์ โนนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ. *ประชากรผู้สูงอายุ : ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ*. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารสถาบันหมายเลขอ 180/33, ธันวาคม 2533.
19. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงศ์สิทธิ์. *ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
20. วีณา ศิริสุข, ปรีชา อุปโยคิน, มัลลิกา มติโก, ศรีร์ กาญจนวงศ์. *พ่อใหญ่แม่ใหญ่*. สถาบันภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ภาควิจัยสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
21. ชูรีย์ ศุภารักษ์ และยุวดี คาดการณ์กาน. การก่อตัวและเคลื่อนไหวของประชาสังคมไทยด้านสิ่งแวดล้อม. ใน *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ*. สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ บรรณาธิการ : โครงสร้างสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสถาบันสุข, 2540.
22. เกริกศักดิ์ บุญญาณุพงศ์, ศรีร์ บุญญาณุพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. *ชีวิตคนชาวในจังหวัดเชียงใหม่*. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533: 30 - 34.
23. เสริมพันธุ์ นิตย์นรา. *บทบาทของผู้สูงอายุต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในชุมชนชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ใน *วารสารสาขาวิชานสุขศาสตร์* ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2539: 111.
24. ศรีเมือง พลงฤทธิ์, สรวนี เติงรังสรรค์ และพจนี ชมวิชา. *ประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการโดยตัวแทนเพื่อผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. ใน *วารสารสาขาวิชานสุขศาสตร์* ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2542: 33.
25. พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศิรี กมลนาวิน และประเสริฐ รักไทยดี. *รายงานการวิจัยเรื่องความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชรา*. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
26. ภราแสร์ ชนาวงศ์ และอรทัย รายอาจิน. *บทบาทและศักยภาพผู้สูงอายุไทยต่อองค์การสาขาวิชานสุขมนตรี*. สถาบันพัฒนาการสาขาวิชานสุขของอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
27. เดชา เสิงเมือง. *พฤติกรรมและการดำเนินธุรกิจของผู้สูงอายุในชนบท*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 2539.
28. ชนิชชนา นาค. *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*. *วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2542: 201 - 202.
29. ทศนา บุญทอง. *ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร*. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2541;16(1):39-40.

30. จุฑาทิพย์ อภิรอมย์. ข้อเท็จจริงและทัศนะการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์สังคม
สังเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมส่งเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537: 71 - 83.
31. สำนักงานสสส. รายงานการสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาว่างของ
ประชาชน พ.ศ.2538. กรุงเทพฯ, 2540.
32. เกริกศักดิ์ บุญญาณพงศ์ และสุริย์ บุญญาณพงศ์. ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม. สถาบัน
วิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
33. กฤษณา บูรณะพงศ์. ผู้สูงอายุกับการขัดเกลาทางสังคมในครอบครัว ใน การสืบทอดคุณธรรมแก่เยาวชนใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษย์วิทยา คณะรัฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
34. เศรียรโถเศศ. ประเพณีเกี่ยวกับชีวิตแต่งงานของเศรียรโถเศศ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศยาม,
2539.
35. จ. เปรี้ยญ. ประเพณีเมืองคลองริมคลองอีสาน. กรุงเทพฯ: คำนวยสาส์น, 2526.
36. เศรียรโถเศศ. ประเพณีเรื่องในการเกิด. งานนิพนธ์ชุดประเพณีไทยของเศรียรโถเศศ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศยาม, มิถุนายน 2539.
37. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. ชีวิตไทยชุดบริพัต្តุรุษของเรา. กระทรวงศึกษาธิการ พิมพ์ครั้ง
ที่ 1 กรุงเทพฯ, 2537.
38. ม.จ. พุนพิมัย ติศกุล. ประเพณีพิธีไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2522.
39. อภิราน สมใจ. งานศพล้านนา ปราสาทนกห้วยลิงค์สู่เมืองพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2541.
40. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. สงกรานต์. กระทรวงศึกษาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ,
2533.
41. มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ
และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ รายงานเบื้องต้น. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
เอกสารสถาบันหมายเลขอ 263/41, สิงหาคม 2541.
42. สติตย์ นิยมญาติ. รายงานวิจัยเรื่องวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท (ศึกษาเฉพาะกรณีภาคใต้ของ
ประเทศไทย). คณะสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
43. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. งานวิจัยด้านวัฒนธรรม. จัดทำโดยฝ่ายวิจัยร่วมกับศูนย์วิจัยการ
เรียนการสอนและศูนย์วัฒนธรรมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, 2537.
44. สุนันทา สุวรรณโนดม, ศิริวรรณ ศิริบุญ และวิเชียร ปิยะรากร. ประมวลสสติและการวิเคราะห์ทางประชากร
การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ.2535 พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2539. เอกสาร
สถาบันหมายเลขอ 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, ภาวนा พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรวน 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. บรรดุ ศิริพานิช ฉลาด ติราพัฒน์ mgrat ลิงหคเนห์ พนิชฐาน พานิชาชีวากุล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. ชุมชนผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม 2539. สถาบันวิจัยและประเมินผลประเทศไทย: กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิจัยภูมิศาสตร์, กรกฎาคม 2539.
51. ประสิทธิ์ ลีรัพันธ์ และเพ็ญประภา ศิริโจน์. สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชุมชนผู้สูงอายุ. เสนอใน การประชุมวิชาการระดับชาติ "บทบาทวัย เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต." สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์, 23 - 24 ธันวาคม 2542.
52. มาลินี วงศ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สิงหาคม 2541.
53. กองสวัสดิการสังเคราะห์. โครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน. เอกสารໂร涅ียกรุ่มประชาสังเคราะห์.
54. ทรงธรรม สารีบุรี. สวัสดิการผู้สูงอายุ : การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พ.ศ.2540: 110 - 111.
55. พระยาอนุมานราชชาน. เรื่องวัฒนธรรม. กรรมการสภาวัฒนธรรมแห่งชาติ. พะนนคร: กระทรวงวัฒนธรรม, 2496.
56. อมรา พงศ์พิชญ์. วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธ์ : วิเคราะห์สังคมไทยแฝงมานุษยวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
57. เอนก นาวิกมูล. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการ 'เนื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงแรม สุคเนหา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

58. ศาสตราจารย์เชื้อ สาวิman. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจาก การประชุมสัมมนาทางวิชาการ 'เนื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงเรียนสุคนธา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.
59. เศรี หวังในธรรม. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการ 'เนื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงเรียนสุคนธา 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 วงศ์สิทธิ์. ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารสถาบันหมายเลขอ 201/35. ตุลาคม 2535.
63. วานา บุญสม และสมบัติ ตั้งก่อเกียรติ. สำนวนสิบสองราศี. กรุงเทพฯ: สามัคคีสาร จำกัด, 2540.
64. ศักดิ์ศรี แย้มนัคดา. สำนวนไทยที่มารากวนวนคดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการวัฒนธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
65. คณะกรรมการเผยแพร่องค์กรของไทย. ภาษาไทย. คณะกรรมการเอกสารองค์กรของชาติ สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. พิมพ์เผยแพร่ในโอกาสสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ 200 ปี, 2525.
66. ไฟโรจน์ อุยุ่มณฑียร. สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, มีนาคม 2540.
67. ทัศนีย์ ลักษณาภิชนชัย. การสังคมสงเคราะห์ชุมชน. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
68. อุทัย ดุลยเกช์ และเอนก นาคบุตร. เสริมความแข็งแรงให้ตำบลจากวิถีคิดสู่วิถีปฏิบัติ. ใน รวมบทความชุดประชาสัมคม สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา กรมการปกครอง, 2541.
69. ชูชัย ศุภวงศ์. แนวคิด พัฒนาการ และข้อพิจารณาเกี่ยวกับประชาสัมคมไทย. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา หนังสือชุดประชาสัมคม ลำดับที่ 4, มีนาคม 2540.

บทที่ 8 : การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

ผศ. เล็ก สมบัติ

ความนำ

เรื่องของผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันได้รับความสนใจมากขึ้น ด้วยการกระตุ้นจากปัจจัยทั้งภายนอก และภายในประเทศไทย ปัจจัยภายนอกที่สำคัญมาจากการรณรงค์โดยองค์การสหประชาชาติและองค์กรอนามัยโลกที่ประกาศให้มีการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ เช่น HelpAge International ที่ได้มีกิจกรรมด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยมานานมากกว่าสิบปี ส่วนปัจจัยภายในที่สำคัญมาจากการสนับสนุน คือ หนึ่ง-การที่การจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวและการดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุของรัฐและหน่วยงานต่างๆ อาทิ การรณรงค์วันผู้สูงอายุแห่งชาติ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่มีการกระจายไปในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศไทย และการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ สอง-การที่รัฐร่วมสนับสนับที่ประกาศใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้ระบุชัดเจนถึงพันธกิจที่ต้องมีแก่ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส และสาม-ความตื่นตัวในแวดวงวิชาการ ที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านงานศึกษาวิจัย การจัดประชุมสัมมนาวิชาการงานฝึกอบรม และงานพัฒนาองค์กรด้านวิชาการต่างๆ

พัฒนาการของการบริหารจัดการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ในการศึกษาทบทวนถึงพัฒนาการของการบริหารจัดการ และการดำเนินงานผู้สูงอายุในที่นี้ ได้กำหนดกรอบการศึกษาที่จะแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการการบริหารจัดการในรูปแบบต่างๆดังนี้คือ ประการแรก ครอบคลุมแนวทางในการปฏิบัติในรูปแบบของนโยบายและแผนซึ่งอาจจะกำหนดด้วยบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ ประการที่สอง ครอบคลุมการขอกระเบียบ กฎหมาย และข้อกำหนดที่สนับสนุนรองรับการปฏิบัติ และประการที่สาม ครอบคลุมภาระกิจที่หน่วยปฏิบัติในระดับต่างๆจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ

■ แนวทางปฏิบัติในรูปแบบนโยบายและแผน

นโยบายเป็นกรอบหรือแนวทางที่จะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจและอุดมการณ์ที่ต้องการกระทำ เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหา และเป็นแนวทางที่ต้องการมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการก่อเกิดนโยบายย่อมมีหลายทางขึ้นอยู่กับกรอบหรือแนวทางที่เราต้องการจะให้เกิดขึ้น การก่อเกิดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุมีที่มาได้หลายทาง ทั้งจากปัจจัยภายนอก คือ ผู้นำประเทศไทยหรือผู้บริหารองค์กร และปัจจัยภายนอก คือ การผลักดันจากนโยบายของหน่วยงาน องค์กรภายนอกประเทศไทย

สำหรับนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสมัยแรกๆ มีที่มาจากการค่านิยม ความพึงพอใจ และความต้องการของผู้นำในยุคนั้น (elite model)⁽¹⁾ ยังเป็นการสร้างความนิยมจากประชาชนและเพื่อให้เกิดความสงบสุขในสังคม โดยศึกษาวิเคราะห์จากเหตุการณ์ในสมัยที่ จอมพล ป. พิบูลสงคราม (นายกรัฐมนตรี) มีนโยบายให้กรุ๊ปชาสงเคราะห์ จัดสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแครีนเป็นครั้งแรก เพื่อให้การสงเคราะห์คุ้มครองและดูแล

ทั้งผู้สูงอายุและบุคคลที่เริ่มอ่อน ถูกทอดทิ้ง ซึ่งในรัฐบาลยุคนั้นต้องการสร้างค่านิยมความเป็นชาติและต้องการสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้ปรากฏแก่สังคมโลก และภายหลังการปฏิวัติของจอมพลสุนทรี ธรรมรัชต์ ได้มีนโยบายด้านการสังคมส่งเคราะห์สำหรับบุคคลหลายประเภททั้งคนยากจน คนไร้ที่พึ่ง คนพิการ ทุพพลภาพ ผู้ประสบภัยพิบัติ ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ⁽²⁾ ซึ่งเป็นการดำเนินนโยบายเพื่อสร้างความนิยมให้กับผู้นำและความสงบในสังคม

การกำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนาประเทศ เริ่มได้รับความสำคัญจากรัฐบาลมากยิ่งขึ้น โดยมีการก่อตั้งหน่วยงานเพื่อกำหนดนโยบายและแผนขึ้น คือ สถาบันเศรษฐกิจแห่งชาติ หรือ สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปัจจุบัน บทบาทและหน้าที่ของการกำหนดนโยบายและแผนหลักๆ ของประเทศจึงเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของสถาบัน (institutional model) ซึ่งนอกจากจะมีสถาบันหลัก แล้วยังมีสถาบันอื่นที่ได้รับการยอมรับหมายให้มีหน้าที่ในระดับกระทรวง ระดับกรม หรือระดับคณะกรรมการขึ้นมาทำหน้าที่กำหนดแผนให้สอดรับกับนโยบายระดับชาติ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงแนวคิดและอุดมการณ์ของนโยบายและแผนชาติพบว่า ในการจัดทำแผนพัฒนาประเทศในยุคเริ่มต้นนั้น เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นวัตถุประสงค์หลัก และในทศวรรษแรกของการวางแผนพัฒนาประเทศ (ตั้งแต่แผนพัฒนาฯฉบับที่ 1 ถึง แผนพัฒนาฯฉบับที่ 3) ภาคราชແนหางด้านสังคมจึงมีลักษณะของการจัดบริการด้านต่างๆ เพื่อมุ่งยกระดับมาตรฐานการครองชีพของประชาชนด้วยการเพิ่มกำลังการผลิตของประเทศและรายได้ประชาชน การพัฒนาทางด้านสังคมของประเทศจึงเป็นเพียงการแสดงความรับผิดชอบต่อมวลชน ด้วยการสังคมส่งเคราะห์ และการทำนุบำรุงส่งเสริมศีลธรรมวัฒนธรรมอันดีงามของชาติ สาระสำคัญในแผนการประชาสัมพันธ์จึงเน้นหนักไปในการส่งเคราะห์ช่วยเหลือ และส่งเสริมการคุ้มครองสวัสดิภาพบุคคล ที่มีปัญหา เช่น ผู้ประสบภัยธรรมชาติ คนชรา หญิงไร้อาชีพ เป็นต้น^(2,3,4) ดังนั้นจึงพิจารณาได้ว่า ในยุคเริ่มต้นของ การกำหนดนโยบายและแผนระดับชาตินั้น กลุ่มผู้สูงอายุ จะได้รับการระมุนแผนในฐานะของบุคคลผู้ที่มีปัญหาที่ควรให้การส่งเคราะห์ช่วยเหลือและให้ความคุ้มครอง

การเตรียมการเพื่อกำหนดนโยบายและแผนในแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 3 มีการใช้หลักวิชาการเข้ามาช่วย โดยได้มีการสรุปการส่งเคราะห์คนชราในระยะที่ผ่านมาก่อนหน้าว่าได้ให้การส่งเคราะห์คนชราจำนวน 1,500 คน และมีการคาดการณ์จำนวนประชากรในขณะสิ้นแผนพัฒนาฯฉบับที่ 3 คือปี พ.ศ. 2519 ว่าจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 2.4 ล้านคน แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุในแผนพัฒนาฯฉบับที่ 3 นี้ได้รวมไว้ในกลุ่มบุคคลอื่นในลักษณะการส่งเคราะห์รูปแบบต่างๆ ซึ่งมีทั้งกลุ่มสตรี เด็ก คนชรา และคนพิการ โดยให้มีบริการการส่งเคราะห์ และการจัดสถานสังเคราะห์ให้แก่กลุ่มบุคคลดังกล่าว⁽⁴⁾ และต่อมามีแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)⁽⁵⁾ กลุ่มผู้สูงอายุถูกกำหนดชัดเจนว่าเป็น “กลุ่มผู้มีปัญหาทางสังคม และกลุ่มเป้าหมายพิเศษ” ซึ่งประมาณว่ามีอยู่ 1.68 ล้านคน และมีผู้สูงอายุบางส่วนถูกทอดทิ้งเนื่องจากความตကดต่ำของภาวะเศรษฐกิจและสังคม และในจำนวนนี้รัฐบาลสามารถให้บริการได้เพียงปีละ 1,500 คน จึงได้กำหนดแนวทางและมาตรการในการแก้ไขคือ ให้มีการสำรวจจำนวนคนชราที่เข้ามายังรับการส่งเคราะห์ และสนับสนุนให่องค์กรเอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการด้วย

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

และการพัฒนาจิตใจ และการเสริมสร้างสังคมให้เป็นระเบียบ มีวินัย วัฒนธรรม ศีลธรรมจริยธรรมอันดีงาม และได้กำหนดเป้าหมายการเร่งรัดและพัฒนาสถาบันในระดับบ้าน โรงเรียน ให้มีบทบาทในการสร้างค่านิยม จริยธรรม ความมีระเบียบและการศึกษาหน้าที่ของเด็กและเยาวชนของชาติ⁽⁶⁾ โดยเริ่มให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว ในฐานะที่เป็นหน่วยผลิตและพัฒนาคุณภาพพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และครอบครัวยังถูกคาดหวังให้มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพพื้นฐานของสังคมส่วนรวมด้วย สำหรับกลุ่มประชากรสูงอายุจะอยู่ในความหมายของครอบครัวในฐานะสมาชิกที่มีบทบาทหน้าที่ร่วมกับคนอื่นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุรายยะ (พ.ศ.2525-2544) ขึ้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

แนวความคิดดังกล่าวถูกนิยามถึงแผนพัฒนาฉบับที่ 6 โดยให้ความสำคัญแก่การพัฒนาสังคมในระดับพื้นฐาน คือ ตั้งแต่สัมม คน ครอบครัว และชุมชนอันเป็นส่วนย่อยของสังคมให้มากขึ้น สนับสนุนให้มีขนาดและโครงสร้างของประชากรที่เหมาะสมและมุ่งพัฒนาคนให้เป็นคนดี มีความสามารถและบทบาทที่เหมาะสมต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งในแนวทางดำเนินการได้กำหนดมาตรฐานต่างๆ ที่จะให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการเข้ามายึดบทบาทในการพัฒนาสังคมด้านการป้องกัน และปราบปรามอาชญากรรม และป้องกันยาเสพติด และแก้ไขปัญหาสังคมโดยส่วนรวมมากขึ้น⁽⁷⁾ และกำหนดให้มีวันครอบครัว เป็นครั้งแรก โดยกำหนดให้วันที่ 14 เมษายนของทุกปีเป็นวันครอบครัวแห่งชาติ ภายใต้คำขวัญที่ว่า “ความรัก ความเข้าใจ คือ สายใยของครอบครัว วนรังค์ให้ทุกฝ่ายเห็นความสำคัญร่วมกันและดำเนินโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว จากแผนพัฒนาฉบับที่ 6 มีเนื้อของการให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในกลุ่มของ “ครอบครัว” ด้วย โดยมีความหมายว่า หาก “ครอบครัว” มีความรักความเข้าใจย่อมหมายถึง สมาชิกทุกคน (รวมทั้งผู้สูงอายุ) จะมีความสุขด้วย

แนวคิดเรื่องการพัฒนาสถาบันครอบครัว ยังคงได้รับการกำหนดให้เป็นแนวโน้มโดยที่สำคัญมาจนถึงแผนฉบับที่ 7 โดยได้ระบุแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาสถาบันครอบครัวกำหนดให้มีการเสริมสร้างความมั่นคงของสถาบันครอบครัว⁽⁸⁾ มีมาตรการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัว ตลอดจนชุมชน ให้ตระหนักและรับรู้ในปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการจัดการกับปัญหา มีการกำหนดนโยบายและแผนระยะยาวด้านครอบครัว (พ.ศ.2537-2546)⁽⁹⁾ ขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มโดยที่สำคัญให้ครอบครัวมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การสร้างความรู้ สร้างความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ช่วยเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีความมุ่งหมายชัดเจนที่จะสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือสมาชิกทุกคน (รวมทั้งผู้สูงอายุ) ให้ได้รับสวัสดิการด้านต่างๆ ที่พึงได้รับเพื่อความมั่นคงของสถาบันครอบครัว ในส่วนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ รัฐบาลได้กำหนดให้มีการจัดทำนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุรายยะ (พ.ศ.2535-2554) ขึ้นเพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชนมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นไปอย่างสอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

แนวคิดการพัฒนาประเทศเริ่มเปลี่ยนแปลงโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในแผนฉบับที่ 8 (2540-2544)⁽¹⁰⁾ การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะช่วยให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีญาติหรือผู้ดูแลยังคงเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ต้องได้รับการจัดสวัสดิการโดยการเพิ่มเบี้ยยังชีพ ให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และสนับสนุนสถานพยาบาลเอกชน องค์กรศาสนา องค์กร

เอกสารนี้ และองค์กรต่างๆ ในชุมชนให้มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ สงเสริมบทบาทของสถาบันครอบครัวให้เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ สงเสริมให้มีองค์กรหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ และให้มีการวางแผนระดับหน่วยงานให้สอดคล้องกับแผนชาติ

จากการศึกษาทบทวนการกำหนดนโยบายและแผนในระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้
การวางแผนจัดแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 8 วิเคราะห์ได้ว่า ในระยะ 3 แผนแรก ผู้สูงอายุจะได้รับการ
ลงคะแนนที่ช่วยเหลือตามสภาพการเกิดปัญหา ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านที่เกิดขึ้น และในช่วงแผน^{พัฒนาฉบับที่ 4} ได้มีการแสวงผลดันจากภายนอกให้เพิ่มความสนใจต่อผู้สูงอายุมากขึ้น นั่นคือการรณรงค์
เรียกร้องขององค์การสหประชาชาติที่ต้องการให้ประเทศสมาชิกให้ความสนใจต่อผู้สูงอายุ และให้มีจัดเตรียม^{ข้อมูลเอกสารเข้าร่วมประชุมของกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติในปีพ.ศ.2525} ที่กรุงเวียนนา^{ประเทศออสเตรีย} และนับจากแผนพัฒนาฉบับที่ 5 เป็นต้นมา จะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้รับความสนใจเพิ่มมาก
ขึ้นในนานาประเทศสมาชิกของสังคมที่มีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าทั้งในครอบครัวและในสังคม

- การอุบัติเหตุ ภัยธรรมชาติ ภัยมนุษย์ และภัยทางเศรษฐกิจ

การดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุรัฐต้องหาแนวทางและมาตรการทางกฎหมายเข้ามาสนับสนุน ทั้งนี้ เพราะกฎหมายเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหา และวางแผนเบี่ยงกฎหมายที่ต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนในสังคมและการบริหารประเทศโดยรวม จากการทบทวนรายงานต่างๆ พบว่า ปัจจุบัน ยังไม่มีการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ที่มือญี่เป็นลักษณะการแทรกอยู่ในกฎหมายบางฉบับที่ไม่ได้อีกประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ด้วยอย่างเท่าเทียมกัน^(11,12,13) อาทิ ประมวลกฎหมายอาญา หมวดที่ว่าด้วยความผิดฐานทอดทิ้งเด็ก คุณป่วยเจ็บ หรือคนชรา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หมวดที่ว่าด้วยลิทธิและหน้าที่ของบิดามารดาและบุตร พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญชั้นราชการที่กำหนดໄว้เป็นระเบียบ ขั้นเงิน เกี่ยวกับการรับบำเหน็จบำนาญของผู้ที่มีอายุครบรอบ 60 ปีบริบูรณ์ ที่ปฏิบัติงานในระบบราชการ และพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมพ.ศ.2537 ซึ่งบัญญัติให้ลูกจ้างมีสิทธิเป็นผู้ประกันตนเพื่อ รับประโยชน์ทดแทนด้วยกรณีต่างๆ รวมทั้งกรณีชราภาพ⁽¹²⁾

รัฐบาลได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ซึ่งได้มีบทบัญญัติในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไว้อย่างชัดเจนที่แสดงให้เห็นความตั้งใจของรัฐที่เล็งเห็นความสำคัญและมีความประสงค์อย่างเป็นรูปธรรมที่จะจัดให้มีกฎหมายสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมสมเพื่อให้เกิดประโยชน์และเป็นธรรมแก่ผู้สูงอายุโดยเท่าเทียมกัน ดังในมาตรา 54 บัญญัติว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบวบรวม และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ซึ่งหมายความว่ารัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการบัญญัติกฎหมายและกำหนดมาตรฐานทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้สอดคล้องตามมาตรา 54 ในรัฐธรรมนูญ โดยไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ⁽¹²⁾

ส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การสงเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาเรื่องความชัดเจนของการบริหารงานด้านสวัสดิการว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบ⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบร่วมกับราชบัญญัติ พระราชบัญญัติ พระราชบัญญัติ และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดแนวทาง มาตรการเกี่ยวกับการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุทั้งในด้านการศึกษา การประกันการชราภาพ การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล และการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพที่ได้ถูกกำหนดขึ้นรองรับการปฏิบัติงาน สำหรับผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ตามรายละเอียด ดังนี้⁽¹²⁾

1) การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตลอดชีวิตตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 มาตรา 8(1) ได้กำหนดหลักการในการจัดการศึกษาไว้โดยให้ยึดหลักเป็นการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับประชาชน ซึ่งการศึกษาตลอดชีวิตนี้เป็นการศึกษาที่เกิดจากการผลผลิตและห่วงการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้น ผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสที่จะศึกษาหาความรู้เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนได้

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

3) ด้านบริการสังคม ผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างและเป็นผู้ประกันตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 จะได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ และนอกจานี้ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับการจัดสวัสดิการโดยกรมประชาสงเคราะห์เพื่อเดียวกับ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนและถูกทอดทิ้งจะได้รับเบี้ยยังชีพรายละ 200 บาทต่อเดือน ตามมติคณะกรรมการรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2535 ที่เห็นชอบให้กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ดำเนินการโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน เพื่อจัดสร้างบประมาณหมวดเงินอุดหนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุยากจนและถูกทอดทิ้งเป็นเงินเบี้ยยังชีพ โดยได้กำหนดระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน พ.ศ.2536 เป็นแนวทางในการดำเนินการจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุดังกล่าว เป็นเงินรายละ 200 บาทต่อเดือน จนถึงแก่กรรมหรือถ้าพิสูจน์ได้ว่าผู้สูงอายุมีผู้อุปการะเลี้ยงดู และหรือครอบครัวมีฐานะช่วยเหลือตนเองได้ให้รับการช่วยเหลือ และมติคณะกรรมการรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2542 เห็นชอบมาตราการการคลังเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและบรรเทาผลกระทบทางสังคมตามที่กระทรวงการคลังเสนอ โดยงานโครงการปีงบประมาณ 2542 ในส่วนของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้กำหนดให้เพิ่มเงินให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอยู่ในระดับ 100 บาทต่อเดือน เฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ.2543 โดยให้จ่ายเงินสงเคราะห์ดังกล่าว เป็นรายวัน วงละ 3 เดือน รวมเป็นเงิน 900 บาทต่อคนต่อวัน

4) ระเบียบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการในส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นการจัดสวัสดิการโดยทางอ้อม โดยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังในพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มส่วนราชการกรมประชาสงเคราะห์ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ” มีรายละเอียดดังนี้

- พระราชบัญญัติกำหนดมาตรฐานและวัสดุการสังคม พ.ศ.2537 มาตรา 3(2) ที่บัญญัติให้กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการสังเคราะห์ และการจัดสวัสดิการแก่คนชรา คนไร้ที่พึ่ง สถาบันฯ ครอบครัวผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและประชาชนผู้ประสบปัญหาทางสังคม

- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการรัฐมนตรี โดยอาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 11(8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 เพื่อจัดให้มีองค์กรดำเนินการ ควบคุมและใช้ประโยชน์ดีการสังคมเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประเทศและระดับจังหวัด

- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2542 ระเบียบฉบับนี้ออกโดยนายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการรัฐมนตรีโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11(8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 เพื่อจัดให้มีคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสพ.) ประกอบด้วยกรรมการโดยตำแหน่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจและประธานสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน จำนวน 29 คน กับกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกิน 10 คน ทั้งนี้โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ

- ภารกิจที่หน่วยปฏิบัติการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ

❖ การดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ นับเป็นการดำเนินงานหลักที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นับตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน และมีการพัฒนาในทุกด้าน ทั้งด้านการจัดบริการ การศึกษา ค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการ การฝึกอบรม การประชุมวิชาการเพื่อระดมความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติให้สอดคล้องและท่วถึง ปัจจุบันได้มีความพยายามผลักดันไปสู่การออกกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและเป็นครบทั่วถึง⁽¹⁶⁾

การจัดบริการด้านสุขภาพเริ่มเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปีพ.ศ.2505 เป็นการกำหนดโครงการในหน่วยงานระดับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชื่อโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาท พญาไท นับเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่เริ่มโครงการนี้ และในปีเดียวกันโรงพยาบาลได้จัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุ มีการรวบรวมสมาชิกจัดประชุมเป็นครั้งแรก มีการบรรยายให้ความรู้แก่สมาชิก เรื่องสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ^(14,15,17,18) ในช่วงเวลาหนึ่นเป็นการริเริ่มจากกิจกรรมเล็กๆ ระดับโครงการแล้วจึงมีการรวมกลุ่มของผู้สนใจและผู้เกี่ยวข้องระดับนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเข้าเป็นสมาชิก⁽¹⁴⁾

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

การให้ความสนใจผู้สูงอายุอย่างจริงจังได้เริ่มขึ้นอีกครั้งในปีพ.ศ.2522 ภายหลังท่องค์การสหประชาชาติมีมติให้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุในปีพ.ศ.2525 และเรียกร้องให้ประเทศไทยจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมระดับชาติและจัดให้มีแผนปฏิบัติการระยะยาวที่จะให้หลักประกันทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ^(14,17,18) ในปีพ.ศ.2522นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเรื่องผู้สูงอายุขึ้นเพื่อขานรับข้อเรียกร้องขององค์การสหประชาชาติ และในปีพ.ศ.2523 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น^(14,17-19) คณะกรรมการและคณะกรรมการชุดนี้ได้ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชุมชนผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมกิจกรรมทางวิชาการโดยการจัดประชุมวิชาการ ให้ความรู้แก่ประชาชน ริเริ่มโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือประสานงานกับโรงพยาบาลและองค์กรต่างๆทั้งในและนอกประเทศไทย นับว่าเป็นการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุครั้งแรกที่มีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เฉพาะด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุและก่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบและเป็นแบบแผนในเวลาต่อมา และหลังจากที่รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นในปีพ.ศ.2525 ก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นเพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบประสานโครงการในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและภาคเอกชน⁽¹⁹⁾ มีการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญ คือ มีการวางแผนสำรวจและกำหนดเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล-สถานพยาบาลทั่วประเทศไทย มีการจัดทำแผนงานโครงการควบคุมโรคผู้สูงอายุไว้ในงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในแผนพัฒนาสาธารณสุขของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินับที่ 6 (2530-2534) ปีพ.ศ.2533 มีการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” ผลจากการประชุมครั้งนี้ มีมติให้บรรจุหลักสูตรการดูแลรักษาผู้สูงอายุไว้ในหลักสูตรทุกระดับ ให้มีคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุในระดับกระทรวง เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานให้เกิดการปฏิบัติทั้งในระดับนโยบาย แผน และระดับปฏิบัติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกัน

การบริการด้านสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปฏิบัติเพร่หลายมากขึ้น โดยในปีพ.ศ.2534 มีการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุตลอดจนจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชุมชนผู้สูงอายุทั่วประเทศ และจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นครั้งแรก มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุถึง 48.5 ล้านบาทในปีนั้น⁽¹⁸⁾ และในปีพ.ศ.2535 ได้จัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นในกระบวนการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานและประสานการดำเนินงานผู้สูงอายุในกระทรวงสาธารณสุข ผลของการเคลื่อนไหวของสถาบันทำให้รัฐบาลประกาศนโยบายชัดเจน “ให้มีการส่งเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโดยให้ได้รับบัตรลงทะเบียนในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง” 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 และโรงพยาบาลชุมชนที่มีเดียงดังแต่ 60 เดียงขึ้นไป สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชน และสนับสนุนการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านทั่วประเทศประมาณ 4,000 ชุมชน⁽²¹⁾

ในการดำเนินการวิชาการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาความรู้ทางวิชาการควบคู่ไปด้วยกัน โดยในระยะเริ่มดำเนินการ เป็นวิชาการในรูปแบบการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรค รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป^(17,18)

การศึกษาอบรมพัฒนาความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุข พบว่าหลังจากการเปิดคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลประสาทแล้ว การดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยได้มีการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการทำงานกับผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และมีการให้ความรู้แก่ประชาชนให้เตรียมตัวในการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเน้นด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย และความมั่จิตใจ⁽¹⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการจัดการสัมมนาทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อการประมวลความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน และจากการสัมมนาแต่ละครั้งส่งผลให้มีการดำเนินการใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ดังเช่นการสัมมนาวิชาการระดับชาติครั้งแรกเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” (พ.ศ.2524) นับว่าเป็นการประชุมวิชาการว่าด้วยเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นครั้งแรกที่ได้รวบรวมความรู้ความเข้าใจตลอดจนการจัดบริการและปัญหาอุปสรรคต่างๆ และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและการปฏิบัติงานของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และผลจากการประชุมครั้งนี้⁽¹⁸⁾ ทำให้สามารถประมวลความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เข้าประชุมเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ และใช้เป็นแผนแม่บทในการทำแผนปฏิบัติการด้านต่างๆ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำไปสู่การจัดตั้งศูนย์สัมมนาวิชาการเรื่อง “บทบาทขององค์กรการต่างๆ ในการวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ” จากการสัมมนาครั้งนี้นับว่ามีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดมีคณะกรรมการจัดตั้งในปีพ.ศ.2525 รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน และดำเนินกิจกรรมระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยได้นำมติจากการสัมมนาระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการทำแผน การสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 ว่าด้วยเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” (พ.ศ.2533)⁽¹⁸⁾ เป็นการติดตามผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานตลอดจนปัญหาอุปสรรคของการบริการสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ผลจากการประชุมครั้งนี้มีความก้าวหน้าต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้นว่ามีมติให้มีการรณรงค์สัปดาห์ผู้สูงอายุแห่งชาติปีละ 1 ครั้ง ให้มีการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรให้เพียงพอต่อการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ให้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุให้ครบถ้วนในทุกสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ให้จัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เป็นสถาบันอิสระ และจัดตั้งองค์กรผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในเมืองและในชนบท ตลอดจนให้มีการสมมติ กิจกรรมของผู้สูงอายุเข้ากับกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายอื่นของชุมชน⁽¹⁸⁾ และในพ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานระดับกองขึ้นในกรมการแพทย์ เพื่อเป็นหน่วยงานกลางประสานงานทั้งด้านวิชาการและการจัดบริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ⁽¹⁸⁾

ปีพ.ศ.2536 ได้มีการจัดสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่อง “การประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ” จากการประชุมครั้งนี้ มีมติและข้อเสนอแนะให้จัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศ กำหนดอัตราส่วนเดียวกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างเป็นสัดส่วนແนซัด รวมรวมวิเคราะห์ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข่าวสารด้านผู้สูงอายุ พัฒนาความรู้ และพัฒนาร่วมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ เตรียมความรู้ด้านการดูแลตนเอง (self care) ให้แก่ผู้สูงอายุ และในปีนี้ได้มีการกำหนดวันที่ 13 เมษายน ของทุกปีเป็น “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ”⁽¹⁸⁾

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

ผลการดำเนินงานในระหว่างปีพ.ศ.2525-พ.ศ.2544 ที่คณบดีอนุกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2 สรุปไว้ในเรื่องการพัฒนาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขในด้านต่างๆดังนี้ การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ได้จัดหลักสูตรพยาบาลผู้สูงอายุระดับปริญญาโทในมหาวิทยาลัยต่างๆ จัดหลักสูตรพยาบาลผู้สูงอายุ 6 เดือน และหลักสูตรพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยการจัดอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับแพทย์ 2 ปีต่อครั้ง ครั้งละ 50 คน อบรมการดูแลสุขภาพสำหรับพยาบาล 100 คนต่อปี อบรมวิทยากรเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และอบรมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุแก่บุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น⁽²¹⁾

⌚ การดำเนินการด้านสังคม การดำเนินการด้านบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและบริการภาคประชาชนนับว่ามีความสำคัญอีกด้านหนึ่ง เป็นลักษณะการจัดบริการที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้คือ ช่วยให้มีที่อยู่อาศัย มีปัจจัยพื้นฐานเพียงพอต่อการครองชีพ มีกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง และได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและสังคม และได้รับการศึกษาเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเองได้ การดำเนินการด้านสังคมดังกล่าวจัดขึ้นในลักษณะของการดำเนินงานในสถาบัน การดำเนินงานในชุมชน และการสร้างองค์กรและเครือข่ายชุมชน

การดำเนินการในสถาบัน (institutional service) ด้านการบริการสังคมโดยองค์กรภาครัฐบาลที่เป็นรูปธรรมและแสดงให้เห็นถึงการเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการตามแนวคิดแบบตะวันตกด้วยการจัดสวัสดิการพื้นฐานให้แก่ประชาชนรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุเริ่มขึ้นในปีพ.ศ.2496 โดย จอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี ได้นำแนวคิดในการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุภายหลังการศึกษาดูงานจากต่างประเทศอย่างมากให้กรมประชาสงเคราะห์จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นแห่งแรก กำหนดให้เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้ความคุ้มครองดูแลด้านปัจจัยสี่ให้แก่ผู้สูงอายุที่เรื่อง ลูกหลานทิ้ง และลำบากยากจนไม่สามารถช่วยตนเองได้เข้าพักในสถานสงเคราะห์⁽²²⁾ การจัดตั้งสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุในขณะนั้น มีการกำหนดวัตถุประสงค์การดำเนินงานที่วิเคราะห์ได้ 3 ประการ คือ

- 1) เพื่อการสงเคราะห์เฉพาะหน้าสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ยากจนไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ และช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการอุปการะผู้สูงอายุได้

- 2) เพื่อตอบแทนคุณความดีของผู้สูงอายุที่ได้ทำประโยชน์แก่ประเทศชาติ
- 3) เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากวัตถุประสงค์ที่กล่าวมา การจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในสถานสังเคราะห์จึงมีลักษณะเป็นการสังเคราะห์ด้านปัจจัยสี่และกิจกรรมด้านต่างๆที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสถานสังเคราะห์ได้อย่างมีความสุข จนกระทั่งเสียชีวิต นับตั้งแต่จัดตั้งสถานสังเคราะห์แห่งแรกในพ.ศ.2496 กรมประชาสงเคราะห์ได้เปิดสถานสังเคราะห์ขึ้นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาและความทุกข์ยาก เดือดร้อนซึ่งมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมและการพัฒนาประเทศ ในปัจจุบันมีสถานสังเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ 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 การสังเคราะห์ในรูปแบบของสถานสังเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงมาก กรมประชาสงเคราะห์จึงได้จัดบริการในระดับชุมชนหรือการสังเคราะห์คนชราภายนอกขึ้นในปี พ.ศ.2522⁽²²⁾ เรียกว่าศูนย์บริการผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและอบอุ่นในบ้านปลายชีวิตกับครอบครัว เป็นบริการแบบไปเข้าเย็นกลับ ผู้สูงอายุสามารถมาขอรับบริการด้านการตรวจรักษาโรค กายภาพบำบัด และขอคำปรึกษาหรือจากบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์ ซึ่งนับว่าเป็นบริการทางสังคมในระดับสังคมประเภทแรก และภายหลังได้จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุในรูปแบบการให้บริการอิสระแยกจากสถานสังเคราะห์ และศูนย์ประเภทนี้ได้พัฒนาบริการเป็นการให้บริการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการที่พักอาศัยชั่วคราว นอกจากนั้นยังจัดให้มีบริการเคลื่อนที่ออกไปในชุมชนต่างๆ และสามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ในจำนวนมาก^(24,25)

การจัดบริการสังคมในลักษณะที่ภาครัฐต้องรับผิดชอบจัดหาและอำนวยสิ่งต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของผู้สูงอายุในระยะที่ผ่านมานั้นประสบปัญหาหลายประการ ทั้งการขาดแคลนงบประมาณ บุคลากร และความรุนแรงและชับช่อนของบุญญา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสถานะของสถาบันครอบครัวทำให้สถาบันที่ให้บริการต้องรับภาระมากขึ้น ตลอดจนกระแสรแควความคิดที่เชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทและมีส่วนร่วมในสังคมได้ จึงได้เกิดการพัฒนาองค์กรและเครือข่ายชุมชนขึ้นโดยกรมประชาสงเคราะห์สนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรของผู้สูงอายุเพื่อการรวมกลุ่มทำกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิก นั่นคือสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์กลางระหว่างชุมชนผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนามรรผู้สูงอายุและผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคลและองค์กร นอกจากนี้สมาคมสภាទผู้สูงอายุยังทำหน้าที่เป็นตัวแทนเรียกร้องและรักษาสิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุ ที่ได้รับตามสิทธิขึ้นพื้นฐานทั้งจากภาครัฐและเอกชน เช่น กรณีการเสนอแนะผลักดันและร่วมมือกับรัฐบาลในการกำหนดและประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เป็นต้น

ในขณะเดียวกันรัฐบาลโดยกรมประชาสงเคราะห์ได้ส่งเสริมกิจกรรมระดับโครงการในชุมชน หลากหลายโครงการเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุได้รับโอกาสและทางเลือกในการแสดงบทบาทต่อชุมชนและสังคม

ของตนอาทิ^(14,20,25-27) มีการจัดโครงการนำร่อง การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชน ซึ่งมีลักษณะให้คนในชุมชนนั้นๆ เป็นผู้บริหารจัดการเอง ใช้ทรัพยากรภายในชุมชน ลดการพึ่งพาภายนอก นำครอบครัวชุมชน และองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม โครงการฝึกอบรมอาสาสมัครประชาชนเคราะห์เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนเจ็บป่วย ไม่แข็งแรง ขาดผู้ดูแล ทั้งในเมืองและชนบทเพื่อการพึ่งพาตนเองและชุมชน ได้จัดโครงการแ่วนตาสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านสายตาและโรคเกี่ยวกับตาโดยการรณรงค์รับบริจาคเงินเพื่อซื้อแ่วนตาและเลนส์ตา โครงการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุ รณรงค์ให้มีการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุให้ทั่วถึงพื้นที่ทั่วประเทศเป็นการสร้างเครือข่ายองค์กรระดับชุมชน โครงการจัดทำหนึ่งผู้สูงอายุที่มีความชำนาญด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถ่ายทอดความรู้สู่สังคมและใช้เวลาหลังการเกษียณอาชีวงานให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ปัจจุบันได้สนับสนุนให้จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนขึ้นทั่วประเทศจำนวน 200 ศูนย์ ให้เงินทุนศูนย์ละ 50,000 บาท พร้อมอุปกรณ์ต่างๆ โดยให้ชุมชนบริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการศูนย์ที่สมาชิกคัดเลือกขึ้นมาเป็นผู้บริหารการดำเนินงานของศูนย์นั้นๆ

กล่าวโดยสรุป การจัดบริการด้านสังคมโดยกรมประชาสัมพันธ์เป็นหน่วยงานหลักนั้น ในอดีตเป็นการให้บริการด้านการสร้างเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากและเดือดร้อนโดยการรับอุปกรณ์ เลี้ยงดูไว้ในสถานสงเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ และได้ปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นการทำงานเชิงรุก คือ เน้นการกระจายบริการไปสู่บุคคล มีกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม และพัฒนาบริการที่เน้นการป้องกันฟื้นฟูและพัฒนาแก่ผู้สูงอายุ

◇ บริการด้านการศึกษา โดยกรมการศึกษากองโรงเรียนกระทรวงศึกษาธิการได้จัดทำแผนให้มี กิจกรรมการศึกษากองระบบโรงเรียนหลายรูปแบบ ทั้งการศึกษาแบบเบ็ดเตล็ดขั้นพื้นฐานและการให้การศึกษาเพื่อช่วยพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับข่าวสารข้อมูลและเรียนรู้เพื่อที่จะดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข มีความมั่นคงและมีคุณค่าในสังคม กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาชีพ งานอดิเรก และสันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรมในรูปแบบของหน่วยเคลื่อนที่ไปสู่ชุมชน และการจัดบริการในรูปของสื่อสิ่งพิมพ์ รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์⁽²⁸⁾ ผลการดำเนินงานจนถึงปัจจุบันมีทั้งการจัดที่้านหนังสือที่เป็นแหล่งความรู้ในหมู่บ้านถึง 35,289 แห่ง จัดห้องสมุดประชาชนระดับจังหวัด 73 แห่ง ระดับอำเภอ 669 แห่ง และระดับตำบล 35 แห่ง เปิดให้การให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการเพิ่มความรู้ผู้นำชุมชนและประชาชนซึ่งจัดปีละ 1 ครั้ง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ 2 หมื่นราย นอกจากนี้ได้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลักสูตรการศึกษากองโรงเรียนสายสามัญวิชาครอบครัวศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ จัดทำหลักสูตรเนื้อหาแนวทางการจัดกิจกรรม การศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมก่อนสู่วัยสูงอายุ โดยจัดในสถานศึกษาศูนย์การเรียนชุมชน 5,000 กว่าศูนย์ทั่วประเทศ⁽²⁰⁾

◇ บริการด้านอื่น ๆ อาทิ

บริการด้านสาธารณูปโภค ได้แก่ การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟฟ้าห่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม และการจัดที่นั่งสำรองในรถโดยสารประจำทางสำหรับผู้สูงอายุ

บริการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายโดยกองวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย สำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

โครงการส่งเสริมกีฬาและสุขภาพมวลชน ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้การกีฬาเป็นเครื่องมือ^(22,29)

บริการลดอัตราค่าฝ่า่านประตุในการเข้าชมมหรสพบันเทิง สถานที่ท่องเที่ยว และนันทนาการอื่นๆ เช่น พิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์ (เฉพาะวันนักขัตฤกษ์)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครยังได้รับบริการที่จัดให้โดยกรุงเทพมหานคร เช่น การส่งเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ การจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ การจัดตั้งคลินิกสุขภาพในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร และการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในวันสำคัญต่างๆ การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ และประสานงานรวมทั้งสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ครอบครัวและชุมชน

การดำเนินการของภาคเอกชน

การดำเนินการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยหน่วยงานภาคเอกชนในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต โดยมีการพัฒนาบริการจากรูปแบบง่ายๆแบบองค์กรกรุงศรีไม่แสวงหาผลประโยชน์หรือกำไร ไปสู่องค์กรที่แสวงหากำไร การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนมีที่มาได้หลายทาง ประการแรก เป็นการช่วยเหลือเพื่อมนุษย์ตามหลักคำสอนความเชื่อของหลักศาสนา ประการที่สอง เกิดจากข้อจำกัดในการให้บริการของภาครัฐที่ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอต่อความต้องการ ประการที่สาม เกิดจากความรับผิดชอบต่อสังคมและลดช่องว่างของการแก้ปัญหาของหน่วยงานของรัฐที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในปัจจุบันการจัดบริการผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชนจะพบว่ามี 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

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

- องค์กรธุรกิจเอกชน บริการด้านสุขภาพที่เปิดดำเนินการโดยองค์กรธุรกิจเอกชนส่วนมากเป็นรูปแบบเชิงธุรกิจ โดยให้บริการรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เรื้อรัง ต้องการการรักษาระยะเวลานาน สถานบริการเหล่านี้จึงมีลักษณะเป็นสถานบริการสุขภาพระยะยาว ผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพประเภทนี้มักมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอสมควร นอกจากนี้ยังมีธุรกิจภาคเอกชนที่ดำเนินกิจการรอบร่มบุคลากรสำหรับดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน โดยจัดฝึกอบรมบุคลากรทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย อาหาร ณ จิตใจ และการดูแลโดยทั่วไป และจัดส่งไปให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านได้ การคิดค่าบริการมักคิดตามสภาพะเงื่อนไขสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นๆ

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้เปลี่ยนอาคารพักผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยเฉียบพลันมาให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และบางแห่งได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น มีองค์กรเอกชนบางแห่งได้จัดโครงการบริการทางสุขภาพเข้าไปสู่ชุมชนในพื้นที่ต่างๆ อาทิ จัดบริการตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว โดยคณะกรรมการ

ของคริสต์ศาสนาที่จัดร่วมกับสมาคมมุลนิธิต่างๆ ในชุมชนแออัดบางแห่ง หรือโครงการบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชนแออัดคลองเตย ที่ดำเนินการโดยคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย และนอกจากนี้ Help Age International ยังได้สนับสนุนการดำเนินโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวัน (Day Hospital) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำชั้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดโครงการชุมชนในเขตชนบทชั้น เป็นต้น⁽¹⁵⁾

- องค์กรประชาชน ปัจจุบันองค์กรภาครัฐได้ดำเนินการสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มชั้นเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้จัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุชั้นในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ กรมประชาสงเคราะห์ ส่งเสริมการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมตามความต้องการ และจัดให้มีการสัมมนาชุมชนผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งสมาคมคลังปัญญาอาชุดแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆมารวมกันเพื่อจัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มพูนความรู้ ถ่ายทอดจริยธรรมความรู้ และประสบการณ์ต่างๆแก่ เยาวชนประสานงานร่วมกับองค์กรด้านผู้สูงอายุของรัฐบาลและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ^(13,32) ในระดับ ชุมชน กรมประชาสงเคราะห์ได้ส่งเสริมให้จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) เพื่อให้เป็นศูนย์กลางของการบริการผู้สูงอายุในระดับชุมชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปของการเป็นสมาชิก การสนับสนุนด้านทรัพยากร เงินบริจาค วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนการเข้าร่วมจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนช่วยชุมชน ซึ่งนับเป็นความพยายามในการผลักดันให้ภาคเอกชนและภาคประชาชนได้ร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมบริการผู้สูงอายุมากขึ้น แม้ว่ายังประสบกับอุปสรรคในการดำเนินนโยบาย เช่น ยังขาดรูปธรรมของแผนงาน ขาดสิ่งสนับสนุนต่างๆจากภาครัฐที่จะให้แก่หน่วยปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ ขาดการพัฒนาเจ้าหน้าที่และคณะกรรมการทั้งด้านความคิดและวิธีปฏิบัติ^(25,26,33) การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนได้เข้ามาร่วมงานด้านที่พัฒนาและรักษาพยาบาลเช่นนี้ จะมีส่วนช่วยกระจายการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุออกไปกว้างขวาง และมีส่วนช่วยเบ่งเบ้าภาระการดำเนินงานของรัฐบาลได้ทางหนึ่ง แต่หากรัฐบาลขาดการกำกับดูแลจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุหรือครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น และได้รับบริการที่ไม่มีมาตรฐาน^(20,34)

ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการ

ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น เงื่อนไขที่สำคัญคือกลไกของการบริหารจัดการซึ่งประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การจัดการองค์กรให้ดำเนินตามแผนที่กำหนด การมobilisasi การปฏิบัติงานระดับองค์กรและบุคคล และการกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติ การวัดผล การติดตามผลและการปรับปรุงแก้ไข

การกำหนดเป้าหมาย ในพัฒนาการของการกำหนดนโยบายและแผนที่ผ่านมายังมีลักษณะการใช้ปัญญาและสถานการณ์เป็นตัวกำหนด ขาดแนวคิดที่ชัดเจนและการเชื่อมโยงแนวคิดสู่การปฏิบัติ และเป็นลักษณะการมองภาพรวมของโครงสร้างการดำเนินงานทั้งระบบ^(26,35-37) จึงทำให้เป็นลักษณะการกำหนดแผนงานที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหามากหากว่าการเสนอแนวคิดที่ชี้นำการดำเนินงานหรือการเสนอกระบวนการที่ใหม่เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง^(26,35-37)

การจัดองค์การเพื่อการดำเนินการตามแผน การกำหนดนο�บายและเป้าหมายที่ผ่านมาไม่มีการกำหนดแผนงานรองรับให้ชัดเจน ซึ่งรวมถึงการกำหนดระเบียบ วิธีปฏิบัติ กฎหมาย ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณ และการพัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน และเมื่อพัฒนาดูเหมือนอย่างที่มาจากการแรงผลักดันจากภายนอกโดยไม่ได้เกิดจากความเข้าใจในรากฐานของปัญหาภายในของประเทศ จึงขาดความเข้าใจที่ต้องแท้ที่จะเตรียมรับกับปัญหาทั้งระดับผู้กำหนดนโยบายและระดับหน่วยปฏิบัติ^(26,35-38) นอกจากนี้ยังขาดการส่งเสริมศักยภาพขององค์กรผู้สูงอายุ องค์กรท้องถิ่น องค์กรเอกชนขึ้นมาร่วมมือในลักษณะที่เป็นภาคีในการดำเนินงาน^(36,38,39)

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

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

กล่าวโดยสรุป ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการที่สำคัญเกิดขึ้นในทุกระดับคือ

➤ ในระดับการกำหนดเป้าหมาย (อีกนัยหนึ่ง คือ การกำหนดนο�บายและแผน) มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การขาดระบบสนับสนุนแนวคิดอย่างเป็นองค์รวม การขาดระบบสนับสนุนด้านวิชาการในการกำหนดนο�บาย และนโยบายและแผนมีกำหนดขึ้นมาแล้วยังขาดการสนับสนุนด้านการปฏิบัติ โดยเฉพาะขาดการประสานและควบคุมเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความล่าช้าและความไม่ทันสมัยของกฎหมายและกลไกการออกแบบทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สาเหตุของความล่าช้ามาจากการขาดเหตุผลในการออกแบบความคิดและความพร้อมของข้อมูล ตลอดจนการมองหมายงานสู่ระดับปฏิบัติขาดความชัดเจนและขาดการติดตามผล

➤ ระดับปฏิบัติการ กลไกการบริหารในระดับปฏิบัติการอันประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และธุรกิจเอกชน รวมทั้งองค์กรประชาชน ยังมีลักษณะที่ขาดเอกภาพ ขาดการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานต่างคนต่างปฎิบัติ และกิจกรรมหลาย ๆ กิจกรรมจัดขึ้นตามสถานการณ์โดยขาดการพิจารณาให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ

แนวคิดของการพัฒนา

กล่าวได้ว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยในระยะเริ่มต้นมีรากฐานแนวความคิดที่เป็นแนวทางหลักการชัดเจนมาจากอิทธิพลภายนอก คือ กำหนดหลักการสากลโดยกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติที่มีมติร่วมกันกำหนดข้อกฎหมายหลังการจัดประชุมร่วมกัน มีการประชุมที่สำคัญ 2 ครั้งที่ได้กำหนดแนวทางและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ดังนี้

หลักการขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนให้ประเทศและองค์การต่างๆ ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในฐานะผู้สร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคม และจะยังคงมีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม ต่อไป จึงควรดำเนินการอย่างแน่นหนาในการรับรองสิทธิของผู้สูงอายุด้วย หลักการที่สำคัญ 5 หลักการคือ หนึ่ง-หลักเป็นอิสระ ในกรณีที่ผู้สูงอายุจะได้รับปัจจัยพื้นฐานอย่างเพียงพอในการดำรงชีวิต มีโอกาสได้ทำงานหรือกิจกรรมที่จะช่วยสร้างรายได้ และได้รับการศึกษาฝึกอบรมเพื่อให้มีศรีดอยุ่นในสภาวะแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ ส่อง-หลักการมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นการให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุในการกำหนดและเลือกสรรแนวทางและนโยบายที่จะเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อกลุ่มผู้สูงอายุในสังคม สาม- หลักการดูแลเอาใจใส่ เป็นการดำเนินการให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง ดูแลเอาใจใส่โดยครอบครัวและสังคม รายได้ กวามมาย และการเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้สูงอายุ สี่- หลักความพึงพอใจ ที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเอง และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรด้านต่างๆ ในสังคมได้อย่างเต็มที่ ห้า- หลักศักดิ์ศรี เป็นการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นธรรม โดยไม่ขึ้น-ขึ้นเหตุผลการเลือกปฏิบัติตัวโดยเพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ปฏิญญา มาเก้าว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีประเด็นหลักที่สำคัญคือให้ทุกประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตระหนักรึ่งสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม เสริมสร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาคทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการจัดสรุตรหัพยากรหรือบริการต่างๆ ให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งในเมืองและชนบท

นอกจากหลักการและปฏิญญาที่กล่าวมาแล้ว ประเทศไทยโดยผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนพระคริสต์เมืองได้ร่วมกันจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น โดยมุ่งมั่นให้เกิดการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสิทธิของผู้สูงอายุ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย สาระสำคัญของปฏิญญาผู้สูงอายุไทย สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพรัก ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ และการยอมรับจากครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับการถ่ายทอดความรู้ ได้รับโอกาสศึกษาเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม และรัฐควรดำเนินการรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักรู้ในคุณค่าของผู้สูงอายุ ตลอดจนตราภูมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ และคุ้มครองสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ

จากหลักการและปฏิญญาว่าด้วยผู้สูงอายุที่กล่าวมา มีสาระสำคัญหลักที่เป็นทางแนวคิดและแนวทางปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งภาครัฐบาล องค์กรเอกชน ชุมชน ประชาชน และตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องถือเป็นข้อผูกพันที่ต้องมุ่งมั่นปฏิบัติตามให้บรรลุดุจดุล

จากการทบทวนเอกสารในเบื้องต้น ตลอดจนการประมวลประเด็นปัญหาในระดับต่างๆ สามารถประเมินได้ว่า การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ และด้านบริการสังคมทุกประเภท ยังไม่

สามารถบรรลุผลสำเร็จด้วยสาเหตุหลายประการ และในอนาคตจากผลการวิจัยถึงแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะยังทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งต้องการการแก้ไขโดยเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนแนวความคิดเพื่อการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติโดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) การให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในฐานะเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการ โดยที่หน่วยงานทั้งภาครัฐบาลซึ่งจะยังคงมีบทบาทหลักในด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในระดับการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการและการจัดบริการ แต่ต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุไม่ใช่เป็นเพียงผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ ในการแก้ไขบริบทปัญหาเฉพาะหน้าหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องการได้รับการยอมรับในฐานะผู้มีศักยภาพและมีความสามารถสำเร็จในชีวิต^(19,33,36,41,42)

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

3) การให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันพื้นฐานที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยลดการพึ่งพาสถาบันภายนอก^(20,43)

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

จากแนวคิดที่กล่าวมามีข้อเสนอแนะต่อไปนี้

- ออกกฎหมายคุ้มครองสิทธิพื้นฐานของผู้สูงอายุ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กฎหมายการยกเว้นภาษีให้แก่ผู้สูงอายุและผู้อุปการะดูแลผู้สูงอายุ^(11,12) ทั้งนี้เพื่อรองรับการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- จัดบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้ครอบคลุมทั่วถึง ผู้สูงอายุทั้งผู้ที่เดือดร้อนมาก และผู้ที่อยู่ในฐานะปานกลาง^(37,46)
- พัฒนาบริการจากการให้บริการในสถานบริการของรัฐเป็นการจัดบริการที่บ้าน และในชุมชน สำหรับผู้สูงอายุ^(47,48)
- ส่งเสริมบทบาทของเอกชนให้มีบทบาทด้านบริการผู้สูงอายุมากขึ้น โดยความคุบคุมดูแลและตรวจสอบของภาครัฐ^(22,27,30,41,49)

งานวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

1. ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายด้านสวัสดิการสังคมไปใช้ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริหารงานองค์กรประชาชนด้านผู้สูงอายุ

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

บรรณานุกรม

- กิตติพัฒน์ นนทปีกมະดุลย์. นโยบายสังคม และสวัสดิการสังคม (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ.2540.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539).
- นโยบายและแผนงานหลักสตรีระดับชาติ (พ.ศ. 2535-2554). คณะกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.). สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี, พ.ศ.2537.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544).
- นิคม จันทร์วิทูร. กวามมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาภูมิภาคของประเทศไทย. การสัมมนาเรื่อง “แนวทางการร่วมพัฒนาชุมชนคุณค่าของผู้สูงอายุ.” นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- จักรินทร์ วงศ์กุลฤทธิ์. กวามมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุริยสูงอายุ ด้วยคุณภาพ.” จัดโดย กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
- มาตราการที่ดำเนินการในปัจจุบันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. การสัมมนาเรื่อง “แนวทางการร่วมพัฒนาชุมชนคุณค่าของผู้สูงอายุ.” สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 1 การสัมมนาเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2524.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ, 2543.

16. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนาณิรเมย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิตต์ ว่าทีสาวกกิจ, สิรินทร์ ฉันศิริกานจน์ และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในประเทศไทย วาระหน้า. คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
17. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 การสัมมนาเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
18. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 3. การสัมมนาเรื่อง “การประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ.” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
19. คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมวุฒิสภा “ปัญหาผู้สูงอายุ และแนวทางแก้ไข” พ.ศ.2534.
20. พีรศิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ, จอยน์ ไบรอัน, อารีย์ พรมไม้. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
21. คณะกรรมการจัดทำแผนระยะยาวยield="block">สำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564) เอกสารสรุปการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ. 2525-2544.
22. วุฒิสาร ตันไชย, เด็ก สมบัติ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาเบรียบเที่ยบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยกับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.
23. รายงานประจำปี 2542 กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม.
24. ผลงาน 6 เดือน (14 กรกฎาคม 2542 – 14 มกราคม 2543) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
25. ทรงธรรม สนวียะ. สวัสดิการผู้สูงอายุ. ใน: การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: พ.ศ.2540.
26. ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, เพ็ญประภา ศิริโจน์. รายงานการวิจัยเรื่อง สถานการณ์และแนวทางการพัฒนา ระบบชุมชนผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต.” กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
27. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การประเมินโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ระยะเวลา ภายหลังการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ) ผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ม.ป.บ.)
28. สุรุกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
29. วิทีนี บุญจะลักษี, ยุพิน วรสิริอมร. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
30. มาลินี วงศ์สิทธิ์. รายงานเรื่อง ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับบริการผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ และกองวางแผนประชากรและ กำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528.

31. นิภา ศ. ศุภรสนทร, นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์. รูปหลักฐานการจัดบริการส่งเคราะห์ผู้สูงอายุของสถานส่งเคราะห์ภาครัฐและเอกชนในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมส่งเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
32. อภิญญา เวชยชัย. เบี้ยยังชีพ โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน. การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต.” กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
33. มาลินี วงศ์สิทธิ์. ชุมชนกับการบริการผู้สูงอายุ. ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขย์สูงอายุด้วยคุณภาพ.” กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
34. มาลินี วงศ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ และ อัจฉรา เอ็นซ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ รายงานเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
35. ปรนนิม โอทกานนท์, จิราพร เกศพิชญาวัฒนา. ความต้องการพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชนและสถานส่งเคราะห์ผู้สูงอายุ. งบประมาณแผ่นดิน, พ.ศ.2536.
36. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมสุขย์สูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขย์สูงอายุด้วยคุณภาพ.” กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
37. ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์. นโยบายและยุทธศาสตร์สุขย์สูงอายุด้วยคุณภาพ. ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขย์สูงอายุด้วยคุณภาพ.” กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
38. ปิยัชต์ ชื่นตระกูล. การประเมินบริการมาปันกิจสังเคราะห์. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต.” กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
39. ฉันทนา ตันติวัฒน์. บทบาทและการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในสังคมไทย. รายงานผลการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองนโยบายและวางแผนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม, 2539.
40. อรพินทร์ บุนนาค. โครงการศึกษาวิจัย ความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
41. เสาวภาคย์ ศุภนิตร. การพัฒนาบริการสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต [เอกสารวิจัย หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรภาครัฐร่วมเอกชน]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2540.
42. ชุมพูนุท ใจนิตตานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมในสถานส่งเคราะห์คนชราบางแค [วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

43. ศรีจิตรา บุนนาค, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ การพึ่งพา และแนวโน้มโดยทางการแพทย์และการสาธารณสุข. ใน: กระทรวงศูนย์วิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขภาพสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
44. จิราลักษณ์ จงสติตย์มั่น. การประเมินบริการสถานสังเคราะห์คนชรา. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
45. ณิชนันทร์ ทัตตะวร. ความต้องการบริการของผู้สูงอายุในสถานสังเคราะห์เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกการศึกษาผู้สูงอายุ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542.
46. ระพีพรกน คำหอม, อภิญญา เกษยชัย, จิราลักษณ์ จงสติตย์มั่น. รายงานวิจัยเรื่อง การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
47. มัทนา พนันิรนามัย. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขภาพสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
48. นภาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ใน: การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขภาพสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
49. แนวทางการดำเนินงาน บ้านพักผู้สูงอายุโดยภาคเอกชน. การประชาสัมพันธ์ 2542;42(4):33-35.

บทที่ 9: ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตตะพันธุ์กุล

บททวนรายงานการศึกษาและบทความความคิดเห็นด้านระบบเพื่อผู้สูงอายุ

ในการรวบรวมองค์ความรู้เพื่อให้ได้คำตอบ “ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต” ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ในระหว่างปีพ.ศ.2533-2543 พบว่ามีรายงานการศึกษา/วิจัย บทความในหนังสือตำรา และบทความในวารสารและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เป็นจำนวนมากที่เกี่ยวพันกับรูปแบบของระบบบริการและ/หรือสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต นอกจานั้นยังมีรายงานจำนวนหนึ่งซึ่งแม้จะไม่สัมพันธ์กับประเทศไทยโดยตรง แต่ด้วยเหตุที่เป็นการศึกษาหรือความคิดเห็นด้านระบบและ/หรือสวัสดิการโดยรวมของประเทศและครอบคลุมถึงประเทศไทยด้านผู้สูงอายุ จึงจำเป็นจะต้องรวมไว้ในการทบทวนครั้งนี้ด้วย จากรายงานเหล่านี้ได้ทำการคัดเลือกเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญและนำไปอ้างอิงจำนวน 33 รายการ เข้าในกระบวนการทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้คำตอบว่าระบบสวัสดิการและบริการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะเป็นอย่างไร

รายงานทั้ง 33 รายการสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทประกอบไปด้วย

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

รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน)

จากการรวบรวมพบว่ามีรายงานการศึกษาระบบที่เพื่อผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการวิจัยอนาคตศึกษาจำนวน 1 รายงาน และมีรายงานการศึกษาระบบที่มีส่วนสัมพันธ์กับประเทศไทยผู้สูงอายุอีก 3 รายงาน ดังนี้

- รายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในศตวรรษหน้า” โดย สุทธิชัย จิตตะพันธุ์กุล และคณะ⁽¹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ดัชนีของภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุที่น่าจะเป็นมากที่สุดและภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุที่ประสงค์ให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2552) และ

ระบบสวัสดิการ ระบบบริการ และมาตรการที่เหมาะสมในศวกรชชหน้าเพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งภาพลักษณ์ ประชากรสูงอายุที่ประสมค์ให้เกิดขึ้น โดยอาศัยเทคนิค Appreciation-Influence-Control (AIC) เทคนิคการระดมสมอง (brain storm) และเทคนิคเดลไฟ (1-round delphi technique) ในกลุ่ม ประชากรศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกอย่างเป็นระบบซึ่งประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบาย ผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวแทนชุมชนจำนวน 33 คน จากนั้นนำผลที่ได้ผ่านกระบวนการระดมสมองในกลุ่มป่วยชากรศึกษาที่คัดเลือกมาจากองค์กรภาครัฐ-เอกชน ชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิสายต่างๆจำนวน 300 คน ทำให้ได้ข้อสรุปของระบบเพื่อผู้สูงอายุในอนาคตดังนี้

ระบบสวัสดิการที่พึงเกิดขึ้น

ระบบสวัสดิการในอนาคตต้องเน้นที่การสนับสนุนปัจจัยหลักของการเกือบหนุนให้ผู้สูงอายุ ดำรงอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่

- สร้างสวัสดิการเพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ (รัฐร่วมกับชุมชนสร้างระบบประกันชราภาพ ให้ครอบคลุมทุกคน จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน เพิ่มโอกาสการจ้างงานให้ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ประชาชนนิยมสักการออมเพื่อชราภาพตั้งแต่วัยต้นของชีวิตด้วยมาตรการต่างๆ)
- สร้างสวัสดิการที่ส่งเสริมครอบครัวและชุมชนให้คุ้มครองผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (ลดหย่อนภาษี สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เด็กได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและชุมชน และส่งเสริมให้องค์กรบริหารส่วนต่ำบล มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ)
- สร้างสวัสดิการเพื่อหลักประกันทางสุขภาพในยามเจ็บป่วย
- สร้างสวัสดิการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร (ลดราคาค่า โดยสารระบบขนส่งสาธารณะและจัดให้สัดวะเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา จัดให้มีส่วนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อน ควบคุมราคาสินค้าอุปโภคและบริโภคเพื่อผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สุขาภรณ์และปลอดภัย)

ระบบบริการที่พึงเกิดขึ้น

ระบบบริการมีลักษณะที่เป็นเชิงรุกชัดเจนโดยให้ความสำคัญอย่างสูงมากที่ระบบบริการ ระดับชุมชน (community-based services) และไปถึงบ้าน ขึ้นเป็นระบบบริการที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุ อย่างทั่วถึง มีลักษณะบูรณาการและสนับสนุน โดยจะครอบคลุมทั้งการส่งเสริม-ป้องกันสุขภาพ-การรักษาและการบริการทางสังคม ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมสำคัญในระบบบริการ ทั้งที่เป็นอาสาสมัครและเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์กรการบริหารส่วนตำบลและองค์กรทางศาสนา (วัด) การบริการชุมชนและการสอดประสานในชุมชนดังกล่าวเป็นช่องทางให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าสู่ระบบบริการของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการ (มีทางเลือก) อย่างไร

ก็ตามสถานบริการสุขภาพนิเดียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนสถานบริการเรือรังทั้งทางสุขภาพและสังคมยังมีความจำเป็นและจะช่วยให้ระบบบริการสมบูรณ์เพียงพอที่จะบรรเทาความทุกข์ยากของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือผู้อ่อนเพลียในวัยชราที่ครอบครัว-ชุมชนและการบริการในชุมชนไม่สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอ

รูปแบบของการบริการทางสังคมในอนาคต ได้แก่ ระบบที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพิงตนเองได้ในลักษณะกลุ่มอาชีพและการระดมทุน บริการที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุได้ดีดต่อ กับสังคมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะมีกรอบของกว้างกว่าเดิม โดยมีการปรับปรุงบริการขนส่งสาธารณะ รูปแบบของสื่อต่างๆ รวมทั้งบริการสนับสนุนการ เช่น สนับสนุนภารกิจที่ต้องการ ตลอดจนบริการการศึกษาทั้งต่อผู้สูงอายุโดยตรงและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ยังเป็นรูปแบบการบริการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ โดยควรที่จะดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบบริการในชุมชน

มาตรการที่พึงเกิดขึ้นเรียงตามลำดับความสำคัญ

1. มาตรการ ระบบประกันสำหรับผู้สูงอายุและวัยชรา

- ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
- ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน
- จัดให้มีระบบประกันสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น

2. มาตรการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

- จัดให้ผู้สูงอายุได้รับการอบรม
- ให้คำปรึกษาทั่วไป
- ดำเนินการให้มีการต่อข่าวสารแก่ผู้สูงอายุเป็นระบบ

3. มาตรการ ด้านการเงินและภาษี

- ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพ
- ลดหย่อนภาษีสำหรับนายจ้างที่ว่าจ้างผู้สูงอายุ
- จัดสรรวาภาษีจากผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ
- ควบคุมราคากลางค่าอุปโภคบริโภคสำหรับผู้สูงอายุ
- มาตรการเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อการจัดหา ปรับปรุง ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

4. มาตรการ ทางกฎหมาย

- กฎหมายคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ
- กฎหมายให้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีและเป็นธรรม

- กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ

5. มาตรการ สงเสริมให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

- รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ
- สงเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ
- สงเสริมชุมชนหรือเครือข่ายครอบครัว

6. มาตรการ สงเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

- สงเสริมการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุและเครือข่าย
- สงเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนกิจกรรมขององค์กร-เครือข่ายผู้สูงอายุ
- จัดเวทีการเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- สงเสริมให้ภาคีที่ทำงานในชุมชนได้ทำงานร่วมกัน

7. มาตรการ สงเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

- สงเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา
- สงเสริมการฝึกอาชีพให้เหมาะสม

8. มาตรการ ปรับปรุงบริการสาธารณสุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล

- ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและจดให้สะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- 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

- สงเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวให้มีศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ

10. มาตรการ สงเสริมให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (รวมทั้งองค์กรบริหารส่วนตำบล) มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ

- สงเสริมให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมีแผน งบประมาณ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- สงเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทในองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น
- สงเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ

11. มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

- ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เด็กได้เรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน
- สงเสริมพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งในและนอกหลักสูตรเพื่อความเข้าใจชีวิตในแต่ละวัย (การเรียนรู้วัยเด็ก) และเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
- การเตรียมการสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่จำเป็น (pre-retirement program)
- สงเสริมภูมิปัญญาชีวบ้าน
- จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือให้ความรู้กับผู้สูงอายุ
- สงเสริมการให้ความรู้ทางธรรม

12. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

- ให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่มีผลงานเด่น
- สงเสริมและเปิดโอกาสให้มีการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ
- สงเสริมให้สถาบันการศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษาหรือรับการถ่ายทอดความรู้โดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน
- สนับสนุนการตั้งศูนย์การเรียนรู้และถ่ายทอดภูมิปัญญาของชุมชน

13. มาตรการ สงเสริมการสร้างเครือข่ายการให้บริการผู้สูงอายุ

- เครือข่ายศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับอำเภอ จังหวัด และภาค
- จัดให้มีประสานงานการบริการในส่วนสุขภาพและสังคม และภาครัฐกับชุมชน

14. มาตรการ สงเสริมความรู้ความสามารถให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- อบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล

15. มาตรการ วิจัย-ศึกษา-อปรม และสร้างฐานข้อมูล เพื่อการกำหนดนโยบายและสวัสดิการที่เหมาะสม

- สงเสริมความร่วมมือด้านวิชาการ การวิจัย และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- สร้างฐานข้อมูลประชากรตามกลุ่มอายุและอาชีพ

16. มาตรการ สงเสริมให้เอกชนจัดบริการด้านต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้

- ด้านท่องยานพาณิชย์
- ด้านสุขภาพ
- ด้านอนุภัยและบริโภค

17. มาตรการ ให้ศึกนามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

18. มาตรการ สถานบริการสุขภาพทางการแพทย์ชนิดเจียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ

- คลินิกผู้สูงอายุ
- หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ

19. มาตรการ สงเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ

20. มาตรการ สถานบริการสุขภาพเวิร์รังสำหรับผู้สูงอายุ

21. มาตรการ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

- สงเสริมการเข้าถึงสื่อและข่าวสารที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุ
- สงเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น หนังสือในเทป (book on tape)

22. มาตรการ สงเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สะดวกและปลอดภัย

แนวคิดทางนโยบายโดยเฉพาะประเด็นที่จะเป็นยุทธศาสตร์หลัก

- ❖ ประการที่หนึ่ง-ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ
- ❖ ประการที่สอง-ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องมุ่งไปที่สถาบันหลักทั้งสอง (ครอบครัวและชุมชน) เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่พอเหมาะสม พอดี

- ❖ ประการที่สาม-ต้องสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคตมีคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุของและประโยชน์ของสังคม ทั้งในด้านหลักประกันรายได้ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และด้านภูมิปัญญา
- ❖ ประการที่สี่-ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองอยู่ กับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นอนาคตศึกษาที่มีกระบวนการศึกษาที่รัดกุมและชัดเจนในกลุ่มประชากรศึกษาหลากหลายที่มีจำนวนมากและได้ผลที่เป็นรูปธรรมทั้งในส่วนโครงสร้างระบบสวัสดิการและบริการที่ครอบคลุมทั้งบริบททางสังคมและทางสุขภาพ ตลอดจนได้กำหนดมาตรฐานการต่างๆจำนวน 22 ข้อ อย่างไรก็ตามรายละเอียดในระบบและมาตรฐานการต่างๆจากการศึกษานี้ไม่ได้หมายความว่าจะต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมและสถานการณ์ของประเทศไทยในด้านต่างๆ อาทิ การเมือง เศรษฐกิจ และสภาวะทางสังคม

2. รายงานการศึกษา “รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในประเทศน้ำ” โดย พรพิพิญ เกยุราวนันท์⁽²⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านภายในศตวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549) โดยความเห็นผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิค 2-round delphi technique และนำผลที่ได้ไปให้ผู้ปฏิบัติงานพิจารณาให้ความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ในการรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยได้ทำการกำหนดรูปแบบการบริการและการบริหารจัดการ จำนวน 6 รูปแบบไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นการกำหนดกรอบซึ่งทำให้ง่ายต่อกระบวนการวิจัยแต่ทำให้มุ่งมอง หรือแนวทางรูปแบบอื่นๆลูกเพิ่กเฉย นอกจากนั้นการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นการประเมิน “ความน่าจะเป็นไปได้” ของรูปแบบบริการในอนาคตมากกว่าการประเมินความเหมาะสม

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

รูปแบบที่เป็นไปได้มากที่สุดดังกล่าวมีลักษณะของการบริการต่อเนื่องจากสถานบริการ (โรงพยาบาลและสถานีอนามัย) โดยในเขตชุมชนเมืองจะมีลักษณะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่อง โดยทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล (extended care) และเน้นการรักษาแบบสหสาขาเบื้องต้น (การรักษาโรค การพยาบาล การพื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดการทางสังคม) ร่วมกับการใช้ระบบพยาบาลประจำครอบครัวเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตปรับผิดชอบโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค สำหรับเขตชนบทเป็นการให้บริการสำหรับโรคไม่ติดเชื้อบางโรคโดยเป็นการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย (extended care) และเน้นการรักษาเบื้องต้น

โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในอนาคตของการดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้านในลักษณะของการบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ร่วมกับระบบพยาบาลประจำครอบครัวที่เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเฉพาะในเขตเมือง

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างจากทัศน์ของระบบบริการสาธารณสุขไทยในอนาคต (25 ปี) และเลือกจากทัศน์ที่น่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดด้วยการระดมสมองในกลุ่มนักวิจัยจำนวน 11 คน โดย 10 คนสังกัดสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในการระดมสมองได้ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 15 ท่าน ผลการศึกษาได้จัดทำจากทัศน์ของระบบบริการสาธารณสุขจำนวน 4 ทัศน์ โดยจากทัศน์ที่น่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดคือ “ระบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง” โดยส่วนใหญ่ของบริการด้านสุขภาพจะเป็น ศินค้าสาธารณสุข และเน้นที่การดูแลในเชิงป้องกันโดยรวมดับปัญญาที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการของประเทศไทยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (โรงพยาบาล) โครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพ จะอยู่ภายใต้การจัดการของรัฐสูงร้อยละ 70-90 ด้วยการจัดการที่มีการกระจายอำนาจหรือเป็นอิสระ ประชาชนส่วนใหญ่จะได้รับหลักประกันผ่านทางรัฐ ระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพ นายจ้าง และกองทุนคอมทรัพย์เฉพาะด้าน ในขณะที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกผู้จัดบริการน้อยลง แต่รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยจะคุ้มอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ)

การศึกษาระบบนี้ใช้ความคิดเห็นจากการระดมสมองของคณะกรรมการวิจัยชั้นนำจากหน่วยงานเดียวกันและอาจมีผลต่อการสร้างจากทัศน์ของระบบในระดับประเทศไทยให้ขาดความสมบูรณ์ โดยจะเห็นได้จากการที่โครงสร้างของระบบบริการ (delivery system) ได้รับการพิจารณาอย่างมาก และส่วนใหญ่จะเป็นการสร้างจากทัศน์ของการคลังสาธารณสุขและการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญที่สัมพันธ์กับด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ประเด็นคือ ประเด็นแรก จากทัศน์ที่น่าจะเกิดขึ้น เป็นระบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง หมายความว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่ได้หลักประกันทางสุขภาพ (อย่างน้อยในขั้นต่ำ) ประเด็นที่สอง ถึงแม้ในจากทัศน์จะเน้นให้การป้องกันโดยเป็นการบริการระดับปัญญาที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการการบริการแบบผสานและเป็นองค์รวม แต่ก็ให้ภาพของการเคลื่อนไหวบริการระดับปัญญาเข้าใกล้ชุมชนยิ่งขึ้น

โดยสรุปการศึกษานี้มีความจำกัดในด้านกระบวนการศึกษา และผลการศึกษาสนับสนุนแนวโน้มการเกิดมีหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชาชนสูงอายุ และการบริการปัญญาในระดับชุมชน (community based care)

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดทำรายงานของแนวคิด “รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า” เพื่อการจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 (พ.ศ.2543) โดยเป็นผลงานการประมวลผลและสังเคราะห์ของคณะกรรมการทำงานจำนวน 5 คนซึ่งส่วนใหญ่มาจากกระทรวงสาธารณสุข ในภาระงานการดูแลสุขภาพ ได้ใช้ข้อมูลจาก - ภาระบทวนเอกสาร - ความคิดเห็นจากคณะกรรมการชุดที่ 1 ซึ่งทำหน้าที่กำหนดรายละเอียดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับการจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 และตัวแทนคณะกรรมการดำเนินงานชุดอื่นๆอีก 3 ชุด - และการสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญตามวิธี 2-rounds modified delphi technique ซึ่งในส่วนหลังเป็นการสำรวจสมบูรณ์ทั้งสองรอบในผู้เชี่ยวชาญจำนวน 11 คน โดยครอบคลุมความคาดหวังของสังคมต่อระบบบริการสุขภาพ (10 คำถาม) ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญในอนาคต (12 คำถาม) กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต (8 คำถาม) แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ (8 คำถาม) รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ (16 คำถาม) และคำถามอื่นๆ (3 คำถาม)

ผลการศึกษาที่สำคัญและสัมพันธ์กับระบบบริการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต มีดังนี้
ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต

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

โดยเมื่อจัดลำดับความสำคัญโดยนำความสามารถในการแก้ไขบรรเทาปัญหามาประกอบการพิจารณา ทำให้ได้ลำดับความสำคัญดังนี้

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

รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสังคมศรัทธา

- การสร้างความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งจะเป็นส่วนที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากจะสามารถให้การบริการในลักษณะบูรณาการระหว่างการรักษาพยาบาล การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ (integration) เป็นแบบองค์รวม (holistic) และมีความต่อเนื่อง (continuity) ลักษณะของการบริการปฐมภูมิจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบสาธารณสุข (gate keeper) ทำให้ต้องอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดและชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ สถานบริการปฐมภูมิจะไม่ใช่โรงพยาบาลและมีต้นทุนต่ำกว่า แต่รูปแบบของสถานพยาบาลจะต้องปฐมภูมิในบริบทของสังคมไทยจะเป็นเช่นไรยังเป็นประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันอยู่ค่อนข้างมากอย่างไรก็ตามผู้ให้บริการหลักในการบริการปฐมภูมิจะเป็นแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ
- แนวทางในการจัดระบบการเงินการคลังเพื่อให้ประชาชนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน (universal access to basic essential package) สามารถดำเนินการใน 2 รูปแบบ คือ ระบบภาษีเป็นหลัก (tax-based system) และระบบประกันสุขภาพเป็นหลัก (insurance based system) อย่างไรก็ตามทั้งสองระบบรัฐยังต้องรับหน้าที่ให้การสนับสนุนกลุ่มคนจนโดยอาศัยระบบภาษี เพื่อให้ประชาชนทุกคนพึงได้รับ “บริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน” (basic essential package or core health services)
- รูปแบบของผู้ให้บริการจะมีแนวโน้มที่จะเป็นไปใน 3 ลักษณะที่ผสมผสานกัน คือ อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรท้องถิ่น อยู่ภายใต้การจัดการของหน่วยงานอิสระหรือองค์กรนานาชาติ และเป็นหน่วยงานเอกชน

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นการเรียนรู้ข้อมูลจากหลายแหล่งและนำมาประมวลและสร้างเคราะห์โดยคนละผู้ทำการศึกษาจำนวน 5 คนซึ่งส่วนใหญ่มาจากหรือมีความสัมพันธ์กับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผู้ทำการศึกษาเองได้เน้นชัดเจนว่ารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่ทำขึ้นเป็นเพียง “ร่าง” และยังไม่สามารถสรุปรูปแบบการบริการปฐมภูมิว่าจะเป็นเช่นไร สิ่งที่เห็นชัดเจนสองประดิษฐ์และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัยและคณะ⁽¹⁾ คือปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุมีความสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยในลำดับต้น และมีความจำเป็นของ การพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิเพื่อให้เข้าสู่ชุมชนและใกล้ประชาชนเป้าหมายมากที่สุดโดยจะต้องเป็นการบริการแบบบูรณาการและมีลักษณะองค์รวม นอกจากนั้นรายงานการศึกษานี้ยังเน้นถึงปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนความแตกต่างของสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มต่างๆ ซึ่งภายในกลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศไทยได้มีลักษณะต่างกันอยู่อย่างชัดเจน^(5,6) เท่ากับยังคงความจำเป็นของ การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ได้ “บริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน” แก่ประชาชนทุกคนซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุ

รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือคณะบุคคลที่ทำการรวบรวมข้อมูล-สถานการณ์และ/หรือดำเนินการวิจัยและใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็น หรือเป็นรายงานหรือบทในทำรากของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน)

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

รายงานการศึกษานี้เป็นการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งในและต่างประเทศรวมทั้งกรณีศึกษาในประเทศไทยจำนวน 5 กรณี และนำมาปะแมกและสังเคราะห์ โดยผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต และเน้นความสำคัญของผู้สูงอายุบ้างกลุ่มซึ่งต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางถึงต่ำและผู้สูงอายุในชนบท ทั้งนี้ระบบที่เสนอแนะจะเน้นที่บริการสังคมโดยเฉพาะให้ชุมชนเป็นฐานและเน้นความสำคัญของครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้น ดังนี้

- บริการสำหรับผู้เกย์ยัน ทั้งสำหรับผู้ที่จะเกย์ยันในอนาคตเพื่อความพร้อมในการเตรียมและปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตภายในหลังเกษียณทั้งในด้านสุขภาพ-การเงินและทรัพย์สิน-ที่อยู่อาศัยและเรื่องงานและงานอดิเรก และบริการภายหลังเกษียณอยู่เพื่อการสนับสนุนให้สามารถปรับตัวได้ต่อเนื่อง ได้แก่ บริการเรื่องการทำงาน บริการที่อยู่อาศัย
- บริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุทั้งสำหรับผู้ที่ยังช่วยตัวเองได้และผู้ที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้แก่ ศูนย์ผู้สูงอายุ (senior center) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) บริการเยี่ยมบ้าน การบริการสุขภาพที่บ้าน การสนับสนุนการดูแลบ้าน และการป้องกันและรักษาสิทธิของผู้สูงอายุ
- การดูแลต่อเนื่อง (long-term care) ทั้งที่เป็นสถานบริการระยะยาวและการดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- บริการดูแลจากผู้ใกล้ชิด (neighbourhood care) ซึ่งเป็นระบบการดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นการดูแลของสมาชิกในชุมชนที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงกัน

นอกจากนั้นยังได้เสนอให้มีการกำหนดนโยบายสำหรับบริการด้านสวัสดิการที่ครอบคลุม จุดมุ่งหมายดังนี้

- สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างเพียงพอ
- สร้างเสริมให้มีสุขภาพทางกายและจิตที่ดี
- การมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม
- การได้รับโอกาสในการเข้าทำงานโดยไม่มีอุปสรรค
- การเกย์ยันอายุอย่างมีสุขภาพที่ดี มีเกียรติยศ และการมีศักดิ์ศรี
- การได้รับบริการที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและมีทางเลือก
- การได้รับประโยชน์จากการรักษาพยาบาลที่ดี ทันท่วงที
- การมีอิสระและโอกาสในการแสดงความคิดเห็นและความคิดสร้างสรรค์

2. รายงาน “นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” โดย เกริกศักดิ์ บุญญาณพงษ์⁽⁸⁾ การศึกษานี้ผู้ทำการศึกษาใช้ข้อมูลเอกสารร่วมกับการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่จังหวัด เชียงใหม่ในการนำมารวเคราะห์และนำเสนอแนวทางการดำเนินงานทางสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เหมาะสมและเป็นไปได้ โดยเน้นให้ดำเนินการจัดบริการภายในชุมชนที่ครอบคลุม 4 เรื่องใหญ่ คือ บริการรักษาสุขภาพ บริการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย บริการด้านการส่งเสริมรายได้ และบริการสนับสนุนการทั้งนี้ได้เสนอให้ชุมชนเป็นผู้จัดให้กับบริการ

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

การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสารและสถานการณ์ในด้านต่างๆของประชากรสูงอายุรวมทั้งสวัสดิการและบริการต่างๆที่มีอยู่ และนำมาสังเคราะห์ให้ในแง่มุมต่างๆรวมทั้งการจัดสวัสดิการและบริการแก่ผู้สูงอายุในอนาคต ผู้ทำการศึกษาเห็นว่าการที่สังคม-รัฐและผู้กำหนดนโยบายที่ผ่านมาพิจารณาประชากรสูงอายุไทยทั้งหมดเป็นกลุ่มด้วยโอกาส (ageism) หรือเป็นผู้ให้แก่สังคมมานาน ซึ่งสมควรได้รับการดูแลจากรัฐและสังคมในยามเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงเป็นเหตุให้การดำเนินการของรัฐส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะพยายามครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด ทำให้เกิดความจำกัดในการจัดสรรงรรภพยากรและเป็นเหตุให้ผู้ที่สมควรจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนกลับไม่ได้รับหรือได้รับไม่เพียงพอ ผู้ทำการศึกษาเน้นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบสวัสดิการและการบริการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทั้งที่ยังช่วยเหลือตันเองได้และที่ต้องพึ่งพาสามารถดำรงอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ⁽¹⁰⁾ และได้เสนอแนะประเด็นสำคัญทางการบริการและสวัสดิการ ดังนี้

- การบริการชุมชนแบบบูรณาการและสหสานชาติครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพ กระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานและเครือข่ายการบริการอย่างไม่เป็นทางการ (informal care network) ภายในชุมชน และได้ให้ตัวอย่างโครงการสร้างระบบบริการและสวัสดิการแสดงในรูปที่ 1

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

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเอกสารเพื่อการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในด้านต่างๆ ของประชากรสูงอายุและด้วยความเห็นของคณะผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนะประเด็นสำคัญในการดำเนินการของภาครัฐเพื่อการจัดการบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต ดังนี้

- จัดสวัสดิการที่ครอบคลุมด้านต่างๆอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะสวัสดิการด้านบำนาญ ทั้งนี้ การบริหารจัดการผ่านทางระบบประกันสังคม (social security) และระบบประกันบำนาญของเอกชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในอนาคต
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและค่ายังให้การดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวคงอยู่ได้

รูปที่ 1 โครงสร้างระบบการบริการและสวัสดิการแก่ประชาชนสูงอายุ⁽⁹⁾

สวัสดิการ ประกันสังคม การปรับสภาพแวดล้อม กฎหมาย การศึกษา การส่งเสริมและการป้องกัน

ชุมชน

บริการทางสังคม

บริการทางสุขภาพ

ผู้ดูแล - ประชาชนสูงอายุ - ครอบครัว

บริการดูแลบ้าน
ศูนย์ดูแลกลางวัน
บริการทางสังคมอื่นๆ
บริการด้านการเงิน

การพื้นฟูสมรรถภาพ
การพยาบาลที่บ้าน
การบริการปั๊มหากลันปั๊สภาวะไม่ได้
ศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวัน

บริการเขี่ยมบ้าน

การเขี่ยมบ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สถานบริการ

การประเมินผู้สูงอายุ

บ้านพักชุมชน
บ้านพักพิงและสถานสงเคราะห์

สถานพยาบาลเฉียบพลัน
สถานพยาบาลเรื้อรัง

การรับฝ่ากดดูแลช่วงสั้น
(respite care)

จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจาก สุทธิชัย จิตพันธ์กุล และ

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในส่วนของการดูแลทางสังคมและสุขภาพภายในชุมชน
- จัดสวัสดิการและมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะพึ่งพาและทุพพลภาพ
- จัดการบริการชุมชน (community care) ทั้งทางสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะในระดับการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)
- ถึงแม้การให้การบริการในสถานบริการแก่ผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การบริการ เช่นนี้ควรมีอย่างจำกัดเพื่อตอบสนองแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น การประเมินผู้สูงอายุ (geriatric assessment) เป็นวิธีการสำคัญในการประเมินความต้องการการเข้ารับบริการในสถานบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งยังสถานบริการระยะยาว
- พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง (self care) ของผู้สูงอายุ และนอกจากจะต้องครอบคลุมในด้านการส่งเสริมและป้องกันแล้ว ยังต้องครอบคลุมถึงการรักษาและการพื้นฟูในขั้นเบื้องต้นอีกด้วย การดูแลตนเองด้วยการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการบริการไม่เป็นทางการ (informal care) ขันเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต โดยที่องค์กรทางศาสนา ชุมชน ผู้สูงอายุ และองค์กรอิสระ (non-government organisations) เป็นทรัพยากรสำคัญของระบบบริการไม่เป็นทางการ
- จัดเตรียมโปรแกรมการศึกษาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในวัยเยาว์ทั่วประเทศเพื่อความพร้อมของการดำเนินชีพในวัยสูงอายุ
- จัดการศึกษาและการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

5. รายงานการวิจัย “การศึกษาเปรียบเทียบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยกับประเทศไทย” โดย วุฒิสาร ตันไชย และ เล็ก สมบัติ⁽¹²⁾

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสารเกี่ยวกับระบบสวัสดิการและบริการของประชากรสูงอายุในประเทศไทยกับประเทศไทย ร่วมกับการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนในการบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย (จำนวน 14 คน) และประเทศไทย (จำนวน 11 คน) และคุณผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนะประเด็นสำคัญในการดำเนินการของภาครัฐเพื่อการจัดการสวัสดิการและบริการสังคมแก่ประชากรสูงอายุ ดังนี้

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

- การพัฒนางานสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรเน้นการจัดสวัสดิการโดยองค์การภาคเอกชนหรือชุมชนให้มากยิ่งขึ้น โดยมีรัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนหรือประสานงานการจัดสวัสดิการมากกว่าเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน
- ควรมีการพัฒนาระบบบริการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งในด้านรูปแบบการจัดบริการ ประเภทต่างๆให้ครอบคลุมทั่วถึงและมีปริมาณเพียงพอ
- กฎหมายประกันสังคมควรให้ความสำคัญในการให้หลักประกันความมั่นคงในด้านด่างชีวิตอยู่ในสังคมในบันปลายของชีวิต

6. รายงานการวิจัย “แนวทางการจัดบริการด้านสังเคราะห์ทางสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” โดย บุญศรี สรรสอด และคณะ⁽¹³⁾

การวิจัยนี้เป็นสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1,800 คนและความเห็นของนักสังคมสังเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 75 คน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสังคมสังเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

- รัฐควรเร่งรัดให้มีกฎหมายประกันสังคมด้านประกันชราภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน และทุกด้าน
- รัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดการบริการเพื่อผู้สูงอายุให้เพียงพอโดยเฉพาะผู้ที่ยากไร้
- รัฐควรหาแนวทางสนับสนุนส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้ยอมรับและเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ตลอดไป เช่น ลดหย่อนภาษีเป็นพิเศษแก่ครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการลดหย่อนภาษีสำหรับบุตร สร้างค่านิยมแก่คนรุ่นหลังให้มีความเคารพและกตัญญูต่อผู้สูงอายุ และประชาสัมพันธ์-รณรงค์ให้สังคมยอมรับและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ
- รัฐควรส่งเสริมให้หน่วยทั้งภาครัฐและเอกชนจัดการบริการเพื่อผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขอนามัย เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - บริการตรวจรักษาพรีแก้ผู้ยากไร้
 - บริการความรู้และส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว
 - บริการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน
 - สนับสนุนให้มีสถานที่สำหรับการรอออกกำลังกาย
 - บริการด้านการเงินและปัจจัยเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
 - ให้คำปรึกษาและบริการฝึกอาชีพ
 - สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุในชุมชน
 - บริการด้านนันทนาการและห้องสมุด
 - ขยายบริการสถานสงเคราะห์คนชราให้สามารถรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่สามารถช่วยเหลือตันเองได้และได้รับการดูแลอย่างดี
- รัฐควรสนับสนุนชุมชนและองค์กรเอกชนให้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มากขึ้น

- รัฐควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่กำลังจะกำว้าเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีการเตรียมตัว
- รัฐควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมได้ช่วยเหลือและบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม

7. รายงานการวิจัย “การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย” โดย รพีพรรณ คำห้อม และคณะ⁽¹⁴⁾

ชุดโครงการการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการประเมินผลการบริการสวัสดิการสังคมที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน (เบี้ยยังชีพ) การบริการสถานสังเคราะห์คนชราของกรมป่าชาสังเคราะห์ ศูนย์สังเคราะห์ราชภรปประจำหมู่บ้าน และบริการบ้านกิจสังเคราะห์ โดยทำการสำรวจเพื่อเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจากตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน (383 คน) สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ (18 ครอบครัว) คณะกรรมการศูนย์สังเคราะห์ราชภรปประจำหมู่บ้าน (81 คนจาก 51 ศูนย์) ผู้สูงอายุในสถานสังเคราะห์คนชรา (146 คน) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้บริหารของกรมป่าชาสังเคราะห์ ผลการประเมินได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอแนวคิดในการจัดระบบบริการสวัสดิการสังคม ดังนี้

- รัฐจะต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long-term care) หากขึ้นโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ ครอบครัว เพื่อบ้าน กลุ่ม/ชุมชน และองค์กรในชุมชน เพื่อให้เกิดตัวข่ายความปลอดภัยทางสังคม (social safety net) แบบไม่เป็นทางการ
- รูปแบบสวัสดิการสังคมจะต้องมีความหลากหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน และพัฒnarูปแบบบริการทางเลือกในลักษณะการประกันหรือการบริการเอกสารให้แก่ผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อแทนการมาใช้สิทธิของผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีผู้อุปการะ หรือไม่มีผู้ดูแล
- เปลี่ยนรูปแบบการสังเคราะห์รายบุคคลไปเป็นสวัสดิการชุมชน เช่น การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
- จัดระบบการบริการชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้ เช่น
 - บริการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นครั้งคราว (respite care)
 - ลงเสริมให้ชุมชนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาให้อยู่ภายนอกในชุมชนแทนการที่จะต้องเข้าพำนักในสถานสังเคราะห์คนชรา เช่น จัดตั้งบ้านเล็กๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและบริหารจัดการด้วยชุมชน ลงเสริมฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ
 - ลงเสริมให้ออกชนบริการบ้านพักแก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะดี
- ควรจัดทำนโยบายเกี่ยวกับหลักประกันการตายที่จะเอื้อสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในชุมชน

8. รายงานการวิจัย “การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข” โดย พระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ⁽¹⁵⁾

การวิจัยนี้ต้องการประเมินนโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขและ การบรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายและแผนงาน โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร รวมทั้งการดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนและที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลในระดับตัวแทนประเทศ คณะกรรมการสวัสดิการและบริการดีอ่อน

- ควรเพิ่มและเสริมสมรรถภาพของสถานีอนามัยในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

9. รายงาน “ศึกษาพิจารณาปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ และการแก้ไข ปัญหา ฉบับที่ 3: ประเด็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการแก้ไขปัญหา” โดย คณะกรรมการบริหารกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา⁽¹⁶⁾

รายงานนี้เป็นการประมวลข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานและบุคคลที่ เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากเอกสารและการดูงานทั้งในและต่างประเทศ และผลจากการสัมมนาเรื่อง “มาตรการดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุ” ณ อาคารรัฐสภा 2 วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2537 โดยมีประเด็น สำคัญและมาตรการทางด้านสวัสดิการและการบริการสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต ดังนี้

- จัดบริการและสวัสดิการโดยมุ่งไปที่ชุมชนและครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ใน ชุมชนได้ ได้แก่
 - ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center)
 - หน่วยบริการสังเคราะห์เคลื่อนที่
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - บริการอาหารกลางวัน
 - จัดตั้งศูนย์ของหมู่บ้านหรือชุมชนรับผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
 - โครงการครอบครัวอุปถัมภ์ผู้สูงอายุ
 - บริการช่วยงานบ้าน
 - บริการดูแลผู้สูงอายุตามบ้านและโครงการผลเปลี่ยนให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน
 - โครงการซ่อมแซมและปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม
 - โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและสาธารณูปโภคให้适合老人居住
- สร้างเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมช่วยดูแลผู้สูงอายุ
 - ลดหย่อนภาษีแก่หัวหน้าครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ
 - สร้างเสริมเกียรติคุณครอบครัวดีเด่น
 - ให้บริการพิเศษแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ
- สร้างเสริมและบริการสุขภาพ
 - ขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการให้มีคุณภาพและทั่วถึง ผู้สูงอายุทุกระดับฐานะ

- ศูนย์บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- ศูนย์สุขภาพสายตา
- ศูนย์ออกกำลังกายและนันทนาการ
- โครงการคลินิกสุขภาพเคลื่อนที่
- สร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจ
 - การประกันชราภาพ
 - พัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพและสร้างงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 - โครงการจ้างงานระยะสั้น งาน part-time
 - โครงการร้านขายผลิตภัณฑ์มีผู้สูงอายุ
- ดำเนิน-ส่งเสริมคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุ
 - sling เสริมให้ผู้สูงอายุถ่ายทอດประสบการณ์-วิชาชีพ
 - sling เสริมการเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุ
 - พัฒนาให้สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวของตนเอง
 - พัฒนาการศึกษาต่อเนื่องทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน โดยเน้นในชนบทและกลุ่มด้อยโอกาสมากที่สุด
 - โครงการห้องสมุดเคลื่อนที่
 - ขยายโอกาสการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆโดยให้เข้าถึงระดับหมู่บ้าน
- สิทธิประโยชน์ในการได้รับการลดหย่อนค่าโดยสาร (รถ รถไฟ เครื่องบิน)
- บริการสถานสงเคราะห์มีความจำเป็นแต่ควรอยู่ในขอบเขตจำกัด
- โครงการอื่นๆ
 - โครงการโทรศัพท์สายด่วนและสัญญาณฉุกเฉิน
 - ศูนย์ปรึกษาด้านกฎหมาย

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

การวิจัยนี้เป็นการประมวลข้อมูลและความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนมาก ในการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุในปีพ.ศ.2542 ซึ่งเป็นปีผู้สูงอายุ สามสิบ และได้รับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้นเป็นรายงาน ในรายงานดังกล่าวได้บรรจุแนวคิดของระบบสวัสดิการและบริการที่ควรจะเป็นในอนาคต ดังนี้

- การบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยมีการพยาบาลและร่วมกับทางสังคมเป็นตัวนำ และมีการแพทย์และส่วนอื่นเป็นส่วนสนับสนุน โดยให้เกิดรูปแบบสนับสนุนวิชาการ บริการชุมชนนี้จะช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับระบบบริการและสวัสดิการในระดับชาติ นอกจากนั้นยังเป็นช่องทางในการดำเนินการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ-ครอบครัว การให้ความรู้ การจัดตั้งเครือข่าย การสนับสนุนให้มีการพึ่งตนเองทั้ง

ด้านรายได้-การลงเคราะห์แบบไม่เป็นทางการ และการเข้าถึงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

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

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

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชาติจำนวน 4,048 คน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อต้องการทราบถึงสถานะสุขภาพในด้านภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึงพา กลุ่มอาการ สมองเสื่อม ตลอดจนความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลการศึกษาและให้ข้อเสนอแนวทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- ต้องให้ความสำคัญต่อการบริการระดับปฐมภูมิ และต้องพัฒนาให้ใกล้ชิดชุมชนอย่างทั่วถึง
- ต้องพัฒนาการบริการชุมชนมากขึ้นกว่าปัจจุบัน โดยเป็นแบบบูรณาการที่มีการสอดประสานทั้งการบริการสุขภาพและสังคม ได้แก่
 - การบริการสุขภาพ
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
 - การบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ติดในสภาพช่วยตนเองไม่ได้
- สร้างเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะผู้ที่ติดอยู่ในภาวะทุพพลภาพ พึงพา หรือสมองเสื่อม) โดยวัดและองค์กรบริหารส่วนตำบลจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม และใช้เครือข่ายสาธารณะสุขชุมชนลฐานสอดประสานร่วมกับการบริการชุมชน
- สวัสดิการและบริการครอบคลุมสู่ครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่อยู่ในฐานะตัวอยู่โอกาส เช่น ลดหย่อนภาษีแก่ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ
- ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ปลดลดภัยและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและการออกแบบใหม่เพื่อการบังคับใช้ ได้แก่
 - การจัดทางเท้าที่เหมาะสม
 - การจัดบริการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้
 - การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ที่ทุพพลภาพเข้าใช้ได้
 - การกำหนดมาตรฐานการออกแบบและก่อสร้างที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

12. รายงาน “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน” โดย นภาร พ ชโยวอรณ⁽¹⁸⁾

รายงานนี้เป็นการประมวลข้อมูลการศึกษาระดับชาติด้านสังคม เพื่อนำเสนอด้านประชุมวิชาการ โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- บ้านดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) อาจต้องมีมากขึ้น แต่รัฐไม่ควรเข้ามาแบ่งภาระทั้งหมด แต่ควรสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทภายใต้การควบคุมมาตรฐานการบริการ
- สงเสริมการสร้างหลักประกันด้านรายได้ โดย
 - ขยายขอบข่ายของประกันสังคมให้ครอบคลุมผู้ที่ประกบอาชีพอิสระ-ส่วนตัวโดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม
 - ยกเว้นภาษีการออมของผู้สูงอายุ และการออมจากบุคคลอื่นเพื่อผู้สูงอายุ
 - มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การให้กู้ยืมเพื่อการลงทุนโดยไม่คิดดอกเบี้ย

13. รายงาน “ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข” โดย คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนา

สังคม วุฒิสภา⁽¹⁹⁾

รายงานนี้เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ของคณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา ที่จัดทำเผยแพร่ต่อสาธารณะ โดยทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุและจัดทำเป็นสรุปและข้อเสนอแนะ โดยเน้นก่อรุ่มเป้าหมายสำคัญคือผู้สูงอายุสตรี หญิงวัยชรา กลุ่มยากจน-เรื่่อน กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มผู้สูงอายุพิการ และมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการดังนี้

- ความมีระบบประกันรายได้ที่พอเพียงแก่ผู้สูงอายุ
- ควรจัดตั้งกองทุนสำหรับลูกจ้างที่เตรียมการสำหรับวัยสูงอายุ (ประกันชราภาพ)
- จัดการรักษาพยาบาลให้โดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุทุกคน
- สงเสริมการบริการ ได้แก่
 - การช่วยเหลือตามบ้าน
 - ศูนย์บริการกลางวัน
 - สถานพักรพัน
 - ศูนย์บริการทางสังคม
- ให้เงินช่วยเหลือชดเชยหรือลดหย่อนภาษีให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ
- จัดสร้างที่พักหรือบ้านให้ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุได้อยู่ในบริเวณเดียวกันหรือใกล้ชิดกัน
- สงเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำทั้งที่เป็นอาสาสมัครและที่เป็นการประกบอาชีพ
- สงเสริมการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

14. รายงาน “ผู้สูงอายุในประเทศไทย” โดย วารินี บุญยะลักษ์ และ ยุพิน วรลิโอมร⁽²⁰⁾

รายงานนี้เป็นการประเมินผลและสังเคราะห์รายงานและงานวิจัยต่างๆเพื่อตอบทวนนโยบาย
มาตรการของรัฐ และผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นทาง
ระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- สร้างเสริมการออมสำหรับวัยสูงอายุ
- สนับสนุนให้เอกชนจัดตั้งโครงการประกันยามชรา
- สร้างเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
- สนับสนุนโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานได้มากขึ้น

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

รายงานนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในประชากรสูงอายุจำนวน 90 คนจาก 6 หมู่บ้านโดย
เป็นหมู่บ้านที่เคยชนะการประกวดหมู่บ้านพัฒนาดีเด่นในปี พ.ศ. 2533 จำนวน 4 หมู่บ้าน และหมู่บ้าน
ที่มีฐานะยากจนและมีความพร้อมน้อยอีก 2 หมู่บ้าน (คัดเลือกผู้สูงอายุ 15 คนจากแต่ละหมู่บ้าน) วัดถูก
ประสิทธิภาพของการศึกษานี้ออกจากจะเพื่อทำการศึกษาสภาพความเป็นอยู่ ปัญหาและความ
ต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนการประเมินศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมในชุมชนแล้ว ยัง
ต้องการกำหนดแนวทางในการให้บริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาทาง
ระบบสวัสดิการและบริการ มีดังนี้

- สร้างเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
- ควรขยายการบริการลงไปในระดับหมู่บ้านและชุมชน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย
และการสนับสนุนและสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

16. รายงานการวิจัย “โครงการศึกษาวิจัยความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้ง
ศูนย์บริการจัดหางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” โดย อรพินทร์ บุนนาค⁽²²⁾

รายงานนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการการทำงานในผู้สูงอายุจำนวน 429 คนจาก
ชุมชนผู้สูงอายุของ 11 เขตในกรุงเทพมหานคร ผู้ที่ทำการศึกษาได้ให้ประเด็นทางระบบ สวัสดิการและ
บริการ ดังนี้

- สร้างเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
- รัฐควรสร้างหลักประกันในด้าน
 - สุขอนามัย
 - ความปลอดภัยในการทำงาน
 - ความมั่นคงในการทำงาน
 - รายได้ในกรณีติดงานหรือเกชีญ
- บริการอื่นๆที่รัฐพึงจัดให้ ได้แก่
 - ศูนย์จัดหางานให้กับผู้สูงอายุ
 - ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

- บริการข้อมูลข่าวสารให้เข้าถึงผู้สูงอายุโดยทั่วถึงกัน

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

การสัมมนาครั้งนี้มีขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย ในการสัมมนาได้มีการระดมสมองในกลุ่มย่อยในประเด็นต่างๆ และทำการรวบรวมขึ้นเป็นข้อเสนอแนะไว้ในรายงาน โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการดังนี้

- บริการส่งเสริมสุขภาพผ่านทางคลินิกผู้สูงอายุและหน่วยงานรัฐต่างๆ
- จัดให้มีการบริการถึงระดับบุคคลเพื่อการที่นั่นฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การเยี่ยมบ้าน
- จัดตั้งศูนย์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่นั่นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- เพิ่มและขยายสถานพัฟฟ์นสำหรับผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

18. รายงาน “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ” โดย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย⁽²⁴⁾

รายงานนี้เป็นข้อเสนอเพิ่มเติมจากการประชุมสัมมนาในกระบวนการอนาคตศึกษาดังที่ปรากฏในรายงานของสหพันธ์และคณะ⁽¹⁾ โดยเป็นข้อเสนอที่มาจากการประชุมกลุ่มประชาคมผู้สูงอายุเพื่อหารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุปรารถนา และมีประเด็นดังนี้

- กองทุนผู้สูงอายุจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ แหล่งเงินทุนสำหรับจัดตั้งครัวได้มาจากกรุงเทพมหานครและภาคประชาชนสมทบกับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ครัวได้รับการคุ้มครองสิทธิ์ดังกล่าวโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการดูแลในชุมชนมากขึ้น โดยพัฒนาหรือสร้างความเข้มแข็งของสถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น สถานีอนามัย ให้บริการในเชิงรุกโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในการให้การบริการ
- บริการสุขภาพควรมีมาตรฐานเดียวกัน เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยคำนึงเงื่อนไขและข้อจำกัดในการรับบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการ ทั้งนี้สถานบริการของรัฐควรได้รับการปฏิรูปให้ชุมชน (และผู้สูงอายุ) เข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารระบบสุขภาพ
- รัฐควรสนับสนุนให้เกิดหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพตามความจำเป็นแก่ผู้สูงอายุทุกคน

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

บทความนี้เป็นการเสนอแนวคิดการให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนี้

- หลักการบริการที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพร้อมที่จะช่วยตนเอง (self care) การช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว และการดูแลภายในชุมชน
 - การบริการในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่
 - ศูนย์ดูแลยามกลางวัน
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - ระบบอาสาสมัคร
 - ชุมชนผู้สูงอายุ
 - การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขควรจะจัดให้มี
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - สถานพักรพิน (nursing home)
 - สถานที่พักคนชรา (home for the elderly)
 - รัฐควรจัดให้โรงเรียนมีการศึกษาเรื่องของวัยและวงจรชีวิตตั้งแต่ในระยะต้นของชีวิต และควรจัดให้มีการศึกษาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการแก่ผู้สูงอายุ
 - ควรจัดให้สวัสดิการลดหย่อนค่าโดยสาร และจัดให้ขันส่งมวลชนและสถานที่สาธารณูปโภค อำนวยความสะดวกต่อการใช้แก่ผู้สูงอายุและมีความปลอดภัย เช่น ห้องน้ำ ทางเดิน ทางรถเข็น
 - รัฐควรเอื้อให้มีการออมเงินเพื่อวัยสูงอายุ เช่น หากฝากเงินในธนาคารโดยไม่ถอนออก ก่อนอายุ 50 ปีจะไม่ต้องเสียภาษีด้วย

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

บทในตำราหลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ให้ประเด็นทางระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

- สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์สำคัญของระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นรายต่อของการพักนิเวศห่วงผู้รับบริการกับการบริการปฐมภูมิซึ่งจะต้องเข้าถึงชุมชน และทำให้การบริการเข้าถึงประชุมบ้าน ทั้งนี้จะอาศัยทั้งเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ (informal network) ภายในชุมชน เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เป็นต้น และเครือข่ายที่เป็นทางการ (formal network) เช่น บุคลากรเยี่ยมบ้าน พยาบาลชุมชน บุคลากรทางสายสัมภាន แพทย์ ตำรวจ เป็นต้น ในการนำส่งผู้สูงอายุที่ต้องการการบริการเข้าสู่ระบบบริการของประเทศไทยทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม
 - การบริการในชุมชนจะต้องมีลักษณะบูรณาการ มีการประสานงานระหว่างการบริการสุขภาพและสังคม โดยอาจประกอบไปด้วย
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - บริการดูแลกลางวัน
 - การพยาบาลที่บ้าน
 - บริการแนะนำล้านปีสภาวะ

- การพื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและในชุมชน
- บริการดูแลบ้าน
- บริการอาหาร
- บริการให้คำปรึกษาและจัดการด้านสังคม
- บริการให้ความรู้และการสื่อข่าวสาร
- การบริการในสถานพยาบาลจากประกอบไปด้วย
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - บริการโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital service)
 - บริการพักชั่วคราว (respite care)
 - บริการบ้านพักชุมชน
 - บริการบ้านพักพิงและสถานสงเคราะห์
 - สถานพยาบาลเฉียบพลัน
 - สถานพยาบาลเรื้อรัง

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

บทความนี้ให้ความเห็นและประดิษฐ์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต เน้นบทบาทและรูปแบบระบบบริการโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ และสอดคล้องกับทิศทางของระบบบริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

- ทิศทางการปฏิรูปการบริหารด้านสุขภาพจะสอดคล้องกับการกระจายอำนาจการปกครองและการบริหารแบบรวมศูนย์จะลดลง
- การบริการระดับปฐมภูมิเข้าสู่ในชุมชน โดยจะลงถึงในระดับตำบลที่มีสถานีอนามัยเป็นศูนย์กลาง และดำเนินการบริการที่ประสานกับชุมชนผ่านช่องทางสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งต้องการการพัฒนา “จุดแรกของการพบกัน” ระหว่างผู้ให้บริการและชุมชนให้สมถุกทิพมหากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
- การเสริมสร้างสถานีอนามัยให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมีความจำเป็น โดยเฉพาะด้านบุคลากร ที่ต้องมีความพร้อมทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ และมีความเป็นสหสาขาวิชา อย่างน้อยประกอบไปด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักสังคม สงเคราะห์ นอกจานั้นอาจต้องมีบุคลากรที่มาระบุการจัดจ้าง (พนักงานสุขภาพชุมชน) ร่วมกับอาสาสมัคร (อาสาสมัครสาธารณสุข) ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะการบริการชุมชน อันจะเชื่อให้เกิดทั้งจุดแรกของการพบกัน และการบริการถึงผู้รับบริการที่บ้านได้ดีขึ้น
- ระดับการบริหารจัดการด้านสุขภาพจะมีความกระชับและพื้นที่เขตเล็กลง จากระดับจังหวัด (สาธารณสุขจังหวัด) สู่ระดับอำเภอและเกิดเป็น “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (district health system) โดยตัวแทนชุมชนและองค์กรในพื้นที่จะมีส่วนในการกำหนดนโยบาย ติดตามประเมิน ตลอดจนให้การสนับสนุนทรัพยากร ทั้งนี้โรงพยาบาลชุมชนจะ

ทำหน้าที่เป็นระดับแรกของการส่งต่อจากการบริการในชุมชน และให้การสนับสนุนการบริการในชุมชนในด้านต่างๆ (รูปที่ 2)

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

บทในตำราผู้สูงอายุไทยได้ให้แนวคิดของสวัสดิการที่น่าจะพิจารณาดำเนินการเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังนี้

- หลักประกันรายได้ โดยจัดให้มี ประกันสังคมกรณีชราภาพ และ การยกเว้นภาษีเงินบ้าน眷แก่ข้าราชการบำนาญอายุ 70 ปีขึ้นไป
 - ลดหย่อนภาษีรายได้แก่บุตรหลานผู้ได้รับดูแลตามมาตรา
 - ลดหย่อนค่าโดยสารยานพาหนะ
 - ลดหย่อนอัตราค่าเข้าชมสถานที่ทัศนศึกษา

รายงานการวิจัยรุ่นแบบการบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน)

1. รายงานการศึกษาเชิงปฏิบัติการ “การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้ออ
เสนอแนะ” โดย ศุภชิชัย จิตะพันธ์กุล⁽²⁹⁾

รายงานนี้เป็นรายงานประสบการณ์ทางด้านกระบวนการบริการและผลการดำเนินงานของ
การให้บริการแบบบูรณาการ สนสาขาและเป็นองค์รวมแก่ผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดคลองเตย
(comprehensive community based care) โดยผู้ทำการศึกษาพบว่ารูปแบบที่ใช้มีประสิทธิผลและ
ความเหมาะสมสมกับชุมชนในเขตเมืองเป็นอย่างดี สำหรับในเขตชนบทอาจต้องมีการปรับรูปแบบให้
สอดคล้องกับสภาพทางกายภาพในพื้นที่เนื่องจากบ้านและชุมชนมีการกระจายตัวมากกว่าในเขตเมือง
ผู้ทำการศึกษาเห็นว่ารูปแบบการบริการนี้น่าจะใช้ได้สำหรับการบริการปฐมภูมิในชุมชนของสังคมไทย
ทั่วไป และยังสามารถให้การบริการแก่ประชากรกลุ่มอื่นๆไปพร้อมๆกันได้ รูปแบบการบริการมีข้อสรุปที่
สำคัญดังนี้

- ในการบริการได้ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ชุมชนเพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่และที่ศูนย์บริการขนาดเล็กในชุมชน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการงานและให้การสนับสนุนในการดูแลนักจากนั้นจะมีแพทย์และนักกายภาพบำบัดร่วมให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน
 - ประเภทการบริการและกิจกรรม ได้แก่
 - การพื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์บริการในชุมชน
 - การเยี่ยมบ้าน
 - การพื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน
 - การพยาบาลที่บ้าน
 - การรักษาและการให้คำปรึกษาทางการแพทย์
 - การบริการทางสังคมที่บ้านและการประสานงานเพื่อจัดการปัญหาด้านสังคม
 - การส่งเสริมสุขภาพทั้งที่บ้านและศูนย์

- ชุมชนผู้สูงอายุ
 - บริการดูแลกลางวัน
- โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนและคัดคัดลงรายแสดงในรูปที่ 3

လုပ်ငန်းများမှာ အမြန် ပေါ်လောက်နိုင်သူများ ၆ မှုပါန

ရပ်စွဲများ

ပြည်သူ့
ပြည်သူ့

။ မရမျှမျှ ပြန်လည် ပေါ်လောက်နိုင်သူများ ၆ မှုပါန



။ ရွှေအောင် ပေါ်လောက်နိုင်သူများ ၆ မှုပါန

။ ပြည်သူ့
ပြည်သူ့

။ ရွှေအောင် ပေါ်လောက်နိုင်သူများ ၆ မှုပါန

။ ရွှေအောင် ပေါ်လောက်နိုင်သူများ ၆ မှုပါန

။ ရွှေအောင် ပေါ်လောက်နိုင်သူများ ၆ မှုပါန

ရပ်စွဲများ

။ ပြည်သူ့
ပြည်သူ့

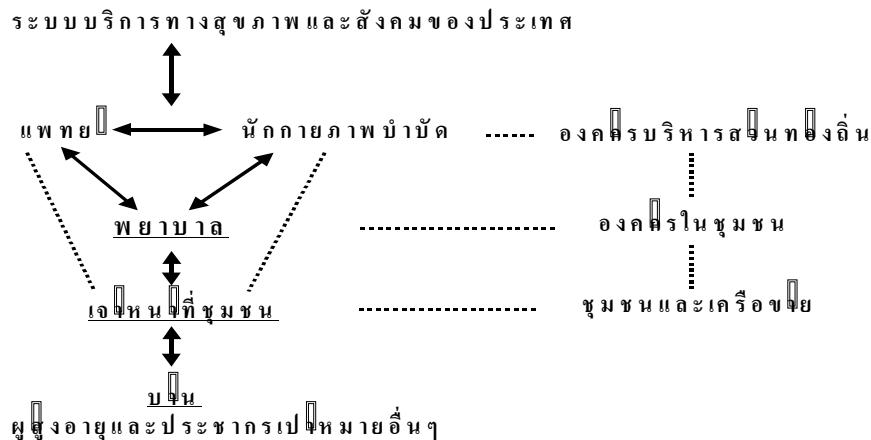
ရပ်စွဲများ

။ ပြည်သူ့
ပြည်သူ့

။ ချောင်းများ

။ ပြည်သူ့
ပြည်သူ့

**รูปที่ 3 โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน
แออัดคลองเตย⁽²⁹⁾**



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจากวารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแล้ว

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

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

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

เป็นรายงานการวิจัยถึงประสิทธิผลของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชากรในชุมชนแออัดคลองเตยจำนวน 178 คนที่มารับบริการในช่วงระยะเวลา 3 ปี และทำการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในเชิง cost minimization analysis โดยทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของการรับบริการในชุมชนกับค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนมีประสิทธิผลที่ดีมากและผลการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขพบว่าการบริการในชุมชนมีความคุ้มค่ามากกว่าบริการในโรงพยาบาลโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระดับรุนแรงน้อยลงรุนแรงปานกลาง ข้อ不足เกตคือในการศึกษานี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด

รักษาในชุมชนเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 51 และอายุเฉลี่ยของประชากรศึกษาเท่ากับ 64.2 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.1 ปี)

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตปกติหรือกำกับต่ำกว่าที่กำหนดให้ลดลงเป็นระดับความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการศึกษาในประชากรสูงอายุจำนวน 64 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือกำกับต่ำกว่าที่กำหนดให้ลดลงเป็นระดับความดันโลหิตสูง 12 สัปดาห์ และมีกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุจำนวน 63 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือกำกับต่ำกว่าที่กำหนดให้ลดลงเป็นระดับความดันโลหิตสูง 12 สัปดาห์ และมีกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตและชีพจรลดต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามประชากรศึกษานี้ขาดเล็กและระยะเวลาในการศึกษาสั้น นอกจากนั้นการศึกษานี้ประเมินผลทราบว่าประชากรกลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือเป็นกลุ่มควบคุม (not-blind control trial) ยังจะทำให้เกิดอคติในการประเมินได้ โดยเฉพาะการวัดระดับความดันโลหิต

5. รายงานการศึกษา “โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน” โดย จิวพร เกตุบุรีชาสวัสดิ์ และคณะ⁽³³⁾

รายงานนี้เป็นการศึกษาการบริการชุมชนแก่ผู้สูงอายุจำนวน 91 รายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลราชวิถี เป็นเวลา 1 ปี 9 เดือนโดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อลดจำนวนครั้งของการมาวิ่งทางการรักษาด้วยปัญหาการเจ็บป่วยฉับพลัน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี และเพิ่มอัตราความต่อเนื่องของการรักษาโดยเรื้อรังตามกำหนดนัด อัตราความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และอัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการบริการชุมชนดำเนินการโดยเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาสมรรถภาพ คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการให้การส่งเคราะห์ด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลการดำเนินการพบว่าผู้รับบริการมีอัตราการใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีด้วยปัญหาเจ็บป่วยฉับพลันลดลงร้อยละ 62 ติดตามรับการรักษาโดยเรื้อรังตามกำหนดนัดอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 รับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 คณะทำการศึกษาสรุปว่าการบริการชุมชนดังกล่าวได้สัมฤทธิผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้การแปลงสุรุปผลต้องมีความระมัดระวัง นอกจากนั้นผู้ให้บริการเป็นผู้ทำการประเมินผลเองอันจะทำให้เกิดอคติได้

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

รายงานนี้เป็นผลงานวิจัยถึงประสิทธิภาพของกระบวนการบริการสหสาขาแก่ผู้ป่วยหญิงจำนวน 199 คนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยหญิงในอีกหอผู้ป่วยหนึ่งจำนวน 218 คน และใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในอดีตของหอผู้ป่วยหญิงทั้งสองที่มารับ

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

7. รายงานการศึกษาเชิงปฏิบัติการ “เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้เจ้าและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์” บรรณาธิการโดย พงษ์พิสุทธิ์ จงอดมสุข และ ทศนีร์ สรุกจิโนกล (35)

รายงานนี้ เป็นหนังสือที่ร่วมรวมประ淑การณ์ของการดำเนินการการบริการปฐมภูมิ (ไม่ได้เป็นการบริการเฉพาะแก่ผู้สูงอายุ) ในรูปแบบต่างๆ กันของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา, โรงพยาบาลรัตน์ จังหวัดสงขลา, โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการดำเนินการมีความหลากหลายดังต่อไปนี้

- การดำเนินการเพิ่มศักยภาพของสถานีอนามัย (โรงพยาบาลล้ำน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น)
 - การบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลร่วมกับการจัดให้พยาบาลร่วมในการตรวจวินิจฉัยและรักษาขั้นต้นในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลลปง จังหวัดพะเยา)
 - การบริการชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยพยาบาล ทั้งนี้จัดตั้งในลักษณะคลินิกชุมชนร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่และที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล (โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา)
 - การเยี่ยมบ้านและการเพิ่มศักยภาพสถานีอนามัย (โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา)
 - การดำเนินการเป็นศูนย์บริการในชุมชนโดยมีพื้นที่รับผิดชอบ และให้บริการทั้งที่ศูนย์ และการเยี่ยม เป็นการให้บริการโดยกลุ่มงานที่มีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลักทั้งในด้านการรักษาและการพยาบาล (ศูนย์แพทย์ชุมชนป่าบ่อเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา)

ข้อสังเกตสำคัญคือผลการดำเนินการในโครงการเหล่านี้ไม่ได้รับการประเมินชัดเจน แต่อยู่ในรูปของประสบการณ์ร่วมกับการรวมอุปสรรคเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาต่อไป ทำให้เป็นการยกที่จะสรุปว่ารูปแบบการบริการใดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และทำให้การเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเหล่านี้จึงเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงปฏิบัติการเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ทิศทางของการพัฒนาการบริการปฐมภูมิกำลังเคลื่อนไปสู่สถานีอนามัยและชุมชนมากขึ้น และผู้ที่จะทำหน้าที่หลักในการดำเนินการคือพยาบาล

ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

เมื่อพิจารณาโดยเปรียบเทียบรูปแบบสวัสดิการและการบริการ (ไม่รวมมาตรการอื่นๆที่ไม่สัมพันธ์โดยชัดเจนกับระบบสวัสดิการและการบริการ) ระหว่างรายงานทั้ง 33 รายงานกับที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544”⁽³⁶⁾ และ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวยา (พ.ศ.2535-2554)”⁽³⁷⁾ จะพบว่ามีความครอบคลุมแตกต่างกันมาก (ตารางที่ 1 และ 2) โดยพบว่ารายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า⁽¹⁾” ซึ่งมีกระบวนการศึกษาที่รัดกุมให้โครงสร้างระบบสวัสดิการและการบริการที่ชัดเจนและครอบคลุมมากที่สุด ในขณะที่แผนระยะยาวยาสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 มีความครอบคลุมน้อยที่สุด

การพัฒนาสวัสดิการและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีทิศทางมุ่งสู่ชุมชน^(14,38,39) เช่นเดียวกับระบบบริการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องเข้าสู่ชุมชนและเข้าถึงประตูบ้านให้ได้มากที่สุด^(1,15,27,35,40) บทบาทของชุมชนและการดูแลแบบไม่เป็นทางการจะต้องเพิ่มขึ้นพร้อมๆกับสร้างความเข้มแข็งของระบบสวัสดิการและบริการที่เป็นทางการเพื่อให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการให้การดูแลไม่เป็นทางการที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการดูแลตนเองและการให้ความช่วยเหลือต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในวัยเยาว์มีความจำเป็นเพื่อการเตรียมตัวทั้งที่จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และการปรับวิธีชีวิตให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ

ประเด็นสำคัญจากการรวมและเปรียบเทียบระบบสวัสดิการและบริการในตารางที่ 1 และ 2 ตลอดจนข้อมูลต่างๆและสถานการณ์ด้านระบบการบริการและการปักครองในปัจจุบัน มีดังนี้

1. สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเนื้อแท้แล้วเป็นการสร้าง “หลักประกันในวัยสูงอายุ” หากพิจารณาเพียงด้านความเชื่อว่าเป็นประเด็นด้านประชากรสูงอายุและผู้ได้รับผลกระทบโดยชน์สำคัญคือผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริงแล้ว การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม เนื่องจากประชากรเกือบทั้งหมดของสังคมจะต้องผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุและวัยชรา⁽¹⁾ และทุกคนมีภาระที่จะให้เกิดความมั่นใจว่าเมื่อตนได้ผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุและวัยชรา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพตามสมควร การสร้างหลักประกันที่สำคัญที่สุดที่มีมาแต่เดิมและยังคงใช้กันอยู่คือการสร้างหลักประกันผ่านลูกหลาน⁽⁴¹⁾ แต่ในขณะนี้ของความเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวมากขึ้นภายใต้สถานการณ์เช่นในปัจจุบัน และไม่สามารถเป็นเพียงกลไกเดียวในการสร้างหลักประกันที่เพียงพอในปัจจุบันและอนาคต (ผู้สูงอายุในขณะนี้ได้ผ่านกระบวนการสร้างหลักประกันผ่านลูกหลานมาตั้งแต่ในอดีต และถึงแม้ส่วนใหญ่จะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ตามสมควรแต่เมื่อผู้สูงอายุร้อยละ 13 ที่อยู่ในสถานะยากจน⁽⁴²⁾ และประมาณว่าชาวร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุล้มเหลวในการสร้างหลักประกันและประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตอย่างมาก ซึ่งครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ใช้บริการสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในปัจจุบัน⁽⁹⁾)

รัฐเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการสร้างหลักประกัน โดยกลไกของการสร้างหลักประกันจะต้องมีรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างระบบสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้จัดให้หรือกำหนดให้เกิดขึ้น ร่วมกับ กลไกทางภาคประชาชน (ชุมชนและบุคคล) และเอกชน ทั้งนี้รัฐและชุมชนจะต้องเป็นผู้ให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือด้อยโอกาสหรือไม่สามารถมีหลักประกันที่พอเพียงต่อ

การดำเนินชีวิตรอย่างมีคุณภาพตามสมควรในชุมชน ร่วมกับการจัดและให้สวัสดิการเพื่อสนับสนุน การสร้างหลักประกันในด้านต่างๆ ในเชิงการตรวจเรียนและป้องกันตั้งแต่วัยต้นของชีวิต ในขณะที่ เอกชนเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่มีกำลังและโอกาสในการเลือก

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

- สวัสดิการเพื่อการสร้างหลักประกันด้านรายได้ในวัยสูงอายุ ประกอบไปด้วย
 - ระบบประกันชราภาพ/ประกันสังคม ซึ่งรัฐเป็นผู้ดำเนินการให้มีการจัดตั้งขึ้นและ สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าใช้ได้อย่างเพียงพอให้ได้มากที่สุด โดยมีระบบ ประกันภาคเอกชนเป็นระบบเสริม
 - การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมและรัฐให้การ สนับสนุน ทั้งนี้ชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน
 - ภาครองมตั้งแต่ในวัยต้น โดยรัฐควรดำเนินการให้เกิดแรงจูงใจในการออม เช่น การ ลดหรือยกเว้นภาษีสำหรับการออมเพื่อใช้ในวัยสูงอายุ
 - การส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานมีรายได้ ไม่ว่าจะเป็นการรวมกลุ่มเพื่อ ประกอบอาชีพอิสระ และการส่งเสริมโอกาสในการรับการจ้างงานทั้งที่เป็นงานเต็ม เวลาและงานบางเวลา เช่น การลดหย่อนภาษีแก่นายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุทำงาน การ ส่งเสริมทักษะความรู้ในการทำงาน เป็นต้น
- สวัสดิการเพื่อการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุทุกคน^(4,43) ไม่ ว่าจะเป็นด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ
- สวัสดิการเพื่อการสร้างหลักประกันด้านผู้ดูแล ได้แก่
 - สวัสดิการบริการโดยเฉพาะในชุมชนที่เกือบหนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ต่อเนื่องและมีคุณภาพ
 - การลดหย่อนภาษีแก่ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ
 - ภาครบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล
- สวัสดิการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร ได้แก่
 - สวัสดิการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม (เช่น การหุ้ยมีไม่ ดอกเบี้ย)
 - สวัสดิการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้
 - สวัสดิการที่พักพิงและบริการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
 - การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (เช่น ทางเดิน ถนน สวนสาธารณะ ศูนย์) และ การออกแบบหมายกำหนดให้มีสถานอาชารเอื้อต่อการเข้าใช้ของผู้สูงอายุ
 - การจัดระบบขนส่งมวลชนและการขนส่งชนิดต่างๆ ให้เอื้อต่อการใช้

- สวัสดิการลดหย่อนค่าโดยสาร
- สวัสดิการด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการให้คำปรึกษาในด้านต่างๆ

3. ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตเน้นที่ **การขยายการบริการระดับปฐมภูมิเข้าสู่ชุมชน (บริการชุมชน)** โดยมีระบบบริการของประเทศไทยรับ และเน้นให้ชุมชนและองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ ทั้งนี้ระบบสวัสดิการและบริการมีจุดมุ่งหมายหลัก “เพื่อสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลให้นานที่สุด” รูปแบบบริการในชุมชนต้องมีลักษณะบูรณาการและเพื่อเข้าถึงผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนให้มากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส โดยบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู และเป็นสหสาขา วิชาทั้งด้านสุขภาพและสังคม ทั้งนี้ชุมชนและองค์กรในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบบริการทั้งที่เป็นทางการ (formal care) ซึ่งรัฐหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้บริการ และที่ไม่เป็นทางการ (informal care) ที่เกิดจากชุมชนและเครือข่ายต่างๆ (รวมทั้งชุมชนผู้สูงอายุ) การบริการที่ไม่เป็นทางการเป็นกลไกสำคัญในการทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน การนำส่งผู้ที่ต้องการการบริการและสวัสดิการ และการเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการต่างๆ ที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือรัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยเฉพาะการร่วมเป็นอาสาสมัครดังที่เป็นอยู่ในระบบสาธารณสุขมูลฐาน⁽⁴⁰⁾

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

การบริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคตประกอบด้วย

- บริการเยี่ยมบ้าน
- บริการดูแลที่บ้านและบริการทางสังคมที่บ้าน
- บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งการส่งเสริมป้องกัน การพยาบาล การรักษาทางการแพทย์ ขั้นต้น และการฟื้นฟู
- บริการด้านสังคมในชุมชน เช่น บริการด้านการเงิน ศูนย์ดูแลกลางวัน-ศูนย์เอนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุ
- บริการด้านสุขภาพในชุมชน เช่น บริการส่งเสริม-ป้องกัน บริการการรักษาพยาบาล และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนผ่านศูนย์บริการ (เช่น สถานีอนามัย)
- บริการหน่วยสุขภาพ-สังคมเคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล

การบริการในสถานบริการทั้งทางสุขภาพและสังคมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เกิดปัญหาจับพลันหรือเร่งด่วน หรือที่ไม่สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอทั้งที่ได้รับการบริการชุมชน ดังนี้

- สถานบริการเฉียบพลัน เช่น บ้านพักชุมชน หรือผู้ป่วยสูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ มีคุณประโยชน์และความจำเป็นในระบบการบริการแก่ผู้สูงอายุ
- สถานบริการเรื้อรังหรือระยะยาว เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานบริการสุขภาพระยะยาว มีความจำเป็นเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อีกต่อไป มีคุณภาพแต่จะต้องจำกัดปริมาณสถานบริการเหล่านี้โดยมีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น กลวิธีในการรับผู้สูงอายุเข้าในสถานบริการเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้เกิดการรับเข้าเกินความจำเป็นสามารถอาศัยกระบวนการ “การประเมินผู้สูงอายุ” (geriatric assessment)⁽⁴⁴⁾
- สำหรับการบริการภาคเอกชนเป็นระบบเสริมสำหรับผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อและมีโอกาสเลือก โดยรู้สึกว่าให้การสนับสนุนสถานบริการเรื้อรัง-ระยะยาวของภาคเอกชน เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของภาครัฐ

4. โครงสร้างการบริหารจัดการของระบบบริการจำเป็นจะต้องสอดคล้องกับทิศทางการปักครองของประเทศไทย ในขณะเดียวกันจะต้องมีความเหมาะสมในด้านเทคนิคและข้อจำกัดของประเทศไทย บริการ

- ทิศทางการปักครองของประเทศไทยมีลักษณะของการกระจายอำนาจ (decentralization) ไปยังองค์กรท้องถิ่นมากขึ้นโดยเฉพาะในระดับตำบล (องค์การบริหารส่วนตำบล) ในขณะเดียวกันมีการมอบอำนาจ (deconcentration) จากส่วนกลางไปยังหน่วยงานราชการในท้องถิ่นเพิ่มขึ้น เช่น กัน ทำให้ชัดเจนว่าระดับหน่วยการบริการที่เล็กสุดจะต้องอยู่ในระดับตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม
- การบริการด้านสังคมมีความซับซ้อนน้อยและไม่ต้องการเทคโนโลยีที่สูงหรือความชำนาญเฉพาะชีวิต่างจากบริการทางสุขภาพ อีกทั้งการกำหนดงบประมาณด้านบริการสังคมทำได้ง่ายและใช้ไม่มาก ในขณะที่การบริการทางด้านสุขภาพมีความยากลำบากในการกำหนดงบประมาณ ทำให้การบริการทางสังคมสามารถกระจายให้ชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้ารับผิดชอบและจัดการภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐและระบบบริการสังคมในระดับภูมิภาคและประเทศซึ่งรัฐเป็นผู้บริหารจัดการ
- เนื่องจากการบริการด้านสุขภาพต้องการความชำนาญเฉพาะ มีความซับซ้อนทางด้านเทคโนโลยี และลำบากในการกำหนดงบประมาณซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดการใช้จ่ายโดยไม่มีประสิทธิภาพได้สูง ทำให้กลไกในระดับชุมชนและองค์กรบริหารส่วนตำบลไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบในการจัดการระบบบริการที่มีลักษณะบูรณาการและ伸缩自如ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาและประเมินสถานะและบทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบล สนับสนุนชัดเจนว่าการโอนงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สถานอนามัย หรือกิจกรรมด้านการจัดบริการในชุมชนให้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบลยังไม่เหมาะสม⁽⁴⁵⁾ โครงสร้างการบริการด้านสุขภาพยังคงควรที่จะอยู่ภายใต้การจัดการของภาครัฐซึ่งจะต้องมีการพัฒนาให้เกิดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (district health system)^(27,46) ที่

มีรูปแบบของการขยายการบริการปฐมภูมิเข้าสู่ชุมชนโดยการผ่านสถานีอนามัยซึ่งต้องมีการพัฒนาและเสริมศักยภาพ (สถานีอนามัยอยู่ภายใต้การบริหารของสาธารณสุข อำเภอกรุงเทพมหานครไทยและรับการนิเทศงานจากกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁷⁾) หรือผ่านโครงสร้างรูปแบบอื่น โดยชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น และแผนงานผ่านกระบวนการบริหารของระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (คณะกรรมการสาธารณสุขระดับอำเภอ) และเข้าร่วมในการสนับสนุนงบประมาณโดยเฉพาะในระดับการบริการชุมชน ที่สำคัญอย่างยิ่งการเข้าร่วมของชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ยังเป็นช่องทางให้เกิดการประสานงานระหว่างการบริการด้านสุขภาพกับการบริการด้านสังคมที่ชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบ (การบริการด้านสังคมในระดับภูมิภาคและประเทศของรัฐควรสอดคล้องเข้ากับระบบสาธารณสุขระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการประสานงานกัน) และเป็นการทำให้สาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการไม่เป็นทางการของชุมชนร่วมดำเนินการกับระบบการบริการที่เป็นทางการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(27,45)

- บุคลากรหลักที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนคือ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะในการให้บริการระดับชุมชน (จัดจ้างจากบุคลากรในท้องถิ่นหรือตามเกณฑ์กำหนด) ร่วมกับอาสาสมัครในชุมชน โดยมีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดในด้านการแพทย์และการพื้นฟูสมรรถภาพ (กายภาพบำบัด-อาชีวบำบัด) และสังคมสงเคราะห์ (รวมมีนักสังคมสงเคราะห์ระดับอำเภอที่ประสานการทำงานกับทางด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด) นอกจากนั้นควรประสานการปฏิบัติงานในชุมชนกับอาสาสมัครและบุคลากรทางด้านสังคมที่อยู่ภายใต้การดำเนินการขององค์กรท้องถิ่น^(27,29,45)
- ระบบบริการระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุขึ้นต้นเป็นลักษณะด้านแบบของระบบบริการของประเทศในอนาคต โดยจะให้บริการสำหรับประชาชนทุกคนในชุมชน งานผู้สูงอายุจะเป็นเพียงงานหนึ่งของระบบบริการชุมชน

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลที่จะเกิดขึ้นต่อรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต⁽⁵⁰⁻⁵³⁾

ตามที่นิยามของรัฐบาลที่ได้มีการดำเนินการให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2544 เป็นต้นมา จะส่งผลอย่างสูงทั้งต่อสิทธิที่ประชาชนจะได้รับ การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และต่อรูปแบบระบบการบริการในอนาคต โดยมีสาระสำคัญของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดังนี้

สิทธิที่ประชาชนจะได้รับ

ประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกัน โดยในปัจจุบันจะได้รับการครอบคลุมโดย
และปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกระดับ โดยสาระส่วนที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโควิด
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โคงเดคส์) การล้างไตโดยการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และจำกัดจำนวนเงินที่ให้
สำหรับการรักษาในโคงที่รุนแรงบางอย่าง อาทิ โคงมะเร็ง เป็นต้น สำหรับในอนาคต มีความเป็นไปได้ที่จะมีระบบ
ประกันเสริมสำหรับผู้ที่ประสงค์จะต้องการครอบคลุมโคงที่รุนแรงหรือระดับการรักษาที่ถูกจำกัดໄว้

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

การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพ

เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะใช้กระบวนการการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนโดย
รัฐหรือองค์กรกลางที่จัดตั้งขึ้นให้แก่หน่วยบริการต่างๆ ในรูปแบบใหม่ โดยจะจ่ายในลักษณะต่อหัวประชากร
(Capitation) ขันแต่ก่อต่างจากที่เคยจ่ายตามการตั้งงบประมาณของผู้ให้บริการ จะทำให้การกระจายทรัพยากร
ด้านการเงินมีความเป็นธรรมมากขึ้น ไม่เกิดการกระจายตัวของงบประมาณในเขตเมืองหรือเขตที่พัฒนาแล้ว
ดังเช่นในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงระบบการจ่ายนี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการกระจายของหน่วยบริการและ
บุคลากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลหรือสถานบริการมากและมีทรัพยากรบุคคลมากจะต้องมี
การลดลง ในขณะที่จะไปเพิ่มขึ้นในพื้นที่ที่มีอยู่น้อย การปรับโครงสร้างที่จะเกิดขึ้นนี้จะเป็นผลดีต่อ “การเข้าถึง
(Accessibility)” ของประชาชนทั่วไปรวมทั้งผู้สูงอายุ

รูปแบบระบบการบริการ

ไม่ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการจัดโครงสร้างรวมเป็นอย่างไรก็ตาม แต่จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
จะก่อให้เกิดการจัดตั้งการบริการชุมชนและการบริการที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นประโยชน์ต่อ
ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีความหลากหลาย ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและพิพพา และผู้ที่โครเรื้อรัง นอกจากนี้
ยังจะนำไปสู่การปรับรูปแบบการบริการในสถานบริการที่จะเอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในอนาคตมากยิ่ง
ขึ้น เช่น การจัดคลินิกผู้สูงอายุ การจัดเตียงเฉพาะหรือห้องผู้ป่วยสูงอายุเป็นการเฉพาะ และการให้การบริการ
สุขภาพในปัญหาเฉพาะบางประการ เช่น ปัญหาการหลั่น ปัญหาการหลั่นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น

ดังนั้นโดยภาพรวม ประชาชนสูงอายุโดยทั่วไปจะได้รับประโยชน์จากการประยุกต์ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะยาว และระบบนี้จะเอื้อให้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีการพัฒนาเร็วขึ้น
อย่างไรก็ตามในระยะ 10 ปีข้างหน้ายังคงเป็นระยะที่มีความสับสนพอมัวกันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยน
โครงสร้างระบบบริการและการเคลื่อนย้ายทรัพยากร ผู้สูงอายุจึงอาจยังไม่ได้ประโยชน์เต็มที่ในระยะดังกล่าวนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสิ่งที่ไม่รวมอยู่ในรายงานทางศึกษา “ກາພັນກັບພົມໂຄງການປະກາດສູງອາຍຸແລະວະບັບສັກສົດຕົກກາດແລະປົກກາງໃນທັງກວຽດນາ⁽¹⁾” กับที่ส่วนອນໄນ້ “ມາຮາຍການອິນໄນ້” ແລະທີປ່າຍກົງ
ໃນ “ແນວວະຍະວາສໍາຫວັນຜູ້ສູງອາຍຸແຫ່ງຫາຕີ ພ.ສ.2525-2544”⁽³⁶⁾ ແລະ “ສາວະສຳຄັ້ງອາຍຸຮະບອບຍາວ (ພ.ສ.2535-2554)”⁽³⁷⁾

ສ່ວັນຕິກາຕີ	ປະການໃນ	ຮາຍງານອື່ນໆທີ່ເສັນອອ	ແຜນຮະຍະຍາວສໍາຫວັນ	ສາຮະສຳຄັ້ງອາຍຸໂຄງກາຍແລະ
ຄວາມມັນຄອງທາງຮາຍຸດ໌	✓	7,11,12,13,14,16,18,19,20,22,24,25,28	✓	✓
• ຈົນປາກປະກັນຫຼັງຈາກພາພ	✓	11,12,13,16,18,19,20,28		✓
• ກອງກຳນົ້ວຍອາຍຸທີ່ມີກາຍຢັດ (ມີໂທອົກທຸນໃນຫຼຸ່ມໝັ້ນ)	✓			
• ກອງກຳນົ້ວຍອາຍຸໃນຫຼຸ່ມໝັ້ນ	✓	14,24		✓
• ສົນຕົກລະຫຼຸດສູງອາຍຸກໍາໄຂ		5,7,8,9,13		
• ເພີ່ມອົກສາກວ່າຈ້າງການ ເຖິ່ມ ສົນຕົວມາຈົ່າກ່າຍົກ ດັດໜ່ອນານັ້ນແກ່ ນາຍຸຈຸ່ງ ສົນຕົວມາກວ່າທັງໝົດແລະບາງເດລາ	✓	7,19,20,22	✓	
• ສົນຕົວມາກວ່າທັງໝົດອາພ ເຖິ່ມ ລົດໝ່ອນານັ້ນເພີ່ມຝັກ	✓	18,20,25		
• ຍາກເຊີ່ນການຢືນຢັນການຢືນຢັນຂ່າຍກາງຂໍ້ມູນທີ່ອາຍຸ 70 ເຊື້ອນໆ		28		
ສົນຕົວມາກວ່າແລ້ວຂ່າຍກາງຂໍ້ມູນໃນກາດແລ້ວສູງອາຍຸ				
• ລົດໝ່ອນານັ້ນການຢືນຢັນຜູ້ແດລ	✓	5,11,13,14,16,17,19,21,22,28	✓	✓
• ອາປຮົມຜູ້ອຸປະນະ-ອາສາສົ່ມຕົວສູ່ໂດລ	✓	5,13,16,19		
• ໄຮັບປຸງຮະບັບມາຮ່ວຍກົດ້າໃໝ່ດັກ ໄຮັບແລະຮ່ວຍຮັບຜິດອອບ-ສ້າງຕົກຕົ່ມ	✓	16		✓
• ສົນຕົວມາກວ່າທັງໝົດສົ່ງຕົວທີ່ມີສົ່ງຕົວໃນກາຈັດ ສົວສົດຕົກ	✓	13,16,25		
		11,13		

អត់កបក្រោះកំណងផ្សាយរាជាណនយោបាយ

3,4,19,22,24,28

34,19,22,24,28

● ຄ້ອນສາມາຮາດຕໍ່ຮັງຮັກໃນສັງຄົມໄຫຼດການສົມຈັກ	✓	✓	✓	✓
● ດັດກາຕາໂຫຼດກາຮອງມະບານໃໝ່ສົກລະນະ	✓	✓	✓	✓
● ຈົດກາຮອນສັງສາກວາມສະໜັບໄຫ້ທີ່ກັບກົມາເຊື້ອ	✓	✓	✓	✓
● ຈົດສື່ສຳວັນຍົດຕວາມສະໜັບໄຫ້ທີ່ສົກລະນະ ເຊັ່ນ ດັນ ທານທີ່ມີການ	✓	✓	✓	✓
ທົກສອງຫຼາ ໄກນັດນີ້				
● ຈົດໃໝ່ສົກລະນະກວດມະແລະສົນນັກພາ	✓	✓	✓	✓
● ຕວາດຸມກາຕາສິນຕ້າວິນົມ-ຖຸນົມ	✓	✓	✓	✓
● ສົງເລີວມືແລະສົນນິ້ນໃໝ່ຜູ້ສົງຄູ່ອາຫຍາລະສົງແກ່ຕໍ່ອົມທີ່ສົດຕາກ ແລະຂະໜາດຕົວຢ່າງ ເຖິງ ເສີມດູດອານີ້ຢ່າງ	✓	✓	✓	✓
● ເຊື້ອງທີ່ຫຼັກໜູ້ອຸ່ນຄ່າງວາສາງ	✓	✓	✓	✓
● ຈົດກາຮັກກວາມສົດຍືນດີສຳຫັ້ນສູງຍາຍ	✓	✓	✓	✓
● ລົດຍ່ອນຂອງຕາຫຼາຍ້າມສົດຍືນດີສຳຫັ້ນສູງຍາຍ	✓	✓	✓	✓
ອຳນັດ				
● ສົກສົດຕັກຮັກໃໝ່ພົມພັກກວດທັງໝົດໄດ້ມີຄອກແຍ້	✓	✓	✓	✓
● ນັສກໄວເຊີ້ນກົມາຈົດຕາ				

ตราสารที่ 2 เปรียบเทียบบริการในร้านอาหารศรีกษัตริยา “ກາພັກເປັນຍາໂຄງປະກາສູງອາຍຸແຄວະບັບສັກສົກກາງແລະປົກກາງໃນທັກກວາຍຫຼາຍນໍາ”⁽¹⁾ กັບທີ່ສັນຄອນນຳໃນກາຍາຍາຍຸນໍາ ແລະທີ່ປ່າກົງ
ໃນ “ແນວວະຍະຍາກສໍາຫັນຜູ້ສູງອາຍຸແຫ່ງຫຼາດ ພ.ສ.2525-2544”⁽³⁶⁾ ແລະ “ສາວະສຳຄົມຫຼາຍອາຍຸກະຍະຍາວ (ພ.ສ.2535-2554)”⁽³⁷⁾

บริการ	ອໝົນ	ຮາຍານອື່ນໆທີ່ເສັນອ	ແຜນຮະຢະຍາກສໍາຫັນຜູ້ສູງອາຍຸ	ສາວະສຳຄົມຫອນໂຍປາຍແລະ ສູງອາຍຸແຫ່ງຫຼາດ	ມາຕຮາກສໍາຫັນຜູ້ສູງອາຍຸ
ອົກສາຮ້ອງ ອົກທີ່ 1			ພ.ສ.2525-2544	ຮະຍະຍາວ (ພ.ສ.2535-2554)	
ການບັນຍາປະລຸງມິແນບນູ້ຮັນນາກາຮ-ສະຫ້າງໃນຫຼຸມໜານ					
● ບັນຍາດ້ານກາງເຈີນແນກຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ຢາກໄຊ	✓	4,5,7,8,9,11,15,16,17,18,21,24,26,27, 29,30,33			5,7,8,9,13
● ບັນຍານັບຄົກວ້າໃຫ້ໜຸ້ມ້ານ ເກົ່ານ ອາປັດ. ວັດ ມີສ່ວນເກົ່າວົມ	✓		4,5,11,13,16,20,25,27,29		
● ບັນຍາວິ່ນມິປານ (ທັກຕາສັດຄົມແລະຫຼັກກາພ)	✓		2,7,9,12,13,16,19,23,25,26,29,30,32, 33,35		
● ຜົນຍົດແສກລາງວັນ (day care center)	✓		7,9,16,19,22,25,26,29		
● ຜົນຍົດແສກພາກຄາງວັນ (day health center)			9		
● ບັນຍາດແລ້ນນານ-ຕູແລສັນຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ບໍ່ບໍ່ຫຼັກຮາ (respite care)	✓		9,14,16,26,29		
● ບັນຍາຫາຫາກ			19,26		
● ບັນຍາຮ່າຍສູງອາຍຸ-ສັກຄົມຄົລ່ອມທີ່ໃຫ້ໜໍ່ທ່ານກົດ	✓		2,16,17		
● ກາວພື້ນຖານອາກາພຳໃຫ້ໜຸ້ມ້ານ-ຫຼັບ	✓		5,8,9,18,23,26,29,31,33		
● ກາວພຍບາສ-ປົກກາວສູງອາຍຸທີ່ກຳນົດກຳນົດ	✓		2,4,5,7,8,9,11,18,21,23,24,26,29,30,31, 32,33,35		
● ສັນຕືມສັນປະລຸງນອບປັວແລະເອົ້າອາຍຸໄມ່ເປັນທາງການ (informal care) ໃນວາດແລະຜູ້ສູງອາຍຸ			7,9,11,12,14,19,21,22,24,25,26,27,29		

● บริการและน้ำยาสีฟัน	9,26
การบริการสถานบริการ	
● โรงพยาบาล-หอผู้ป่วยเชิงพยาบาล	✓ 7,9,11,12,13,16,18,19,23,25,26, 34
● คลินิกผู้ป่วยชายหาด	✓ 9,34
● สถานบริการสุขภาพเครื่องประดับยา / สถานพยาบาล	✓ 12,13,23,25,26
● สถานสุขภาพชั้นคลินิก	✓ 7,9,19,23,25,26
● บริการรับผิดชอบสูง (espite care)	✓ 7,9,13,16,18,25,26
● บริการรับผิดชอบสูง (day hospital)	✓ 26
บริการอื่นๆ	
● บาร์บีคิวและอาหารสัมภาระผู้เดินทาง	✓ 7,11,13
● บริการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ	✓ 7,11,13
● ศูนย์ผู้สูงอายุ-พัฒนาผู้สูงอายุในชุมชน	✓ 7,8,16,19,25,29
● (สงเคราะห์) บริการภาคเอกชน	✓ 12,13,18
● บริการฝึกอาชีพ-จัดหางาน	✓ 7,13,16,22
● บริการและสังคมที่เหมาะสม	✓ 5
● บริการชุมชนช่างสร้างบ้านผู้สูงอายุ	✓ 7,16,19,22,26
● ศูนย์และศูนย์การพัฒนาที่มีภารกิจส่วนกลาง	✓ 23
● ภาควิชาชุมชนโดยทั่วไปทางสถาบันสุขภาพชุมชน	5,9,11,26,27
● บริการแพทย์ทางเดินหายใจ	11

• บริการส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบฯ ให้สูงตามแนวทางส่งเสริมความพึงพอใจ	14
• เพิ่มศักยภาพของนักวิชาการให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพ	9,15,24,35
• บริการที่มีมาตรฐานคุณภาพ	16
• บริการให้คำปรึกษาตามภาระหมาย	16

ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อการพัฒนาระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่าในขณะที่แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 ครอบคลุมค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวย (พ.ศ.2535-2554)⁽³⁷⁾ และรายงานการศึกษาภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า⁽¹⁾ แต่ผลการดำเนินการตลอดระยะเวลา 18 ปี (จนถึงพ.ศ.2542) ยังไม่ครบถ้วนและยังขาดการดำเนินการตามแผนอีกหลายประการ⁽⁴⁸⁾ โดยตลอดระยะเวลาตั้งแต่มีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 ไม่มีมีหน่วยงานได้รับผิดชอบติดตามประเมินและปรับแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ในขณะที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติซึ่งส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยตัวแทนจากหน่วยราชการก็ขาดศักยภาพในการดำเนินการให้หน่วยงานต่างๆมีการปฏิบัติตามแผน มากไปกว่านั้นนอกจากเป้าทางอายุคาดหมายแล้ว เป้าหมายอื่นๆที่กำหนดไว้ในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 ล้วนขาดรูปธรรม ไม่สามารถวัดได้ และไม่มีการกำหนดกรอบเวลาไว้ชัดเจน สำหรับสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวย (พ.ศ.2535-2554) ไม่มีการกำหนดเป้าหมายไว้แต่อย่างใด ประการสำคัญการดำเนินการของภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและกรมประชาสงเคราะห์ในระยะพ.ศ.2535-2542 เป็นไปตามที่ปรากฏในสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวย (พ.ศ.2535-2554) โดยไม่ได้ปรากฏอยู่ในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544^(9,11)

ในอนาคต ภัยหลังจากการจัดทำแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ที่คาดว่าจะแล้วเสร็จภายในพ.ศ.2543 ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสพ.) อาจเกิดสถานการณ์ที่อาจมีผลทำให้การพัฒนาระบบสวัสดิการและบริการในอนาคตมีความล่าช้าหรือไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจชั้น การฟื้นตัวล่าช้าจากปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบัน การระบาดของโรคเชื้อรังในประเทศไทย (pandemic of chronic disease)^(5,49) การเกิดวิกฤติการทางสังคม และการเกิดสังคม หรือ ภัยธรรมชาติ ร้ายแรง ทำให้การติดตามประเมินสถานการณ์-การดำเนินการต่างๆ-และการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุระยะยาวยเป็นระยะมีความจำเป็น อันจะทำให้การพัฒนามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการและกำลังความสามารถของประเทศไทย

จากความเป็นจริงของการกำหนดแผนระยะยาวในอดีตและโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการตามแผน ทำให้ปรากฏข้อดี ในการกำหนดแผนและการดำเนินการตามเพื่อระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตซึ่งเป็นหลักประกันสำคัญของสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีกลไกสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การออกแบบระบบปฏิบัติเพื่อเป็นกรอบหรือแม่บทของนโยบายในอนาคต
2. การจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวยที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดเป้าหมายประชากร (population target) และเป้าหมายที่วัดได้ชัดเจน ร่วมกับกำหนดกรอบเวลา
3. จำเป็นจะต้องมีหน่วยงานหรือองค์กรกลางเพื่อดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง
 - ติดตามประเมินสถานการณ์ด้านต่างๆโดยรอบด้าน
 - ติดตามประเมินการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุระยะยาวยของหน่วยงานต่างๆ
 - ติดตามและประสานการประยุกต์แผนเข้าสู่แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ
 - ปรับปรุงแผนผู้สูงอายุระยะยาวยเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์

4. กระบวนการต่างๆโดยเฉพาะทางกฎหมายเพื่อการส่งเสริมและการดำเนินการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชนเข้ามายึดบทบาทอย่างจริงจังในระบบบริการและการจัดสวัสดิการในชุมชน
5. การผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านบริการผู้สูงอายุด้านต่างๆ รวมทั้งกระบวนการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาวิจัยที่ควรมีในอนาคต

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

บรรณานุกรม

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนาณิรนามัย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกิจ, สิรินทร์ จันศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- พรพิพิญ เกยุราณนท์. รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาล ภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ทศวรรษหน้า [วิทยานิพนธ์หลักสูตรบัณฑิตวิทยาศาสตร์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, อำนวย กาจีนี. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข: อนาคตของระบบบริการสาธารณสุข. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2541;1(2):48-58.
- อาวี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม, นฤมล ศิลาธิรัช. (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์/เทศ. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
- เกริกศักดิ์ บุญญาณพงศ์. นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ. สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุรุ่งยะยา (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535.
- Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, 1998.
- วุฒิสาร ตันไชย, เล็ก สมบัติ. การศึกษาเบรียบเทียบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยญี่ปุ่น และประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.
- บุญศรี สรรสະอาด, ศันสนีย์ อุย়ุประเสริฐ, สุคนธ์ ชีวะธรรม, ลักษณา สุวรรณธรรม, พนิดา อินทร์ลักษณ์, อพชา ชัยมงคล. แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.

กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายสังเคราะห์ทางสาธารณสุข กองส่งเสริมสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2534.

14. ระพีพรรณ คำหอม, อภิญญา เวชยชัย, จิราลักษณ์ จงสถิตย์มั่น, รัฐญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, ปียะฉัตร ชื่น ตระกูล. การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. หนังสือประกอบการประชุมวิชาการ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชน กับ ผู้สูงอายุไทย” จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
15. พีระสิทธิ์ คำวนศิลป์, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนากุ, จอร์น ไบรอัน, อารีย์ พรมโน. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
16. คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา. ศึกษาพิจารณาปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ และการแก้ไขปัญหา ฉบับที่ 3 : ประเต็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุและการแก้ไขปัญหา. กรุงเทพมหานคร: กองกรรมการบริการ สำนักเลขานุการวุฒิสภา, 2537.
17. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล, รานี ทวีกิตติกุล, ธนารตี คำยา, ชนเดตี มิลินทางกร. การประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการประชุม. ใน: สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล (บรรณาธิการ). การประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ - สุวัฒน์สูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤษศาสตร์ไทย และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2543:17-27.
18. นภพช ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ - สุวัฒน์สูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพฤษศาสตร์ไทยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:54-92.
19. คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534:47-53.
20. ภาณี บุญจะลักษี, ยุพิน วรสิริอมร. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน. กุศล สุนทรชาด (บรรณาธิการ). จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
21. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, นิภา ศ.ตุมรสุนทร, สุดส่วน สุธีสร, ภาวนा พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ. การศึกษาศักยภาพ ของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการสังคมสงเคราะห์ ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
22. อรพินท์ บุนนาค. โครงการศึกษาวิจัยความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้ง ศูนย์บริการจัดางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
23. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
24. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอเพิ่มเติมเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. ใน: ข้อเสนอเพื่อปฏิรูป ระบบบริการสุขภาพ นานาทัศนะจากองค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:57-9.

25. ศรีจิตรา บุนนาค. ข้อเสนอแนะการให้การบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: กัมมันต์ พันธุ์มุจินดา (บรรณาธิการ). สมองเสื่อม โรคหรือวัย. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ, 2543:105-18.
26. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. ระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:233-42.
27. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. สารานุสูตรฐานกับการปฏิวัติระบบบริการ (บทบรรณาธิการ). จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44(2):69-74.
28. บรรจุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอดชาวบ้าน, 2542.
29. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 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 จันทร์สุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพัฒนาระบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่. รายงานวิทยานิพนธ์สาขาวิชาเอกสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
33. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปรารตนา ยศพล, ลินีนาฎ 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, ทัศนีย์ สุรกิจิกาล (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิวัติระบบบริการสารานุสูตร กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
36. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการการศึกษา วิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525.
37. สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แห่งชาติ, 2535.
38. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมสุวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: ผู้สูงอายุสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:103 -15.
39. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงศ์สิทธิ์. การประเมินผลโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ 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 พนาณิรนามัย. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ. ใน: สุวัฒนา ด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:93-102.
42. มัทนา พนาณิรนามัย, นงนุช สนธิรชากานต์. เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ. ในหนังสือเล่มนี้ (บทที่ 4)
43. จรส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน: สุวัฒนา ด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:138-56.
45. ชุดโครงการวิจัยการกระจายอำนาจประจำจังหวัดและสุขภาพ. ข้อเสนอเชิงนโยบาย: การพัฒนาบทบาทและศักยภาพของ อบต. ใน: ชูชัย ศุภวงศ์, ยุวดี คาดการณ์ไกล, (บรรณาธิการ). อบต. ในแนวทางประชาคมตำบล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541:39-41.
46. ร่วมั่นท์ ศิริกันกิจ. การพัฒนาระบบสาธารณสุขอำเภอ ทางออกแห่งการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบ นูนากการ. ใน: ทางเลือกใหม่ ระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542.
47. ผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2542. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
48. รายงานการประเมินผลการดำเนินการตามแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. คณะ ทำงานประเมินผล คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (เอกสารประกอบการประชุม, พ.ศ.2543)
49. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจาก ข้อมูลนวนิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:42-9.
50. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 1-2-3 ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:59-64.
51. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. เว้าได้และต้องระวังอะไรจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บทบรรณาธิการ). วารสาร พุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 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 จิตต์พันธ์กุล

ปรัชญาด้านการวิจัย

การวิจัยมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญยิ่งต่อความเป็นธรรมในการพัฒนาประเทศ และนำไปสู่การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเพื่อสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าในมุมมองมหภาคหรือจุลภาค แต่งานวิจัยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้ความจำกัดของทรัพยากรและสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่สังคมไทยได้นั้น จะต้องมีกีลไกการวิจัยที่มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ-และประสิทธิผล เช่นกัน

วิสัยทัศน์ทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าที่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว ทำให้การพิจารณาสาระด้านผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องมีความแตกต่างจากกรอบแนวคิดเดิมที่รับมาจากประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว (อ่านบทที่ 1) นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญของความจำเป็นในการมีแนวคิดที่เหมาะสมกับประเทศไทยและประเทศไทยกำลังพัฒนาต่างๆที่ตอกย้ำในสถานการณ์เช่นเดียวกับประเทศไทย คือ “ความจำกัดของทรัพยากร” ความจริงด้านทรัพยากรและความเร็วของการเกิดภาวะประชากรสูงอายุ (Population ageing) ที่แตกต่างกันระหว่างประเทศไทยที่พัฒนาแล้วและประเทศไทยกำลังพัฒนา คือ ประเทศไทยที่พัฒนาแล้ว “รายก่อนแก่” แต่ ประเทศไทยกำลังพัฒนา “แก่ก่อนราย”

ปัจจุบัน เป็นที่ประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง “สุขภาพ” “การพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ” และ “สภาวะแวดล้อม” โดยผลของการพัฒนาและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปที่มีต่อสถานะสุขภาพได้ทำให้อายุคาดหวังของประชากรในประเทศไทยเพิ่มขึ้น แต่การเพิ่มขึ้นของอายุคาดหวังไม่ได้หมายความว่าสถานะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและอนาคตจะดีขึ้น มีข้อมูลจำนวนหนึ่งที่แสดงถึงสมมติฐาน “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย⁽¹⁾” และเป็นไปได้ว่าประชากรรายสูงอายุและวัยกลางคนในอนาคตจะมีอัตราความซุกของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพตามก่อสูมายสูงขึ้น ทำให้สัดส่วนของช่วงชีวิตที่เจ็บป่วยและทุพพลภาพจะยานานขึ้น เป็นผลต่อการจัดสรรงบประมาณก่อสูมายสูงขึ้น ทำให้สัดส่วนของช่วงชีวิตที่นั่นยังมีหลักฐานชัดเจนถึง “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรสูงอายุไทย⁽²⁾” โดยผู้ที่สนใจและต้องการศึกษา มีอัตราความซุกของภาวะทุพพลภาพสูงกว่าผู้ที่สูงอายุและมีการศึกษาผลของกรณีนี้นำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “ratchet effect⁽³⁾” หรือ “วัฏจักรของความเจ็บป่วยและความจน” กล่าวคือ ในครอบครัวที่จนเมื่อมีการเจ็บป่วยร้ายแรงที่ไม่คาดคิด – ซึ่งเกิดขึ้นบ่อยในผู้ที่มีอายุมาก – ค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับจะทำให้ฐานะการเงิน

ของครอบครัวนั่นแล้วร้ายลงอีก – จนมากขึ้น – และจะเกิดเป็นวัฏจักรของความยากจนและการเจ็บป่วย จนถึงที่สุดแล้วครอบครัวนั้นย่อมแตกสลายไป

โครงสร้างครอบครัวมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทั้งในขนาดที่เล็กลงและการแยกครัวเรือนของบุตร瓦 หลานที่จะมีมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการพัฒนาของระบบการศึกษา การทำงาน และสภาวะทางเศรษฐกิจ ถึงแม้ความสัมพันธ์และการเกื้อกูลภายในครอบครัวจะสามารถดำเนินอยู่ได้ในอนาคต แต่ศักยภาพในการเกื้อกูล บุพพาริที่เข้าสู่วัยที่ 4 ที่อาจลดลง เป็นประเด็นสำคัญของแนวคิดเชิงนโยบายที่สำคัญของประเทศไทย มากไปกว่า นั้น ความคิดและความเชื่อเดิมที่ยึดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่สมควรได้รับการตอบสนองกลับคืนจากสังคมจะต้องปรับเปลี่ยน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ณ เวลาหนึ่งยังเป็นผู้ที่มีศักยภาพ และส่วนใหญ่ของระยะเวลาในวัยสูงอายุจะเป็น ระยะเวลาที่ยังคงรับประทาน ไม่ได้เป็นผู้ที่ต้องการการแยกส่วนหรือยกให้ในสุนนະเลิศลอย และในความเป็นจริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในกิจกรรมและการเกื้อกูลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น ความสมดุลของการจัดสวัสดิการ (ที่สมควรมุ่งไปยังผู้สูงอายุที่เข้าสู่วัยที่ 4) และการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางสำคัญสำหรับประเทศไทย

ปัจจุบัน “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2” ได้รับการจัดทำขึ้นเป็นที่เรียบร้อย โดยครอบคลุมนโยบาย ตลอดจนจริยธรรมในอันที่จะพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และปักป้องช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือจำเป็นต้องได้รับการเกื้อกูล⁽⁴⁾ และจะทำการประกาศใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2564 แผนฉบับนี้เป็นแผนระดับชาติของประเทศไทยที่มีลักษณะบูรณาการ และยังเป็นแผนแรกที่มีการกำหนดเป้าหมายและดัชนีในการติดตามประเมินการดำเนินการตามแผนไว้อย่าง ชัดเจน ขั้นเป็นจุดเดิมของกระบวนการประเมินเพื่อการพัฒนาแผนฉบับนี้อย่างต่อเนื่องและเป็นกลไกของการ สร้างความสำเร็จของการดำเนินการต่างๆ ให้เป็นไปตามแผน

เป็นที่ตระหนักกันโดยทั่วไปว่า การศึกษาวิจัย “เป็นรากฐานของการพัฒนาสังคม เพื่อการสร้างความ เป็นธรรม และเพื่อให้การใช้ทรัพยากร่มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดของสังคม” โดยการที่จะไปสู่เป้าหมาย ดังกล่าวไม่ได้ขึ้นกับการมี “หน่วยงานกำกับดูแล” แต่อย่างใด แต่จะเกิดขึ้นได้จากการสร้างและพัฒนา “แนวทาง และประเด็นการวิจัยด้านผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในระดับชาติโดยจะต้องมีการดำเนินความสำคัญอย่าง ต่อเนื่อง” และ “โครงสร้าง-กลไกด้านการวิจัยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล”

แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุและครอบประเด็นวิจัยที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ด้วยเหตุผลต่างๆ ข้างต้นและตามสาระที่ปรากฏอยู่ในบทต่างๆ ของหนังสือเล่มนี้ จึงสามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับประเทศไทยจำเป็นต้องมุ่งไปใน 3 ทิศทาง คือ

- การวิจัยเพื่อสำรวจการมีหลักประกันที่เหมาะสมในวัยสูงอายุ อันประกอบไปด้วย การ ศึกษาข้อเท็จจริง อนาคตศึกษา และแนวโน้มนโยบายและการปฏิบัติเพื่อการสร้างหลัก ประกันในวัยสูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านครอบครัว ด้านผู้ดูแล (สำหรับ วัยที่ 4) สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และการเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสาร
- การวิจัยเพื่อการดำเนินการและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินบทบาทในกระบวนการ การพัฒนาประเทศไทยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

- การวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุ และการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ทั้งนี้ภายใต้แนวทางการวิจัยทั้งสามทิศทาง ประเด็นการวิจัยหรือชุดโครงการจะต้องมีที่มาจากการ “มุ่งมองสาธารณสุข” (ตอบสนองต่อความจำเป็นของประเทศ) และได้รับ “การลำดับความสำคัญ” อย่างต่อเนื่อง เพื่อความเหมาะสมในการจัดสรุพรายการ สำหรับงานวิจัยที่สมควรได้รับการพิจารณาความสำคัญในลำดับต้น ความมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นงานวิจัยที่สามารถชี้นำนโยบายและการดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสังคมและผู้สูงอายุ
2. เป็นงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยต่อเนื่องและการปฏิบัติงาน
3. เป็นงานวิจัยในลักษณะสาขาวิชา

สภาพของกลไกและโครงสร้างด้านการสร้างความรู้/การวิจัยด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทย

กลไกการทำวิจัยและการสร้างความรู้ด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นไปในลักษณะเฉพาะกิจ (ad hoc) โดยขึ้นอยู่กับตัวผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัย ความจำเพาะของสาขาวิชาและสถาบัน ตลอดจนวัตถุประสงค์ของแหล่งเงินทุนที่มีในขณะนั้น เป็นผลให้งานวิจัยหรือการสร้างองค์ความรู้มีการซ้ำซ้อนในบางส่วน แต่หากพิจารณาโดยถ่องแท้แล้ว ความซ้ำซ้อนเป็นประโยชน์ในการยืนยันความถูกต้องของผลที่ได้ (ถ้าการซ้ำซ้อนนั้นอยู่ในลักษณะเหลื่อมและไม่มีมากซึ่งกินความจำเป็น) แต่ประเด็นปัญหาที่แท้จริงมี 3 ประเด็น คือ

ประเด็นแรก-ขาดองค์ความรู้หรือหัวข้อวิจัยที่ควรจะมี ถึงแม้จะมีความสำเร็จในการผลักดันให้มีกระบวนการศึกษาในหลายอาชีวศึกษา แต่ความสำเร็จเหล่านั้นเกือบทั้งหมดยังคงเป็นในลักษณะเฉพาะกิจ ยกเว้นความสำเร็จในการทำให้สำนักงานสถิติแห่งชาติกำหนดการเก็บข้อมูลด้านทุพพลภาพของประชากรเป็นประจำทุก 5 ปีซึ่งจะเริ่มครั้งแรกในปีพ.ศ.2545⁽⁵⁾

ประเด็นที่สอง-ขาดการนำเอาผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศไทย-ชุมชน-หรือด้านวิชาการ อย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งของปัญหาดังกล่าวเป็นผลมาจากการความค่อนแคลนทางวิชาการและการให้คุณค่าทางความรู้ ของสังคมไทย (วัฒนธรรมด้านการวิจัยที่ยังอ่อนแอ) เป็นผลให้ผู้ทำการศึกษาวิจัยเองขาดความกระตือรือล้นในการเผยแพร่งานวิจัย ปัญหานี้พบได้สูงมากในงานวิจัยระดับปริญญาโทและเอก อีกส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดจิตสำนึกของผู้ใช้ที่ไม่ได้ลงแรงหรือขาดความสามารถในการหาข้อมูลและประเมินองค์ความรู้ทั้งที่ข้อมูลและองค์ความรู้สำคัญจำนวนหนึ่งมีปรากฏในเอกสารการวิจัยและวารสารระดับชาติและนานาชาติที่สามารถเข้าถึงได้ไม่ยาก ส่วนสุดท้ายเป็นผลมาจากการขาดกลไกเพื่อการตั้งกล่าว กลไกสำคัญอย่างหนึ่งคือระบบการบริหารจัดการ อีกส่วนหนึ่งคือสื่อกลางของการเผยแพร่ความรู้ โดยเฉพาะวารสารทางวิชาการที่มีคุณภาพ (ปัจจุบัน สมาคมพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยได้จัดทำ “วารสารพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็น วารสารมาตรฐานระดับชาติ⁽⁶⁾) และการจัดประชุมทางวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้และผลงานวิจัย (ปัจจุบัน สมาคมพุฒมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยได้จัดประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุเป็น

ประจำทุกปี⁽⁶⁾) นอกจานั้นยังขาดกลไกที่ดีพอในการส่งข่าวสารด้านการวิจัยสู่สาธารณะโดยเฉพาะข่าวสารที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อสาธารณะ

ประเด็นที่สาม-ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในระดับนโยบายและแผนระดับชาติได้ ซึ่งขัดเจนว่ามีความจำเป็นของการมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนี้อย่างต่อเนื่อง (โครงสร้าง-รูปแบบของหน่วยงานนี้จะได้รับการนำเสนอต่อไป)

อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้และข้อมูลต่างๆที่มีในปัจจุบันนับว่ามีเพียงพอสำหรับการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งข้อมูลและองค์ความรู้ส่วนใหญ่มาจากนักวิชาการกลุ่มนี้ที่มีวิสัยทัศน์และสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจทางการเมืองและเป็นงานเชิงพากิจ และไม่มีหลักประกันว่าในอนาคตจะสามารถสร้างงานที่มีคุณภาพเช่นนี้ได้ต่อเนื่อง (ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 กำหนดแผนยุทธศาสตร์ให้มีกลไกหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประมาณ-สร้างองค์ความรู้และติดตามประเมินผลผลการดำเนินการตามแผนฯ 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
- ลังเลขาดแคลนวัฒนธรรมทางวิทยาศาสตร์และการให้คุณค่าองค์ความรู้
- แรงสนับสนุนจากสาธารณะอ่อนแอ
- ภูมิปัญญาที่ไม่ยืดหยุ่น
- ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง
- ขาดนโยบายระดับชาติที่เข้มแข็ง

แรงกดดันเหล่านี้ปากภูมิในทุกสังคมทุกประเทศมากบ้างน้อยบ้าง แต่มีอยู่มากในประเทศไทยกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย การஸลัยแรงกดดันเหล่านี้จำต้องใช้กลไกการบริหารจัดการการวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

สภาพของกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศ

กลไกในการทำวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศมีความแตกต่างกันอย่างมาก สรุนใหญ่ของประเทศพัฒนาแล้วจะไม่มีองค์กรเฉพาะเนื่องจากหน่วยงานต่างๆที่มีอยู่สามารถดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (ประเทศเหล่านั้นผ่านเข้าสู่สถานะประชากรสูงอายุนานกว่า 50 ปี และมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องมานานพอสมควร) อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณมีข้อจำกัดน้อยกว่าประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้นระบบบันทึกข้อมูลระบบดับบชาติ (registration system) ของหลายประเทศมีคุณภาพสูงทำให้การติดตามรวบรวมข้อมูลเป็นไปได้โดยสะดวกและต่อเนื่อง งานวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยที่พัฒนาแล้วจึงจะจัดกระบวนการไปตามหน่วยงานทางการศึกษาและวิจัยต่างๆ และครอบคลุมทั้งในด้านนโยบายและระดับมหาวิทยาลัย ไปจนถึงการศึกษาในพื้นที่ การศึกษาทางคลินิก หรือการศึกษาความรู้พื้นฐาน อย่างไรก็ตามองค์กรเฉพาะที่บางประเทศมีการจัดตั้งขึ้นจะเป็นองค์กรที่ทำการศึกษาวิจัยหรือให้ทุนสำหรับการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมทั้งในส่วนที่เป็นการศึกษาด้านผู้สูงอายุ (ครอบคลุมทั้งการศึกษาด้านสังคมและด้านสุขภาพ) และส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลไกและกระบวนการของความเจริญจะเป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง เชลล์ และสารพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ ประเทศที่มีการจัดตั้งองค์กรเฉพาะในลักษณะเช่นนี้คือ ประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (National Institute on Aging) อย่างไรก็ตาม National Institute on Aging หรือ NIA จะรับผิดชอบงานวิจัยทางด้านสุขภาพเป็นหลัก^(7,8)

ข้อเสนอโครงสร้างและกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

เพื่อจ่ายต่อการพิจารณากลไกการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย รูปแบบของกลไกการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย อาจพิจารณาอย่างกว้างได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบต่างคนต่างทำ
 ข้อดี: มีความหลากหลาย
 ข้อเสีย: เปลืองงบประมาณ ข้าช้อน ขาดแหวง ขาดคุณภาพ ต้องประสิทธิผลในการนำผลงานวิจัยให้เกิดประโยชน์ต่อเนื่อง ขาดการประสานงานระหว่างนักวิจัยและหน่วยงานวิจัย
 - รูปแบบองค์กรเฉพาะ โดยทำหน้าที่เป็นผู้จัดสรรงบประมาณและกำหนดงานวิจัยอย่างเป็นอิสระ
 ข้อดี: มีงบประมาณเป็นของตนเองชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ คล่องตัวในการดำเนินงาน กำหนดพิธีทางการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสีย: อาจทำงานซ้ำซ้อนกับองค์กรด้านการวิจัยระดับชาติ เช่น สกว. สรวส. และอาจทำให้การบริหารงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติขาดประสิทธิภาพ

- รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ (ไม่ได้เป็นเพียงชุดโครงการซึ่งมีลักษณะแบบเฉพาะกิจ เช่น กัน)
 - ข้อดี: ทำให้การจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติมีประสิทธิภาพ ทิศทางสอดคล้องกับกรอบการวิจัยในด้านอื่นๆ กำหนดทิศทางการวิจัยได้อย่างประสิทธิภาพ สามารถพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยได้มีประสิทธิภาพแต่อาจด้อยกว่ารูปแบบองค์กรอิสระ
 - ข้อเสีย: อาจมีความคล่องตัวน้อยในด้านงบประมาณเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 2

จากรูปแบบทั้งสามจะเห็นว่าที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นรูปแบบที่ 3 คือเป็น “รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ” หน่วยงานนี้อาจจัดตั้งเป็นอิสระหรืออยู่ภายใต้สถาบันการศึกษาที่มีศักยภาพ และควรรับผิดชอบในภารกิจดังต่อไปนี้

1. กำหนดทิศทางและความสำคัญของประเทศไทยวิจัยระดับชาติด้านผู้สูงอายุ
2. ให้การสนับสนุนและดำเนินการเองในงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งด้านสังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และทางด้านสุขภาพ ภายใต้ทิศทางและลำดับความสำคัญที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นต้องส่งเสริมสนับสนุนการประยุกต์ความรู้ไปสู่การแก้ไขปัญหาทางด้านสังคมและสุขภาพ
3. ดำเนินการให้มีการร่วมบูรณาการข้อมูลที่สำคัญ ประมวลองค์ความรู้ และติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนระดับชาติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับ “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.)” และ “สถาบันการศึกษาและสังคมแห่งชาติ (สศช.)” เพื่อใช้ในการจัดทำและพัฒนาแผนระดับชาติ
4. จัดการด้านการฝึกฝนและพัฒนาฝ่ายวิจัยที่มีความสามารถ
5. พัฒนาและตั้งตระหง่านพัฒนาศักยภาพในด้านและในแหล่งต่างๆ เพื่อการพัฒนาความก้าวหน้าในงานวิจัยโดยเฉพาะการเสริมสร้างวัฒนธรรมด้านการวิจัย
6. กระจายข้อมูลข่าวสารด้านความก้าวหน้าทางสุขภาพและการวิจัยรวมทั้งทิศทางใหม่ๆ ของงานวิจัยแก่สาธารณะและกลุ่มเป้าหมาย
7. ติดต่อประสานงานนานาชาติเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเพิ่มพูนความรู้ที่จะนำมาประยุกต์ใช้

บรรณานุกรม

1. สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):42-9.
2. สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพูด พุฒเจริญ, ไพบูลย์ ศรียะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร, สถาบันวิจัยสาขาวิชานสุขไทย มูลนิธิสาขาวิชานสุขแห่งชาติ และ สำนักนิยบ้ายและแผนสาขาวิชานสุข กระทรวงสาขาวิชานสุข, 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. คณะกรรมการว่างแผนผู้สูงอายุระดับบัญชี 2. ว่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติดิจบัปที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการว่างแผนผู้สูงอายุระดับบัญชี 2 คณะกรรมการจัดทำว่างแผนผู้สูงอายุระดับบัญชี 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.