

พ.ศ.2540 ซึ่งยังเป็นสัดส่วนที่ต่ำมากของรายจ่ายของรัฐทั้งหมดซึ่งอยู่ในราวเกือบ 8 แสนล้านบาท นอกจากนี้ งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อผู้สูงอายุ (เกือบร้อยละ 90) เป็นงบที่จ่ายให้แก่ข้าราชการบำนาญ ดังนั้น การเพิ่มงบเพื่อผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น อย่างไรก็ตามวิธีการจัดสรรงบดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวัง การศึกษาส่วนมากพบว่าโครงการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ยากจนอย่างแท้จริง

หลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(26)

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

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

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

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

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

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

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

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

วิวัฒนาการใหม่ของกองทุนซึ่งเป็นการริเริ่มของชุมชนร่วมกับผู้นำท้องถิ่นเป็นสิ่งที่น่าศึกษา ยิ่ง การตั้งกองทุนชุมชนอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อการใดการหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้านทั่วไป กองทุนเหล่านี้เกิดจากการที่ชาวบ้านที่เป็นสมาชิกในชุมชนนำรายได้ส่วนหนึ่งเข้ากองทุนทุกเดือน ผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุนจะได้รับประโยชน์จากการกู้เงินจากกองทุนเพื่อนำไปเป็นทุนในการประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมอื่นๆตามความจำเป็น เช่น ช่วยค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยของสมาชิก เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการบริหารกองทุน เมื่อสามารถเก็บสะสมเงินกองทุนได้มากขึ้นก็จะมีศักยภาพขยายลักษณะของประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับให้กว้างขวางมากขึ้น ประโยชน์หลังจากเรื่องการรักษาพยาบาลก็มักจะเป็นเรื่องการช่วยเหลือฉุกเฉินของผู้สูงอายุภายในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของกองทุนเหล่านี้ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของผู้นำและสถานะแวดล้อมอื่นๆภายในชุมชน ดังนั้นความสำเร็จของกองทุน ณ ชุมชนแห่งหนึ่งจึงไม่สามารถนำไปเป็นแบบอย่างสำหรับชุมชนอื่นๆได้ แม้ในปัจจุบันกระแสการพัฒนาในประเทศไทยจะหันไปเน้นที่ชุมชนมากขึ้น และตั้งความหวังกับชุมชนในเรื่องการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ในเรื่องการสร้างหลักประกันทางรายได้จะอาศัยเพียงทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรกายภาพภายในชุมชนน่าจะยังไม่เพียงพอ กลยุทธ์การบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านที่สูงมาก ดังนั้นความหวังที่จะใช้กองทุนชุมชนเป็นแหล่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมยังเป็นเรื่องของอนาคตอันยาวไกล นอกจากนั้นกองทุนเหล่านี้ล้วนเพิ่งเกิดขึ้นไม่นานเมื่อเปรียบเทียบกับการให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นภาระผูกพันระยะยาว ความยั่งยืนของกองทุนยังต้องมีการศึกษาและพิสูจน์กันต่อไป

มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหา

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

ส่งเสริมระบบสวัสดิการอย่างเพียงพอและได้ผลเพื่อผู้สูงอายุที่ยากไร้ เนื้อความต่อจากนี้จะเน้นเฉพาะมโนทัศน์ของกลวิธีการแก้ปัญหาในเรื่องที่ 1 และ 3 เท่านั้น

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

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

ในเรื่องการสร้างระบบประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือ ประการแรก- ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถครอบคลุมคนไทยได้อย่างครบถ้วน เกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระรวมทั้ง

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

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

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

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

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการตามกลวิธีที่กล่าวมาในหัวข้อที่ 4.7 เป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกวิธีและได้ผลดีที่สุด จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาพในปัจจุบันและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงการที่มีอยู่หรือการเพิ่มโครงการใหม่ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม งานวิจัยในหัวข้อต่อไปนี้จะเป็นการสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นเพื่อปูทางไปสู่การสร้างระบบประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อไป

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

บรรณานุกรม

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

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

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

บทที่ 6 : ผู้ดูแล

ศิริวรรณ ศิริบุญ

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

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

ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ผู้สูงอายุแบบไหนหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาแบบใดจึงจะจัดว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล และสำหรับผู้ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น มีขอบเขตของภาระหน้าที่และบทบาทมากนักน้อยเพียงใด จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันอยู่ในระดับใด และจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในอนาคต

เนื่องจากการถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มภาระหน้าที่และพันธะในการที่จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือแวดล้อมผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุจึงไม่จำเป็นต้องดำเนินไปอย่างราบรื่นหรือผาสุกตลอดไป ประเด็นที่เป็นที่สนใจของสาธารณชนก็คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาและความทุกข์ยากใดหรือไม่ เครือข่ายทางสังคมที่แวดล้อมอยู่ได้เข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพียงใด นอกจากนี้องค์กรภาครัฐและภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลหรือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่และในทิศทางใด ประเด็นต่างๆเหล่านี้คือประเด็นการศึกษาที่จะนำเสนอต่อไป

ใครคือผู้ดูแล

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

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

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

การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ในเรื่องผู้ดูแลและการดูแลที่มีในประเทศไทยจะไม่แยกประเภทของการดูแล ทำให้การพิจารณาในรายละเอียดของสภาพการดูแลหรือความต้องการการช่วยเหลือเป็นไปอย่างยากลำบาก การดูแลที่มีความหมายทางนโยบายการบริการคือการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งในการศึกษาเท่าที่มีอยู่มักใช้วิธีการ ศึกษาโดยจำแนกระดับภาวะพึ่งพาเพื่อให้ได้ภาพของความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

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

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์รายงานการศึกษาต่างๆในด้านผู้ดูแลจึงมีความ จำกั ด อย่างไรก็ตามในบทความต่อไปนี้ได้พยายามแสดงให้เห็นสถานภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยผู้อ่าน ควรคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆข้างต้น

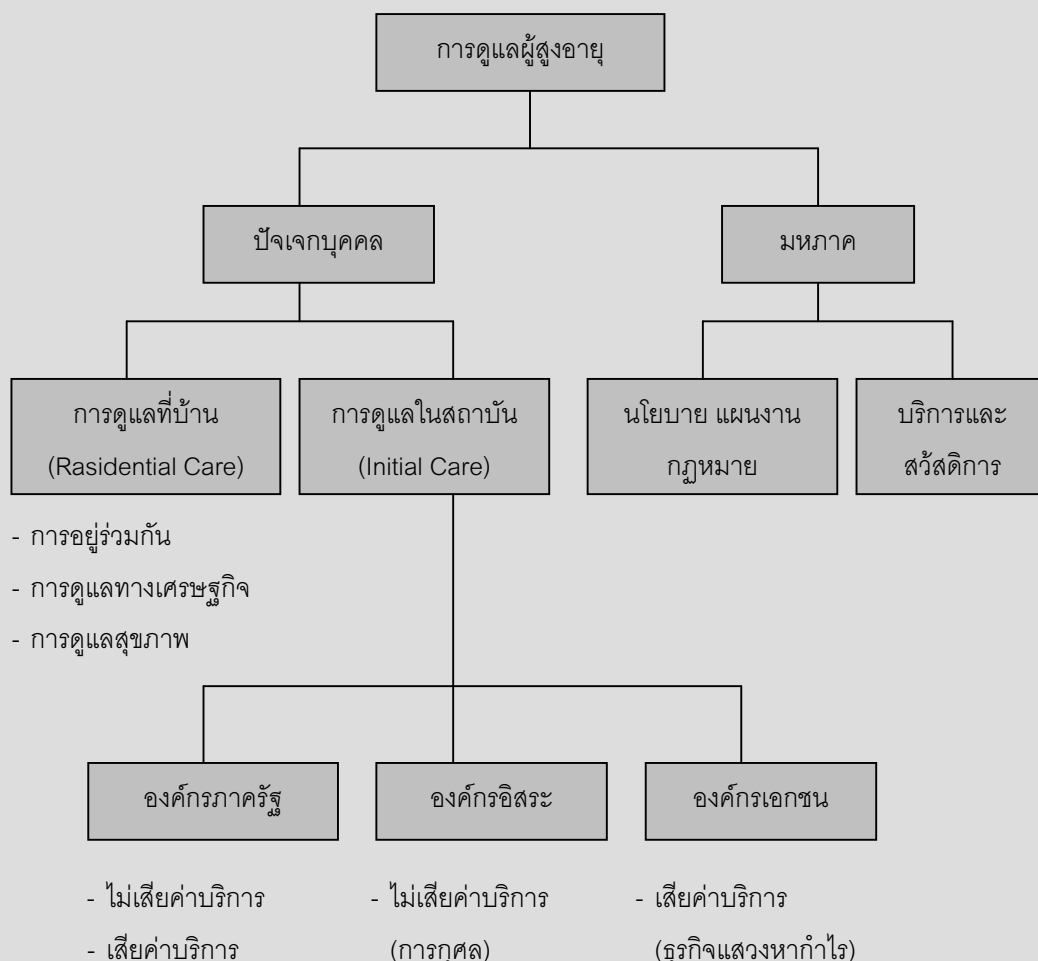
จำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันและประมาณการความต้องการผู้ดูแลในอนาคต

การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพราะจำนวนผู้ดูแลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนคือ ผู้สูงอายุและการดูแล องค์ประกอบส่วนแรกคือ ผู้สูงอายุแบบไหนที่ต้องการการดูแลหรือต้องได้รับการดูแล และองค์ประกอบส่วนที่สองคือการดูแลแบบไหนและ สถานที่ในการให้การดูแลแบบใดจึงจะถือว่าเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุ

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

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

รูปที่ 1 องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดการดูแลและจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ขนาดของปัญหาในการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแล - ครอบครัว - ชุมชน และประเทศ

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

ผลการศึกษาที่รวบรวมได้จากงานวิจัยหลายโครงการพบว่าปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาทางสุขภาพอนามัยซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกระดับ ปัญหาทางเศรษฐกิจนับเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการผลิตลดลงตามสมรรถภาพของร่างกายที่ค่อยๆเสื่อมถอยลง ยิ่งอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมเพิ่มมากขึ้น

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

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

เป็นไปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้ภาระของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจมีมากขึ้น

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

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

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

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้เพราะปัญหาด้านอื่นๆ ของสังคมไทยในปัจจุบัน ได้แก่ ปัญหายาเสพติด โรคเอดส์ และ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาทิเช่น การขยายตัวของเมือง การลดลงของขนาดครอบครัว และการย้ายถิ่นของคนในวัยทำงาน ทำให้การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างล่าช้าและยังไม่ทั่วถึง (8,23)

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

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

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

ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่แน่นอนว่า การขาดแคลนบุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรุนแรงมากกว่า แต่ปัญหาก็คือระดับของความรุนแรงว่ามีมากเพียงใด ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

ความทุกข์ยากของผู้ดูแล

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

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

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

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

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

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

โดยภาพรวมแล้ว งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีไม่มากนัก ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพจะเป็นการศึกษาเชิงตัดขวาง (cross sectional) ซึ่งนำเสนอได้เพียงข้อมูลเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแล แต่ยังไม่ชัดเจนการศึกษาที่จะเจาะลึกในเรื่องกระบวนการการเกิดความเครียดหรือความทุกข์ยากของผู้ดูแล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะบ่งชี้ให้เห็นถึงขั้นตอนและกระบวนการการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็ประโยชน์ต่อการดำเนินงานเพื่อแสวงหาวิถีทางในการป้องกันหรือลดการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกัน

ถึงแม้ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลจะได้รับความสนใจมากขึ้นจากผู้ศึกษาวิจัย แต่ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลยังไม่ได้รับการศึกษาวิจัยในเชิงประจักษ์อย่างกว้างขวางเพียงพอ นอกจากนั้งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลมักเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีและจำนวนตัวอย่างมีขนาดเล็ก ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้การสำรวจและสุ่มตัวอย่างระดับประเทศยังไม่มีในปัจจุบัน ทำให้ขาดภาพรวมเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับประเทศ

เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

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

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

เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว

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

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

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและเครือญาติหรือไม่และเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ การมีญาติ (availability)⁽⁴⁹⁾ ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้เคียงกับญาติ (location) และรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ (pattern of contact) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้เคียงกันเพียงใด และมีการติดต่อกับญาติแบบใดหรือได้รับการดูแลหรือไม่

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

เนื่องจากบุตรเป็นญาติกลุ่มหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีมากที่สุดและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด การศึกษาวิจัย การเกื้อหนุนที่บุตรให้แก่ผู้สูงอายุจึงมีอยู่อย่างหลากหลาย ผลการศึกษาหลายโครงการชี้แนะว่าการพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรอย่างน้อย 1 คนนับเป็นรูปแบบที่สำคัญของการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระบบครอบครัวไทย⁽⁵¹⁻⁵³⁾ ทั้งนี้เป็นเพราะการพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรทำให้โอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการตอบสนองความต้องการในทุกด้านมีสูงกว่ารูปแบบของการพักอาศัยแบบอื่น⁽⁵⁴⁾ การอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ด้าน วัตถุประสงค์ของการมีสิ่งของต่างๆ ในครัวเรือนรวมทั้งการมีสภาพบ้านที่ดีกว่าด้วย⁽⁵⁵⁾ การย้ายถิ่นหรือการพักอาศัย อยู่ห่างไกลจากบิดามารดาส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁵⁶⁾ ดังนั้นผลงานวิจัยระดับประเทศหลายโครงการจึงให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 74 ถึง 80 พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรอย่างน้อย 1 คน⁽³⁻⁵⁾ สถิติจากสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 แสดงว่าผู้สูงอายุหญิงพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรสูงถึงร้อยละ 82⁽⁵⁵⁾

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

ดังนั้นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวจึงต้องคำนึงถึงขั้นตอน ชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตรเป็นสำคัญ และข้อที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่งก็คือ การอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการดูแลแต่เพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุยังให้การเกื้อหนุนแก่ สมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆ ด้วย ดังนั้นการอยู่ร่วมกันจึงหมายถึงการพึ่งพากัน⁽⁶⁰⁾ (co-residence is co-dependence) ส่วนใครจะพึ่งพาใครมากกว่ากันนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับขั้นตอนชีวิตซึ่งแปรผันไปตามอายุของ ผู้สูงอายุและของบุตรเป็นสำคัญ ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่งคือ การอยู่ร่วมกันกับบุตรเป็นดัชนี คร่าวๆ ที่แสดงว่าผู้สูงอายุน่าจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว แต่ทั้งนี้ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้สูงอายุจะ ได้รับการดูแลอย่างดีและมีคุณภาพ ผู้สูงอายุอาจถูกทอดทิ้งทั้งทางกายและทางใจแม้จะอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับ สมาชิกในครัวเรือน

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

แนวโน้มที่จะพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรบุญธรรม สำหรับสังคมไทยส่วนใหญ่มักจะเป็นการรับบุตรของญาติพี่น้องที่คุ้นเคยกันมาเป็นบุตรบุญธรรม ซึ่งต่างจากสังคมตะวันตกที่บุตรบุญธรรมมักจะเป็นคนที่ไม่ใช่ญาติ⁽⁴⁾

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

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

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

ต้องการการดูแลใกล้ชิด และยังไม่ได้เป็นหลักประกันว่าการดูแลจะมีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่เกิดการกระทำที่เป็นผลร้ายต่อผู้รับการดูแล (elderly abuse)

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน

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

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

สำหรับเครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชนนั้นจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ยกเว้นเครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้หรือได้รับในครอบครัวและเครือญาติ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกระทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การดูแลเมื่อตกทุกข์ได้ยาก การให้ข่าวสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น⁽⁷⁵⁾

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

สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือสมาคมต่างๆที่น่าจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเอง การรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ⁽⁷⁹⁾ ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้วการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเป็น

กลุ่มตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะรวมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น⁽⁸⁰⁾

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

กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกมากที่สุด โดยข้อเท็จจริงแล้วกลุ่มนี้ไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในขณะที่มีชีวิตอยู่ ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางด้านสันติชนาการหรือส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ แต่เป็นการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่างสมศักดิ์ศรีพอควรและสมาชิกในครอบครัวไม่ต้องลำบากด้านการเงิน

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

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

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

นวัตกรรมใหม่ของเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนเพื่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุล่าสุดคือ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานในรูปของ “ชุมชนช่วยชุมชน” เปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้

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

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

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

ทางออกหรือการสนับสนุน

การศึกษาในเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีข้อสรุปเพื่อการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุและทางออกของปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุพอสรุปได้ดังนี้

- ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุทุกคนไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ต้องได้รับการดูแล การเตรียมตัวทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับความต้องการได้รับการดูแล เพื่อยืดเวลาให้ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแล และเพื่อลดภาระและปัญหาของครอบครัวและสังคมอันเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรจัดทำโครงการและการดำเนินงานที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการเตรียมตัวของปัจเจกบุคคลที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

- ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย การขาดการศึกษาทำให้ผู้สูงอายุขาดความเข้าใจในการดูแลตัวเอง ซึ่งนำไปสู่การลดลงในความสามารถที่จะพึ่งพาตนเอง หน่วยงานภาครัฐจึงควรจัดให้มีการศึกษาผู้ใหญ่ตลอดชีวิต เพื่อการให้ความรู้และข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การลดการพึ่งพาผู้อื่นและลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- ครอบครัวเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุดในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือการดูแลที่บ้าน รัฐควรกำหนดนโยบายสนับสนุนด้านการเงิน มาตรการในการลดหย่อนภาษี และบริการทางด้านสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแล

- สนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานบริการในเวลากลางวัน (day care) ที่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานของผู้ดูแลด้วยมาตรการส่งเสริมการลงทุนและมาตรการทางภาษี รวมทั้งต้องมีมาตรการในการกำกับดูแล และส่งเสริมสถานดูแลผู้สูงอายุเพื่อควบคุมคุณภาพการดูแล และความเป็นธรรมในการคิดค่าบริการ

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

บุคลากรในรูปของพยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (mobile clinic) เพื่อปรับปรุงและส่งเสริมประสิทธิภาพของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

- ผู้สูงอายุบางคนจัดอยู่ในกลุ่มด้อยโอกาส จึงปรากฏความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย การลดช่องว่างของความด้อยโอกาสเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง การบริการทางด้านสุขภาพควรจัดให้มีการกระจายของหน่วยบริการและการบริการอย่างทั่วถึง ให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มในการเข้าถึงบริการ โดยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเต็มประสิทธิภาพของการบริการ

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการการปรับตัวและการปรับใจ การให้บริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเพียงฝ่ายเดียวไม่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมและแหล่งบริการอื่นๆที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ

- ความเข้มแข็งของค่านิยมในเรื่องระบบอาวุโส ความกตัญญูต่เวที และความเชื่อเรื่องกรรมช่วยลดความเครียด ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ และช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุในการ “ปรับใจ” ดังนั้นการปลูกฝังค่านิยมเหล่านี้ในสังคมไทยยังมีความจำเป็นและเป็นภาระหน้าที่ที่สังคมจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- องค์การภาครัฐและเอกชนที่ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพ ควรให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ความสนใจในการตรวจสุขภาพประจำปีและการเข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะต้นๆที่ปรากฏอาการ

- ภาวะทุพพลภาพจำนวนไม่น้อยที่เป็นชั่วคราวและกลับคืนได้ ปัญหาสำคัญของบริการทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุคือ การฟื้นฟูสุขภาพได้รับความสนใจน้อยกว่าการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่อุบัติการณ์ความชุกของภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานและการเจ็บป่วยเรื้อรัง การให้บริการด้านสุขภาพจึงควรให้ความสนใจในเรื่องการฟื้นฟูให้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มบุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดและเพิ่มศักยภาพบุคลากรในเรื่องการฟื้นฟูสุขภาพให้ทันกับจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการรับบริการด้านการฟื้นฟู ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมในครอบครัวและในชุมชนที่เหมาะสมก็เป็นการลดโอกาสที่จะเกิดภาวะด้อยโอกาสและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้

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

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

งานวิจัยที่ควรมี

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

บรรณานุกรม

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

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

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

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

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

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

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

บทที่ 7 : ชุมชนและผู้สูงอายุ

รศ. มาลินี วงษ์สิทธิ์

คำนำ

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

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

ความหมายของชุมชน

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

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

ชุมชนลักษณะอื่นคือ ชุมชนแบบใหม่ที่อยู่รอบๆเมืองหรือรอบเขตปริมณฑลของเมืองใหม่ เช่น “ชุมชนบ้านจัดสรร” เป็นต้น

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

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

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

การศึกษาวิจัยเรื่องของชุมชนกับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันมี 2 แนวคิดหลักในการแบ่งชุมชนคือ⁽⁶⁾

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

(2) ชุมชนในฐานะเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมทั้งมวล โดยต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกันตลอดเวลา ชุมชนในลักษณะนี้เป็นชุมชนที่มีสายใยสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน มีความรู้สึกร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

ตามความหมายข้างต้นนี้ เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของชุมชนและผู้สูงอายุมักเน้นที่เครือข่ายของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างชุมชนกับคนที่อาศัยอยู่ในเขตหรือพื้นที่เดียวกัน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กันของกลุ่มคนนั้น เป็นไปตามสถานภาพ บทบาท กลุ่มคน และสถาบันต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

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

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

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

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

สังคมมีส่วนในการกำหนดสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ โดยสังคมคาดหวังให้บุคคลในวัยสูงอายุปฏิบัติตามกรอบและบรรทัดฐานทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุในมุมมองของคนในสังคมพบว่ามีเหมือนและความแตกต่าง โดยสะท้อนจากเกณฑ์ที่ใช้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุและคำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ

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

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

เศรษฐกิจ สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจึงถูกกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจึงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในอดีต

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

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

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

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

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

วิธีการหรือแนวทางในการปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญในการลดความรู้สึกทางลบของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ แนวทางการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นมีหลายแนวทาง⁽⁹⁾ เริ่มตั้งแต่การปรับตัวด้านการทำงาน โดยอาจทำงานเหมือนเดิมแต่ลดปริมาณลง หรือเปลี่ยนมาทำงานเบาๆ ปรับตัวโดยอาศัย

ศาสนา เข้าวัดฟังธรรม ช่วยเหลืองานวัดงานบุญ ปรับตัวโดยการยอมรับสัจธรรมแห่งชีวิตในเรื่องของสังขารที่ร่วงโรย และที่สำคัญคือการปรับตัวด้านจิตใจ ดังนั้นสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากขึ้นกับสถานภาพทางการศึกษาและเศรษฐกิจของครอบครัวแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ปรับตัวของผู้สูงอายุเอง

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

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

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมาก ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชน เป็นทรัพยากรบุคคลที่สามารถกระตุ้นเตือนหรือจรรโลงวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ ของชุมชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ที่สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ และเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพคือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและยังประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุเมื่อพ้นวัยทำงานแล้วบทบาททางสังคมภายนอกจะมีแนวโน้มลดลง แต่บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนก็ยังเป็นสิ่งที่พบเห็นโดยทั่วไป ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทค่อนข้างหลากหลายทั้งบทบาททางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมถึงบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง

■ บทบาททางเศรษฐกิจ

งานวิจัยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาททางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อชุมชนโดยตรงยังมีอยู่น้อยมากเท่าที่มีอยู่นั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน และบทบาทในการเป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ การมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นแม้ในวัยปลายของชีวิต และผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในทางเศรษฐกิจมีโอกาสที่จะมีบทบาททางสังคมของชุมชนมากขึ้น

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

บุตรหลาน และมีอยู่บ้างที่ทำงานอาชีพหรือหารายได้เสริมเพราะไม่อยากอยู่เฉยๆ ส่วนเหตุผลของการไม่ทำงานอาชีพของผู้สูงอายุคือ สุขภาพไม่ดีหรือแก่

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

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

■ บทบาททางสังคม

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

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

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

ค่อยยอมรับความสามารถของผู้สูงอายุ⁽³²⁾ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในชุมชนได้มากมักเป็นผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานทางการศึกษามาก่อน เช่น เป็นข้าราชการ หรือผู้ทำงานในองค์กรธุรกิจ ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังสามารถรวมตัว พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีการส่งเสริมให้มีบทบาททางสังคมในด้านต่างๆอย่างต่อเนื่อง

■ บทบาททางวัฒนธรรม

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

เห็นได้ว่าในทุกขั้นตอนแห่งชีวิต ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางวัฒนธรรมประเพณีอยู่เสมอ หากเป็นที่น่าสนใจว่า ในระยะต่อไปบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆของชีวิตจะยังดำรงอยู่ได้มากน้อยเพียงไรภายใต้ระบบสังคมไทยที่มุ่งสู่การยกย่อง “ผู้ใหญ่” โดยพิจารณาจากยศถาบรรดาศักดิ์หรือฐานะทางเศรษฐกิจสังคม บ่อยครั้งที่พบว่าในพิธีกรรมต่างๆในปัจจุบัน ผู้ที่เข้ามามีบทบาททางวัฒนธรรมเป็นผู้ที่มีตำแหน่งสูงในทางราชการ หรือทางธุรกิจโดยไม่ได้นับถึงอายุ

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

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

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

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

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

■ บทบาททางการเมือง

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

โดยสรุป บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนนั้นมีหลายรูปแบบ การที่ผู้สูงอายุมีบทบาทหลากหลายในด้านต่างๆ มีความหมายทั้งต่อชุมชนและต่อตัวผู้สูงอายุเอง เพราะเท่ากับว่าผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะทำประโยชน์ ก่อให้เกิดความภูมิใจในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีศักยภาพแต่ก็ยังมีอาจะมีปัญหาและอุปสรรคบางประการที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่อชุมชนได้อย่างที่ควรจะเป็น

ปัญหาและอุปสรรคของการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยคือ ปัญหาสุขภาพ^(8,10) ความเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าไปมีบทบาทหรือร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ นอกจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีกำลังวังชา ร่างกายแข็งแรงก็อาจประสบกับปัญหาการมีภาระในการทำงานบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่ค่อนข้างจะมีภาระหน้าที่ในการทำงานบ้านมากกว่าผู้สูงอายุชาย เพราะนอกจากจะต้องมีภาระทำงานบ้านซึ่งได้ทำต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยทำงาน หากยังอาจเพิ่มภาระในเรื่องของการเลี้ยงหรือดูแลเด็กเล็กของครอบครัว ปัจจุบันปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มต้องลดบทบาททางสังคมของตนเองลงทั้งที่ผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะทำได้คือ การที่ผู้สูงอายุมีภาระที่ต้องดูแลบุตรหลานในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมาก ภาระทางการเงินเป็นภาระที่หนักมากของผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์อาศัยอยู่ด้วย ถ้านุตรที่ป่วยนั้นอยู่ที่บ้านหรืออยู่ที่อื่นและได้ย้ายกลับมาอยู่ที่บ้านตอนเจ็บป่วย เป็นบุตรที่

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

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

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ

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

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ

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

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

▪ เครือข่ายของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และนักวิชาชีพ

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

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

▪ การรวมกลุ่มเพื่อสร้างกิจกรรมภายในชุมชน

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

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

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

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

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการ

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

■ ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนโดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการดำเนินการ ชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2505 และได้มีการพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยมีการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจากหลายองค์กร*

ถึงแม้จะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ หากปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุมีความพร้อมเข้าใจอุดมการณ์ของชมรมผู้สูงอายุในแง่ที่ว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ มีระเบียบข้อบังคับของชมรม มีสถานที่และเงินทุน ในส่วนของการจัดกิจกรรมนั้นต้องจัดกิจกรรมตามความสนใจและความต้องการของสมาชิกเป็นสำคัญ สมาชิกเข้าร่วมกับชมรมด้วยความสมัครใจโดยมีความเสมอภาค ซึ่งบทบาทของชุมชนในการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการมี

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

ชมรมผู้สูงอายุ เท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กัน และสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละคนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

๖ สถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุในปัจจุบัน

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

แม้ว่าชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งมาแล้วจะมีที่มาและลักษณะการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างไรก็ตาม หากแต่ชมรมผู้สูงอายุก็อำนวยความสะดวกอย่างมากทั้งต่อชุมชนและตัวผู้สูงอายุเอง เนื่องจากผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆของชมรมร่วมกัน ได้สังสรรค์กับบุคคลในวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือเหงา และการรวมตัวกันของผู้สูงอายุช่วยให้แต่ละคนสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ต่อเนื่อง

๖ กลไกสู่ความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ

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

- การทำความเข้าใจร่วมกันในวัตถุประสงค์ของชมรม ชมรมผู้สูงอายุอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้สูงอายุเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นรอง หรือเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเป็นรองก็ตาม วัตถุประสงค์นี้จะต้องมีการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจร่วมกัน ขณะเดียวกันก็ควรเน้นย้ำอุดมการณ์ของชมรมผู้สูงอายุว่าเป็นชมรมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ

- การดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ถ้าเป็นการจัดตั้งในชุมชน ควรจะริเริ่มในชุมชนที่ผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันอยู่ก่อนแล้ว หรือมีความตื่นตัวในเรื่องของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องพิจารณาถึงความพร้อมของผู้นำ ไม่ว่าจะเป็นผู้นำที่เป็นทางการหรือไม่ก็ตาม หากผู้นำนั้นเป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็งก็จะมีส่วนต่อการจัดตั้งและดำรงอยู่ของชมรมผู้สูงอายุ

- ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนทุกเพศทุกวัย ทั้งผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาว และเด็กให้เข้ามามีส่วนในชมรมผู้สูงอายุ โดยอาจให้มีสมาชิกสมทบ เพราะผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวจะช่วยในการบริหารจัดการชมรมได้ดีขึ้น

- ความแตกต่างในเศรษฐกิจของสมาชิกคงเป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยง หากแต่เมื่อมาอยู่ในชมรมเดียวกัน ก็ควรใช้ความต่างต่างนั้นก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชมรม ขณะเดียวกันก็พึงมีมาตรการบางอย่างที่จะเอื้อต่อผู้ด้อยฐานะกว่า เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันและเป็นปมด้อย เช่น ผู้ที่มีฐานะช่วยด้านการเงิน ในขณะที่ผู้ด้อยฐานะช่วยด้านการจัดการ เป็นต้น

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

- กิจกรรมของชมรม จะมีกิจกรรมใดก็ตามต้องทำเพื่อผู้สูงอายุและความพร้อมของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน อุปกรณ์ สุขภาพ และที่สำคัญคือเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกชมรม และพยายามให้มีกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกิจกรรมต่างๆที่จัดควรมีค่าใช้จ่ายเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

- ชมรมผู้สูงอายุใดที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นหรือมีพัฒนาการค่อนข้างต่ำ ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีพี่เลี้ยง พี่เลี้ยงของชมรมผู้สูงอายุอาจจะเป็นสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ หรืออาจเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยเป็นพี่เลี้ยงในระยะเริ่มแรก และต้องค่อยๆถอนตัวออกไปเมื่อชมรมพอจะยืนบนขาของตัวเองได้แล้ว

▪ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ

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

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

▪ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้จัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านขึ้นในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศ การดำเนินงานของศูนย์อยู่ในรูปของคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านดังกล่าวมี

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

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

▪ บริการโดยองค์กรอื่นๆ

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

วัฒนธรรมชุมชน/พื้นที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

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

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

อย่างไรก็ตาม การแบ่งแยกดังกล่าวข้างต้นมิใช่การแบ่งแยกกันอย่างเด็ดขาด วัฒนธรรมทางด้านวัตถุสามารถสื่อความหมายและเป็นสัญลักษณ์ได้ เช่น บ้านเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อาจสะท้อนถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้น

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

การเคารพผู้สูงอายุ

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

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

นอกจากนี้การเชื้อพ้องผู้สูงอายุก็ถือว่าเป็นรูปแบบของการแสดงออกซึ่งความเคารพผู้สูงอายุอย่างหนึ่งในสังคมไทยพบว่า ผู้อ่อนวัยกว่าต้องเชื้อพ้องและทำตามกับผู้สูงอายุกว่าแนะนำ⁽⁶¹⁾ อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาในปัจจุบันได้พบว่าทัศนคติของผู้สูงอายุที่เห็นว่าคนหนุ่มสาวในปัจจุบันไม่ค่อยเคารพเชื้อพ้องผู้สูงอายุเท่ากับในสมัยก่อน ไม่มาปรึกษาหารือ มองเห็นผู้สูงอายุไม่มีความหมาย หรือมองว่าผู้สูงอายุเป็น “ไดโนเสาร์ เต่าล้านปี” เป็นคนล้าสมัย^(9,12)

พิธีกรรมและประเพณี

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

สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย

ในการสืบทอดวัฒนธรรมนั้น การสื่อสารโดยบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและค่านิยมอาจแสดงออกในสำนวน สุภาษิต และคำพังเพย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะได้รับการกล่าวขวัญถึงในรูปของสำนวน สุภาษิต หรือคำพังเพย ซึ่งสะท้อนทั้งในทางบวกและลบ ในทางบวกจะเป็นไปในทางยกย่องในฐานะปฐนียบุคคล ขณะที่เนื้อหาในทางลบนั้นมักจะเป็นเนื้อหาที่เน้นหนักไปในเรื่องของกามารมณ์ การลดพละกำลังทั้งทางกายและเพศ

และเนื้อหาจะค่อนข้างไปในทางลบสำหรับผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยหากเป็นเรื่องเกี่ยวกับเพศ ผู้สูงอายุหญิงมักจะถูกประณามในทางลบ⁽⁶²⁾

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

อนึ่ง โดยรวมแล้วในเรื่องของวัฒนธรรมชุมชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ประเด็นของการเคารพผู้สูงอายุนั้นยังขาดแคลนข้อมูลที่ตรวจสอบถึงการเปลี่ยนแปลงในการเคารพผู้สูงอายุในหมู่คนรุ่นหนุ่มสาว หรือวัยเด็ก และปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนกระทบต่อการเคารพผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังควรมีการประมวลข้อมูลเกี่ยวกับประเพณี พิธีกรรม ตลอดจนสำนวน สุภาษิต และคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ

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

ความเข้มแข็งของชุมชนเป็นรากฐานที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนาชุมชนเป็นไปได้อย่างดี องค์ประกอบที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็งคือ การมีทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรธรรมชาติหรือทรัพยากรบุคคลในชุมชน การมีกลไกที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มุ่งส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความรู้และมีทักษะที่จะใช้ชีวิตของตนเองในชุมชนอย่างมีความสุข ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต้องพิจารณาถึงเศรษฐกิจของชุมชน รวมถึงการสร้างองค์กรชุมชนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นจากคนภายในชุมชนนั่นเอง⁽⁶⁸⁾

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ นอกจากจะอาศัยพื้นฐานจากหลักการพัฒนาชุมชนแล้วยังต้องผสมผสานกับแนวคิดในการที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ แนวคิดที่เป็นรากฐานในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนคือ แนวคิดประชาสังคม ซึ่งหมายถึง “การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การก่อจิตสำนึก

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

โดยสาระสำคัญและหลักการโดยรวม การที่บุคคลรวมตัวกันเป็นกลุ่มโดยธรรมชาติ มีการร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ถือว่าเป็นการพัฒนาไปตามแนวคิดประชาสังคม การเน้นความร่วมมือร่วมใจระหว่างประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุตามแนวคิดประชาสังคมจึงนับว่าเป็นมิติใหม่ที่น่าจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ

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

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

และโครงการต่างๆ การมีบทบาทร่วมกันของประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีการดำเนินงานในลักษณะหุ้นส่วนกัน ในลักษณะที่มีความเสมอภาค มีการผสมผสานกัน จะมีส่วนสำคัญในการทำให้ชุมชนมั่นคง เข้มแข็ง เพื่อผู้สูงอายุได้ต่อไปในอนาคต

งานวิจัยที่ควรมี

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

บรรณานุกรม

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

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

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

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

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

บทที่ 8 : การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ

ผศ. เล็ก สมบัติ

ความนำ

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

พัฒนาการของการบริหารจัดการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

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

■ แนวทางปฏิบัติในรูปแบบนโยบายและแผน

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

เอกชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชนให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ส่งเสริมบทบาทของสถาบันครอบครัวให้เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มืองค์กรหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ และให้มีการวางแผนระดับหน่วยงานให้สอดคล้องกับแผนชาติ

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

▪ การอกระเบียบ กฎหมาย และข้อกำหนดที่สนับสนุน และรองรับการปฏิบัติ

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

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

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

ส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การสงเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาเรื่องความชัดเจนของการบริหารงานด้านสวัสดิการว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบ⁽¹²⁾

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

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

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

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

4) ระเบียบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการในส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นการจัดสวัสดิการโดยทางอ้อม โดยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังในพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกรมประชาสัมพันธ์ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ” มีรายละเอียดดังนี้

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

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

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

■ **ภารกิจที่หน่วยปฏิบัติการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ**

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

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

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

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

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

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

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

ในการดำเนินการวิชาการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาความรู้ทางวิชาการควบคู่ไปด้วยกัน โดยในระยะเริ่มดำเนินการ เป็นวิชาการในรูปแบบการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรค รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป^(17,18)

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

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

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

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

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

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

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

- 1) เพื่อการสงเคราะห์เฉพาะหน้าสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยากจนไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ และช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการอุปการะผู้สูงอายุไว้

- 2) เพื่อตอบแทนคุณความดีของผู้สูงอายุที่ได้ทำประโยชน์แก่ประเทศชาติ
- 3) เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

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

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

การจัดบริการสังคมในลักษณะที่ภาครัฐต้องรับผิดชอบจัดหาและอำนวยความสะดวกต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของผู้สูงอายุในระยะที่ผ่านมาประสบปัญหาหลายประการ ทั้งการขาดแคลนงบประมาณ บุคลากร และความรุนแรงและซับซ้อนของปัญหา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสถานะของสถาบันครอบครัวทำให้สถาบันที่ให้บริการต้องรับภาระมากขึ้น ตลอดจนกระแสแนวความคิดที่เชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทและมีส่วนร่วมในสังคมได้ จึงได้เกิดการพัฒนาองค์กรและเครือข่ายชุมชนขึ้นโดยกรมประชาสงเคราะห์ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรของผู้สูงอายุเพื่อการรวมกลุ่มทำกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิก นั่นคือสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์กลางระหว่างชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคลและองค์กร นอกจากนี้สมาคมสภาผู้สูงอายุยังทำหน้าที่เป็นตัวแทนเรียกร้องและรักษาสีทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งจากภาครัฐและเอกชน เช่น กรณีการเสนอแนะผลักดันและร่วมมือกับรัฐบาลในการกำหนดนโยบายและมาตรการระดับชาติผู้สูงอายุในปีพ.ศ.2535 และร่วมมือกับรัฐบาลในการกำหนดและประกาศปณิญาผู้สูงอายุไทย เป็นต้น

ในขณะเดียวกันรัฐบาลโดยกรมประชาสงเคราะห์ได้ส่งเสริมกิจกรรมระดับโครงการในชุมชนหลากหลายโครงการเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุได้รับโอกาสและทางเลือกในการแสดงบทบาทต่อชุมชนและสังคม

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

กล่าวโดยสรุป การจัดบริการด้านสังคมโดยกรมประชาสงเคราะห์เป็นหน่วยงานหลักนั้น ในอดีตเป็นการให้บริการด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากและเดือดร้อนโดยการรับอุปการะเลี้ยงดูไว้ในสถานสงเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ และได้ปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นการทำงานเชิงรุก คือ เน้นการกระจายบริการไปสู่บุคคล มีกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม และพัฒนาบริการที่เน้นการป้องกันฟื้นฟูและพัฒนาแก่ผู้สูงอายุ

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

◇ บริการด้านอื่นๆ อาทิ

บริการด้านสาธารณสุขได้แก่ การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม และการจัดที่นั่งสำรองในรถโดยสารประจำทางสำหรับผู้สูงอายุ

บริการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายโดยกองวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย สำนักงานนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

โครงการส่งเสริมกีฬาและสุขภาพมวลชน ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้การกีฬาเป็นเครื่องมือ^(22,29)

บริการลดอัตราค่าผ่านประตูในการเข้าชมหรสนพบันเทิง สถานที่ท่องเที่ยว และนันทนาการอื่นๆ เช่น พิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์ (เฉพาะวันนักชดฤกษ์)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครยังได้รับบริการที่จัดให้โดยกรุงเทพมหานคร เช่น การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ การจัดตั้งคลินิกสุขภาพในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร และการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในวันสำคัญต่างๆ การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ และประสานงานรวมทั้งสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ครอบครัวและชุมชน

การดำเนินการของภาคเอกชน

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

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

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

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้เปลี่ยนอาคารพักผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยเจ็บป่วยหนักมาให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และบางแห่งได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น มีองค์กรเอกชนบางแห่งได้จัดโครงการบริการทางสุขภาพเข้าไปสู่ชุมชนในพื้นที่ต่างๆ อาทิ จัดบริการตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว โดยคณะสงฆ์

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

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

ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการ

ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น เงื่อนไขที่สำคัญคือกลไกของการบริหารจัดการซึ่งประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การจัดการองค์กรให้ดำเนินตามแผนที่กำหนด การมอบหมายการปฏิบัติงานระดับองค์กรและบุคคล และการกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติ การวัดผล การติดตามผลและการปรับปรุงแก้ไข

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

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

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

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

กล่าวโดยสรุป ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการที่สำคัญเกิดขึ้นในทุกระดับคือ

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

➤ ระดับปฏิบัติการ กลไกการบริหารในระดับปฏิบัติการอันประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และธุรกิจเอกชน รวมทั้งองค์กรประชาชน ยังมีลักษณะที่ขาดเอกภาพ ขาดการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานต่างคนต่างปฏิบัติ และกิจกรรมหลายๆกิจกรรมจัดขึ้นตามสถานการณ์โดยขาดการพิจารณาให้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ

แนวคิดของการพัฒนา

กล่าวได้ว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยในระยะเริ่มต้นมีรากฐานแนวความคิดที่เป็นแนวทางหลักการชัดเจนมาจากอิทธิพลภายนอก คือ กำหนดหลักการสากลโดยกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติที่มีมติร่วมกันกำหนดขึ้นภายหลังการจัดประชุมร่วมกัน มีการประชุมที่สำคัญ 2 ครั้งที่ได้กำหนดแนวทางและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ดังนี้

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

ปฏิญญามาเก๊าว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีประเด็นหลักที่สำคัญคือให้ทุกประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตระหนักถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม เสริมสร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาคทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรหรือบริการต่างๆ ให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งในเมืองและชนบท

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

จากหลักการและปฏิญญาว่าด้วยผู้สูงอายุที่กล่าวมา มีสาระสำคัญหลักที่เป็นทางแนวคิดและแนวทางปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งภาครัฐบาล องค์กรเอกชน ธุรกิจเอกชน ชุมชน ประชาชน และตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องถือเป็นข้อผูกพันที่ต้องมุ่งมั่นปฏิบัติตามให้บรรลุจุดหมาย

จากการทบทวนเอกสารในเบื้องต้น ตลอดจนการประมวลประเด็นปัญหาในระดับต่างๆ สามารถประเมินได้ว่า การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ และด้านบริการสังคมทุกประเภท ยังไม่

สามารถบรรลุผลสำเร็จด้วยสาเหตุหลายประการ และในอนาคตจากผลการวิจัยถึงแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะยังทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งต้องการการแก้ไขโดยเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนแนวความคิดเพื่อการพัฒนา นโยบายและการปฏิบัติโดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

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

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

3) การให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันพื้นฐานที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยลดการพึ่งพาสถาบันภายนอก^(20,43)

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

จากแนวคิดที่กล่าวมามีข้อเสนอแนะต่อรูปแบบและวิธีการที่รัฐ ควรดำเนินการดังนี้ คือ

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

งานวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

1. ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายด้านสวัสดิการสังคมไปใช้ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริหารงานองค์กรประชาชนด้านผู้สูงอายุ

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

บรรณานุกรม

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

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

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

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

บทที่ 9: ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

บททวนรายงานการศึกษาและบทความความคิดเห็นด้านระบบเพื่อผู้สูงอายุ

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

รายงานทั้ง 33 รายการสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทประกอบไปด้วย

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

รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน)

จากการรวบรวมพบว่ามีรายงานการศึกษาระบบเพื่อผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการวิจัยอนาคตศึกษาจำนวน 1 รายงาน และมีรายงานการศึกษาระบบโดยรวมที่มีส่วนสัมพันธ์กับประเด็นผู้สูงอายุอีก 3 รายงาน ดังนี้

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มิติของภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุน่าจะเป็นมากที่สุดและภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุที่ประสงค์ให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2552) และ

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

ระบบสวัสดิการที่พึงเกิดขึ้น

ระบบสวัสดิการในอนาคตต้องเน้นที่การสนับสนุนปัจจัยหลักของการเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่

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

ระบบบริการที่พึงเกิดขึ้น

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

ก็ตามสถานบริการสุขภาพชนิดเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนสถานบริการเรื้อรังทั้งทางสุขภาพและสังคมยังมีความจำเป็นและจะช่วยให้ระบบบริการสมบูรณ์เพียงพอที่จะบรรเทาความทุกข์ยากของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือผู้อยู่ในวัยชราที่ครอบครัว-ชุมชนและการบริการในชุมชนไม่สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอ

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

มาตรการที่พึงเกิดขึ้นเรียงตามลำดับความสำคัญ

1. มาตรการ ระบบประกันสำหรับผู้สูงอายุและวัยชรา

- ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
- ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน
- จัดให้มีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น

2. มาตรการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

- จัดให้ผู้สูงอายุได้รับการอบรม
- ให้คำปรึกษาทั่วไป
- ดำเนินการให้มีการสื่อสารแก่ผู้สูงอายุเป็นระบบ

3. มาตรการ ด้านการเงินและภาษี

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

4. มาตรการ ทางกฎหมาย

- กฎหมายคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ
- กฎหมายให้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีและเป็นธรรม

- กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ

5. มาตรการ ส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

- รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมชมรมหรือเครือข่ายครอบครัว

6. มาตรการ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย
- ส่งเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนกิจกรรมขององค์กร-เครือข่ายผู้สูงอายุ
- จัดเวทีการเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- ส่งเสริมให้ภาคีที่ทำงานในชุมชนได้ทำงานร่วมกัน

7. มาตรการ ส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา
- ส่งเสริมการฝึกอาชีพให้เหมาะสม

8. มาตรการ ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และ บุคคล

- ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและจัดให้สะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา
- จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อน

9. มาตรการ ระบบการบริการชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นฐาน (community based care)

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

- ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ

10. มาตรการ ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล) มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีแผน งบประมาณ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

11. มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

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

12. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

- ให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่มีผลงานเด่น
- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ
- ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษารับการถ่ายทอดความรู้โดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน
- สนับสนุนการตั้งศูนย์การเรียนรู้และถ่ายทอดภูมิปัญญาของชุมชน

13. มาตรการ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการให้บริการผู้สูงอายุ

- เครือข่ายศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับอำเภอ จังหวัด และภาค
- จัดให้มีประสานงานการบริการในส่วนสุขภาพและสังคม และภาครัฐกับชุมชน

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

แนวคิดทางนโยบายโดยเฉพาะประเด็นที่จะเป็นยุทธศาสตร์หลัก

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

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

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นอนาคตศึกษาที่มีกระบวนการศึกษาที่รัดกุมและชัดเจนในกลุ่มประชากรศึกษาหลากหลายที่มีจำนวนมากและได้ผลที่เป็นรูปธรรมทั้งในส่วนโครงสร้างระบบสวัสดิการและบริการที่ครอบคลุมทั้งบริบททางสังคมและทางสุขภาพ ตลอดจนได้กำหนดมาตรการต่างๆจำนวน 22 ข้อ อย่างไรก็ตามรายละเอียดในระบบและมาตรการต่างๆจากการศึกษานี้ไม่ได้หมายความว่าจะต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมและสถานการณ์ของประเทศในด้านต่างๆ อาทิ การเมือง เศรษฐกิจ และสภาวะทางสังคม

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

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

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

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

โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในอนาคตของการดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้านในลักษณะของการบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและสถานีนอนมัย ร่วมกับระบบพยาบาลประจำครอบครัวที่เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเฉพาะในเขตเมือง

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

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

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

โดยสรุปการศึกษานี้มีความจำกัดในด้านกระบวนการศึกษา และผลการศึกษาสนับสนุนแนวโน้มการเกิดมีหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชากรสูงอายุ และการบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน (community based care)

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

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

ผลการศึกษาที่สำคัญและสัมพันธ์กับระบบบริการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต มีดังนี้

ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต

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

โดยเมื่อจัดลำดับความสำคัญโดยนำความสามารถในการแก้ไขบรรเทาปัญหามาประกอบการพิจารณา ทำให้ได้ลำดับความสำคัญดังนี้

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

รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า

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

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งและนำมาประมวลและสังเคราะห์โดยคณะผู้ทำการศึกษาจำนวน 5 คนซึ่งส่วนใหญ่มาจากหรือมีความสัมพันธ์กับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผู้ทำการศึกษาเองได้เน้นชัดเจนว่ารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สร้างขึ้นเป็นเพียง “ร่าง” และยังไม่สามารถสรุปรูปแบบการบริการปฐมภูมิว่าจะเป็นเช่นไร

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

รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือคณะบุคคลที่ทำการรวบรวมข้อมูล-สถานการณ์และ/หรือดำเนินการวิจัยและใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็น หรือเป็นรายงานหรือบทในตำราของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน)

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

รายงานการศึกษานี้เป็นการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งในและต่างประเทศรวมทั้งกรณีศึกษาในประเทศไทยจำนวน 5 กรณี และนำมาประมวลและสังเคราะห์ โดยผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต และเน้นความสำคัญของผู้สูงอายุบางกลุ่มซึ่งต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางถึงต่ำและผู้สูงอายุในชนบท ทั้งนี้ระบบที่เสนอแนะจะเน้นที่บริการสังคมโดยเฉพาะใช้ชุมชนเป็นฐานและเน้นความสำคัญของครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้น ดังนี้

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

นอกจากนั้นยังได้เสนอให้มีการกำหนดนโยบายสำหรับบริการด้านสวัสดิการที่ครอบคลุมจุดมุ่งหมายดังนี้

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

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

การศึกษานี้ผู้ทำการศึกษาใช้ข้อมูลเอกสารรวมกับการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ในการนำมาวิเคราะห์และนำเสนอแนวทางการดำเนินงานทางสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เหมาะสมและเป็นไปได้ โดยเน้นให้ดำเนินการจัดบริการภายในชุมชนที่ครอบคลุม 4 เรื่องใหญ่ คือ บริการรักษาสุขภาพ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย บริการด้านการส่งเสริมรายได้ และบริการสหสาขาการ ทั้งนี้ได้เสนอให้ชุมชนเป็นผู้จัดให้บริการ

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

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

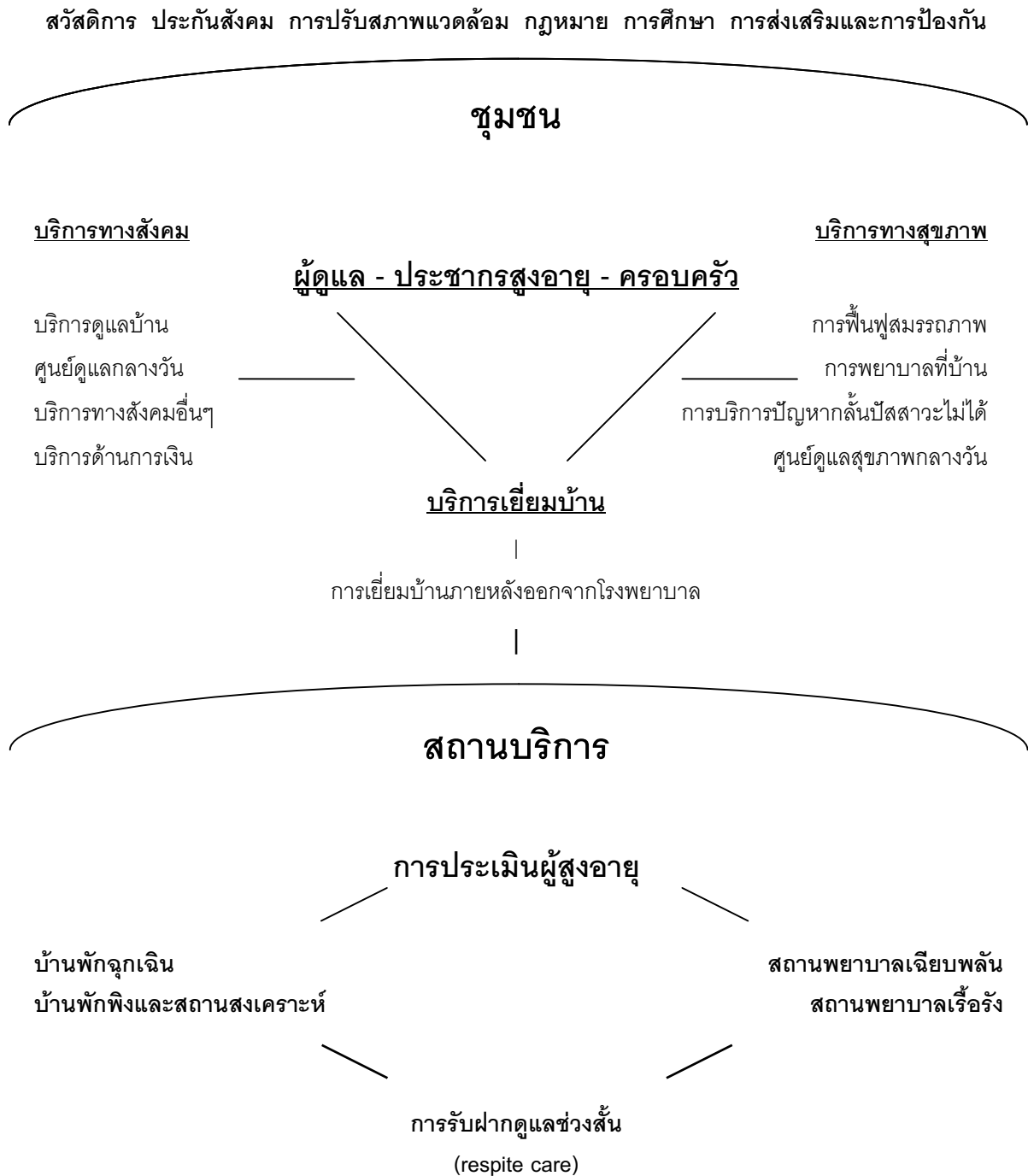
- การบริการชุมชนแบบบูรณาการและสหสาขาที่ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพ กระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานและเครือข่ายการบริการอย่างไม่เป็นทางการ (informal care network) ภายในชุมชน และได้ให้ตัวอย่างโครงสร้างระบบบริการและสวัสดิการแสดงในรูปที่ 1

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

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเอกสารเพื่อการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในด้านต่างๆของประชากรสูงอายุและด้วยความเห็นของคณะผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนะประเด็นสำคัญในการดำเนินการของภาครัฐเพื่อจัดการบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต ดังนี้

- จัดสวัสดิการที่ครอบคลุมด้านต่างๆอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะสวัสดิการด้านบำนาญ ทั้งนี้การบริหารจัดการผ่านทางระบบประกันสังคม (social security) และระบบประกันบำนาญของเอกชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในอนาคต
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและค้ำยันให้การดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวคงอยู่ได้

รูปที่ 1 โครงสร้างระบบการบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุ⁽⁹⁾



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจาก สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล แล้ว

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

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

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

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

- การพัฒนางานสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรเน้นการจัดสวัสดิการโดยองค์การภาคเอกชนหรือชุมชนให้มากยิ่งขึ้น โดยมีรัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนหรือประสานงานการจัดสวัสดิการมากกว่าเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน
- ควรมีการพัฒนากระบวนการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งในด้านรูปแบบการจัดบริการประเภทต่างๆให้ครอบคลุมทั่วถึงและมีปริมาณเพียงพอ
- กฎหมายประกันสังคมควรให้ความสำคัญในการให้หลักประกันความมั่นคงในด้านดำรงชีวิตอยู่ในสังคมในบั้นปลายของชีวิต

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

การวิจัยนี้เป็นสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1,800 คนและความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 75 คน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

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

- รัฐควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีการเตรียมตัว
- รัฐควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมได้ช่วยเหลือและบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม

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

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

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

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

การวิจัยนี้ต้องการประเมินนโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขและการบรรจุจุดมุ่งหมายของนโยบายและแผนงาน โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร รวมทั้งการดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนและที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลในระดับตัวแทนประเทศ คณะผู้วิจัยได้ให้ประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการ คือ

- ควรเพิ่มและเสริมสมรรถภาพของสถานเอนกนัยในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

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

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

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

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

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

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

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

ด้านรายได้-การสงเคราะห์แบบไม่เป็นทางการ และการเข้าถึงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

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

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

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชาติจำนวน 4,048 คน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อต้องการทราบถึงสถานะสุขภาพในด้านภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา กลุ่มอาการสมองเสื่อม ตลอดจนความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

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

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

รายงานนี้เป็นการประมวลข้อมูลการศึกษาในระดับชาติทางด้านสังคม เพื่อนำเสนอในการประชุมวิชาการ โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

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

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

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

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

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

รายงานนี้เป็นการประมวลและสังเคราะห์รายงานและงานวิจัยต่างๆเพื่อทบทวนนโยบาย มาตรการของรัฐ และผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นทาง ระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- ส่งเสริมการออมสำหรับผู้สูงอายุ
- สนับสนุนให้เอกชนจัดตั้งโครงการประกันยามชรา
- ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
- สนับสนุนโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานได้มากขึ้น

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

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

- ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
- ควรขยายการบริการลงไปในระดับหมู่บ้านและชุมชน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย และการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

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

รายงานนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการการทำงานในผู้สูงอายุจำนวน 429 คนจาก ชุมชนผู้สูงอายุของ 11 เขตในกรุงเทพมหานคร ผู้ทำการศึกษได้ให้ประเด็นทางระบบ สวัสดิการและ บริการ ดังนี้

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

- บริการข้อมูลข่าวสารให้เข้าถึงผู้สูงอายุโดยทั่วถึงกัน

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

การสัมมนาครั้งนี้มีขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย ในการสัมมนาได้มีการระดมสมองในกลุ่มย่อยในประเด็นต่างๆ และทำการรวบรวมขึ้นเป็นข้อเสนอแนะไว้ในรายงาน โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการดังนี้

- บริการส่งเสริมสุขภาพผ่านทางคลินิกผู้สูงอายุและหน่วยงานรัฐต่างๆ
- จัดให้มีการบริการถึงระดับชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การเยี่ยมบ้าน
- จัดตั้งศูนย์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุขึ้นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- เพิ่มและขยายสถานพักพิงสำหรับผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

18. รายงาน “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ” โดย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย⁽²⁴⁾

รายงานนี้เป็นข้อเสนอเพิ่มเติมจากการประชุมสัมมนาในกระบวนการอนาคตศึกษาตามที่ปรากฏผลในรายงานของสุทธิชัยและคณะ⁽¹⁾ โดยเป็นข้อเสนอที่มาจากการประชุมกลุ่มประชาคมผู้สูงอายุเพื่อหารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุปรารถนา และมีประเด็นดังนี้

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

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

บทความนี้เป็นข้อเสนอแนวคิดการให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนี้

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

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

บทในตำราหลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ให้ประเด็นทางระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

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

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

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

บทความนี้ให้ความเห็นและประเด็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต เน้นบทบาทและรูปแบบระบบบริการโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ และสอดคล้องกับทิศทางของระบบบริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

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

ทำหน้าที่เป็นระดับแรกของการส่งต่อจากการบริการในชุมชน และให้การสนับสนุนการบริการในชุมชนในด้านต่างๆ (รูปที่ 2)

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

บทในตำราผู้สูงอายุไทยได้ให้แนวคิดของสวัสดิการที่น่าจะพิจารณาดำเนินการเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังนี้

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

รายงานการวิจัยรูปแบบการบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน)

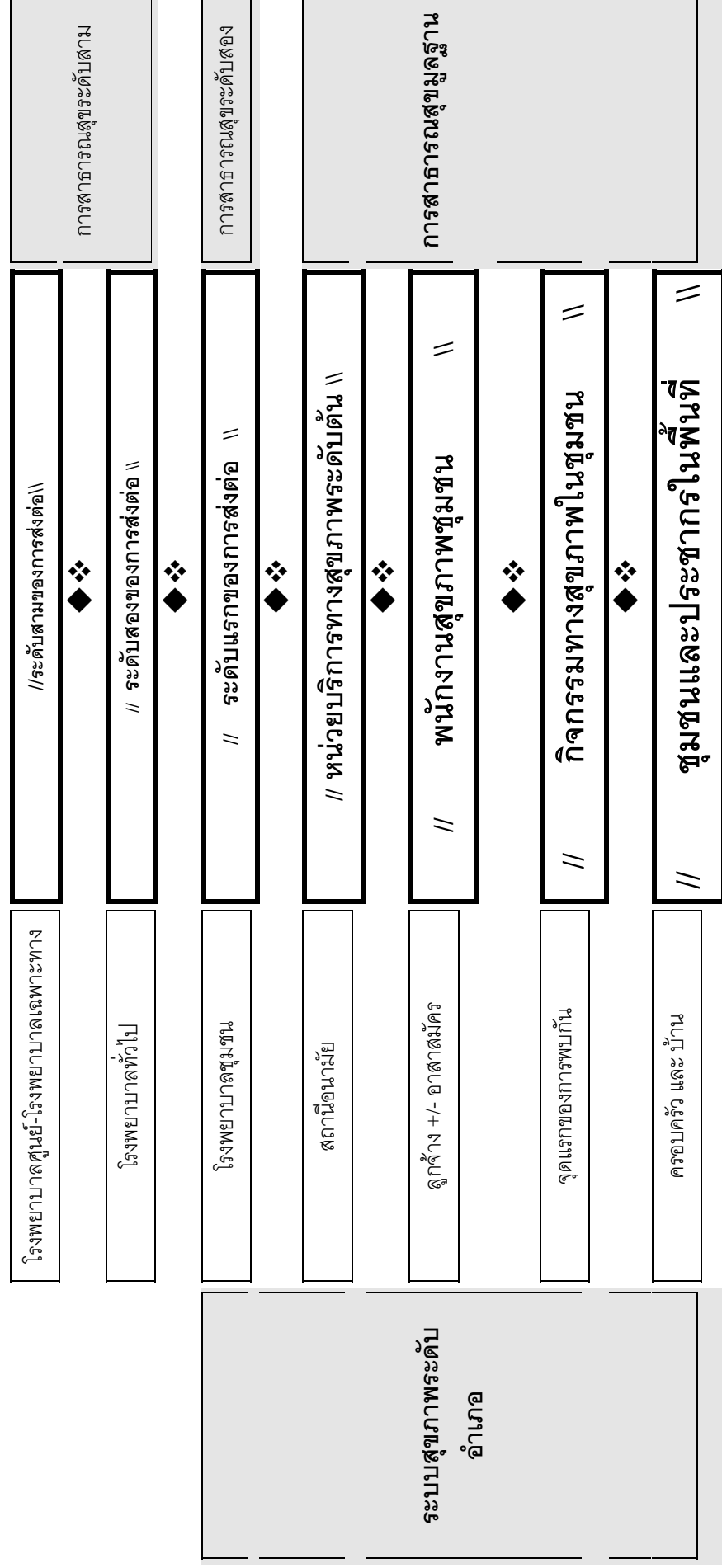
1. รายงานการศึกษาเชิงปฏิบัติการ “การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ” โดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁽²⁹⁾

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

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

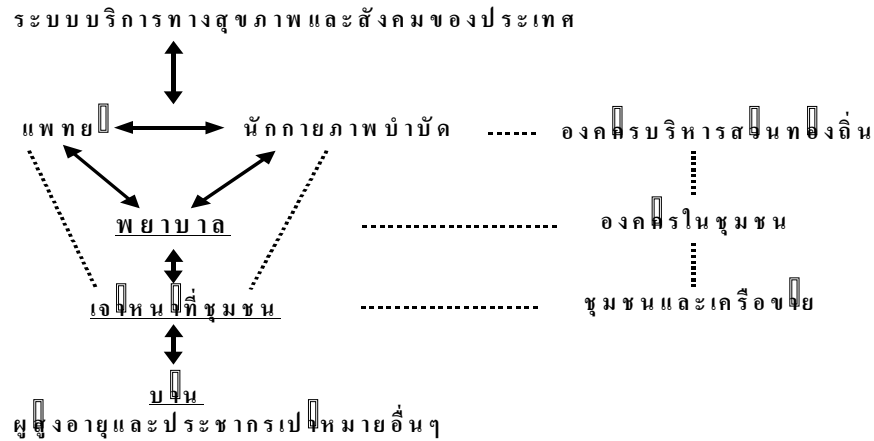
- ชมรมผู้สูงอายุ
- บริการดูแลกลางวัน
- โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตยแสดงในรูปที่ 3

รูปที่ 2 โครงสร้างระบบบริการการบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย : เน้นโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐาน⁽²⁷⁾



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว

รูปที่ 3 โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย⁽²⁹⁾



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจากวารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแล้ว

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

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

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

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

รักษาในชุมชนเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 51 และอายุเฉลี่ยของประชากรศึกษาเท่ากับ 64.2 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.1 ปี)

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตปกติหรือก้ำกึ่งทำการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการศึกษาในประชากรสูงอายุจำนวน 64 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือก้ำกึ่งในหมู่บ้านทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุจำนวน 63 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือก้ำกึ่งในหมู่บ้านควบคุม ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตและชีพจรลดต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามประชากรศึกษามีขนาดเล็กและระยะเวลาในการศึกษาน้น นอกจากนั้นการศึกษานี้ผู้ประเมินผลทราบว่าประชากรกลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือเป็นกลุ่มควบคุม (not-blind control trial) อันจะทำให้เกิดอคติในการประเมินได้ โดยเฉพาะการวัดระดับความดันโลหิต

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

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

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้การแปลและสรุปผลต้องมีความระมัดระวัง นอกจากนั้นผู้ให้บริการเป็นผู้ทำการประเมินผลเองอันจะทำให้เกิดอคติได้

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

รายงานนี้เป็นผลงานวิจัยถึงประสิทธิภาพของกระบวนการบริการสหสาขาแก่ผู้ป่วยหญิงจำนวน 199 คนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยหญิงในอีกหอผู้ป่วยหนึ่งจำนวน 218 คน และใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในอดีตของหอผู้ป่วยหญิงทั้งสองที่มารับ

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

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

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

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

ข้อสังเกตสำคัญคือผลการดำเนินการในโครงการเหล่านี้ไม่ได้รับการประเมินชัดเจน แต่อยู่ในรูปของประสบการณ์ร่วมกับการรวบรวมอุปสรรคเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาต่อไป ทำให้เป็นการยากที่จะสรุปว่ารูปแบบการบริการใดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และทำให้การเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเหล่านี้จึงเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงปฏิบัติการเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ทิศทางของการพัฒนาการบริการปฐมภูมิกำลังเคลื่อนไปสู่สถานีนอนามัยและชุมชนมากขึ้น และผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดำเนินการคือพยาบาล

ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

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

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

ประเด็นสำคัญจากการรวบรวมและเปรียบเทียบระบบสวัสดิการและการบริการในตารางที่ 1 และ 2 ตลอดจนข้อมูลต่างๆและสถานการณ์ด้านระบบการบริการและการปกครองในปัจจุบัน มีดังนี้

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

รัฐเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการสร้างหลักประกัน โดยกลไกของการสร้างหลักประกันจะต้องมีรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างระบบสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้จัดให้หรือกำหนดให้เกิดขึ้น ร่วมกับ กลไกทางภาคประชาชน (ชุมชนและบุคคล) และเอกชน ทั้งนี้รัฐและชุมชนจะต้องเป็นผู้ให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือด้อยโอกาสหรือไม่สามารถมีหลักประกันที่พอเพียงต่อ

การดำรงชีพอย่างมีคุณภาพตามสมควรในชุมชน ร่วมกับการจัดและให้สวัสดิการเพื่อสนับสนุนการสร้างหลักประกันในด้านต่างๆในเชิงการเตรียมและป้องกันตั้งแต่วัยต้นของชีวิต ในขณะที่เอกชนเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่มีกำลังและโอกาสในการเลือก

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

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

- สถิติการลดหย่อนค่าโดยสาร
- สถิติการด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการให้คำปรึกษาในด้านต่างๆ

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

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

การบริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคตประกอบด้วย

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

การบริการในสถานบริการทั้งทางสุขภาพและสังคมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เกิดปัญหาฉับพลันหรือเรื้อรัง หรือไม่สามารรถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอทั้งที่ได้รับบริการบริการชุมชน ดังนี้

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

4. โครงสร้างการบริหารจัดการของระบบบริการจำเป็นจะต้องสอดคล้องกับทิศทางการปกครองของประเทศ ในขณะเดียวกันจะต้องมีความเหมาะสมในด้านเทคนิคและข้อจำกัดของประเภทการบริการ

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

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

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

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลที่จะเกิดขึ้นต่อรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต⁽⁵⁰⁻⁵³⁾

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

สิทธิที่ประชาชนจะได้รับ

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

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

การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพ

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

รูปแบบระบบบริการ

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

ดังนั้นโดยภาพรวม ประชากรสูงอายุโดยทั่วไปจะได้รับประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะยาว และระบบนี้จะเอื้อให้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีการพัฒนาเร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในระยะ 10 ปีข้างหน้ายังคงเป็นระยะที่มีความสับสนพอสมควรอันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยน โครงสร้างระบบบริการและการเคลื่อนย้ายทรัพยากร ผู้สูงอายุจึงอาจยังไม่ได้ประโยชน์เต็มที่ในระยะดังกล่าวนี้

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

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

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

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

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

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

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

ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อการพัฒนากระบวนการสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุ

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

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

จากความเป็นจริงของการกำหนดแผนระยะยาวในอดีตและโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการตามแผน ทำให้ปรากฏชัดว่า ในการกำหนดแผนและการดำเนินการตามแผนเพื่อระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตซึ่งเป็นหลักประกันสำคัญของสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีกลไกสำคัญ 4 ประการ คือ

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

4. กระบวนการต่างๆ โดยเฉพาะทางกฎหมายเพื่อการส่งเสริมและการดำเนินการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีบทบาทอย่างจริงจังในระบบบริการและการจัดสวัสดิการในชุมชน
5. การผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านบริการผู้สูงอายุด้านต่างๆ รวมทั้งกระบวนการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาวิจัยที่ควรมีในอนาคต

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

บรรณานุกรม

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

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

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

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

บทที่ 10 : ระบบวิจัยและแนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

ปรัชญาด้านการวิจัย

การวิจัยมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญยิ่งต่อความเป็นธรรมในการพัฒนาประเทศ และนำไปสู่การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเพื่อสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าในมุมมองมหภาคหรือจุลภาค

แต่องานวิจัยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้ความจำกัดของทรัพยากรและสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่สังคมไทยได้นั้น จะต้องมีการวิจัยที่มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ-และประสิทธิผลเช่นกัน

วิสัยทัศน์ทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ

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

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

ของครอบครัวนั้นเลวร้ายลงอีก – จนมากขึ้น – และจะเกิดเป็นวัฏจักรของความยากจนและการเจ็บป่วย จนถึงที่สุดแล้วครอบครัวนั้นย่อมแตกสลายไป

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

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

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

แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุและกรอบประเด็นวิจัยที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ด้วยเหตุผลต่างๆข้างต้นและตามสาระที่ปรากฏอยู่ในบทต่างๆของหนังสือเล่มนี้ จึงสามารถสังเคราะห์ได้อย่างชัดเจนว่า แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับประเทศไทยจำเป็นต้องมุ่งไปใน 3 ทิศทาง คือ

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

- การวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุ และการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

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

1. เป็นงานวิจัยที่สามารถชี้แนะนโยบายและการดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสังคมและผู้สูงอายุ
2. เป็นงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยต่อเนื่องและการปฏิบัติงาน
3. เป็นงานวิจัยในลักษณะสหสาขา

สภาพของกลไกและโครงสร้างด้านการสร้างความรู้/การวิจัยด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทย

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

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

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

ประจำปี⁽⁶⁾) นอกจากนั้นยังขาดกลไกที่ดีพอในการส่งข่าวสารด้านการวิจัยสู่สาธารณะโดยเฉพาะข่าวสารที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อสาธารณชน

ประเด็นที่สาม-ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในระดับนโยบายและแผนระดับชาติได้ ซึ่งชัดเจนว่ามีความจำเป็นของการมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนี้อย่างต่อเนื่อง (โครงสร้าง-รูปแบบของหน่วยงานนี้จะได้รับการนำเสนอต่อไป)

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

เมื่อพิจารณาโดยยึดตัวผู้วิจัยเป็นศูนย์กลาง ทำให้สามารถพิจารณาแรงกดดันที่มีต่อนักวิจัยและวัฒนธรรมทางวิชาการที่ต้องการการพัฒนา ได้ใน 3 ระดับ⁽³⁾ ดังนี้

1. ระดับตัวบุคคล

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

2. ระดับสภาพการทำงานในองค์กร

- ขาดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร
- ขาดแคลนการสนับสนุนจากกลุ่มงาน-องค์กร
- องค์กรที่สังกัดไม่เข้มแข็ง
- ปัจจัยสนับสนุนไม่พอเพียง

3. ระดับแวดล้อมภายนอก

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

แรงกดดันเหล่านี้ปรากฏอยู่ในทุกสังคมทุกประเทศมากบ้างน้อยบ้าง แต่มีอยู่มากในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย การสลายแรงกดดันเหล่านี้จำเป็นต้องใช้กลไกการบริหารจัดการการวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

สภาพของกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศ

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

ข้อเสนอโครงสร้างและกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

เพื่ออำนวยความสะดวกการศึกษากลไกการศึกษาด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย รูปแบบของกลไกการศึกษาด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย อาจพิจารณาอย่างกว้างได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

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

ข้อเสีย: อาจทำงานซ้ำซ้อนกับองค์กรด้านการวิจัยระดับชาติ เช่น สกว. สวรส. และอาจทำให้การบริหารงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติขาดประสิทธิภาพ

- รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ (ไม่ได้เป็นเพียงชุดโครงการซึ่งมีลักษณะแบบเฉพาะกิจเช่นกัน)

ข้อดี: ทำให้การจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติมีประสิทธิภาพ ทิศทางสอดคล้องกับกรอบการวิจัยในด้านอื่นๆ กำหนดทิศทางการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยได้มีประสิทธิภาพแต่อาจด้อยกว่ารูปแบบองค์กรอิสระ

ข้อเสีย: อาจมีความคล่องตัวน้อยในด้านงบประมาณเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 2

จากรูปแบบทั้งสามจะเห็นว่าที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นรูปแบบที่ 3 คือเป็น “รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ” หน่วยงานนี้อาจจัดตั้งเป็นอิสระหรืออยู่ภายใต้สถาบันการศึกษาที่มีศักยภาพ และควรรับผิดชอบในการกิจดังต่อไปนี้

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

บรรณานุกรม

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