

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

หลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่ารายได้ที่เกิดจากน้ำพักน้ำแรงของผู้สูงอายุมักไม่เพียงพอ กับรายจ่าย ดังนั้น จำเป็นต้องมีการอนรายได้ระหว่างบุคคล เช่น การเก็บภาษีจากประชากรวัยทำงาน และนำมายกหักหุนผู้สูงอายุ ในขณะนั้น หรือการถอนรายได้ข้ามเวลาจากขณะที่อยู่ในวัยทำงานและมีรายได้มาใช้ขณะที่เป็นผู้สูงอายุและ ไม่มีรายได้ เช่น การ扣除และการเพิ่มนูลค่าแล้วนำมาใช้จ่ายเมื่อถึงวัยสูงอายุ แท้จริงแล้วการอนรายได้ ดังกล่าวเกิดขึ้นโดยธรรมชาติในตัวคนและในครอบครัวแต่ละคนอยู่แล้ว เช่น การที่คนเราพยายามออมรายได้ บางส่วนที่หาได้เพื่อเอาไว้ใช้ในอนาคต หรือการที่พ่อแม่จะสมน้ำน้ำพักน้ำแรงของตนเองในตัวบุตร เมื่อพ่อแม่เป็น ผู้สูงอายุและไม่มีรายได้แล้วบุตรก็จะเป็นผู้รับผิดชอบรายจ่ายของพ่อแม่ต่อไปจนกว่าชีวิตจะหายไป อย่างไรก็ตาม เมื่อโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง ทำให้ความสามารถในการสร้างหลักประกันแบบดีด้วย ตัวเองหรือด้วยครอบครัวไม่ค่อยมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ทั้งนี้ เพราะปัจจุบันบุคคลและครอบครัวอาจไม่สามารถ คาดเดาอนาคตได้ถูกต้อง เช่น ไม่ทราบว่าตนเองจะมีอายุยืนยาวเท่าใด ต้องออมเท่าใดจึงเพียงพอ ไม่ทราบว่า ตนเองจะต้องเลิกทำงานเวลาใด อีกทั้งไม่ทราบว่าค่าครองชีพในอนาคตจะเป็นอย่างไร ไม่ทราบว่ามีช่องทาง การออมอะไรบ้าง ทำให้ไม่สามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวก็มักมีขนาดเล็กเกินกว่าที่ จะช่วยเหลือกันได้ในยามที่วัยทางเศรษฐกิจมาถึง อีกทั้งสมาชิกของครอบครัวเดียวกันก็มักมีอาชีพและ หน้าที่การงานคล้ายๆกัน ทำให้มักต้องเผชิญภัยทางเศรษฐกิจคล้ายๆกันในเวลาเดียวกัน ทำให้ปัจจุบัน ไม่สามารถเกือบกู้ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ดังนั้นการสร้างหลักประกันในรูปแบบอื่นๆที่ได้ผลกว่าจึงมีความ จำเป็น

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

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

รูปแบบการประกันสังคม (Social Insurance) ในปัจจุบันเริ่มขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยตั้งแต่สมัยเริ่มพัฒนาอุตสาหกรรม หลักการของการประกันคือให้ผู้ที่เป็นสมาชิกแบกรับภาระของต้นทุนร่วมกัน ถ้าผู้แบกรับภาระเป็นลูกจ้างจะถือว่านายจ้างเป็นผู้ได้ประโยชน์จากแรงงานนั้นด้วย ดังนั้น นายจ้างจึงต้องร่วมแบกรับภาระด้วย สำหรับภัยที่กำหนดว่าต้องมีการคุ้มครองนั้นมีหลายประเภทโดยการชรารภาพเป็นหนึ่งในภัยเหล่านั้นที่ต้องได้รับการประกัน (ภัยประเภทอื่นๆ ได้แก่ ภัยจากการเจ็บป่วย ภัยที่เกิดจากการตายของผู้หารายได้หลักของครอบครัวและการว่างงาน เป็นต้น) การประกันชรารภาพเป็นภาระผูกพัน (commitment) ของสังคมในระยะยาว ดังนั้น จึงต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์การบริหารและการเงินของโครงการที่รัดกุมยิ่ง องค์ประกอบของโครงการที่ต้องกำหนดคือ หนึ่ง-โครงการจะครอบคลุมบุคคลประเภทใดบ้าง โครงการประกันสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลกส่วนมากจะเริ่มจากกลุ่มที่เป็นลูกจ้างก่อน ภายหลังจึงค่อยขยายไปยังกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระหรือเกษตรกร สอง-เงื่อนไขของผู้ที่ได้รับประโยชน์ทดแทนคืออะไร จำนวนมากเงื่อนไขจะกำหนดจากอายุและระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบ สาม-โครงสร้างจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ในเรื่องชรารภาพผู้จ่ายเงินส่วนมากคือลูกจ้างและนายจ้าง โดยรัฐมักช่วยในเรื่องค่าบริหารจัดการและเป็นผู้ค้ำประกันกองทุน สี่-ประโยชน์ทดแทนจะถูกกำหนดอย่างไร จำนวนจะถูกกำหนดจากระยะเวลาและเงินสมทบทั้งนี้อาจกำหนดให้มีประโยชน์ทดแทนขั้นต่ำที่คาดว่าจะเพียงพอสำหรับการยังชีพได้ด้วย^(22,23)

องค์ประกอบของโครงการทั้ง 4 ประการข้างต้นนี้ล้วนเกี่ยวข้องกัน โดยมีหัวใจอยู่ที่เรื่องความอยู่รอดของกองทุน ถ้ากำหนดเงื่อนไขการมีสิทธิค่อนข้างผ่อนปรน เช่น ถ้าเริ่มให้สิทธิตั้งแต่อายุค่อนข้างต่ำหรือระยะเวลาการส่งเงินสมทบสิ้นก์ต้องลดประโยชน์ทดแทนลงหรือเพิ่มอัตราการจ่ายเงินสมทบที่ขึ้น เป็นต้น ดังนั้นในการกำหนดลักษณะของโครงการจะเริ่มที่การกำหนดประโยชน์ทดแทนก่อน (defined benefit) แล้วกำหนดระดับเงินสมทบที่จะทำให้กองทุนอยู่ได้ในระยะยาวก็ได้ หรือเริ่มด้วยการกำหนดระดับเงินสมทบที่เหมาสม (defined contribution) ส่วนประโยชน์ที่จะได้รับในอนาคตขึ้นอยู่กับจำนวนเงินสมทบที่สะสมไว้และดอกผลจากเงินดังกล่าว แม้ในทางคณิตศาสตร์ประกันภัย ความล้มเหลวระหว่างอัตราเงินสมทบและอัตราเงินทดแทนจะมีสูตรเชื่อมโยงที่ชัดเจนถ้าทราบตัวแปรด้านรายได้ของผู้จ่ายเงินสมทบและระยะเวลาที่รับประโยชน์ทดแทนได้ถูกต้อง แต่ในทางปฏิบัติไม่มีใครยกกรณีอนาคตได้ ด้วยเหตุนี้ทั้งเงินสมทบและ/or เงินบำนาญจึงต้องมีการปรับตามเงื่อนไขทางประชากรและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

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/or อัตราประโยชน์ทดแทนให้สอดคล้องกับสัดส่วนของรายรับและรายจ่ายของกองทุนอยู่เสมอ ซึ่งสัดส่วนรายรับและรายจ่ายของกองทุนย่อมขึ้นอยู่กับสัดส่วนของผู้รับบำนาญและผู้จ่ายเงินสมทบด้วย⁽²⁴⁾ ถ้ามองในด้านการoinรายได้ PAYG มี

ลักษณะของการโอนรายได้ระหว่างคนต่างรุ่นและต่างวัยมากที่สุด กล่าวคือ รายได้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันได้มากจากรายได้ของผู้ที่ทำงานในปัจจุบันโดยคาดว่าเมื่อตนเองเป็นผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาวซึ่งเป็นผู้ทำงานในสมัยนั้นจะนำรายได้ส่วนหนึ่งมาเป็นค่าใช้จ่ายของตนเอง เช่นกัน ถ้าใช้ระบบ PAYG อัตราเงินสมทบทั้งหมดตั้งโครงการเพราะในขณะนั้นสัดส่วนของจำนวนผู้รับบำนาญต่อจำนวนสมาชิกที่จ่ายเงินสมทบทั้งหมด แต่เมื่อโครงการกันประกันดำเนินการไปนานขึ้น ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น สัดส่วนของจำนวนผู้รับบำนาญต่อจำนวนผู้จ่ายเงินสมทบทั้งหมดเพิ่มขึ้น อัตราเงินสมทบทั้งหมดเพิ่มขึ้นด้วย⁽²⁵⁾

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

สำหรับแบบ Partially Funded นั้น จะมีการเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนหรือผู้ที่จ่ายเงินสมทบในนามของผู้ประกันตน (นายจ้างและ/หรือรัฐบาล) เข้ากองทุนเพื่อจ่ายให้ผู้ที่เกษียณในอนาคตตามประโยชน์ทดแทนที่กำหนดไว้ส่วนหนึ่ง แต่จะไม่ได้เก็บเต็มจำนวนดังเช่นในแบบ Fully Funded ดังนั้น เมื่อโครงการดำเนินไปได้ระยะเวลาหนึ่ง กองทุนจะหมดลงและโครงการจะไม่สามารถจ่ายเงินบำนาญได้ตามสัญญา ดังนั้น โครงการที่ใช้ระบบ Partially Funded จึงต้องมีการปรับโครงการอยู่เสมอ วิธีการที่ใช้ปรับอาจเป็นการปรับเงินสมทบทั้งหมดลดเงินบำนาญลง แต่ในความเป็นจริง การลดเงินบำนาญลงมักดำเนินการไม่ได้ เพราะจะมีการต่อต้านสูงมาก การปรับเจ้มมากเป็นการเพิ่มอัตราเงินสมทบทั้งหมดเป็นระยะๆ ถ้ามีการปรับเงินสมทบทั้งหมด หมายความว่าคนที่เข้าระบบรุ่นหลังจะเป็นผู้จ่ายเงินสมทบส่วนที่ขาดไปให้แก่คนที่เข้าระบบรุ่นก่อน ดังนั้น partially funded จึงเป็นระบบที่ผู้สูงอายุยอมเพื่อตนของส่วนหนึ่ง และเป็นการโอนรายได้จากคนรุ่นหลังมาอีกส่วนหนึ่ง หลักปฏิบัติทั่วไปในการบริหารกองทุนคือ เมื่อพบว่ากองทุนจะเริ่มติดลบในเวลาประมาณ 20 ปี ก็ต้องมีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ⁽²⁴⁾

โครงการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจเพื่อผู้สูงอายุที่มีอยู่ในประเทศไทย ส่วนมากจะเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของบุคคลนั้นๆ เช่น โครงการบำเหน็จบำนาญของข้าราชการและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ซึ่งผู้ที่ทำงานเหล่านี้ หลังจากที่มีอายุงานถึงเกณฑ์ที่กำหนด หากเลือกที่จะออกจากงานหรือต้องเกษียณอายุตามเกณฑ์ก็จะได้รับเงินบำเหน็จก้อนหนึ่งหรือได้รับเงินบำนาญเป็นรายเดือนเพื่อการยังชีพจนกว่าชีวิตจะหาไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาทำงาน ดังนั้น ข้าราชการจึงเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันด้านเศรษฐกิจดีมากก่อนหนึ่ง ก่อนปี พ.ศ. 2539 เงินบำนาญของข้าราชการทั้งหมดนำมาจากบประมาณแผ่นดินโดยถือว่าเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าราชการเพื่อชดเชยรายได้ของข้าราชการที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าของภาคเอกชนในตำแหน่งงานที่ใกล้เคียงกัน แต่หลังจากปี พ.ศ. 2539 โครงการสวัสดิการของข้าราชการมีลักษณะผสมผสานระหว่างการขอรับด้วยตนเองโดยมีรัฐบาลในฐานะนายจ้างรับจ่ายเงินสมทบ แต่ก็ยังคงมีส่วนของบำนาญซึ่งถือเป็นสวัสดิการที่มากับอาชีพในปัจจุบัน รัฐและข้าราชการแต่ละฝ่ายจะจ่ายเงินสมทบในอัตรา้อยละ 3 ของเงินเดือนข้าราชการ ส่วนที่เป็น

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

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

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

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

ความยั่งยืนของกองทุนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้หลักประกันที่มั่นคงอย่างแท้จริงในอนาคต กองทุนสำหรับผู้สูงอายุเก็บทุกแห่งในโลกล้วนมีความเสี่ยงที่จะต้องล้มละลายสูงมาก หากไม่มีการบริหารจัดการที่ดีตั้งแต่ต้น เนตุผลเพราคนมีแนวโน้มที่จะอายุยืนยาวขึ้น ทำให้จำนวนผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการของทุนเพิ่มเร็วกว่าที่เคยคาดประมาณไว้แต่ต้น นอกจากนี้ การบริหารจัดการกองทุนที่ไม่ระมัดระวังและอิทธิพลของนักการเมืองที่มักต้องการให้ใช้กองทุนเพื่อประโยชน์ในระยะสั้นมากกว่าประโยชน์ในระยะยาวล้วนเป็นเหตุผลที่ทำให้กองทุนไม่ยั่งยืน ดังนั้นก่อนที่จะได้เข้าสู่ปุ่มของการที่อุบมาเป็นกฎหมาย ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้มีผู้เชี่ยวชาญเรื่องประกันสังคมจากองค์กรระหว่างประเทศหลายแห่งมาศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทยเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชราภาพที่เหมาะสม^{27,28}

การศึกษาเหล่านี้ให้ผลคล้ายๆกัน คือ ด้วยโครงสร้างทางประชากรไทยที่เป็นอยู่และที่คาดว่าจะเป็นในอนาคต อัตราเงินสมบทต้องสูงกว่าที่กำหนดในกฎหมายปัจจุบันกองทุนจึงจะอยู่ได้ เช่น ถ้ากำหนดให้ผู้ประกันตนเกษียณอายุ 55 ปีและมีอัตราประโยชน์ทดแทน (ประโยชน์ทดแทน หรือ replacement rate หมายถึง เงินบำนาญเฉลี่ยหารด้วยค่าจ้างเฉลี่ย) ที่ร้อยละ 30 อัตราเงินสมบทที่เหมาะสมควรเป็นร้อยละ 10.7 ของค่าจ้าง²⁷ และถ้าต้องการให้อัตราประโยชน์ทดแทนขึ้นต่อที่ร้อยละ 25 เมื่อสิ้นเงินสมบทครบ 15 ปี แล้วเพิ่มอีกร้อยละ 1 ต่อปีที่ทำงานเพิ่มจาก 15 ปี ควรเก็บเงินสมบท ร้อยละ 7 เมื่อเริ่มโครงการ แล้วเพิ่มไปจนเป็นร้อยละ 13 ภายใน 30 ปีหลังจากเริ่มโครงการ⁽²⁸⁾ หรือถ้าให้ลูกจ้างเกษียณอายุที่ 55 ปี และอัตราประโยชน์ทดแทน เท่ากับร้อยละ 20+A โดย A คือ จำนวนปีที่จ่ายเงินสมบทเกินกว่า 15 ปี กองทุนจะติดลบในเวลาประมาณ 46 ปีนับจากเมื่อเริ่มโครงการ⁽²⁹⁾ อย่างไรก็ตามถ้าประชากรในประเทศไทยยังเพิ่มในระดับที่พอดีแทนด้วยเงินเดือน เดือนเดียว (อัตราเจริญพันธุ์ หรือ Total Fertility Rate อยู่ที่ประมาณ 2) และถ้าอายุที่มีสิทธิรับบำนาญคือ 60 ปี การเก็บเงินสมบทร้อยละ 6 ของค่าจ้างจะทำให้กองทุนเริ่มลดเมื่อคำนวณการไปได้ประมาณ 30-40 ปี และเริ่มติดลบเมื่อคำนวณการไปได้ประมาณ 50-60 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอัตราผลตอบแทนของสินทรัพย์⁽³⁰⁾

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าระบบประกันชราภาพของประเทศไทยเป็นระบบ Partially funded เพราะภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดเกี่ยวกับ อัตราเงินสมบท อัตราประโยชน์ทดแทนและอายุเกษียณ จะทำให้กองทุนอยู่ไม่ได้ในที่สุด ดังนั้นจึงต้องมีการเพิ่มอัตราเงินสมบทเป็นระยะๆ เป็นระบบที่ผู้เข้าโครงการรายหลังต้องอุดหนุนคนที่เข้าก่อน จากรากลั่นสุด ซึ่งเป็นการศึกษาให้กระทรวงการคลังและ Asia Development Bank (ADB) ที่ล้วนให้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกัน และเสนอให้รับเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอายุของการรับสิทธิจากอายุครบ 55 ปี เป็นอายุ 60 ปีโดยเร็ว ตลอดจนต้องเพิ่มอัตราเงินสมบททันทีที่จะทำได้⁽³¹⁾ อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่าการเพิ่มเงินสมบทหรือการเพิ่มอายุเกษียณมากได้รับการต่อต้านพอสมควร ซึ่งหากผู้บริหารประเทศไทยไม่มีความกล้าหาญเพียงพอจะเพิ่มไม่สำเร็จและจะทำให้ผู้สูงอายุในอนาคตไม่ได้หลักประกันตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งผลเสียจะรุนแรงกว่าการจัดการแก้ไขโครงการให้เหมาะสมดังต่อต้นอย่างมาก ดังนั้น รัฐต้องทำความเข้าใจกับผู้ประกันตนให้ทราบความจริงโดยเร็วว่าเงินที่เก็บนั้นยังไม่เพียงพอสำหรับอนาคต

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

หลักประกันรายได้ยามสูงอายุแต่อย่างไร บุคคลเหล่านี้เมื่อวัย暮年มักต้องอาศัยโครงการสวัสดิการของรัฐซึ่งส่วนมากบริหารจัดการโดยกรมประชาสงเคราะห์ เช่น โครงการเบี้ยยังชีพ และการลงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้งในและนอกสถานที่ เป็นต้น แต่เป็นที่ทราบดีว่าโครงการเหล่านี้ยังไม่เพียงพอและบ่อยครั้งที่การลงเคราะห์ก็ยังไม่ถึงก่อให้เกิดปัญหาที่แท้จริง^(21,31) ดังนั้นการขยายหลักประกันทางสังคมไปยังบุคคลกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

วิัฒนาการใหม่ของกองทุนชี้เป็นความเริ่มของชุมชนร่วมกับผู้นำท้องถิ่นเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง การตั้งกองทุนชุมชนอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อการในการนี้โดยเฉพาะ เช่น กองทุนধานกิจสงเคราะห์ หรือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชาวบ้านทั่วไป กองทุนเหล่านี้เกิดจากการที่ชาวบ้านที่เป็นสมาชิกในชุมชนนำ รายได้ส่วนหนึ่งเข้ากองทุนทุกเดือน ผู้ที่เป็นสมาชิกของทุนจะได้รับประโยชน์จากการกู้เงินจากกองทุนเพื่อนำไปเป็นทุนในการประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมอื่นๆตามความจำเป็น เช่น ช่วยค่าใช้จ่ายยาเจ็บป่วยของสมาชิก เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการบริหารกองทุน เมื่อสามารถเก็บสะสมเงินกองทุนได้มากขึ้นก็จะมีความพยายามขยายลักษณะของประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับให้กว้างขวางมากขึ้น ประโยชน์หลังจากเรื่องการรักษาพยาบาลก็จะเป็นเรื่องการช่วยเหลือจุนเจือผู้สูงอายุภายในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของกองทุนเหล่านี้ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของผู้นำและสภาพแวดล้อมอื่นๆภายในชุมชน ดังนั้นความสำเร็จของกองทุน ณ ชุมชนแห่งหนึ่งจึงไม่สามารถนำไปเป็นแบบอย่างสำหรับชุมชนอื่นๆได้ แม้ในปัจจุบันกระแสการพัฒนาในประเทศไทยจะหันไปเน้นที่ชุมชนมากขึ้น และตั้งความหวังกับชุมชนในเรื่องการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ในเรื่องการสร้างหลักประกันทางรายได้จะอาศัยเพียงทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรกายภาพภายในชุมชนน่าจะยังไม่เพียงพอ กลยุทธ์การบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านที่สูงมาก ดังนั้นความหวังที่จะใช้กองทุนชุมชนเป็นแหล่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมยังเป็นเรื่องของอนาคตอันยาวไกล นอกจากนั้นกองทุนเหล่านี้ล้วนเพิ่งเกิดขึ้นไม่นานเมื่อเปรียบเทียบกับการให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นภาระผูกพันระยะยาว ความยั่งยืนของกองทุนยังต้องมีการศึกษาและพิสูจน์กันต่อไป

มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหา

การแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุก็เหมือนกับการแก้ปัญหาอื่นๆของประเทศ วิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น ด้วยการพึงดูแล เด็กครอบครัว แล้วจึงด้วยสังคม การทำงานเป็นแหล่งรายได้หลักของคนไทย ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานให้นานที่สุดตามความสามารถด้วยการและตามความสามารถจะช่วยให้ช่วงเวลาที่ต้องเป็นภาระทางเศรษฐกิจสิ้นเช้า และนับเป็นวิธีการป้องกันปัญหาขั้นที่หนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในไม่ช้าก็เร็ว ความสามารถในการทำงานก็คงต้องหมดลง ดังนั้นการป้องกันขั้นที่สองคือต้องหัดให้คนไทยรู้จักการเก็บออมเพื่ออนาคตตั้งแต่เวลาที่ยังทำงานอยู่ ควบคู่ไปกับการลงเสริมความพร้อมภายในครอบครัวทั้งในด้านรายได้-การเลือกออม-และการเกื้อหนุนระหว่างสมาชิก การป้องกันขั้นที่สามคือการจัดระบบเพื่อเฉลี่ยทุกๆ และเฉลี่ยสูขกันภายในกลุ่มอาชีพหรือชุมชนเดียวกันซึ่งจะทำให้ภาระของภาษีอยู่ในคนเดียว หนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งโดยเฉพาะ ถ้าการป้องกันทั้ง 3 ขั้นยังไม่เพียงพอจึงมาถึงขั้นที่สี่ ซึ่งเป็นเรื่องของคนในสังคมทั้งประเทศที่จะต้องให้การอนุเคราะห์ต่อไป ดังนั้นกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุจึงสามารถแบ่งเป็น 4 เรื่อง คือ 1) การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมระบบเกื้อหนุนภายในครอบครัว 3) การส่งเสริมการให้มีหลักประกันชราภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และ 4) การ

ส่งเสริมระบบสวัสดิการอย่างเพียงพอและได้ผลเพื่อผู้สูงอายุที่ยากไร้ เนื้อความต่อจากนี้จะเน้นเฉพาะมโนทัศน์ของกลวิธีการแก้ปัญหาในเรื่องที่ 1 และ 3 เท่านั้น

สำหรับปัญหาเรื่องการมีงานทำของผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ ยังมีการกีดกันการรับผู้มีอายุมากเข้าทำงานในรูปแบบต่างๆ เช่น การแก้ไข้ออกจากงานก่อนวัยอันสมควร การระบุอายุขั้นสูงของผู้มีสิทธิในการสมัครงานต่างๆ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนงานจากเพาะปลูกใหม่ไม่ได้ ตัวผู้สูงอายุเองก็อาจไม่พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถเรียนรู้งานใหม่ๆ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ของการจ้างงานในปัจจุบันเป็นแบบเต็มเวลา ดังจะเห็นได้จากชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยของคนไทยที่สูงมากซึ่งผู้สูงอายุอาจทำไม่ได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการจ้างงานแบบไม่เต็มเวลา (part-time) เป็นการเพิ่มต้นทุนในการบริหารจัดการทางธุรกิจ ดังนั้นรัฐบาลต้องมีมาตรการบางอย่างเพื่อชดเชยต้นทุนที่เพิ่มขึ้นนี้ให้แก่สถานประกอบการที่ยินดีจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงานด้วยเงื่อนไขเวลาที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากต้องการทำงานที่ตนเองเป็นเจ้าของซึ่งน่าจะหมายถึงต้องการเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคล แต่การเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคลนั้นต้องอาศัยทักษะการเป็นผู้ประกอบการที่ต้องการความรู้หลายเรื่อง เช่น เรื่องแหล่งเงินทุน แหล่งวัสดุอุปกรณ์ ตลาดและการบริหารจัดการ เป็นต้น การฝึกอบรมและการแนะนำอาชีพตลอดจนการให้ความช่วยเหลือเงินทุนเริ่มต้นสำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยนอาชีพจึงมีความจำเป็น ในประเทศไทยมีหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนที่ดำเนินการในเรื่องการฝึกอบรมหรือแนะนำอาชีพให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าง เช่น กรมการศึกษานอกโรงเรียน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และชมรมผู้สูงอายุต่างๆ เป็นต้น แต่การจัดบริการเหล่านี้ยังอยู่ในขอบเขตที่แคบมากและยังไม่มีการศึกษาที่รวมแผลงประเมินงานเหล่านี้อย่างเป็นระบบ สำหรับการให้สิ่งจุใจหรือการจัดระบบการจ้างงานที่ยืดหยุ่นสำหรับผู้สูงอายุนั้นยังไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเช่นกันอย่างไรก็ตามการเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ต้องการเวลา กำลังกาย และกำลังสมองมาก ดังนั้นสำหรับผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จในการเริ่มธุรกิจส่วนบุคคลนั้นคงยาก การรวมกลุ่มภายใต้ชุมชนอาจเป็นทางออกในเรื่องนี้โดยผู้สูงอายุในชุมชนอาจมีส่วนร่วมในเรื่องการผลิต หรือการจัดจำหน่ายตามความถนัด ด้วยเหตุนี้ก็เลยขอสำหรับการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

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

ในเรื่องการสร้างระบบประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือ ประการแรก ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถครอบคลุมคนไทยได้อย่างครบถ้วน เกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระรวมทั้ง

ลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็กยังไม่มีหลักประกัน ประกันที่สอง-หลักประกันที่มีอยู่นั้นยังมีความแตกต่างกันอยู่มาก หลักประกันของข้าราชการนั้นมีอัตราตอบแทน (replacement rate) ที่สูงกว่า เช่น ข้าราชการที่ทำงานมา 30 ปีจะได้อัตราตอบแทนหรืออัตราเงินบำนาญสูงถึงประมาณร้อยละ 60 ในขณะที่ลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบการขนาดกลางขึ้นไปที่ทำงานในระยะเวลาเดียวกันจะมีอัตราเงินบำนาญเพียงร้อยละ 30 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำเกินไป อย่างไรก็ตามความแตกต่างนั้นส่วนหนึ่งก็เนื่องจากข้าราชการรับรายได้ที่ต่ำกว่าภาคเอกชนในช่วงเวลาที่ทำงานเพื่อแลกกับหลักประกันที่ดีกว่าเมื่อเกษียณอายุ ในขณะนี้ลูกจ้างเอกชนซึ่งมีรายได้ดีกว่าในช่วงเวลาที่ทำงานจึงจำเป็นต้องยอมเพื่ออนาคตของตนเองด้วย สำหรับส่วนใหญ่ของลูกจ้างรัฐวิสาหกิจและข้าราชการทั้งคืนตลอดจนลูกจ้างประจำของรัฐบาลมีหลักประกันในลักษณะเดียวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพซึ่งจะได้เงินก้อนเมื่ออุบัติเหตุ โดยทั่วไปแล้วนำเหนือหรือเงินก้อนมักไม่สามารถเป็นหลักประกันที่เพียงพอในระยะยาว สภาพในปัจจุบันแสดงให้ทราบได้ชัดเจนถึงปัญหาการครอบคลุมของระบบประกันรายได้มีเงินชดเชยอย่างแพร่หลายและความแตกต่างในแต่ละโครงการอันทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมขึ้นในสังคมดังนั้นจึงมีความจำเป็นจะต้องพยายามปูรากฐานระบบประกันชราภาพแห่งชาติขึ้นให้ครอบคลุมคนทั่งประเทศภายใต้เงื่อนไขที่ใกล้เคียงกัน

การแก้ไขปัญหาเหล่านี้สามารถมองได้เป็น 2 ระยะ ในระยะสั้น โครงการต่างๆที่มีอยู่ต้องทำให้มีประสิทธิภาพและต้องให้อิสระในการบริหารจัดการพอสมควรแต่ต้องมีความโปร่งใส ในปัจจุบันกระทรวงการคลังมีภาระเบี่ยงเบี้ยวกับการลงทุนของกองทุนนำเหนือบำนาญข้าราชการ (กบช.) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และกองทุนประกันสังคมค่อนข้างเข้มงวด กล่าวคือมีกำหนดสัดส่วนการลงทุนในหลักทรัพย์แต่ละประเภทเพื่อลดความเสี่ยงของกองทุน อาทิ กองทุนไม่สามารถนำเงินไปลงทุนในต่างประเทศได้ เป็นต้น ข้อกำหนดเหล่านี้แม้เป็นการกำหนดเพื่อความมั่นคงของกองทุน แต่ก็ต้องแลกกับโอกาสและความสามารถในการได้มาซึ่งผลตอบแทนของการลงทุนและอาจเป็นเหตุให้ผลตอบแทนที่ได้ที่ต่ำเกินไปจากที่ควรจะเป็น นอกจากนี้เมื่อขนาดของแต่ละกองทุนใหญ่ขึ้นและหากตลาดทุนในประเทศไทยไม่พัฒนาเท่าที่ควร จะทำให้ช่องทางการลงทุนมีความจำกัดมากยิ่งขึ้นซึ่งจะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุในระยะยาว⁽³²⁾ สำหรับกองทุนประกันสังคมเพื่อชราภาพนั้น ควรรีบเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขอายุการเริ่มได้รับสิทธิจากอายุ 55 ปี เป็น 60 ปีโดยเร็ว ตลอดจนค่อยๆเพิ่มอัตราเงินสมทบให้เหมาะสมตามความเป็นจริงมากขึ้นทันทีที่กระทำได⁽³¹⁾

สำหรับการแก้ปัญหาระยะยาว ต้องพยายามสร้างระบบประกันชราภาพให้ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงโดยเร็ว รูปแบบของหลักประกันแห่งชาติที่เหมาะสมต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการให้หลักประกันและประสิทธิผลที่เกิดแก่ผู้สูงอายุโดยจะต้องไม่เป็นภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมมากเกินไปด้วย แนวคิดหลักในเรื่องการสร้างหลักประกันชราภาพในปัจจุบัน คือ การมีหลักประกันหลายชั้น เช่น ธนาคารโลกเสนอให้หลักประกันที่แบ่งเป็น 3 ชั้น⁽³³⁾ โดยหลักประกันชั้นแรกเป็นระบบการประกันแบบบังคับซึ่งครอบคลุมทุกคน ประโยชน์จากการประกันชั้นแรกนี้คือเป็นประโยชน์ที่ต้องได้รับโดยทันทีเพียงพอสำหรับการยังชีพเท่านั้น ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กำหนดทุกคนจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนชราภาพนี้ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้ รัฐต้องเป็นผู้จ่ายแทนซึ่งจะมาจากภาษีทั่วไป หลักประกันชั้นแรกควรเป็นแบบ PAYG หลักประกันชั้นที่สองจะเป็นการให้หลักประกันเสริมจากชั้นแรกเพื่อให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงที่จะยอมได้มีสิทธิ์ที่จะยอมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ไม่แตกต่างจากเมื่อครั้งที่ยังทำงานอยู่มากนัก ธนาคารโลกเสนอให้หลักประกันชั้นที่สองเป็นแบบ fully funded เมื่อกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในปัจจุบัน แต่ควรกำหนดให้เป็นแบบบังคับแทนการสมควรใจ

สำหรับหลักประกันชั้นที่ 3 จะเหมือนชั้นที่ 2 เพียงแต่ห้ากรอบในชั้นนี้เป็นแบบสมัครใจ การสร้างหลักประกันทั้ง 3 ชั้นนี้จะเป็นการปิดจุดบกพร่องของการสร้างหลักประกันแต่ละแบบได้และนำไปใช้ทำให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันที่มั่นคงได้ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการออมภายในประเทศซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศอีกด้วย ใน การสร้างระบบหลักประกันหลายชั้นโดยการพัฒนาจากสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาจถือว่า โครงการประกันสังคมที่ดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคมเป็นระบบประกันชั้นแรก ซึ่งมีความจำเป็นต้องขยายหลักประกันส่วนนี้ให้ครอบคลุมประชากรทุกคนโดยเร็ว มิใช่จำกัดอยู่เฉพาะลูกจ้างเอกชนในสถานประกอบการขนาดที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปเท่านั้น การพัฒนาระบบประกันชั้นที่ 2 อาจขยายจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในปัจจุบันที่เป็นแบบสมัครใจให้เป็นแบบบังคับสำหรับผู้ที่มีรายได้เกินกว่าระดับที่กำหนด ส่วนระบบประกันชั้นที่ 3 จึงปล่อยให้เป็นเรื่องของการออมโดยความสมัครใจ⁽⁴⁾

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการตามกลไกที่ก่อลำมาในหัวข้อที่ 4.7 เป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกวิธีและได้ผลดีที่สุด จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาพในปัจจุบันและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงการที่มีอยู่หรือการเพิ่มโครงการใหม่ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม งานวิจัยในหัวข้อต่อไปนี้จะเป็นการสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นเพื่อปูทางไปสู่การสร้างระบบประกันความมั่งคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อไป

- ศึกษาความต้องการทำและข้อจำกัดในการทำงานของผู้สูงอายุ
- ศึกษาความต้องการและข้อจำกัดเกี่ยวกับการจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงานของสถานประกอบการ
- ศึกษาผลกระทบของการปฏิรูประบบราชการต่อผู้สูงอายุ
- ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกอบรมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในด้านการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ
- ศึกษารูปแบบการจัดธุรกิจชุมชนที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมเข้าทำงานของผู้สูงอายุ
- ศึกษาศักยภาพของกองทุนชุมชนในการเป็นหลักประกันวางแผนของสมาชิกในระยะยาว
- ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการออมเพื่อนำคิดของประเทศไทย
- ศึกษารูปแบบของระบบประกันวางแผนที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
- ศึกษาแนวทางการปฏิรูประบบการประกันวางแผนจากปัจจุบันสู่รูปแบบที่เหมาะสม
- ศึกษาผลกระทบของการมีหลักประกันสังคมต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัว
- ศึกษาผลกระทบของการมีหลักประกันวางแผนต่อตลาดแรงงาน การออม การพัฒนาตลาดทุนและต่อการพัฒนาประเทศไทย

บรรณานุกรม

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

13. สุกัญญา นิธักร, มนูชา สุนทรรากานต์. งบประมาณของรัฐเพื่อผู้สูงอายุ. ใน: การประเมินโครงการ บริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 มีนาคม 2542). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
14. นภาพร ชัยวรรณ. การอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหุ่นสาวไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 195/35). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
15. มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 269/41). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
16. Kirananda S. Population Policy Background Paper Study on Implications of Demographic Change for Old Age Security in Thailand 1987-2021. Bangkok: Thailand Development Research Institute, 1985.
17. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ, สมาคมพฤษภาวิทยาและราชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
18. มัทนา พนานิรนาม, นิรัติ อิงพรประสิทธิ์. การขยายภาพอุปทานแรงงานจำแนกตามระดับและสาขาวิชาศึกษา. ใน: แผนแม่บทการพัฒนากำลังคนเพื่ออุดหนุนกระบวนการผลิตและบริการของประเทศไทย พ.ศ. 2541-2549. ฝ่ายการวิจัยทรัพยากรุ่มนุษย์และพัฒนาสังคม มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2541.
19. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
20. ฤกษ์ สนธิราดา, นิมфа บี โอเยนา. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและตลาดแรงงาน. ใน: ฤกษ์ สนธิราดา, (บรรณาธิการ). จุดเปลี่ยนนโยบายประกันสวัสดิการประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
21. อภิญญา เวชยชัย. บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต. ใน: การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 มีนาคม พ.ศ.2542). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
22. International Labor Organization. Introduction to Social Security. Geneva, Published by International Labor Organization, 1984.
23. Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the World – 1999 (SSA Publication No. 13-11805). Washington D.C., Office of Research, Evaluation and Statistics, 1999.
24. ยานี ประเสริฐพันธ์. รูปแบบการประกันกรณีชาวภาค: แนวคิดและข้อเสนอแนะ. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540.

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

บทที่ 6 : ผู้ดูแล

ศิริวรรณ ศิริบุญ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สร้างสรรค์ และอารมณ์ของคนจากวัยหนุ่มสาวสู่วัยกลางคน ทำให้เกิดการกำหนดบทบาทและสถานภาพทางสังคมของปัจเจกบุคคลและสมาชิกของสังคมที่แวดล้อมบุคคลนั้นอยู่ สำหรับ ปัจเจกบุคคล การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาททางสังคมจากผู้ที่เคยเป็น “ผู้ดูแล” คนอื่นมาเป็น “ผู้พึ่งพา” และในขณะเดียวกัน คนกลุ่มนี้ก็ถูกกำหนดบทบาทให้เป็น “ผู้ดูแล” ของผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของปัจเจกบุคคลในช่วงปัจจุบัน

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

ประเด็นที่นำเสนอในครั้งนี้ ผู้สูงอายุแบบไหนหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาแบบใดจึงจะจัดว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล และสำหรับผู้ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น มีขอบเขตของภาระหน้าที่และบทบาทมากน้อยเพียงใด จำนวนผู้สูงอายุและจำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันอยู่ในระดับใด และจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในอนาคต

เนื่องจากการถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มภาระหน้าที่และพันธะในการที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องหรือแวดล้อมผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุจึงไม่จำเป็นต้องดำเนินไปอย่างราบรื่นหรือผิดพลาดโดยไป ประเด็นที่เป็นที่สนใจของสาธารณะนักคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาและความทุกข์ยากได้หรือไม่ เครื่องข่ายทางสังคมที่แวดล้อมอยู่ต้องเข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพียงใด นอกจากนี้องค์กรภาครัฐและภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลหรือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่และในทิศทางใด ประเด็นต่างๆเหล่านี้คือประเด็นการศึกษาที่จะนำเสนอต่อไป

โครงการผู้ดูแล

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

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

สำหรับคำว่า “ดูแล” พิจารณาได้เป็นสองลักษณะคือ “การดูแลจัดการ” (care management) และ “การดูแลช่วยเหลือ” (care providing) การดูแลจัดการ หมายถึง การจัดการกิจด่างๆแทนผู้สูงอายุทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง สำหรับการดูแลช่วยเหลือ หมายถึง การปฏิบัติกิจด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุกระทำการไม่ได้ หรือเป็นการช่วยเหลือกิจบางส่วน หรือเป็นการช่วยเหลือวังซึ่งมีความจำเป็นต่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียหรืออุบัติเหตุขึ้น เช่น การติดตามเฝ้าระวัง (supervise) เวลาที่ผู้สูงอายุเดิน

การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ในเรื่องผู้ดูแลและการดูแลที่มีในประเทศไทยจะไม่แยกประเภทของการดูแล ทำให้การพิจารณาในรายละเอียดของสภาพการดูแลหรือความต้องการการช่วยเหลือเป็นไปอย่างยากลำบาก การดูแลที่มีความหมายทางนโยบายการบริการคือการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งในการศึกษาเท่าที่มีอยู่มักใช้วิธีการศึกษาโดยจำแนกระดับภาวะพิ่งพานี้ให้ได้ภาพของความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ลักษณะบางประการในสังคมไทยซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาวิจัยต่างๆทางด้านผู้ดูแล และจำเป็นต้องพิจารณาโดยละเอียดคือ ประการแรก-ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจากไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ประการที่สอง-การที่บุตรหลานอยู่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าจะต้องเป็นผู้ดูแล สมาชิกในครัวเรือนจะมีลักษณะเกื้อกูลกันอยู่แล้วโดยธรรมชาติ กิจ忙งานประการที่ทำร่วมกันหรือแบ่งกันทำในลักษณะช่วยเหลือกันไม่ได้แปลว่าบุตรหลานได้ให้การดูแล บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุกลับเป็นผู้ให้มากกว่าเป็นผู้รับ ประการที่สาม-การให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าเป็นการดูแลเสมอไป การให้ที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงลักษณะของกดัญญาตัวที่ต่อบุพการีเท่านั้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจที่ดีพอ

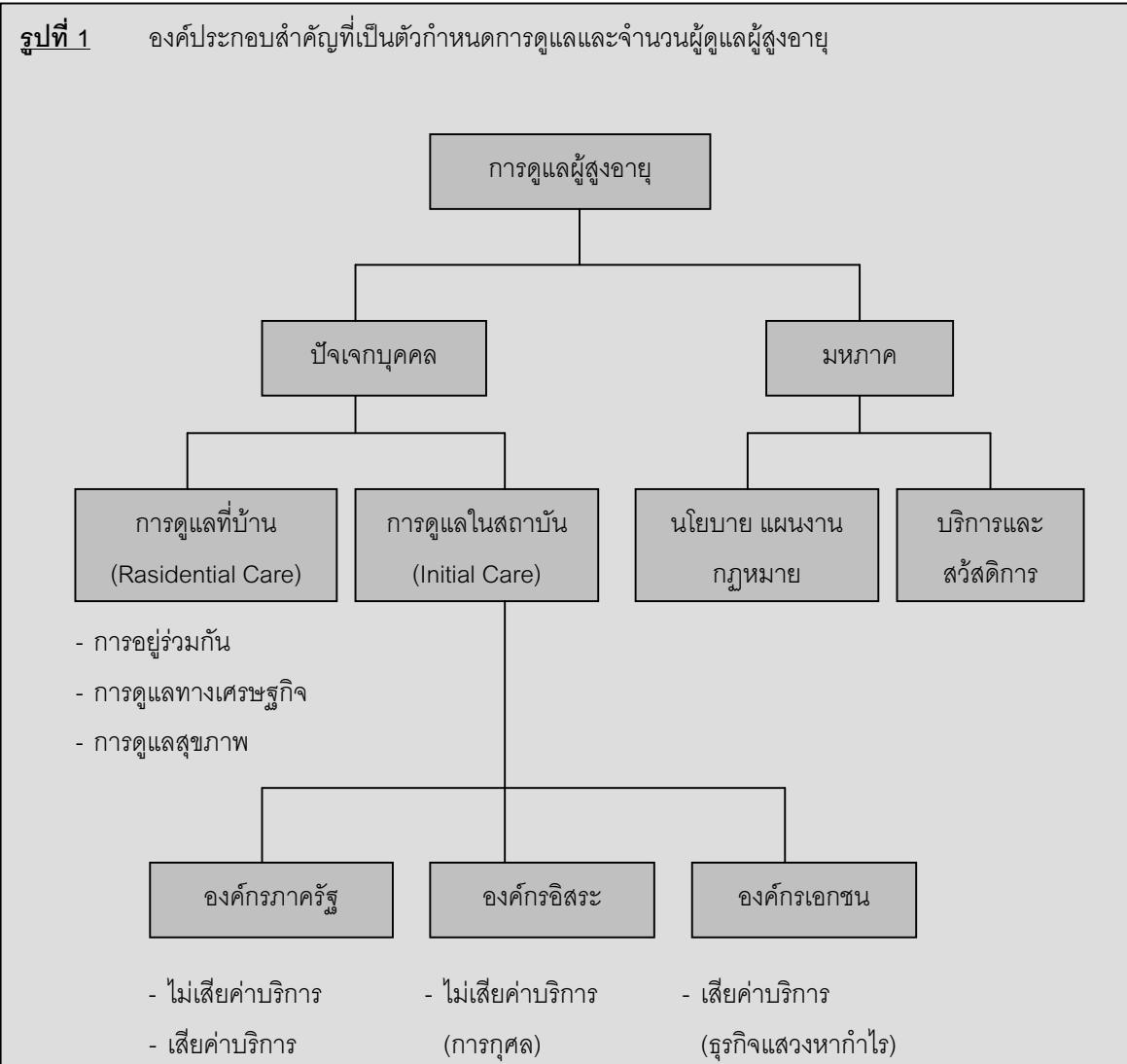
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์รายงานการศึกษาต่างๆในด้านผู้ดูแลจึงมีความจำกัด อย่างไรก็ตามในบทความต่อไปนี้ได้พยายามแสดงให้เห็นสถานภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยผู้อ่านควรคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆข้างต้น

จำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันและประมาณการความต้องการผู้ดูแลในอนาคต

การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพราะจำนวนผู้ดูแลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนคือ ผู้สูงอายุและการดูแล องค์ประกอบส่วนแรกคือผู้สูงอายุแบบไหนที่ต้องการการดูแลหรือต้องได้รับการดูแล และองค์ประกอบส่วนที่สองคือการดูแลแบบไหนและสถานที่ในการให้การดูแลแบบใดจึงจะถือว่าเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุ

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

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



ในระดับปัจเจกบุคคล การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย (residential care providers) มีประเดิมในเรื่องรูปแบบของการดูแลที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบ เพราะรูปแบบของการดูแลอาจอยู่ในรูปของ การพักอาศัยอยู่ร่วมกัน (ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน) การดูแลทางเศรษฐกิจ และการดูแลทางสุขภาพ การพักอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ ถือเป็นหลักประกันทางสังคม ว่าผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้รับการดูแลในทุกด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพกายและจิตใจ ผลการศึกษาวิจัย ระดับประเทศหลายโครงการพบว่า เกือบทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 96-98) ของผู้สูงอายุไทยอยู่กับครอบครัว^(3,5) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 5.3 ล้านคน ดังนั้นในปัจจุบันจึงน่าจะมีสมาชิกครัวเรือนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประมาณ 4 ล้านคน (ผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรสจากญาติในครัวเรือนเดียวกัน) และโดยเหตุที่บุตรเป็นบุคคลหลัก ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป) อย่างน้อย 1 คน จึงน่า จะจะหันให้เห็นถึงจำนวนบุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยระดับประเทศพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 78 พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอย่างน้อย 1 คน⁽⁴⁾ จึงอาจประมาณการได้ว่าจะมีบุตร ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในครัวเรือนอย่างน้อย 3.1 ล้านคน ทั้งนี้ เพราะอาจจะมีบุตรมากกว่า 1 คนที่ดูแล ผู้สูงอายุคนเดียวกัน

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

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

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

* การสำรวจภาวะพึงพา ให้ไว้การประเมินความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรที่จำเป็นสำหรับการดูแลคนไข้พื้นฐาน และกิจวัตรที่ จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในชุมชน ดัชนีบาร์เซลโลดีแอลด (Barthel ADL Index) ประเมินจากกิจวัตรพื้นฐานรวม 10 ชนิด ในขณะที่ ดัชนีชูลาเพลอดีแอลด (Chula ADL Index) ใช้ประเมินจากกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องรวม 5 ชนิด

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

มีรายงานการศึกษาการคาดการณ์จำนวนผู้ดูแลในอนาคตโดยใช้ผลงานวิจัยของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ที่สำรวจภาวะพึงพาของประชากรผู้สูงอายุในชุมชนสัมคมลงเตย เป็นอัตราในการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ระหว่างปีพ.ศ.2533-พ.ศ.2538 โดยใช้อัตราร้อยละ 1.6 ของผู้สูงอายุ ต้องมีผู้ดูแล และตั้งสมมติฐานให้สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ทุก 5 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีมากขึ้นและโครเร็งจะเพิ่มมากขึ้น 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 awan นี้อาจเป็นเพียงปัญหาทางด้านจิตใจเป็นเรื่องที่วัดยาก เพราะค่อนข้างเป็นเรื่องนามธรรมและผันแปรตามเวลา

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรภาครัฐ (governmental organization) องค์กรอิสระ (non-governmental organization) และองค์กรเอกชน (private sector) การให้การดูแลเป็นการให้บริการตามเงื่อนไขที่กำหนด การดูแลโดยองค์กรภาครัฐ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าบริการในรูปการสงเคราะห์หรือเสียค่าบริการบางส่วน การดูแลจากองค์กรอิสระมักจะไม่เสียค่าบริการเพราแมกอยู่ในรูปการกุศล สำหรับการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรเอกชนจะดำเนินการในรูปธุรกิจ scavenging ทำกำไร

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

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันโดยองค์กรอิสระและองค์กรเอกชน มักจะอยู่ในรูปของสถานสงเคราะห์ สถานดูแลพักฟื้น และสถานพยาบาล แต่ยังไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแล ในปี พ.ศ.2540-พ.ศ.2541 กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ "ได้ดำเนินการสำรวจบริการสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานเอกชนในประเทศไทย แต่ปรากฏว่ามีหน่วยงานเอกชนให้ข้อมูลเพียง 78 แห่ง จากที่ส่งแบบสอบถามไป 554 แห่ง ถึงแม้หน่วยงานที่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย แต่การศึกษาใช้วิธีสุ่มตัวอย่างซึ่งไม่มีรายละเอียดของจำนวน ประเภทของสถานบริการ และจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับประเทศไทย ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงมีอยู่จำกัดอย่างไรก็ตามสถิติที่รวบรวมได้แสดงว่าหน่วยงานเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลที่ดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจ scavenging ทำกำไร รอง

ลงมาคือ สถานส่งเคราะห์ สถานดูแลและพักฟื้น บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลมักจะเป็นแพทย์และพยาบาล ในสถานส่งเคราะห์และสถานดูแลและพักฟื้นจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป แต่ข้อมูลที่มีอยู่ก็ไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้ดูแลในแต่ละประเทศ^(10,115)

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

ขนาดของปัญหาในการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแล - ครอบครัว - ชุมชน และประเทศ

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

ผลการศึกษาที่รวมมาได้จากการพบร่วมกันของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาทางสุขภาพอนามัยซึ่งมีผลกระทบทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกระดับ ปัญหาทางเศรษฐกิจนับเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุด ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการผลิตลดลงตามสมรรถภาพของร่างกายที่ค่อยๆ เสื่อมถอยลง ยิ่งอายุมากขึ้นผู้สูงอายุก็ยิ่งต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมเพิ่มมากขึ้น

มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้แนะนำว่า ขนาดของปัญหาเศรษฐกิจในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายประจำวัน ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขมีโครงการต่างๆ ที่ให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ อาทิ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ ดังนั้นความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาลก็ยังคงเป็นภาระของสังคมโดยเฉพาะภาระของรัฐ และโดยเหตุที่จำนวนผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จึงเป็นที่แน่นอนว่า ผลกระทบดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และประเทศในระดับที่รุนแรงมากขึ้น⁽⁸⁾

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

เป็นไปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้ภาระของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจมีมากขึ้น

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

การศึกษาการป่วยหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลพบว่า ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีไม่ถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่กลับมีอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลทั่วประเทศถึงร้อยละ 30^(15,16) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาลเป็นสัดส่วนที่สูงกว่า และต้องนอนพักรักษาตัวเป็นระยะเวลาที่ยาวนานกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ และแผ่นอนว่า ผู้ที่ใช้เตียงเหล่านี้ในอัตราสูงคือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ ผลที่ตามมาคือ “ภาวะอุดกั้นเตียง” (bed block) ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคตของสถานบริการสุขภาพเฉียบพลัน ซึ่งก็คือโรงพยาบาลนั้นเอง⁽²⁰⁾ pragmatics “No Care Zone” ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาและเกินกำลังของผู้ดูแลและครอบครัวจะดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่ง pragmatics เป็นผลมาจากการขาดแคลนระบบบริการชุมชนที่มีประสิทธิผล ตลอดจนความไม่เพียงพอของสถานบริการสุขภาพเรื่องของภาครัฐสำหรับรองรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น⁽²¹⁾

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

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่น่าพึงพอใจ ทั้งนี้ เพราะปัญหาด้านอื่นๆ ของสังคมไทยในปัจจุบัน ได้แก่ ปัญหายาเสพติด โรคเอดส์ และ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาทิเช่น การขยายตัวของเมือง การลดลงของขนาดครอบครัว และการย้ายถิ่นของคนในวัยทำงาน ทำให้การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างล่าช้าและยังไม่ทั่วถึง (8,23)

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

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

ประเด็นปัญหาที่ยังเป็นจุดอ่อนของการศึกษานำขนาดของปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศคือ ถึงแม้มูลที่เก็บรวบรวมได้ในปัจจุบันแสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาในด้านที่เกี่ยวกับอุปสงค์ (demand side) เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ให้ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับระดับของความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการที่ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้ เพราะยังขาดการศึกษาในเรื่องปริมาณและคุณภาพขององค์ประกอบในด้านอุปทาน (supply side) ข้อมูลด้านอุปทานที่มีอยู่ก็มีเพียงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นตัวเลขผู้ให้การบริการทุกระดับไม่แน่นในเรื่องการให้บริการผู้สูงอายุ แม้แต่การให้บริการทั่วไปก็ยังพบว่า บุคลากรยังไม่เพียงพอ สถิติสาธารณสุขชี้ชัดว่ามีความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับ ในปีพ.ศ.2540 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร (1:3,640) ทันตแพทย์ต่อประชากร (1:17,711) เภสัชกรต่อประชากร (1:10,178) พยาบาลวิชาชีพต่อประชากร (1:1,073) พยาบาลเทคนิคต่อประชากร (1:1,992) แสดงถึงความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับ⁽²⁶⁾

ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่แน่นอนว่า การขาดแคลนบุคลากรที่ให้การบริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรุนแรงมากกว่า แต่ปัญหาก็คือระดับของความรุนแรงว่ามีมากเพียงใด ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

ความทุกข์ยากของผู้ดูแล

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

ถึงแม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล แต่งานวิจัยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ ต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแล การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยเมื่อพ.ศ.2540 พบร่วมกับผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 148 ชีวิตร่อง ส่วนใหญ่ผลิตขึ้นในช่วงปีพ.ศ.2535 ถึงพ.ศ.2539 และเป็นการศึกษาในประชากรที่เป็นผู้สูงอายุทั่วไปเป็น ส่วนใหญ่ โดยมีประเด็นหลัก 5 ลำดับแรกคือ พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความเครียดและการปรับตัว การให้ การพยาบาลหรือการจัดการ และคุณภาพชีวิต^(30,31) โดยที่การศึกษาวิจัยในประเทศไทยความทุกข์ยากของผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีไม่นานนัก

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

ความรับข้อมูลและความรุนแรงของปัญหาของผู้ดูแลแปรผันตามลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุ ผลงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบทที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่าในเขตเมือง ประสบปัญหาด่างๆมากกว่าผู้ดูแลในเขตเมือง ผู้ดูแลที่มีอายุมากโดยเฉพาะที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันมักจะมีปัญหา และภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สำหรับผู้ดูแลในวัยกลางคน ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพ และผู้ดูแลเพศชายซึ่ง เป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยง谋生 ในครอบครัว พบร่วมกับผู้ดูแลเหล่านี้จะประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและ การเงินมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น ผู้ดูแลที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวจะประสบปัญหานี้เรื่องความจำกัดของเวลาและการ ขาดอิสระในการใช้ชีวิตในสังคมมากที่สุด แต่ผู้ดูแลที่มีอาชีพได้รับความทุกข์ทางด้านจิตใจและประสบปัญหาทาง ด้านอารมณ์สูงคือผู้ดูแลเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน เนื่องด้วยเป็นกลุ่มที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่า “sandwich generation” จากการที่ต้องดูแลทั้งบุตรและบุพาริพร้อมๆกัน นอกจากนั้นยังมีบทบาทหลายฯด้านไม่ใช่จะเป็น บทบาทของการเป็นภรรยา แม่บ้าน และศตวรรษทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้เกิดความกดดันด้านจิตใจได้สูง นอกจากนั้นผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุนานกว่า 5 ปี จะมีปัญหาในการปรับตัวและปรับใจมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแล ผู้สูงอายุนานกว่า 5 ปี จึงมีปัญหาในการปรับตัวและปรับใจมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแล ผู้สูงอายุนานกว่า 5 ปี การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดวันหรือทุกวัน การดูแลผู้สูงอายุคนเดียวโดยไม่มีใครช่วย รวมทั้งการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาต้องพึ่งพาทางกาย (physical dependency) เป็นการเพิ่มความทุกข์ยากให้แก่ผู้ดูแลมาก ที่สุด^(35,36)

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

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดความทุกข์ยากในผู้ดูแล กลไกประการหนึ่งในการลดความทุกข์ยากคือการปรับตัวปรับใจของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสามารถร่วมกันพยุงกรณีการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้⁽⁴¹⁾ ผู้ดูแลยังหาทางออกเพื่อแก้ปัญหาความทุกข์ยากที่เกิดขึ้น โดยขอร้องให้ญาติอื่นมาแบ่งเบาภาระ หรือระบบความอึดอัดให้เพื่อนบ้านฟัง นอกจากนั้นผลของการอบรมให้รู้เรื่องเบี่ยงสังคม (socialization) ค่านิยมในเรื่องระบบอาชูโส (seniority) ความเชื่อในเรื่องรวม ความกตัญญูต่อที่ตามหลักพุทธศาสนาได้ช่วยลดความขัดแย้งในใจ (conflict) และความคับข้องใจ (frustration) ของผู้ดูแลได้⁽⁴²⁾

โดยภาพรวมแล้ว งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีไม่มากนัก ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ถูกกำหนดหรือเชิงคุณภาพจะเป็นการศึกษาเชิงตัดขวาง (cross sectional) ซึ่งนำเสนอได้เพียงข้อมูลเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแล แต่ยังขาดการศึกษาที่จะเจาะลึกในเรื่องกระบวนการกรากการเกิดความเครียดหรือความทุกข์ยากของผู้ดูแล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะบ่งชี้ให้เห็นถึงขั้นตอนและกระบวนการกรากการเกิดความทุกข์ยากของผู้ดูแล ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเพื่อ改善หากิจกรรมในส่วนนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและของผู้ดูแลร่วมกัน

ถึงแม้ปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลจะได้รับความสนใจมากขึ้นจากผู้ศึกษาวิจัย แต่ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลยังไม่ได้รับการศึกษาวิจัยในเชิงประจักษ์อย่างกว้างขวางเพียงพอ นอกจากนี้งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลมักเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีและจำนวนตัวอย่างมีขนาดเล็ก ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้การสำรวจและสุมตัวอย่างระดับประเทศยังไม่มีในปัจจุบัน ทำให้ขาดภาพรวมเกี่ยวกับระดับของปัญหาและความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับประเทศ

เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

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

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

เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว

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

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เป็นทางนำไปสู่ระบบเครือญาติ ความเป็นญาติในสังคมไทยอาจสืบเนื่องมาจากการถวายโภชนาtips (consanguineal or biological kin) ญาติที่เกิดจากการแต่งงาน (conjugal kin) รวมทั้งญาติสมทบ (affine kin) ที่เกิดขึ้น เพราะซักกำหนดทางสังคม อาทิเช่น การรับบุตรบุญธรรม ซึ่งความเป็นญาติ “ไม่ว่าจะเกิดขึ้นด้วยวิถีทางใดย่อมก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่ต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ด้วยเหตุนี้ผู้ที่ถูกทอดทิ้งมักจะถูกเปรียบเปรยว่าเป็น “คนไร้ญาติ ขาดมิตร” การมีสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติอื่นๆ จึงเป็นเสมือนหลักประกันในยามสูงอายุว่าจะมีคนคอยดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁷⁾ การที่สมาชิกของครอบครัวทอดภาระในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่บุคคลอื่นจะถูกตำหนิว่าเป็นการปัดภาระวับผิดชอบและเป็นการทอดทิ้งผู้สูงอายุ⁽⁴⁸⁾

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

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

เนื่องจากบุตรเป็นญาติกลุ่มหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีมากที่สุด และใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด การศึกษาวิจัยการเกื้อหนุนที่บุตรให้แก่ผู้สูงอายุจึงมีอยู่อย่างหลากหลาย ผลการศึกษาหลายโครงการนี้แนะนำว่าการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรอย่างน้อย 1 คน nab เป็นรูปแบบที่สำคัญของการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระบบครอบครัวไทย⁽⁵¹⁻⁵³⁾ ทั้งนี้เป็นเพียงการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรทำให้โอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการตอบสนองความต้องการในทุกด้านมีสูงกว่ารูปแบบของการพักอาศัยแบบอื่น⁽⁵⁴⁾ การอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ด้านวัตถุในแง่ของการมีสิ่งของต่างๆ ในครัวเรือนรวมทั้งการมีสภาพบ้านที่ดีกว่าด้วย⁽⁵⁵⁾ การย้ายถิ่นหรือการพักอาศัยอยู่ห่างไกลจากบิดามารดาส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁵⁶⁾ ดังนั้นผลงานนวัตกรรมระดับประเทศหลายโครงการจึงให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 74 ถึง 80 พักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรอย่างน้อย 1 คน⁽³⁻⁵⁾ สถิติจากสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 แสดงว่าผู้สูงอายุหญิงพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรสูงถึงร้อยละ 82⁽⁵⁵⁾

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาระดับการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรเพียงด้านเดียวอาจให้ภาพของการดูแลที่เกินจริง บุตรที่อาศัยร่วมบ้านผู้สูงอายุอาจเป็นผู้เพ่งพิง ทั้งนี้เพราการพักอาศัยร่วมกับบุตรแปรผันไปตามขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและบุตร⁽⁵⁷⁾ การเจริญวัยของบุตรเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการสูงวัยของบิดามารดา เมื่อบิดามารดาเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ บุตรส่วนใหญ่มักจะสำเร็จการศึกษา มีงานทำ สร้างครอบครัวของตนขึ้นใหม่ และย้ายออกไปจากครัวเรือนของบิดามารดา บุตรที่ยังคงพักอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่สูงอายุจึงมักจะมีอายุน้อย กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาเล่าเรียน ยังไม่มีงานทำ และยังเป็นโสด⁽⁵⁵⁾ ซึ่งบุตรกลุ่มนี้จะอยู่ในฐานะที่เป็นผู้รับการอุปการะจากบิดามารดาหากว่าจะเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนบิดามารดา⁽⁵⁸⁾ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นเท่าใดความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้บุตรที่โตแล้วและพึงพาตนเองได้ต้องรับผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในบ้านเดียวกันกับตน หรือต้องย้ายกลับเข้าไปอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ⁽⁵⁹⁾

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

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

แนวโน้มที่จะพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุตรบุญธรรม สำหรับสังคมไทยส่วนใหญ่มักจะเป็นการรับบุตรของญาติพี่น้อง ที่คุ้นเคยกันมาเป็นบุตรบุญธรรม ซึ่งต่างจากสังคมตะวันตกที่บุตรบุญธรรมมักจะเป็นคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ⁽⁴⁾

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

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

ผลงานวิจัยหลายโครงการพบว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุยังเป็นវารثัตถฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันในสังคมไทย ถึงแม้ไม่ได้อยู่ร่วมกัน แต่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่พักอาศัยอยู่ใกล้กันก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปของ การให้การเกี้ยวนะบิดามารดา เชื้อชาติ วัฒนธรรม ลักษณะทางด้านอาหาร เสื้อผ้า วัสดุ สิ่งของเครื่องใช้ และการติดต่อเยี่ยมเยียน^(4,28,55,58) ในกรณีที่พำนักอยู่ไกลกัน บุตรก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจโดยการส่งเงินมาให้⁽⁷²⁾ หรือยังมีการมาเยี่ยมเยียน และติดต่อกับผู้สูงอายุในระดับบุตร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระยะทางไม่ได้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความห่วงใยและความอาทรที่สามารถเชื่อมโยงครอบครัวและเครือญาติมิให้แก่ผู้สูงอายุ สมการ “ใกล้ใจ ไกลตา” (an intimacy at a distance) ยังคงปรากฏให้เห็นอย่างสม่ำเสมอในสังคมไทย อาย่างไรก็ตามได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ความบ่อயคั้งของ การเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องอาจไม่ได้แสดงถึงระดับของความสัมพันธ์ ทั้งนี้ เพราะไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งชี้ว่าการเยี่ยมเยียนนั้นเป็นไปอย่างอบอุ่นหรือเป็นทางการ⁽⁷³⁾ ประการสำคัญการเยี่ยมเยียนนั้นไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้เยี่ยมเยียนจะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีสถานะพึ่งพาสูงและ

ต้องการการดูแลใกล้ชิด และยังไม่ได้เป็นหลักประกันว่าการดูแลจะมีความเหมาะสมเพียงพอหรือจะไม่เกิดการกระทำที่เป็นผลร้ายต่อผู้รับการดูแล (elderly abuse)

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน

เนื่องจากเป็นที่คาดการณ์กันว่าเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติจะมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (community-based approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชนรวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น “พี่เลี้ยง” และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง⁽⁷⁴⁾

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

สำหรับเครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชนนั้นจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ยกเว้นเครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการที่ไม่สามารถ自行ได้หรือได้รับในครอบครัวและเครือญาติ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกระทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การดูแลเมื่อตกทุกข์ได้ยาก การให้ช่วยเหลือและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น⁽⁷⁵⁾

สถาบันทางสังคมในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัดนับเป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่สำคัญยิ่ง ทั้งนี้ เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและกิจกรรมทางด้านสังคมของชุมชน⁽⁷⁶⁾ และวัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมและได้ “ชีวิตทางสังคม” จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁽⁷⁷⁾ นอกจากนั้นวัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค และที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งพิง วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่อย่างเป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนและทำหน้าที่เหมือนบ้านพักคนชราไปด้วยในตัว⁽⁷⁸⁾ การศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) ที่อาศัยอยู่ใน “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะเป็นการอาศัยอยู่ในวัดและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในวัดเป็นผู้สูงอายุชายซึ่งมักบ้าชีวีเป็นพระ แม้ผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยใน “ครัวเรือนกลุ่มบุคคล” จะมีน้อย แต่ร่วม 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุหญิงเหล่านี้อาศัยอยู่ในวัดในฐานะชีวิตรักษาดูแลนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าวัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่ในอกเห็นใจครอบครัว⁽¹⁸⁾

สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือสมาคมต่างๆ ที่น่าจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเอง การรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ⁽⁷⁹⁾ ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้วการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเป็น

กลุ่มตามอุดมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะรวมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น⁽⁸⁰⁾

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

กลุ่มมาปนกิจสงเคราะห์เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกมากที่สุด โดยข้อเท็จจริงแล้วกลุ่มนี้ไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในขณะที่มีชีวิตอยู่ ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางด้านสันทานการหรือส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ แต่เป็นการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่างสมศักดิ์ศรีพอควรและสมาชิกในครอบครัวไม่ต้องลำบากด้านการเงิน

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

เครือข่ายทางสังคมในระดับชุมชนที่ได้รับการกล่าวถึงในระยะเวลาไม่นานมานี้คือองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยเริ่มมีการแสดงความเห็นกันมากเกี่ยวกับภาระหน้าที่และบทบาทของ อบต.ในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยอบต.ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะกิจกรรมที่คุ้นเคยมาแต่เดิม เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานปะเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ/ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ นอกจากนั้น อบต.มีบทบาทเพียงหน้าที่เป็นกรรมการพิจารณาจัดสรรงบลงเคราะห์ราษฎร ซึ่งได้จากการประชุมประจำปี เพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไว้ที่พึงและอยู่ในภาวะยากลำบาก แต่ในแห่งของการพัฒนาผู้สูงอายุไม่ปรากฏว่ามีกิจกรรมใดๆที่ อบต. คิดและทำขึ้น ซึ่งเมื่อสอบถามถึงชุมชนผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งขึ้นบ้างในบางพื้นที่ ส่วนใหญ่ของอบต.ก็เพียงแต่รับรู้ว่ามีชุมชนดังกล่าวและยังมีความรู้สึกว่าเป็นชุมชนที่ตั้งขึ้นโดยโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยจึงเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่ของ อบต. ยังไงก็ว่ากัน แม้จะได้ทราบกิจกรรมต่างๆที่ชุมชนจัดขึ้นและได้ปรับตัวอย่างน่าเชื่อถือ แต่ก็ในฐานะแขกรับเชิญมากกว่าจะร่วมเป็นเจ้าของชุมชนที่จะมีบทบาทร่วมค้นหาปัญหาและกำหนดแผนงาน กิจกรรมและทรัพยากรเพื่อพัฒนาประชากรสูงอายุ⁽⁸⁵⁾

ศูนย์ส่งเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน หน้าที่เป็นองค์กรประชาชนในระดับหมู่บ้าน ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการพื้นฐานของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้โดยมีหน้าที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านการสงเคราะห์ ด้านการป้องกัน ด้านการพัฒนาและพัฒนา^(86,87) สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ศูนย์ฯ หน้าที่ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ โดยพิจารณาจากฐานะทางเศรษฐกิจ คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ยากจน และไม่มีผู้ดูแล⁽⁸⁸⁾

นวัตกรรมใหม่ของเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนเพื่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุล่าสุดคือ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานในรูปของ “ชุมชนช่วยชุมชน” เปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้

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

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

โดยภาพรวมแล้ว ถึงแม้เครือข่ายทางสังคมจะดับชุมชนในประเทศไทยจะมีพัฒนาการไปในทางที่เอื้อประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ แต่การพัฒนาไปสู่แนวคิด “ประชาชนสังคม” ต้องใช้เวลาอีกหลายปี ทั้งนี้ เพราะรากฐานของความคิดของคนไทยเกิดจากการปกครองที่มีการแต่งตั้ง-จัดตั้งมหาลัยชั่วอายุคน ดังนั้น ในการเป็นจริงการมีส่วนร่วมของประชาชนยังคงเป็นเพียงการนำเสนอ จัดตั้งและกำหนดจากผู้มีอำนาจและตำแหน่งหน้าที่มากกว่าจะเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ⁽⁸⁰⁾

ทางออกหรือการสนับสนุน

การศึกษาในเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีข้อสรุปเพื่อการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุและทางออกของผู้ดูแลผู้สูงอายุพอสรุปได้ดังนี้

- ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุทุกคนไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ต้องได้รับการดูแล การเตรียมตัวทางด้านเศรษฐกิจ และสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับความต้องการได้รับการดูแล เพื่อยืดเวลาที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแล และเพื่อลดภาระและปัญหาของครอบครัวและสังคมอันเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรจัดทำโครงการและมาตรการดำเนินงานที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการเตรียมตัวของปัจเจกบุคคลที่จะกำกับเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

- ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย การขาดการศึกษาทำให้ผู้สูงอายุขาดความเข้าใจในการดูแลตัวเอง ซึ่งนำไปสู่การลดลงในความสามารถที่จะพึงพาตนเอง หน่วยงานภาครัฐจึงควรจัดให้มีการศึกษาผู้ให้ดูแลตลอดชีวิต เพื่อการให้ความรู้และข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การลดการพึ่งพาผู้อื่นและลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- ครอบครัวเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุดในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือการดูแลที่บ้าน รัฐควรกำหนดนโยบายสนับสนุนด้านการเงิน มาตรการในการลดหย่อนภาษี และบริการทางด้านสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแล

- สนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานบริการในเวลากลางวัน (day care) ที่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานของผู้ดูแลด้วยมาตรฐานการส่งเสริมการลงทุนและมาตรฐานทางภาษี รวมทั้งต้องมีมาตรการในการกำกับดูแล และส่งเสริมสถานดูแลผู้สูงอายุเพื่อควบคุมคุณภาพการดูแล และความเป็นธรรมในการคิดค่าบริการ

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

บุคลากรในรูปของพยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (mobile clinic) เพื่อปรับปรุงและส่งเสริมประสิทธิภาพของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

- ผู้สูงอายุบางคนจัดอยู่ในกลุ่มด้อยโอกาส จึงปรากฏความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย การลดช่องว่างของความด้อยโอกาสเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง การบริการทางด้านสุขภาพควรจัดให้มีการกระจายของหน่วยบริการและการบริการอย่างทั่วถึง ให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มในการเข้าถึงบริการ โดยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและเต็มประสิทธิผลของการบริการ

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการการปรับตัวและการปรับใจ การให้บริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเพียงฝ่ายไม่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเครื่องขยายเสียงสังคมและแหล่งบริการอื่นๆที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ

- ความเข้มแข็งของค่านิยมในเรื่องระบบอาชีวศิลป์ ความมั่นคงด้วยความเชื่อเรื่องกรรมช่วยลดความเครียด ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ และช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุในการ “ปรับใจ” ดังนั้นการปลูกฝังค่านิยมเหล่านี้ในสังคมไทยยังมีความจำเป็นและเป็นภาระหน้าที่ที่สังคมจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพ ควรให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ความสนใจในการตรวจสุขภาพประจำปีและการเข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะต้นๆที่ปรากฏอาการ

- ภาวะทุพพลภาพจำนวนไม่น้อยที่เป็นข้อควรระวังและกลับคืนได้ ปัญหาสำคัญของบริการทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุคือ การพื้นฟูสุขภาพได้รับความสนใจอยกว่าการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพซึ่งนำไปสู่อุบัติการณ์ความซุกของภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานและการเจ็บป่วยเรื้อรัง การให้บริการด้านสุขภาพจึงควรให้ความสนใจเรื่องการพื้นฟูให้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มนุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดและเพิ่มศักยภาพนุคลากรในเรื่องการพื้นฟูสุขภาพให้ทันกับจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการรับบริการด้านการพื้นฟู ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมในครอบครัวและในชุมชนที่เหมาะสมก็เป็นการลดโอกาสที่จะเกิดภาวะด้อยโอกาสและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุได้

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

- การให้บริการแก่ผู้สูงอายุควรมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม กิจกรรมที่ควรมีหรือควรสนับสนุนคือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) บริการดูแลที่บ้าน (home care) บริการเยี่ยมบ้าน (home visit) บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่ท่องไกด์ การจัดตั้งระบบเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน การสนับสนุนระบบอาสาสมัครเพื่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ การมีอาสาสมัครในชุมชนที่ช่วยผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลในรูปของกรรมมาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (elderly sitting) เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพักผ่อนหรือทำกิจธุรนอกบ้าน การมีแหล่งพักพิงฉุกเฉินหรือบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (emergency shelter service) เป็นต้น

งานวิจัยที่ครัวมี

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

บรรณานุกรม

1. นภาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ “สู่วัยสูงอย่างดีด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพฤษศาสตร์ฯ และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542 : 53-92.
2. ณัฐ ชาติธรรมนนท์. ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 1997;(April-June): 87-91.
3. นภาพร ชัยวรรณ, จohnn โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
4. นภาพร ชัยวรรณ, จohnn โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตร (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 197/35). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2538.
6. จันทร์เพ็ญ ชูปะภาวรรณ, มงคล ณ สงขลา, นภาพร ชัยวรรณ. การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ.2538. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 1997;(April-June): 15-35.
7. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, Bunnag S. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. J Med Assoc Thai 1994;77:231-38.
8. สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, เพบูลย์ สุริยะวงศ์เพศาล. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
9. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ, ทิพวรรณ อิสวัพัฒนสกุล. การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2540;20(2):36-46.
10. กองสวัสดิการสังเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์. การสำรวจหน่วยงานเอกชนที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กองสวัสดิการสังเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2541.
11. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เรื่อง "สังคมศาสตร์สุขภาพและมนุษยศาสตร์". กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539:85-113.
12. Wongsith M, Siriboon S. Household Structure and Care for the Elderly in Thailand. In: The Family and Older Persons in China, Indonesia and Thailand (Asian Population Studies Series No.152). Bangkok: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations, 1999:97-152.

13. ธนาวดี คำยา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรไทยอายุยืนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมด้วยหรือไม่? : ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในการทำงาน พ.ศ.2528-2538. วารสารพฤษศาสตร์ ผู้สูงอายุ 2543;1(1):4-10.
14. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพฤษศาสตร์ 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. นภพพร ชัยวรรณ, จohnn โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคม จากแหล่งข้อมูลทางการ (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 180/33). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
19. นภพพร ชัยวรรณ, จohnn โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารประชากรศาสตร์ 2534 ;7(2):47-60.
20. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44 (2):69-74.
21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤษศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
22. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรนามย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธิกิจ, สิรินทร์ ฉันศิริกาญจน, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤษศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
23. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
24. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพฤษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):51-4.
25. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประชุม“ทิศทางปฏิรูปบริการสุขภาพไทย” ให้อะไรกับเราบ้าง?. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44(3):151-4.
26. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542.

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

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

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

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

79. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ปัญหา ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน: ข้อมูลจากผู้สูงอายุ. ใน: มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, อัจฉรา เอ็นซ์, (บรรณาธิการ). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ (เอกสารสถาบันหมายเลขอ 263/41). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:48-139.
80. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2541 เรื่อง “เสริมสร้างการดูแลแก่ผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤษภาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2541:88-96.
81. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภารนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม, สุดส่วน สุธีธร. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง (เอกสารกองบวิหารงานวิจัยหมายเลขอ 006/40). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
82. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภารนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เอกสารกองบวิหารงานวิจัยหมายเลขอ 014/41). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
83. บรรดุ ศิริพานิช, อดาด ถิรพัฒน์, มนรด ลิงค์เชนทร์, พนิษฐา พานิชาชีวากุลและเพ็ญจันทร์ ประดับมุ. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องชุมชนผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ: สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2539.
84. ส่วนอนามัยยททำงานและผู้สูงอายุ. ข้อมูลรายงานจำนวนชุมชนผู้สูงอายุ ปี 2542. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.)
85. ลือชา วนรัตน์. บทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบลในงานส่งเสริมสุขภาพ. ใน: เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพประชากรอนามัยยททำงานและผู้สูงอายุและเร่งรัดหาผู้รับบริการวางแผนครอบครัวแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนาคต). (ม.ป.ป.).
86. กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน. คู่มือการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน. (เอกสารทางวิชาการ ลำดับที่ 300 เล่มที่ 2/2537) กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537.
87. กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน. เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรวิทยากรศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537.
88. กรมประชาสงเคราะห์. รายงานประจำปี 2536. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม, 2537.

บทที่ 7 : ชุมชนและผู้สูงอายุ

วศ. มาลินี วงศ์สิทธิ์

คำนำ

แนวความคิดเรื่องการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการพัฒนา เป็นแนวความคิดที่ได้มีการยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นหนทางหนึ่งที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชน ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกครอบครัวขณะเดียวกันก็เป็นสมาชิกของชุมชนด้วย การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดี และมีความมั่นคงตามอัตภาพนั้น นอกจากจะจะชี้น้อยกว่ากับตัวผู้สูงอายุเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวแล้ว ยังชี้น้อยกว่ากับประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานะในชุมชน และชี้น้อยกว่ากับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนด้วย ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของชุมชน โดยพิจารณาจากสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุ วัฒนธรรมชุมชน/ พื้นบ้านที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุ และแนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจ และได้นำเสนอในบทนี้

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

ความหมายของชุมชน

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

1. ชุมชนที่นิยามโดยใช้แนวคิดของที่ตั้งทางภูมิศาสตร์เป็นพื้นฐาน โดยมีกัลุ่มบุคคลอาศัยอยู่บริเวณเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง มีการพึ่งพาอาศัยกันไม่กว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม และมีส่วนร่วมในเอกสารลักษณ์ของสถานที่ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และแม้กระทั่งชุมชนตามคำนิยามนี้ ก็ยังพบว่ายังไม่มีความหมายที่แน่นัดร่วมกันในกรอบที่เป็นตัวกำหนดลักษณะของชุมชน อย่างไรก็ตาม ชุมชนในประเทศไทยที่ปรากฏ มีหลายประเภทคือ “ชุมชนชนบท” เป็นชุมชนที่ประชากรมีความสัมพันธ์กันแบบปฐมภูมิและประกอบอาชีพเกษตรฯ เป็นหลัก “ชุมชนกึ่งชนบท” เป็นชุมชนที่มีประชากรฐานะเศรษฐกิจดีขึ้น มีความเจริญและความทันสมัยเข้ามาสู่ชุมชนมากขึ้น หากแต่ยังไม่พัฒนาขึ้นมาเต็มที่เท่าเขตเมือง “ชุมชนเมือง” เป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาล ส่วน

ชุมชนลักษณะอื่นคือ ชุมชนแบบใหม่ที่อยู่รอบๆเมืองหรือรอบเขตปริมณฑลของเมืองใหม่ เช่น “ชุมชนบ้านจัดสรร” เป็นต้น

2. ชุมชนในฐานะที่เป็นเขตการปกครอง ตามเกณฑ์กำหนดของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย นิยาม “ชุมชนชนบท” โดยอาศัยเลขที่หมู่บ้านซึ่งแบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครอง ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน เลขที่ได้ถือเป็นคนในชุมชนนั้น สำหรับ “ชุมชนในเขตเมือง” หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวนี้องกับชุมชนให้คำนิยาม ชุมชนในเขตเมืองต่างกัน โดยสำนักว่าการกรุงเทพมหานครให้ความหมายของชุมชนในกรุงเทพมหานคร หมายถึง ชุมชนแออัด ชุมชนชาวเมือง เศหะชุมชน หมู่บ้านจัดสรร และชุมชนเมืองที่สำนักงานกรุงเทพมหานคร กำหนดขึ้น โดยทำเป็นประกาศของกรุงเทพมหานคร หากแต่สำนักงานการเคหะแห่งชาติซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับ ชุมชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ได้กำหนดชุมชนไปตามขนาดเพื่อการปฏิบัติงาน โดยใช้เขตพื้นที่ทางการปกครองเป็นเกณฑ์ในการแบ่งคือ แบ่งชุมชนออกเป็น 4 ขนาด ได้แก่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และเมือง และ กำหนดชุมชนเมืองหมายถึงบริเวณที่มีพื้นที่ที่มีการอยู่อาศัยหนาแน่น *

อนึ่ง เมื่อมีคำนิยามทางการเป็นเกณฑ์ หากแต่ความหมายของชุมชนในภารกิจและวิจัย ก็ อาจผันแปรไป เช่น ชุมชนชนบทนั้นมักใช้เลขที่หมู่บ้านของกรมการปกครองเป็นเกณฑ์ สำหรับชุมชนเมืองนั้น ส่วนใหญ่กำหนดให้เป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตเทศบาล และงานวิจัยบางโครงการในอดีต (ก่อนปี พ.ศ.2540) ให้นับรวมถึงชุมชนที่อยู่ในเขตสุขาภิบาลเป็นชุมชนเมืองด้วย

3. ชุมชนที่นิยามอย่างไม่เป็นทางการ โดยอาศัยวัฒนธรรมของพื้นที่เป็นตัวกำหนด เช่น เรียกเป็น คุ้ม กลุ่ม หรือบ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีเลขหมู่เดียวกัน ยังคงนิยમว่าตนเองอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันได้ เช่น ประชากรในหมู่บ้านของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในหมู่บ้านหนึ่งอาจประกอบด้วยหลายชุมชนย่อย ซึ่งเรียกว่า “คุ้ม” และประชากรภายในหมู่บ้านนั้นก็จำแนกตัวเองว่าเป็นคนของชุมชน ย่อไปหรือคุ้มได้

การศึกษาวิจัยเรื่องของชุมชนกับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันมี 2 แนวคิดหลักในการแบ่งชุมชนคือ⁽⁶⁾

(1) ชุมชนในฐานะหน่วยทางสังคม (community as a social system unit) ชุมชนเป็นระบบย่อย ที่มีศักยภาพในการจัดให้มีสิ่งต่างๆที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนทั้งทางกาย ใจ และสังคม หรือเป็น เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ของคน ซึ่งประกอบด้วยสถานภาพ บทบาท กลุ่มคน และสถาบัน โดยมีความ สัมพันธ์ทั้งในทางแนวตั้งและแนวนอน

(2) ชุมชนในฐานะเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมทั้งมวล โดยต่างมีอิทธิพล ซึ่งกันและกันตลอดเวลา ชุมชนในลักษณะนี้เป็นชุมชนที่มีสายใยสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนที่อาศัยอยู่ใน เขตพื้นที่เดียวกัน มีความรู้สึกว่ำกัน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

ตามความหมายข้างต้นนี้ เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของชุมชนและผู้สูงอายุ มักเน้นที่เครือข่ายของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างชุมชนกับคนที่อาศัยอยู่ในเขตหรือพื้นที่เดียวกัน ซึ่งการมี ปฏิสัมพันธ์กันของกลุ่มคนนั้น เป็นไปตามสถานภาพ บทบาท กลุ่มคน และสถาบันต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

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

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

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

การเป็นหัวหน้าครัวเรือนและการเป็นเจ้าของบ้านเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของสถานภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน จะเป็นเจ้าของบ้านและที่ดินที่ปลูกสร้างบ้าน โดยมี สัดส่วนของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุในชนบทเป็นหัวหน้าครัวเรือนและเจ้าของบ้านสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง⁽⁸⁻¹¹⁾ และผู้สูงอายุในเมือง การเป็นหัวหน้าครัวเรือนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากชุมชนว่า เป็นผู้มีสถานภาพ ที่มั่นคงยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ในหลาย ๆ กรณีการเป็นหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพียงสัญลักษณ์ของการให้ความเคารพนับถือยกย่องในฐานะที่เป็นผู้อาสาเหล่านั้น

สังคมมีส่วนในการกำหนดสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ โดยสังคมคาดหวังให้บุคคลในวัยสูงอายุปฏิบัติตามกรอบและบรรทัดฐานทางสังคม การเป็นผู้สูงอายุในมุมมองของคนในสังคมพบว่ามีความเมื่อยล้าและความแตกร้าว โดยสะท้อนจากเกณฑ์ที่ใช้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุและคำที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ

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

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

เศรษฐกิจ สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเจืองฤกกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจึงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในอดีต

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของบุคคลในวัยสูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเผชิญ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่รับผิดชอบมาเป็นผู้ที่พึ่งพิง จากที่เคยหาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นการของบุตรหลานเท่ากับเป็นการลดจำนวนและความสำคัญของผู้สูงอายุลง อนึ่ง ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุยังคงมีความสำคัญและความต้องการที่จะลดลง แต่ผู้สูงอายุบางกลุ่มโดยเฉพาะในเขตชนบท ยังคงมีบทบาทเป็น “ผู้ให้” ด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว โดยการให้ความช่วยเหลือครอบครัวด้านการเงิน ด้วยรายได้ของผู้สูงอายุที่ได้จากการทำนาและเงินออม⁽¹⁹⁾ และคุณค่าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับตัวบุคคลว่า บุคคลนั้นสร้างประวัติชนให้แก่คนรุ่นหลังได้มากน้อยแค่ไหน ไม่ว่าการสร้างประวัติชนโดยการอาชัยแรงงานหรือกำลังกาย เช่น ช่วยงานของชุมชน หรือการสร้างประวัติชนโดยไม่ได้อาชัยแรงงาน เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำกับคนรุ่นหลัง⁽⁹⁾ นอกจากนี้สำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม การมีอายุเพิ่มมากขึ้นกลับมีความสำคัญมากขึ้น เพราะมีประสบการณ์ มีความรู้ ปฏิบัติที่เป็นตัวอย่างที่ดีและได้รับการเดาว่ายก่อน อายุ่ไรก็ตามสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจในทางที่ด้อยลง เพียงแต่มีมีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับสถานภาพของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรม

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

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

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

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

วิธีการหรือแนวทางในการปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญในการลดความรู้สึกทางลบของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ แนวทางการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นมีหลายแนวทาง⁽⁹⁾ เริ่มตั้งแต่การปรับตัวด้านการทำงาน โดยอาจทำงานเหมือนเดิมแต่ลดปริมาณลง หรือเปลี่ยนมาทำงานเบาๆ ปรับตัวโดยอาศัย

ศาสตรา เข้าวัดฟังธรรม ช่วยเหลืองานวัดงานบุญ ปรับตัวโดยการยอมรับสัจธรรมแห่งชีวิตในเรื่องของสังฆารที่ร่วงโรย และที่สำคัญคือการปรับตัวด้านจิตใจ ดังนั้นสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากขึ้นกับสถานภาพทางการศึกษาและเศรษฐกิจของครอบครัวแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการเรียบเรียงปรับตัวของผู้สูงอายุเอง

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

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

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญมาก ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน เป็นทรัพยากรบุคคลที่สามารถกระตุ้นเตือนหรือจราจรในวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ ของชุมชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ที่จะช่วยให้เห็นถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ และเป้าหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพคือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและยังประโยชน์ทั้งต่อตนเองและชุมชน

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุเมื่อพ้นวัยทำงานแล้วบทบาททางสังคมภายนอกจะมีแนวโน้มลดลง แต่บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนก็ยังเป็นสิ่งที่พบเห็นโดยทั่วไป ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทค่อนข้างหลากหลายทั้งบทบาททางตรงและทางอ้อม โดยครอบครุณถึงบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง

▪ บทบาททางเศรษฐกิจ

งานวิจัยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาททางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่อชุมชนโดยตรงยังมีอยู่น้อยมาก เท่าที่มีอยู่นั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน และบทบาทในการเป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ การมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนักจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นแม้ในวัยปลายชีวิต และผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในทางเศรษฐกิจมีโอกาสที่จะมีบทบาททางสังคมของชุมชนมากขึ้น

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

บุตรหลาน และมีอยู่บ้างที่ทำงานอาชีพหรือหารายได้เสริมเพราะไม่อยากอยู่เฉยๆ ส่วนเหตุผลของการไม่ทำงานอาชีพของผู้สูงอายุคือ สุขภาพไม่ดีหรือแก่

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

อนึ่ง ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีบทบาททางเศรษฐกิจต่อชุมชนในทางอ้อม กล่าวคือ ผู้สูงอายุใช้ประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจที่มีมายาวนาน เข้ามาช่วยแก้ไขหรือจัดการกับเหตุการณ์วิกฤติทางสังคมที่มีผลต่อเศรษฐกิจของชุมชนที่เกิดขึ้น โดยการมีส่วนดูแลทรัพยากรบุคคลในชุมชน ทั้งในเรื่องของการที่ผู้สูงอายุทำหน้าที่ส่งการแนะนำและดูแลบุคคลที่อยู่ในรัศมีผลิตทางเศรษฐกิจของชุมชน ตลอดจนช่วยดูแล สุขภาพของเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน⁽²³⁾ การดูแลสุขภาพแบบเพื่อนช่วยเพื่อนได้ผลดีโดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันและรักษาสุขภาพ⁽²⁴⁾ หากผู้สูงอายุรักษาสุขภาพได้ดี ก็เท่ากับลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันเป็นการรักษาศักยภาพของผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งบทบาทของผู้สูงอายุในทางบวก เช่นนี้ เท่ากับเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ชุมชนมั่นคง ไว้วางผู้ผลิตเชิงเศรษฐกิจมากกว่าเพิ่มผู้ที่เป็นภาระ

▪ บทบาททางสังคม

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

บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนที่เคยทำงานในอดีต แต่พบร่องรอยมากในปัจจุบันนี้คือ บทบาทของการเป็นผู้ไกด์เกลี่ยหรือพิพากษาในกรณีพิพาทหรือทะเลาะเบาะแง่ในชุมชน บทบาทนี้เป็นบทบาทที่มีความหมายเพราะผู้ที่ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้ที่เชื่อถือ หรือไกด์เกลี่ยในกรณีที่คนในชุมชนเกิดปัญหากันนั้น ต้องเป็นผู้ที่ทุกคนให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง และให้ความเชื่อถือ⁽²⁵⁾ ปัจจุบันไม่ค่อยมีงานวิจัยที่เสนอบทบาททางด้านนี้ของผู้สูงอายุ อาจเป็นด้วยสภาพชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ภาระในการไกด์เกลี่ยตัดสินคดีความก協助เป็นเรื่องของบุคคลที่เป็นผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือเป็นบุคคลที่ชาวบ้านส่วนใหญ่นับถือ ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้สูงอายุก็ได้

นอกจากการมีบทบาทต่อสังคมโดยตรงแล้ว ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในชุมชนอีกบทบาทหนึ่งคือ การบำรุงรักษาและถ่ายทอดความรู้ที่มีคุณค่าให้กับทุกคนรุ่นหลังต่อไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้เคยถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตหรือสิ่งที่ตนเองรู้และเข้าใจให้แก่คนรุ่นปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหาในอาชีพหรือการใช้ชีวิต การจัดการด้านพิธีกรรม โดยวิธีการเล่าให้ฟัง หรือฝึกอบรมให้คนรุ่นปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ^(32,33) บทบาทของผู้สูงอายุในด้านนี้เป็นที่ยอมรับกันของคนในชุมชน อย่างไรก็ตาม การขอให้ผู้สูงอายุไปเป็นวิทยากรหรือผู้บรรยายความรู้ต่างๆ ในวงกว้างยังมีอยู่น้อย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางสังคมได้ไม่มากทั้งๆ ที่มีศักยภาพ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ข้อมูลบุคคลในรายเด็กก้าว ที่เป็นไปในทางที่ไม่

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

▪ บทบาททางวัฒนธรรม

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นผู้รู้ในทางวัฒนธรรม ทำหน้าที่ในการจารวิลงและถ่ายทอดทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับชั้นตอนต่างๆของชีวิต ผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากในการเข้าร่วมทางวัฒนธรรมประเพณีที่เกี่ยวกับชีวิตเสมอ นับตั้งแต่ในเรื่องของการเริ่มต้นชีวิตครอบครัวคือ การแต่งงาน พิธีการแต่งงานจะเริ่มขึ้นได้ก็เมื่อฝ่ายชายจัดผู้หลักผู้ใหญ่ไปสูขอฝ่ายหญิง เมื่อมีพิธีการหมั้นก็ต้องมีผู้เฝ้าผู้แก่ทำหน้าที่รู้เห็นเป็นพยานในการหมั้น ส่วนมองคล หลังน้ำสังข์ ลดมองคล เมื่อถึงเวลาส่งตัวก็จะเชิญผู้สูงอายุมาเข้าร่วมในพิธีกรรมต่างๆนั้น เพราะถือว่าผู้สูงอายุเป็นเจ้าตัว หรือเป็นต้นคัมภีร์ของชาติประเพณี ผู้เฝ้าผู้แก่หรือผู้สูงอายุที่มีความรู้ทางวัฒนธรรมจะเป็นที่เคารพนับถือของอนุชนรุ่นหลัง⁽³³⁾ ต่อมาเมื่อคู่แต่งงานมีบุตร อย่างประเพณีอีสาน มีการทำวัฒน์ โดยปูย่าตาวยจะเป็นผู้เอกสารลายสิกูจน์ผูกข้อมือทำขาหัวปูให้แก่เด็ก แล้วเจมกระจะให้แก่เด็กนั้น⁽³⁴⁾ เมื่อบุตรชายครบเดือน มีการโภกนรมไฟ เชิญผู้สูงอายุหลังน้ำนมตั้งที่ศีรษะเด็กเพื่อทำพิธีโภกนรมไฟ⁽³⁵⁾ และในสมัยก่อนเมื่อเด็กโภกนรมไฟแล้ว ก็ไว้ผลจากโดยไม่ได้ตัด พอดีก่อร่องเข้าสู่วัยแรกหนุ่มสาวคือ เด็กชายอายุประมาณ 13 ปี เด็กหญิงอายุประมาณ 11 ปี ผู้ปกครองจะเตรียมทำพิธีตัดจุก เรียกว่าพิธีมงคลโภกนรม (ประเพณีโบราณ) ซึ่งในการทำพิธีนั้นก็ต้องมีผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุเป็นผู้หลังน้ำนมต้องเด็กก่อนตัดจุก⁽³⁶⁾ หากเป็นเด็กชายเมื่ออายุครบ 21 ปี เต็ม ประเพณีเดิมก็คือต้องทำการบวชพระ การบวชพระเท่ากับเป็นการเข้ามหาวิทยาลัยขั้นสูงสุด เมื่อมีการทดลองกันว่าจะบวชพระแล้ว ผู้ใหญ่ก็จะเป็นผู้จัดการในเรื่องพิธีกรรมต่างๆ นับตั้งแต่การลาบวชไปจนถึงวันที่ทำพิธีบวช⁽³⁷⁾ และเมื่อมาถึงปลายทางแห่งชีวิต ผู้สูงอายุก็เป็นผู้เข้ามายึดมีบทบาทอีกเช่นกัน โดยในการทำพิธีศพก็ต้องอาศัยผู้เฝ้าผู้แก่ปรึกษาหารือกันในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการทำบุญ กำหนดวันนำศพไปเผา⁽³⁸⁾

เห็นได้ว่าในทุกชั้นตอนแห่งชีวิต ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาททางวัฒนธรรมประเพณีอยู่เสมอ หากเป็นที่น่าสนใจว่า ในระยะต่อไปบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับชั้นตอนต่างๆของชีวิตจะยังคงอยู่ได้มากน้อยเพียงไร하여 ได้ระบุสังคมไทยที่มุ่งสู่การยกย่อง “ผู้ใหญ่” โดยพิจารณาจากยศถาบรรดาศักดิ์หรือฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ปอยครั้งที่พบว่าในพิธีกรรมต่างๆในปัจจุบัน ผู้ที่เข้ามายึดมีบทบาททางวัฒนธรรมเป็นผู้ที่มีตำแหน่งสูงในทางราชการ หรือทางธุรกิจโดยไม่ได้คำนึงถึงอายุ

อย่างไรก็ตาม ในวัฒนธรรมไทยยังมีประเพณีต่างๆที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นผู้แสดงบทบาทหลักในประเพณีนั้น เช่น ประเพณีสงกรานต์ ซึ่งถือว่าเป็นประเพณีเนื่องในวันปีใหม่ไทย มีการระดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญแก่ผู้มีอายุสูง การดำหัวปกติแปลว่าสรวย แต่เมื่อใช้ในประเพณีสงกรานต์หมายถึงการขอพรจากผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีบทบาททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุนั้น ปรากฏอยู่ในหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่ข้อมูลจากการวิจัยมีจำกัดอยู่เพียงในแง่ของวัฒนธรรมเฉพาะด้านหรือเฉพาะภาคที่มีขนาดตัวอย่างไม่มากนัก มีเพียงรายงานวิจัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติเท่านั้นที่สำรวจเกี่ยวกับการเข้าร่วมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาว่างที่เป็นการสำรวจตัวอย่างระดับประเทศ ผลของการวิจัยจากหลายแหล่งดังกล่าวโดยรวมพบว่าผู้สูงอายุมีบทบาทในทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ด้วยการเป็นผู้ร่วมสืบทอดทางศาสนา โดยการทำบุญตักบาตร ร่วมงานพ้าป้าหรือกฐิน ผู้สูงอายุในชนบทมีการร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนามากกว่าผู้สูงอายุในเมือง และบทบาทดังกล่าวลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สำหรับบทบาทของผู้สูงอายุในทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ

ศาสตราจักร หากจำแนกออกไปตามศาสตร์ที่นับถือพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธโดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบกิจทางศาสตร์คือ ตักบาตร สาดมนต์ ถือศีลห้า สามิภารawan พังเทคน์สนทนาธรรมสูงกว่าพระภารในวัยอื่น และพบผลเช่นเดียวกันในส่วนของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม⁽³¹⁾

ในด้านของการมีบทบาททางวัฒนธรรมส่วนรวม พบร่วมผู้สูงอายุมีบทบาทมากในงานสงกรานต์รองลงมาคือประเพณีห้องถิน และตรุษสารทไทย ตามลำดับ ส่วนบทบาททางวัฒนธรรมส่วนบุคคล อันได้แก่ งานศพ งานบวช งานแต่งงาน ทำบุญบ้าน พบร่วมผู้สูงอายุมีบทบาทในการเข้าร่วมงานศพสูงที่สุด ตามมาด้วยงานบวชและงานแต่งงาน⁽³¹⁾

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

▪ บทบาททางการเมือง

ข้อเท็จจริงทางการเมืองของประเทศไทยคือ ในอดีตที่ผ่านมาผู้นำของประเทศไทยคือ นายกรัฐมนตรี เป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด และจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรนับตั้งแต่ปีพ.ศ.2535 พ.ศ.2538 และพ.ศ.2539 มีสัดส่วนที่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 13.1, 14.9 และ 12.5 ตามลำดับ⁽⁴³⁾ ข้อเท็จจริงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังคงมีศักยภาพและมีบทบาททางการเมืองในระดับชาติ ในระดับห้องถินผู้สูงอายุมีบทบาทเช่นเดียวกัน โดยพบว่าร้อยละ 11.4 ของผู้ที่ได้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการองค์กรบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สูงอายุ⁽⁴⁴⁾ อย่างไร ก็ตาม งานวิจัยในเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุทางการเมืองนี้ยังมีอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีบทบาททางการเมืองของผู้สูงอายุเป็นเพียงการถามถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางการเมืองและถกถึงทัศนคติเกี่ยวกับการเมือง หากมีอยู่น้อยมากที่ถูกถกถึงบทบาททางการเมืองโดยตรง อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ถูกถกถึงบทบาทของผู้สูงอายุในด้านต่างๆพบว่าผู้สูงอายุมีบทบาททางการเมืองรองจากการมีบทบาททางศาสตราจารย์⁽²⁶⁾

โดยสรุป บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนนั้นมีหลายรูปแบบ การที่ผู้สูงอายุมีบทบาทหลากหลายในด้านต่างๆ มีความหมายทั้งต่อชุมชนและต่อตัวผู้สูงอายุเอง เพราะเท่ากับว่าผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะทำประโยชน์ ก่อให้เกิดความภูมิใจในศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีศักยภาพแต่ก็ยังอาจมีปัญหาและอุปสรรคบางประการที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่อชุมชนได้อย่างที่ควรจะเป็น

ปัญหาและอุปสรรคของการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน

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

เคยเป็นผู้นำรายได้เข้าครอบครัวมาก่อน การป่วยทำให้ไม่สามารถทำงาน ขาดรายได้ ภาระทางการเงินกับต哥อยู่ กับพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ ภาระในการดูแลบุตรที่ป่วยนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีเวลาไปทำกิจกรรมอย่างอื่นๆ แล้ว ยังมีผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ขณะเดียวกันก็อาจมีปัญหา ความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย⁽⁴⁵⁾ เมื่อผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์เสียชีวิต ภาระค่าใช้จ่ายในงานศพ ตลอดจนดูแลบุตรของผู้ป่วยที่ตาย (ถ้ามี) ก็ตกเป็นภาระของพ่อแม่ที่สูงอายุ และหากผู้สูงอายุไม่สามารถแบกรับภาระนี้ไหว ก็อาจต้องหันมาพึ่งพาบุคคลอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นเพื่อนบ้านหรือผู้นำชุมชน

นอกจากนี้ประเด็นสำคัญอีกประเด็นที่เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาททางสังคม คือ ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเอง ภาระทางใจเป็นเรื่องที่ยากที่จะวัด ด้วยเห็นที่สระท้อนภาระจิตใจของผู้สูงอายุคือความเหงา จากงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสืดส่วนไม่น้อยที่รายงานว่ารู้สึกเหงา มีความรู้สึกว่าตนเอง เป็นภาระของบุคคลอื่น ซึ่งความรู้สึกทางลบนี้ ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด เปื่อยหน่าย ซึ่งเครว้า และไม่อยากไปแสดงบทบาทอื่นในชุมชน^(8,11)

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุคือ การสร้างจิตสำนึกละพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการ จัดกิจกรรมและบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยดึงเอาบุคคลและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้โดยอาจ ประสานความร่วมมือกันกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง เช่น การเก็บขยะ ดูแล และให้บริการในด้านต่างๆ สมาชิกของชุมชนทุกเพศทุกวัย สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว โดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเอง เพราะผู้สูงอายุจะมีบทบาทเป็นทั้ง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” ในเวลาเดียวกัน บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุมีหลากหลายบทบาท โดยสะท้อนออกมายังรูป ของการสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน นักวิชาชีพ และการรวมกลุ่มของสมาชิกภายในชุมชน ผู้นำชุมชน ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ศูนย์ สงเคราะห์ราชภัฏประจำหมู่บ้าน และบริการโดยองค์กรอื่นๆ

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ

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

ที่สุด เช่น บุตรที่อยู่กับผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ของสถานีอื่นมาด้วยติดต่อสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมาก หากในส่วนของญาตินั้นยากที่จะระบุความสำคัญได้ เพราะผ่านไปในแต่ละบุคคล⁽⁴⁷⁾ สำหรับการพิจารณาบทบาทของชุมชนในการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุนี้ จะเน้นเฉพาะเครือข่ายประเภทเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และ นักวิชาชีพ เป็นหลัก โดยอาจคาดเดียวว่าเครือข่ายประเภทครอบครัวและเครือญาติเล็กน้อย และเน้นถึงการรวมกลุ่มเพื่อสร้างกิจกรรมภายในชุมชน

▪ เครือข่ายของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และนักวิชาชีพ

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

บทบาทของผู้นำชุมชนต่อผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลทางด้านสุขภาพเท่านั้น หากยังมีบทบาทในเรื่องประเพณีต่างๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การรณรงค์ดำเนินการ ชี้ผู้นำชุมชนมักมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการและตัดสินใจในพิธีการต่างๆ อย่างไรก็ตาม เท่าที่เป็นอยู่ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรือนักวิชาชีพนั้น พบว่ายังขาดแคลนอยู่มาก เท่าที่มีเป็นเพียงข้อมูลที่ว่าบุคคลในแต่ละเครือข่ายให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างไร เช่น บุตรและบุคคลในครอบครัวเป็นทั้งผู้เกื้อหนุนทางกายและใจ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน⁽²⁰⁾ หากแต่ไม่มีข้อมูลใดที่เสนอถึงประเภทของการเกื้อหนุนตลอดจนกลไกในการทำให้เครือข่ายต่างๆเข้มแข็ง

▪ การรวมกลุ่มเพื่อสร้างกิจกรรมภายในชุมชน

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

ในบรรดากลุ่มต่างๆที่รวมตัวกันนี้ กลุ่มที่รวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการและในระยะหลังได้พัฒนามาเป็นกลุ่มที่เป็นทางการคือ กลุ่มอาสาปันกิจสังเคราะห์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานมาจากวิธีชีวิตและประเพณีปฏิบัติมาแต่เดิมของคนในท้องถิ่น เมื่อมีผู้เสียชีวิต ญาติพี่น้องตลอดจนเพื่อนบ้านใกล้เคียงจะช่วยเหลือในการจัดงานศพ โดยช่วยทั้งแรงกาย กำลังทรัพย์ และสิ่งของ ในระยะแรก การช่วยเหลือทำกันในวงแคบ เนพะหมูญาติและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ต่อมากลายลงโดยมีผู้นำท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าอาวาส เข้ามายัดการรวมกลุ่มประชาชนในท้องถิ่นลงให้มีส่วนช่วยเหลือครอบครัวผู้ตาย โดยเก็บเงินสะสมเพื่อจัดการงานศพ อาบ-

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

อนึ่ง การรวมกลุ่มกันของคนไทยนั้นเป็นสิ่งที่เป็นธรรมชาติตามแต่เดิม คนไทยนิยมไปทำบุญที่วัดเมื่อเสร็จงานบุญ คนวัยอื่นมักแยกข้ายกันไปทำบุญกิจ หากผู้สูงอายุมักอยู่ด้วยกันในลักษณะ⁽¹⁷⁾ ของคนวัยต่างๆและผู้สูงอายุไทยนั้นมีอยู่ตามปกติมานานแล้ว หากแต่ไม่ได้รวมกันอย่างเป็นกิจจะลักษณะ⁽¹⁷⁾ ต่อมากิจกรรมกลุ่มกันของผู้สูงอายุนี้ได้เกิดการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังไม่ต่างกันหรือมีความสนใจร่วมกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาจร่วมอาชีพเดียวกัน เคยทำงานมาด้วยกัน หรือมีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนกัน ฯลฯ ซึ่งการรวมกลุ่มกันในลักษณะนี้ ผู้สูงอายุอาจจะเป็นหรือไม่เป็นผู้อยู่ในชุมชนเดียวกันก็ได้ เมื่อขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้นก็มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นชุมรมผู้สูงอายุ

การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการ

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

■ ชุมรมผู้สูงอายุ

ชุมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชนโดยมีสถาบันครอบครัว และชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการดำเนินการ ชุมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2505 และได้มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยมีการสนับสนุนการจัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุจากหลายองค์กร*

ถึงแม่จะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ หากปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุมีความพร้อมเข้าใจอุดมการณ์ของชุมรมผู้สูงอายุในแต่ที่ว่า ชุมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ มีร่วมเป็นข้อบังคับของชุมรม มีสถานที่และเงินทุน ในส่วนของการจัดกิจกรรมนั้นต้องจัดกิจกรรมตามความสนใจและความต้องการของสมาชิกเป็นสำคัญ สมาชิกเข้าร่วมกับชุมรมด้วยความสมัครใจโดยมีความเสมอภาค ซึ่งบทบาทของชุมชนในการส่งเสริมการจัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการมี

* ชุมรมผู้สูงอายุตั้งขึ้นครั้งแรกโดยการสนับสนุนจากมูลนิธิวิจัยประเทศไทย ใช้ชื่อว่ามูลนิธิวิจัยประเทศไทย ต่อมาพ.ศ.2527 กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ได้ขอความร่วมมือจากจังหวัดต่างๆ ที่ประเทศไทยจัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชุมรม เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ หลังจากนั้นได้มีการจัดตั้งสถาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และสถาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการจัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุ โดยความช่วยเหลือจากกรมประชาสงเคราะห์ ในปีพ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับและสถานีอนามัยทั่วประเทศจัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุขึ้นเพื่อเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้สำนักงานกรุงเทพมหานครได้ดำเนินการในลักษณะเดียวกันคือ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 7 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ทุกแห่ง ได้จัดตั้งชุมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขรับผิดชอบ (การอภิปรายเรื่อง “ปัจจุบันและอนาคตของชุมรมผู้สูงอายุ” โดยอิริวาร์ช์ จันทร์ประเสริฐ ณ ห้องประชุมบ้านนงค์ศิลา กรุงเทพฯ 3 ธันวาคม 2541)

ชุมชนผู้สูงอายุ เท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กัน และสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละคนในการช่วยเหลือกัน

◇ สถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุในปัจจุบัน

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

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

◇ กลไกสู่ความสำเร็จของชุมชนผู้สูงอายุ

ในแขวงของระดับความสามารถของชุมชนผู้สูงอายุนั้น เป้าหมายที่น่าจะเป็นที่ต้องการก็คือ ชุมชน ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ เท่าที่เป็นอยู่ให้ได้ว่า รูปแบบของชุมชนผู้สูงอายุนั้นมีพัฒนาการนับแต่ เริ่มต้น ตลอดจนวิธีดำเนินงานที่แตกต่างกัน และมีปัจจัยและเงื่อนไขอันส่งผลต่อการดำเนินงานแตกต่างกัน ตั้งแต่นักการที่จะทำให้ชุมชนผู้สูงอายุประสบความสำเร็จนั้นไม่สามารถที่จะเข้าถึงการได้รับการสนับสนุน หรือการดำเนิน งานแบบใดแบบหนึ่งเป็นแบบแผนเดียว ก็ตาม หากแต่โดยภาพกว้างๆ แล้ว สิ่งที่น่าจะพึงระวังถึงในการดำเนินงาน เกี่ยวกับชุมชนผู้สูงอายุที่จัดตั้งในชุมชนก็คือ^(41,50)

- การทำความเข้าใจร่วมกันในวัตถุประสงค์ของชุมชน ชุมชนผู้สูงอายุอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อ ผู้สูงอายุเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นรอง หรือเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นหลักและเพื่อประโยชน์แก่ ผู้สูงอายุเป็นรองก็ตาม วัตถุประสงค์นี้จะต้องมีการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจร่วมกัน ขณะเดียวกันก็ควรเน้นย้ำ ความต้องการของชุมชนผู้สูงอายุว่าเป็นชุมชนของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ

- การดำเนินการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุ ถ้าเป็นการจัดตั้งในชุมชน ควรจะริเริ่มในชุมชนที่ผู้สูงอายุ มีการรวมตัวกันอยู่ก่อนแล้ว หรือมีความตื่นตัวในเรื่องของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องพิจารณาถึงความพร้อมของ ผู้นำ ไม่ว่าจะเป็นผู้นำที่เป็นทางการหรือไม่ก็ตาม หากผู้นำนั้นเป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็งก็จะมีส่วนต่อการจัดตั้งและ ดำเนินอยู่ของชุมชนผู้สูงอายุ

- ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนทุกเพศทุกวัย ทั้งผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาว และเด็กให้เข้ามามี ส่วนในชุมชนผู้สูงอายุ โดยอาจให้มีสมาชิกสมทบ เพราะผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวจะช่วยในการบริหาร จัดการชุมชนได้ดีขึ้น

- ความแตกต่างในเศรษฐกิจของสมาชิกคงเป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยง หากแต่เมื่อมากขึ้นในชุมชนเดียวกัน ก็ควรใช้ความแตกต่างนั้นก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน ขณะเดียวกันก็พึงมีมาตรการบางอย่างที่จะเอื้อต่อผู้ด้อยสูงอายุกว่า เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันและเป็นปมด้อย เช่น ผู้ที่มีสูงอายุด้านการเงิน ในขณะที่ผู้ด้อยสูงอายุด้านการจัดการ เป็นต้น

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

- กิจกรรมของชุมชน จะมีกิจกรรมใดก็ตามต้องทำเพื่อผู้สูงอายุและดูความพร้อมของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน อุปกรณ์ สุขภาพ และที่สำคัญคือเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกชุมชน และพยายามให้มีกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกิจกรรมต่างๆที่จัดความคึกคักใช้จ่ายเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

- ชุมชนผู้สูงอายุใดที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นหรือมีพัฒนาการค่อนข้างต่ำ ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีพัฒนาการ พัฒนาการของชุมชนผู้สูงอายุอาจจะเป็นสมาคมสหผู้สูงอายุแห่งชาติ หรืออาจเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยเป็นพัฒนาการที่ต้องค่อยๆถอนตัวออกไปเมื่อชุมชนพอกจะยืนบนขาของตัวเองได้แล้ว

■ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ

บทบาทของชุมชนต่อผู้สูงอายุจะท่อนให้เห็นอย่างชัดเจน หากพิจารณาถึงการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยแนวคิดของโครงการนำร่องทดลองดูความเป็นไปได้ของการขยายศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุให้แพร่หลายไปในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศ ผลจากการศึกษาของโครงการนำร่อง⁽⁵²⁾ พบว่าการสร้างศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ควรเริ่มในพื้นที่ที่ชาวบ้านมีการรวมตัวกันบ้างแล้ว สถานที่ที่ดี ควรเลือกสถานที่ที่เป็นกลาง มีบุคลากรประจำศูนย์ และต้องแสวงหาความร่วมมือจากบุคคลที่มีความสามารถ จะเป็นผู้นำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์ โดยทางราชการต้องเป็นพัฒนาการที่ต้องเป็นพัฒนาการที่ต้องเป็นไปในระยะเริ่มแรก จากผลของการตั้งกล่าว ประกอบกับปีพ.ศ.2542 เป็นปีที่องค์กรสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ กรมประชาสงเคราะห์ มหาเถรสมาคม และกรรมการศาสนา จึงได้ร่วมกันเริ่มทำโครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด * โดยชุมชน เนื่องจาก “วัด” นอกจากจะเป็นสถานที่สำคัญประจำหมู่บ้านที่คนทุกเพศทุกวัยมาร่วมกันทำกิจกรรมทางศาสนาแล้ว พบว่าวัดยังเป็นสถานที่ประกอบกิจกรรมทางสังคมอย่างหลากหลายของคนในชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁵²⁾

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

■ ศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน

กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้จัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้านขึ้นในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศ การดำเนินงานของศูนย์อยู่ในรูปของคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ศูนย์สงเคราะห์ราชภูมิประจำหมู่บ้านดังกล่าวมี

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

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

▪ บริการโดยองค์กรอื่นๆ

นอกเหนือจากภาครัฐก็ยังมีองค์กรของภาคเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง ซึ่งถึงแม้จะไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ หากก้มส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในเมืองและชนบทตามสมควร องค์กรต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ HelpAge มูลนิธิสวัสดิการชุมชน เซียร์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการทางสังคมในการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีรายได้ที่มั่นคง ซึ่งจะมีผลต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นด้วย โดยทำเป็นโครงการในระบบสหกรณ์ของหน่วยงานต่างๆ เช่น สหกรณ์การเกษตร สหกรณ์ประมง เป็นต้น⁽⁵⁴⁾

วัฒนธรรมชุมชน/พื้นบ้านที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุ

วัฒนธรรมคือ สิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง เพื่อความเจริญของงานในชีวิตของส่วนรวม วัฒนธรรมถ่ายทอดกันได้ เรียนกันได้ เขาว่ายกันได้ โดยรวมแล้ว วัฒนธรรมคือ “สิ่งอันเป็นผลลัพธ์ของส่วนรวม ความคิดเห็น ความประพฤติ กิจยาการใดๆ ของมนุษย์ในส่วนรวม แสดงออกมาให้ปรากฏเป็นภาษา ศิลป์ ความเชื่อถือ และระเบียบประเพณี”⁽⁵⁵⁾ ดังนั้นวัฒนธรรมคือระบบสัญลักษณ์ในสังคมมนุษย์ที่มนุษย์สร้างขึ้น สอนให้คนอุ่นหลังได้เรียนรู้หรือนำไปปฏิบัติเป็นวัฒนธรรมในสังคม วัฒนธรรมในสังคมอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ⁽⁵⁶⁾

1. วัฒนธรรมในลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์จับต้องไม่ได้ เช่น ภาษาพูด ระบบความเชื่อ กิจยามารยาท ชนบกรุ่มนညมประเพณี

2. วัฒนธรรมทางด้านวัฒนธรรม เช่น อาคารบ้านเรือน วัด ศิลปวัตถุ ตลอดจนสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่ใช้เป็นประจำทุกวัน

อย่างไรก็ตาม การแบ่งแยกดังกล่าวข้างต้นมิใช่การแบ่งแยกกันอย่างเด็ดขาด วัฒนธรรมทางด้านวัฒนธรรมสามารถสื่อความหมายและเป็นสัญลักษณ์ได้ เช่น บ้านเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อาจสะท้อนถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้น

วัฒนธรรมชุมชน/พื้นบ้านนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของคนไทยมาเป็นระยะเวลายาวนาน แม้ปัจจุบันวัฒนธรรมบางอย่างจะถูกปล่อยละเลยหรือลดความสำคัญลงไปปกติ⁽⁵⁷⁾ วัฒนธรรมพื้นบ้านซึ่งเป็นวัฒนธรรมเฉพาะแต่ละท้องถิ่น ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมรามของไทย และผู้ที่เผยแพร่หรือถ่ายทอดก็มักจะเป็นผู้ที่มีอายุมากแล้ว⁽⁵⁸⁾ ปัจจุบันวัฒนธรรมพื้นบ้านหลายอย่างได้รับการอนุรักษ์และฟื้นฟูให้ดำรงคงอยู่ บางอย่างก็อาจสูญไป หรือยังอยู่ในบุคคลที่มีอายุมาก เช่น พ่อเพลิงแม่เพลิง⁽⁵⁹⁾ อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมชุมชนที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและยังคงอยู่ในสังคมไทยคือ การเคารพผู้มีวัยสูงกว่า พิธีกรรมและประเพณี สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย

การเคารพผู้สูงอายุ

สังคมไทยเป็นสังคมที่เน้นถึงการให้ความเคารพผู้ที่มีอายุสิ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสังคมของคนไทย⁽⁶⁰⁾ และจากการปลูกฝังให้สมาชิกเคารพผู้ที่มีอายุสิ่งที่สำคัญคือความรู้และประสบการณ์สู่คนรุ่นหลัง หน่วยพื้นฐานในการปลูกฝังให้สมาชิกเคารพผู้ที่มีอายุสิ่งที่สำคัญคือครอบครัว ซึ่งให้การอบรมสมาชิกให้รำลึกถึงสิ่งที่ผู้อายุสิ่งที่สำคัญคือเป็นกุญแจสำคัญของความมั่นคงในชีวิตสังคมของคนไทย⁽⁶⁰⁾ และจากการปลูกฝังในครอบครัวเป็นพื้นฐานให้คนรุ่นหลังมองผู้สูงอายุในฐานะของผู้ที่เคยทำประโยชน์มาก่อน ถือว่าเป็นผู้มีบุญคุณ และวัฒนธรรมที่สะท้อนการเคารพผู้สูงอายุของผู้ที่อ่อนวัยกว่าแสดงออกในหลายลักษณะ นับตั้งแต่ภาษาที่ใช้กับผู้สูงอายุ ภาษาไทยนั้นมีคำศัพท์และน้ำเสียงที่แสดงถึงอาชญากรรมของบุคคลค่อนข้างเด่นชัด เช่น เริงผู้ที่แก่กว่าเราไป อ่อนกว่าเรา⁽¹⁵⁾ และสำหรับผู้สูงอายุนั้น รูปศัพท์ที่ใช้อ้างอิงถึงผู้สูงอายุ จะนิยมใช้คำศัพท์คำเดียวกันสำหรับผู้สูงอายุทุกคนที่อยู่ในวัยรานพบเดียวกับปู่ย่าตายายของผู้พูด โดยเรียกว่าปู่ หรือย่า หรือตา หรือยาย ทั้งๆที่บุคคลนั้นไม่ได้มีความผูกพันทางสายโลหิตกับตัวผู้พูดแต่อย่างไร

นอกจากคำเรียกขานแล้ว ภาษาไทยก็เป็นเรื่องสำคัญของชุมชน เมื่อผู้อ่อนวัยพบปะสนทนากับผู้สูงอายุ ผู้ที่อ่อนวัยกว่าต้องเป็นฝ่ายให้หักโคน โดยในการให้หันผู้อ่อนวัยกว่าต้องค้อมตัว ก้มหัวต่ำกว่าผู้สูงอายุ และต้องใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้สูงอายุ^(16,61) และหากเดินผ่านผู้สูงอายุ ผู้อ่อนวัยกว่าก็จะต้องก้มตัวเมื่อเดินผ่านหน้า และต้องไม่หันปลายเท้าซึ่งเข้าหาผู้สูงอายุ⁽⁶⁰⁾

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

พิธีกรรมและประเพณี

ในวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุมักเป็นผู้ได้รับเกียรติให้เป็นแก่นนำในการประกอบพิธีกรรม ไม่ว่าจะเป็นในงานบวช งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น และหากมีการชุมนุมหนูนุ่มน้ำเพื่อกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะได้ที่นั่งแวดหน้า หรือในที่ดีๆ และห่างไกลประตู⁽¹⁶⁾ สวนประเพณีไทยที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของความสนใจคือประเพณีสงกรานต์ผู้ที่อ่อนวัยกว่าจะนำเงินหรือสิ่งของมามอบให้กับผู้สูงอายุ และน้ำที่มีของผู้สูงอายุ ทางภาคเหนือของประเทศไทยมีประเพณีที่มีการมอบให้ของขวัญแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีคุณบุญในชุมชน โดยการเก็บຈราวนเงินจากคนในชุมชนเพื่อซื้ออาหาร สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ และขอบนำของน้ำไปวางไว้ให้ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุอนหลับ⁽⁶¹⁾

สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย

ในการสืบทอดวัฒนธรรมนั้น การสื่อสารโดยบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและค่านิยมอาจแสดงออกในสำนวน สุภาษิต และคำพังเพย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะได้รับการกล่าวชื่อวัญถึงในรูปของสำนวน สุภาษิต หรือคำพังเพย ซึ่งสะท้อนทั้งในทางบวกและลบ ในทางบวกจะเป็นไปในทางยกย่องในฐานะบุคคลนี้ ขณะที่เนื้อหาในทางลบนั้nmักจะเป็นเนื้อหาที่เน้นหนักไปในเรื่องของภาระ ภาระกำลังทั้งทางกายและเพศ

และเนื้อหาจะค่อนไปในทางลบสำหรับผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยหากเป็นเรื่องเกี่ยวกับเพศ ผู้สูงอายุหญิงมักจะถูกประเมินในทางลบ⁽⁶²⁾

ในจำนวนคนไทยการเรียกผู้สูงอายุโดยการใช้คำว่า “ร่วมโพธิ์ร่วมไทร” ถือเป็นการเรียกในทางบวก เพราะความหมายเป็นจำนวนที่เข้มโง่ผู้สูงอายุกับการเป็นที่พึ่งพิง เป็นที่ปรึกษา ทำหน้าที่ปักป้องคุ้มครองบุตรหลานให้มีความสุข เป็นที่นับถือยกย่อง⁽¹²⁾ หากการใช้คำว่า “ไม่ใกล้ฝั่ง” ให้ความรู้สึกในทางลบว่า เป็นบุคคลที่ຈวนถึงบ้านปลายของชีวิต ส่วนจำนวนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในทางบวก เช่น “เดินตามหลังผู้ใหญ่” หมายถึง ชายสูงอายุที่ได้ประสบการณ์มากกว่า ส่วนจำนวนที่เป็นเนื้อหาในทางลบ เช่น “วัวแก่กินหญ้าอ่อน” หมายถึง ชายสูงอายุที่ได้เด็กสาวเป็นภรรยา หรือ “เสือเม่าจำศีล” หมายถึง คนแก่เจ้าเลี้ยห์ ทำกิริยาภัยนอกสูบเสี่ยงให้คนเข้าใจผิดซ่อนความร้ายกาจไว้ภายใน หรือ “เหลาหัว” ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีเลห์เหลี่ยมสามารถหลอกลวงผู้หญิงไปในทางกรรมมณฑ์^(63,64) ในด้านสุภาษิตและคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น “สอนเด็กสอนง่าย สอนผู้ใหญ่สอนยาก” หรือ “ไม่อ่อนดัดง่าย ไม่แก่ดัดยาก” ซึ่งหมายถึง เด็กนั้นสั่งสอนง่าย หากยากสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ^(65,66) จำนวน สุภาษิต และคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนี้ ถือเป็นเอกสารลักษณ์ในวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนภาพผู้สูงอายุในแง่มุมที่เป็นปัจจุบันเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น

อนึ่ง โดยรวมแล้วในเรื่องของวัฒนธรรมชุมชน/พื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ประเด็นของการเคารพผู้สูงอายุนั้นยังขาดแคลนข้อมูลที่ตรวจสอบถึงการเปลี่ยนแปลงในการเคารพผู้สูงอายุในหมู่คนรุ่นหนุ่มสาว หรือวัยเด็ก และปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนกระทับต่อการเคารพผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังควรมีการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับประเพณี พิธีกรรม ตลอดจนจำนวน สุภาษิต และคำพังเพยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ

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

ความเข้มแข็งของชุมชนเป็นรากฐานที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนาชุมชนเป็นไปได้อย่างดี องค์ประกอบที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็งคือ การมีทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรธรรมชาติหรือทรัพยากรบุคคลในชุมชน การมีกลไกที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มุ่งส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความรู้และมีทักษะที่จะใช้ชีวิตของตนเองในชุมชนอย่างมีความสุข ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต้องพิจารณาถึงเศรษฐกิจของชุมชน รวมถึงการสร้างองค์กรชุมชนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นจากคนภายในชุมชนนั้นเอง⁽⁶⁸⁾

แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ นอกจากจะอาศัยพื้นฐานจากการพัฒนาชุมชนแล้ว ยังต้องผสมผสานกับแนวคิดในการที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ แนวคิดที่เป็นรากฐานในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนคือ แนวคิดประชาสังคม ซึ่งหมายถึง “การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์ หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การอุ่นใจสำนึ

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

โดยสารสำคัญและหลักการโดยรวม การที่บุคคลรวมตัวกันเป็นกลุ่มโดยธรรมชาติ มีการร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาหรือทำกิจกรรมต่างๆให้ประสบความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ถือว่าเป็นการพัฒนาไปตามแนวคิดประชาสังคม การเน้นความร่วมมือร่วมใจระหว่างประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุตามแนวคิดประชาสังคมจึงนับว่าเป็นมิติใหม่ที่น่าจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ

ทำอย่างไรประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนจะประสานกันในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุได้ ปัญหาข้อนี้ยังไม่มีผลงานวิจัยชิ้นใดเสนอข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม กลไกเบื้องต้นในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุคือ การกระตุนจากบุคคลหรือองค์กรภายนอกชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนตระหนักระดับต่ำเห็นความสำคัญในเรื่องของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจกระตุนโดยตรงกับประชากรทั่วไปในชุมชนหรือผ่านผู้นำชุมชน หรือกลุ่มต่างๆในชุมชน สมาชิกกลุ่มต่างๆในชุมชนที่มีบทบาทที่สำคัญในการทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ กลุ่มผู้มีบทบาทในชุมชนหรือผู้นำชุมชน กลุ่มคนหนุ่มสาว กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ และกลุ่มผู้นำชุมชน โดยกลุ่มผู้นำชุมชนอาจเป็นแกนสำคัญในการวางแผนและดำเนินการให้ชุมชนเข้มแข็งในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานทั้งในระดับภายในชุมชนและระหว่างชุมชน หรือระหว่างชุมชนกับองค์กรของรัฐและเอกชนได้เป็นอย่างดี ในขณะที่กลุ่มคนหนุ่มสาวจะเป็นกำลังสำคัญทั้งทางด้านกำลังกาย กำลังความคิดและสติปัญญาในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการให้การบริการแก่ผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทาง และสะท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป กลุ่มสุดท้ายที่มีบทบาทอย่างยิ่งคือ กลุ่มผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้เพราะกลุ่มผู้สูงอายุมีได้เป็นกลุ่มคนที่เป็นภาระแก่สังคมเสมอไป ผู้สูงอายุบางท่านยังสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัว ทำงานมีรายได้ และมีประสบการณ์ชีวิต ตลอดจนมีความรู้ความชำนาญที่จะสามารถถ่ายทอดหรือนำมายใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้สูงอายุอื่นๆ และชุมชนส่วนรวม ได้⁽⁴¹⁾ การประสานงานและการร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เน้นที่การประสานกันแนวราบ (horizontal cooperation) กล่าวคือ ทุกฝ่ายร่วมมือกันอย่างเต็มภาคไม่ใช่เป็นการสั่งการจากผู้นำชุมชน การประสานดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิผลและมีความยั่งยืนทาง

อย่างไรก็ตาม การรวมตัวของประชาชนแต่เพียงฝ่ายเดียว ถึงแม้เป็นพลังหลักหากแต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ชุมชนมั่นคง การประสานความร่วมมือกับภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรมจะช่วยให้การพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น ในภาครัฐนั้น หลายหน่วยงานมีมิ่งว่าจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เช่น กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย หรือสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยทางอ้อมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้งผู้สูงอายุ เช่น กรมการศึกษาอุปโภคบริโภค กระทรวงศึกษาธิการ กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย เป็นต้นหน่วยงานเหล่านี้มีโครงการทดลองดูแลบริการต่างๆให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมักจะผ่านทางผู้นำชุมชน ส่วนภาคเอกชนนั้นก็ เช่นเดียวกัน สามารถที่จะเป็นแหล่งเกื้อหนุนชุมชนท่องถิ่นได้ ทั้งในเรื่องของบประมาณ

และโครงการต่างๆ การมีบทบาทร่วมกันของประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีการดำเนินงานในลักษณะ หุ้นส่วนกัน ในลักษณะที่มีความเสมอภาค มีการผลสมพسانกัน จะมีส่วนสำคัญในการทำให้ชุมชนมั่นคง เข้มแข็ง เพื่อผู้สูงอายุได้ต่อไปในอนาคต

งานวิจัยที่ควรมี

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

บรรณานุกรม

1. ราชบัณฑิตยสถาน พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2530. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด, 2532: 174.
2. สุเทพ เชาวลิต. 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, ชั้นวาระ 2532.
5. ราชกิจจานุเบka เล่มที่ 108 ตอนที่ 178 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2534 (ประกาศแก้ไข ฉบับที่ 3 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2539 ความหมายของชุมชนยังคงไม่เปลี่ยนแปลง)
6. พรรณพิพิพ. เพชรมาก. Community : ชุมชน. ใน สารานุกรมทางสังคมสังเคราะห์ศาสตร์ (ฉบับทดลองใช้) สมาคมนักสังคมสังเคราะห์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์สิ格การพิมพ์, 2542: 65.
7. Cowgill, D. The Social Life of the Aging in Thailand. In The Gerontologist Vol.8 No.3.
8. นภaph พชิราวรรณ และจตุหิน โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารสถาบันหมายเลขอ 246/39, ชั้นวาระ 2539.
9. ปรีชา อุปยิคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วีณา ศิริสุข และมัลลิกา มติโก. ไม่ใกล้ผู้สูงอายุ สถาบันภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กองบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
10. Chayovan Napaporn, Malinee Wongsth, Chanpen Saengtienchai. Socio-Economic Consequences of the Aging of the Population Thailand. IPS. Publication No.161/88 Institutue of Population Studies, Chulalongkorn University, 1988.
11. มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารหมายเลขอ 269/41, 2541.
12. มัลลิกา มติโก, ปรีชา อุปยิคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์ และวีนา ศิริสุข. ร่วมเพื่อช่วงให้ สถาบันภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
13. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. ศักยภาพและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. คณะสังคมสังเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536: 28.
14. มาลินี วงศ์สิทธิ์. ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
15. นิศา ชูโต. คนชาวไทย. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พฤษภาคม, 2535.

16. Cowgill, Donald O.. *The Role and Status of the Aged in Thailand.* in Donald O. Cowgill and L.D. Holmes. eds. *Aging and Modernization* New York: Appleton Century Crafts, 1972: 91 - 101.
17. บรรลุ ศิริพานิช. *ผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย, 2542.
18. นาพร พิยวารรณ, จันทน์ โนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ. *ประชากรผู้สูงอายุ : ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ.* สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารสถาบันหมายเลขอี 180/33, ธันวาคม 2533.
19. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงศ์สิทธิ์. *ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่ออบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
20. วีณา ศิริสุข, ปรีชา อุปโยคิน, มัลลิกา มติโก, สุรีย์ กาญจนวงศ์. *พ่อใหญ่แม่ใหญ่.* สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ภาควิจัยสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
21. ชูรีย์ ศุภวงศ์ และยุวดี คาดการณ์แก้ว. การก่อตัวและเคลื่อนไหวของประชาสังคมไทยด้านสิ่งแวดล้อม. ใน *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ บทวิเคราะห์ทางวิชาการ.* สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ บรรณาธิการ : โครงสร้างสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสถาบันสุข, 2540.
22. เกริกศักดิ์ บุญญาณุพงศ์, สุรีย์ บุญญาณุพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. *ชีวิตคนชาวในจังหวัดเชียงใหม่.* สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533: 30 - 34.
23. เสริมพันธุ์ นิตย์นรา. *บทบาทของผู้สูงอายุต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในชุมชนชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.* ใน *วารสารสาขาวิชานุสุขศาสตร์* ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2539: 111.
24. ศรีเมือง พลงฤทธิ์, สุวนี เติงรังสรรค์ และพจนีย์ ชมวิชา. *ประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการโดยตัวแทนเพื่อผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.* ใน *วารสารสาขาวิชานุสุขศาสตร์* ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2542: 33.
25. พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศินี กมลนาวิน และประเสริฐ รักไทยดี. *รายงานการวิจัยเรื่องความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชรา.* สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
26. กระแสร์ ชนาวงศ์ และอรทัย รายอาจิน. *บทบาทและศักยภาพผู้สูงอายุไทยต่องานสาธารณสุขมูลฐาน.* สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขของอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
27. เดชา เสิงเมือง. *พฤติกรรมและการดำเนินธุรกิจของผู้สูงอายุในชนบท.* วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
28. ชนิชชนา นาค. *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542: 201 - 202.
29. ทศนา บุญทอง. *ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร.* วารสารพยาบาลศาสตร์ 2541;16(1):39-40.

30. จุฑาทิพย์ อภิรอมย์. ข้อเท็จจริงและทัศนะการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์สังคม
สังเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537: 71 - 83.
31. สำนักงานสติ๊ดแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาว่างของ
ประชาชน พ.ศ.2538. กรุงเทพฯ, 2540.
32. เกริกศักดิ์ บุญญาณพงศ์ และสุรีย์ บุญญาณพงศ์. ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม. สถาบัน
วิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
33. กฤษณา บูรณะพงศ์. ผู้สูงอายุกับการขัดเกลาทางสังคมในครอบครัว ใน การสืบทอดคุณธรรมแก่เยาวชนใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษย์วิทยา คณะรัฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
34. เศรียรโถเศศ. ประเพณีเกี่ยวกับชีวิตแต่งงานของเศรียรโถเศศ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศยาม,
2539.
35. จ. เปรี้ยญ. ประเพณีเมืองคล พิธีเมืองคล ไทยอีสาน. กรุงเทพฯ: คำนวยสาส์น, 2526.
36. เศรียรโถเศศ. ประเพณีเรื่องในการเกิด. งานนิพนธ์ชุดประเพณีไทยของเศรียรโถเศศ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศยาม, มิถุนายน 2539.
37. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. ชีวิตไทยชุดบรรพบุรุษของเรา. กระทรวงศึกษาธิการ พิมพ์ครั้ง
ที่ 1 กรุงเทพฯ, 2537.
38. ม.จ. พุนพิมัย ติศกุล. ประเพณีพิธีไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2522.
39. อภิชาน สมใจ. งานศพล้านนา ปราสาทหนาสิดลิงค์สุเมศพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2541.
40. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. สงกรานต์. กระทรวงศึกษาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ,
2533.
41. มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซี. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ
และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ รายงานเบื้องต้น. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
เอกสารสถาบันหมายเลขอ 263/41, สิงหาคม 2541.
42. สติตย์ นิยมญาติ. รายงานวิจัยเรื่องวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท (ศึกษาเฉพาะกรณีภาคใต้ของ
ประเทศไทย). คณะสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
43. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. งานวิจัยด้านวัฒนธรรม. จัดทำโดยฝ่ายวิจัยร่วมกับศูนย์วิจัยการ
เรียนการสอนและศูนย์วัฒนธรรมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, 2537.
44. สุนันทา สุวรรณโนดม, ศิริวรรณ ศิริบุญ และวิเชียร ปิยะรากร. ประมวลสติ๊ดและการวิเคราะห์ทางประชาร
การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ.2535 พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2539. เอกสาร
สถาบันหมายเลขอ 251/40 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กันยายน 2540.
45. Van Landingham, Mark; John Knodel; Wassana Im-em and Chanpen Saengtienchai. Impact of
HIV/AIDS. On Older Population in Developing Countries : Some Observation based upon the
Thai Case. University of Michigan, October 1999.

46. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนा พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำห้อม, สุดส่วน 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 และคณะ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
49. กรมประชาสงเคราะห์. รายงานประจำปี. กองความมั่นคงแห่งสังคม 2542. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2542.
50. บรรดุ ศิริพานิช ฉลาด ถิรพัฒน์ mgrat ลิงหนกเซนทร์ พนิชฐาน พานิชาชีวากุล เพ็ญจันทร์ ประดับมนูข. ชุมชนผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม 2539. สถาบันวิจัยและประเมินผลประเทศไทย: โครงการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิจัยภูมิศาสตร์, สถาบันวิจัยและประเมินผลประเทศไทย 2539.
51. ประสิทธิ์ ลีรัตน์ และเพ็ญประภา ศิริโจน์. สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุ. เสนอใน การประชุมวิชาการระดับชาติ “บทบาทวัย เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต.” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์, 23 - 24 ธันวาคม 2542.
52. มาลินี วงศ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สิงหาคม 2541.
53. กองสวัสดิการสังเคราะห์. โครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน. เอกสารໂร涅ียกรุ่มประชาสังเคราะห์.
54. ทรงธรรม สวนียะ. สวัสดิการผู้สูงอายุ : การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พ.ศ.2540: 110 - 111.
55. พระยาอนุมานราชิน. เรื่องวัฒนธรรม. กรรมการสภาวัฒนธรรมแห่งชาติ. พระนคร: กระทรวงวัฒนธรรม, 2496.
56. อมรา พงศ์พิชญ์. วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ : วิเคราะห์สังคมไทยแనวมานุชยวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
57. เอนก นวกิมล. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการ เนื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงแรม สุคเนหา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

58. ศาสตราจารย์เชื้อ สาวีมาน. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจาก การประชุมสัมมนาทางวิชาการ 'เนื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงเรียนสุคนธา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.
59. เศรี หวังในธรรม. บทสัมภาษณ์ในการส่งเสริมและเผยแพร่วัฒนธรรมพื้นบ้านไทย. เอกสารจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการ 'เนื่องในงานมหกรรมวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย' 30. 10 - 20 สิงหาคม 2530 ณ โรงเรียนสุคนธา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.
60. Anthony Pramualratna. The Impact of Societal Change and Role of the Old in a Rural Community in Thailand. in Changing roles and Statuses of women in Thailand : a Documentary assessment. Bencha Yoddumnern-Attig et al ed. Institute of Social Research, Mahidol University, 1992.
61. Dayton Berit Ingersoll and Chanpen Saengtienchai. "Respect for The Elderly in Asia: Stability and Change." The University of Michigan. Paper for presentation at the 16th Congress of the International Association of Gerontology. Singapore, August 1997.
62. มาลินี วงศ์สิทธิ์. ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารสถาบันหมายเลขอ 201/35. ตุลาคม 2535.
63. วาสนา บุญสม และสมบัติ ตั้งก่อเกียรติ. สำนวนสิบสองราศี. กรุงเทพฯ: สามัคคีสาร จำกัด, 2540.
64. ศักดิ์ศรี แย้มนัสดา. สำนวนไทยที่มารากวรรณคดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
65. คณะกรรมการเผยแพร่องค์ประกอบของไทย. ภาษาไทย. คณะกรรมการเอกสารองค์ประกอบของชาติ สำนักเลขานุการนายกรัฐมนตรี. พิมพ์เผยแพร่ในโอกาสสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ 200 ปี, 2525.
66. ไฟโรจน์ อุழุ่นเที่ยร. สำนวน สุภาษิต และคำพังเพย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, มีนาคม 2540.
67. ทัศนีย์ ลักษณาภิชนชัย. การสังคมสงเคราะห์ชุมชน. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
68. อุทัย ดุลยเกษม และเอนก นาคะบุตร. เสริมความแข็งแรงให้ตำบลจากวิถีคิดสู่วิถีปฏิบัติ. ใน รวมบทความชุดประชาสัมคม สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา กรมการปกครอง, 2541.
69. ชูชัย ศุภวงศ์. แนวคิด พัฒนาการ และข้อพิจารณาเกี่ยวกับประชาสัมคมไทย. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา หนังสือชุดประชาสัมคม ลำดับที่ 4, มีนาคม 2540.

บทที่ 8 : การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

ผศ. เล็ก สมบัติ

ความนำ

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

พัฒนาการของการบริหารจัดการดังแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ในการศึกษาทบทวนถึงพัฒนาการของการบริหารจัดการ และการดำเนินงานผู้สูงอายุในที่นี้ ได้กำหนดกรอบการศึกษาที่จะแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการการบริหารจัดการในรูปแบบต่างๆดังนี้คือ ประการแรก ครอบคลุมแนวทางในการปฏิบัติในรูปแบบของนโยบายและแผนซึ่งอาจจะกำหนดด้วยบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ ประการที่สอง ครอบคลุมการขอกระเบียบ กฎหมาย และข้อกำหนดที่สนับสนุนรองรับการปฏิบัติ และประการที่สาม ครอบคลุมภาระกิจที่หน่วยปฏิบัติในระดับต่างๆจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ

▪ แนวทางปฏิบัติในรูปแบบนโยบายและแผน

นโยบายเป็นกรอบหรือแนวทางที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจและอุดมการณ์ที่ต้องการกระทำ เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหา และเป็นแนวทางที่ต้องการมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการก่อเกิดนโยบายย่อมมีหลายทางขึ้นอยู่กับกรอบหรือแนวทางที่เราต้องการจะให้เกิดขึ้น การก่อเกิดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุมีที่มาได้หลายทาง ทั้งจากปัจจัยภายนอก คือ ผู้นำประเทศไทยหรือผู้บริหารองค์กร และปัจจัยภายนอก คือ การผลักดันจากนโยบายของหน่วยงาน องค์กรภายนอกประเทศ

สำหรับนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสมัยแรกๆ มีที่มาจากการค่านิยม ความพึงพอใจ และความต้องการของผู้นำในยุคนั้น (elite model)⁽¹⁾ ยังเป็นการสร้างความนิยมจากประชาชนและเพื่อให้เกิดความสงบสุขในสังคม โดยศึกษาวิเคราะห์จากเหตุการณ์ในสมัยที่ จอมพล ป. พิบูลสงคราม (นายกรัฐมนตรี) มีนโยบายให้กรุ๊ประชาราษฎร์ จัดสถาบันสังเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อให้การสังเคราะห์คุ้มครองและดูแล

ทั้งผู้สูงอายุและบุคคลที่เริ่มอ่อน ถูกทอดทิ้ง ซึ่งในรัฐบาลยุคนั้นต้องการสร้างค่านิยมความเป็นชาติและต้องการสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้ปรากฏแก่สังคมโลก และภายหลังการปฏิวัติของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้มีนโยบายด้านการสังคมส่งเคราะห์สำหรับบุคคลหลายประเภททั้งคนยากจน คนไร้ที่พึ่ง คนพิการ ทุพพลภาพ ผู้ประสบภัยพิบัติ ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ⁽²⁾ ซึ่งเป็นการดำเนินนโยบายเพื่อสร้างความนิยมให้กับผู้นำและความสงบในสังคม

การกำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนาประเทศ เริ่มได้รับความสำคัญจากรัฐบาลมากยิ่งขึ้น โดยมีการก่อตั้งหน่วยงานเพื่อกำหนดนโยบายและแผนขึ้น คือ สภาเศรษฐกิจแห่งชาติ หรือ สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปัจจุบัน บทบาทและหน้าที่ของการกำหนดนโยบายและแผนหลักๆ ของประเทศจึงเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของสถาบัน (institutional model) ซึ่งนอกจากจะมีสถาบันหลักแล้วยังมีสถาบันอื่นที่ได้รับการยอมรับหมายให้มีหน้าที่ในระดับกระทรวง ระดับกรม หรือระดับคณะกรรมการขึ้นมาทำหน้าที่กำหนดแผนให้สอดรับกับนโยบายระดับชาติ เป็นต้น

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

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

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

และการพัฒนาจิตใจ และการเสริมสร้างสังคมให้เป็นระเบียบ มีวินัย วัดน้อมรุ่ม ศีลธรรมจริยธรรมอันดีงาม และได้กำหนดเป้าหมายการเร่งรัดและพื้นฟูสถาบันในระดับบ้าน โรงเรียน ให้มีบทบาทในการสร้างค่านิยม จริยธรรม ความมีระเบียบและการศึกษาหน้าที่ของเด็กและเยาวชนของชาติ⁽⁶⁾ โดยเริ่มให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว ในฐานะที่เป็นหน่วยผลิตและพัฒนาคุณภาพพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และครอบครัวยังถูกคาดหวังให้มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพพื้นฐานของสังคมส่วนรวมด้วย สำหรับกลุ่มประชากรสูงอายุจะอยู่ในความหมายของครอบครัวในฐานะสมาชิกที่มีบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับคนอื่นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ ได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุรายยะยา (พ.ศ.2525-2544) ขึ้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

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

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

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

เอกสาร และองค์กรต่างๆ ในชุมชนให้มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ส่งเสริมบทบาทของสถาบันครอบครัวให้เห็นความสำคัญและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีองค์กรหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ และให้มีการวางแผนระดับหน่วยงานให้สอดคล้องกับแผนชาติ

จากการศึกษาบทวนการกำหนดนโยบายและแผนในระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การวางแผนจนถึงแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 8 วิเคราะห์ได้ว่า ในระยะ 3 แผนแรก ผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมที่ช่วยเหลือตามสภาพการเกิดปัญหา ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านที่เกิดขึ้น และในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 4 ได้มีกระแสผลักดันจากภายนอกให้เพิ่มความสนใจต่อผู้สูงอายุมากขึ้น นั่นคือการรณรงค์เรียกว่าขององค์กรสหประชาชาติที่ต้องการให้ประเทศไทยให้ความสนใจต่อผู้สูงอายุ และให้เริ่มจัดเตรียมข้อมูลเอกสารเข้าร่วมประชุมของกลุ่มประเทศไทยในปี พ.ศ. 2525 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย และนับจากแผนพัฒนาฉบับที่ 5 เป็นต้นมา จะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในฐานะสมาชิกของสังคมที่มีสักดิ์ศรีและมีคุณค่าทั้งในครอบครัวและในสังคม

■ การออกแบบ กฎหมาย และข้อกำหนดที่สนับสนุน และรองรับการปฏิบัติ

การดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุรู้สึกต้องหาแนวทางและมาตรการทางกฎหมายเข้ามานับสนุน ทั้งนี้ เพราะกฎหมายเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหา และวางแผนเบี่ยงกฎหมายที่ต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนในสังคมและการบริหารประเทศโดยรวม จากการบทวนรายงานต่างๆ พบว่า ปัจจุบันยังไม่มีการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ที่มีอยู่เป็นลักษณะการแทรกอยู่ในกฎหมายบางฉบับที่ไม่ได้อีกประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้อย่างเท่าเทียมกัน^(11,12,13) อาทิ ประมวลกฎหมายอาญาหมวดที่ว่าด้วยความผิดฐานทอดทิ้งเด็ก คนป่วยเจ็บ หรือคนชรา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หมวดที่ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของบิดามารดาและบุตร พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการที่กำหนดไว้เป็นระเบียบชั้ดเจน เกี่ยวกับการรับบำเหน็จบำนาญของผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบัญญัติที่ปฏิบัติงานในระบบราชการ และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2537 ซึ่งบัญญัติให้ลูกจ้างมีสิทธิเป็นผู้ประกันตนเพื่อรับประโยชน์ทดแทนด้วยกรณีต่างๆ รวมทั้งกรณีชราภาพ⁽¹²⁾

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

อนึ่งในปัจจุบันได้มีการจัดทำร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุขึ้น และอยู่ในขั้นตอนเพื่อเตรียมการเสนอต่อรัฐสภา แต่ยังขาดความชัดเจนในประเด็นของสิทธิประโยชน์ที่จะให้แก่ผู้สูงอายุและการใช้ถ้อยคำในด้วยทักษะไม่เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน อันจะก่อให้เกิดปัญหาในการตีความได้⁽¹²⁾ นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้ดำเนินการจัดทำกฎหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มนโยบายผู้สูงอายุที่จะให้ชุมชนได้มีส่วนในการจัดสวัสดิการคือ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ..... ซึ่งอยู่ในขั้นตอนรอประกาศในราชกิจจานุเบกษา ตามสาระสำคัญในพระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้หน่วยงานใน

ส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การสงเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาเรื่องความชัดเจนของการบริหารงานด้านสวัสดิการว่าหน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบ⁽¹²⁾

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

1) การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตลอดชีวิตตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 มาตรา 8(1) ได้กำหนดหลักการในการจัดการศึกษาไว้โดยให้ยึดหลักเป็นการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับประชาชน ซึ่งการศึกษาตลอดชีวิตนี้เป็นการศึกษาที่เกิดจากการผลผลิตและห่วงการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้น ผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสที่จะศึกษาหากความรู้เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนได้

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

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

4) ระเบียบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการในส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นการจัดสวัสดิการโดยทางอ้อม โดยให้การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ดังในพระราชบัญญัติแบ่งส่วนราชการกรมประชาสงเคราะห์ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ” มีรายละเอียดดังนี้

- พระราชบัญญัติประกาศเปลี่ยนราชกิริยาเป็นส่วนราชการประชารังส์เดเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พ.ศ.2537 มาตรา 3(2) ที่บัญญัติให้กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการสงเคราะห์ และการจัดสวัสดิการแก่คนชรา คนไร้ที่พึ่ง สตรี ครอบครัวผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและประชาชนผู้ประสบปัญหาทางสังคม

- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการรัฐมนตรี โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11(8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 เพื่อจัดให้มีองค์กรดำเนินการควบคุมดูแลและส่งเสริมงานสวัสดิการสังคมเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประเทศและระดับจังหวัด

- ระเบียบฉบับนี้ออกโดยนายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการรัฐมนตรีโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11(8) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 เพื่อจัดให้มีคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ประกอบด้วยกรรมการโดยตำแหน่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจและประธานสมาคมสภาพผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน จำนวน 29 คน กับกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกิน 10 คน ทั้งนี้โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ

■ การกิจที่หน่วยปฏิบัติการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ

จากการกำหนดนโยบายและแผนของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการออกกฎหมาย พระราชบัญญัติและระเบียบต่างๆ ได้เข้ามายึดบทบาทในการรับผิดชอบจัดบริการด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ โดยมอบหมายภาระหน้าที่ผ่านไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนของนักวิชาการ^(14,15) พบว่ามีหน่วยงานหลักรับผิดชอบดังนี้ คือกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัย และกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รับผิดชอบด้านการจัดบริการด้านสังคม กระทรวงศึกษาธิการรับผิดชอบด้านการศึกษา ศิลป และวัฒนธรรม และมีหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงคมนาคม และกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

◇ การดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ นับเป็นการดำเนินงานหลักที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน และมีการพัฒนาในทุกด้าน ทั้งด้านการจัดบริการ การศึกษา ค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนาการบริการ การฝึกอบรม การประชุมวิชาการเพื่อรวมความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติให้สอดคล้องและท่วงถึง ปัจจุบันได้มีความพยายามผลักดันไปสู่การออกกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม⁽¹⁶⁾

การจัดบริการด้านสุขภาพเริ่มเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปี พ.ศ.2505 เป็นการกำหนดโครงการในหน่วยงานระดับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาท พญาไท นับเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่เริ่มโครงการนี้ และในปีเดียวกันโรงพยาบาลได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีการรวบรวมสมาชิกจัดประชุมเป็นครั้งแรก มีการบรรยายให้ความรู้แก่สมาชิก เรื่องสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ^(14,15,17,18) ในช่วงเวลาันเป็นการริเริ่มจากกิจกรรมเล็กๆ ระดับโครงการแล้วจึงมีการรวมกลุ่มของผู้สนใจและผู้เกี่ยวข้องระดับนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเข้าเป็นสมาชิก⁽¹⁴⁾

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

การให้ความสนใจผู้สูงอายุอย่างจริงจังได้เริ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2522 ภายหลังท่องค์การสหประชาชาติมีมติให้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2525 และเรียกร้องให้ประเทศไทยจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมระดับชาติและจัดให้มีแผนปฏิบัติการระยะยาวที่จะให้หลักประกันทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ^(14,17,18) ในปี พ.ศ. 2522 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเรื่องผู้สูงอายุขึ้นเพื่อขานรับข้อเรียกร้องขององค์การสหประชาชาติ และในปี พ.ศ. 2523 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น^(14,17-19) คณะกรรมการและคณะกรรมการชุดนี้ได้ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชุมชนผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมกิจกรรมทางวิชาการโดยการจัดประชุมวิชาการ ให้ความรู้แก่ประชาชน ริเริ่มโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือประสานงานกับโรงเรียนแพทย์และองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกประเทศ นับว่าเป็นการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุครั้งแรกที่มีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่เฉพาะด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุและก่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบและเป็นแบบแผนในเวลาต่อมา และหลังจากที่รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ. 2525 ก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นเพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบประสานโครงการในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและภาคเอกชน⁽¹⁹⁾ มีการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญ คือ มีการวางแผนสำรวจและกำหนดเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล-สถานพยาบาลทั่วประเทศ มีการจัดทำแผนงานโครงการควบคุมโรคผู้สูงอายุไว้ในงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในแผนพัฒนาสาธารณสุขของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินับที่ 6 (2530-2534) ปี พ.ศ. 2533 มีการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ” ผลจากการประชุมครั้งนี้ มีมติให้บรรจุหลักสูตรการดูแลรักษาผู้สูงอายุไว้ในหลักสูตรทุกระดับ ให้มีคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุในระดับกระทรวง เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานให้เกิดการปฏิบัติทั้งในระดับนโยบาย แผน และระดับปฏิบัติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกัน

การบริการด้านสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปฏิบัติแพร่หลายมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2534 มีการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุทดลองจนจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชุมชนผู้สูงอายุทั่วประเทศ และจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นครั้งแรก มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุถึง 48.5 ล้านบาทในปีนั้น⁽¹⁸⁾ และในปี พ.ศ. 2535 ได้จัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นในกระบวนการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานและประสานการดำเนินงานผู้สูงอายุในกระทรวงสาธารณสุข ผลของการเคลื่อนไหวของสถาบันทำให้รัฐบาลประกาศนโยบายชัดเจน “ให้มีการลงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโดยให้ได้รับบัตรลงทะเบียนในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง” โดยในปี พ.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) ได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่มีเดียงดังแต่ 60 เดียงขึ้นไป สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชน และสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านทั่วประเทศประมาณ 4,000 ชมรม⁽²¹⁾

ในการดำเนินการวิชาการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาความรู้ทางวิชาการควบคู่ไปด้วยกัน โดยในระยะเริ่มดำเนินการ เป็นวิชาการในรูปแบบการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรค รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป^(17,18)

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

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

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

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

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

◇ การดำเนินการด้านสังคม การดำเนินการด้านบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและบริการภาคประชาชนนับว่ามีความสำคัญอีกด้านหนึ่ง เป็นลักษณะการจัดบริการที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้คือ ช่วยให้มีที่อยู่อาศัย มีปัจจัยพื้นฐานเพียงพอต่อการครองชีพ มีกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง และได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและสังคม และได้รับการศึกษาเรียนรู้เพื่อการพึงตนเองได้ การดำเนินการด้านสังคมดังกล่าวจัดขึ้นในลักษณะของการดำเนินงานในสถาบัน การดำเนินงานในชุมชน และการสร้างองค์กรและเครือข่ายชุมชน

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

- 1) เพื่อการสงเคราะห์เฉพาะหน้าสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ยากจนไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ และช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการอุปการะผู้สูงอายุได้

- 2) เพื่อตอบแทนคุณความดีของผู้สูงอายุที่ได้ทำประโยชน์แก่ประเทศชาติ
- 3) เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากวัตถุประสงค์ที่กล่าวมา การจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จึงมีลักษณะเป็นการสงเคราะห์ด้านปัจจัยสี่และกิจกรรมด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสถานสงเคราะห์ได้อย่างมีความสุข จนกระทั่งเสียชีวิต นับตั้งแต่จัดตั้งสถานสงเคราะห์แห่งแรกในพ.ศ. 2496 กรมประชาสงเคราะห์ได้เปิดสถานสงเคราะห์ขึ้นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อรับรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาและความทุกข์ยาก เดือดร้อนซึ่งมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมและการพัฒนาประเทศ 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 พบร่วมไม่เพียงพอ^(23,24)

การพัฒนาบริการสู่ชุมชน (community-based service) ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ประกอบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การสงเคราะห์ในรูปแบบของสถานสงเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงมาก กรมประชาสงเคราะห์จึงได้จัดบริการในระดับชุมชนหรือการสงเคราะห์คนชราภายในชุมชนในปี พ.ศ. 2522⁽²²⁾ เรียกว่าศูนย์บริการผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและอบอุ่นในบ้านปลายชีวิตกับครอบครัว เป็นบริการแบบไปเข้าเย็นกับผู้สูงอายุสามารถมาขอรับบริการด้านการตรวจรักษาโรค กายภาพบำบัด และขอคำปรึกษาหรือจากบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์ ซึ่งนับว่าเป็นบริการทางสังคมในระดับสังคมประเภทแรก และภายหลังได้จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุในรูปแบบการให้บริการอิสระแยกจากสถานสงเคราะห์ และศูนย์ประเภทนี้ได้พัฒนาบริการเป็นการให้บริการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการที่พักอาศัยชั่วคราว นอกจากนั้นยังจัดให้มีบริการเคลื่อนที่ออกไปในชุมชนต่างๆ และสามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ในจำนวนมาก^(24,25)

การจัดบริการสังคมในลักษณะที่ภาครัฐต้องรับผิดชอบจัดหาและอำนวยสิ่งต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของผู้สูงอายุในระยะที่ผ่านมานั้นประสบปัญหาหลายประการ ทั้งการขาดแคลนงบประมาณ บุคลากร และความรุนแรงและชับช่อนของบุญญา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสถานะของสถาบันครอบครัวทำให้สถาบันที่ให้บริการต้องรับภาระมากขึ้น ตลอดจนกระแทกแผลความคิดที่เชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทและมีส่วนร่วมในสังคมได้ จึงได้เกิดการพัฒนาองค์กรและเครือข่ายชุมชนขึ้นโดยกรมประชาสงเคราะห์สนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรของผู้สูงอายุเพื่อการรวมกลุ่มทำกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิก นั่นคือสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์กลางระหว่างชุมชนผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนามรรผู้สูงอายุและผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคลและองค์กร นอกจากนี้สมาคมสภាទผู้สูงอายุยังทำหน้าที่เป็นตัวแทนเรียกร้องและรักษาสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งจากภาครัฐและเอกชน เช่น กรณีการเสนอแนะผลักดันและร่วมมือกับรัฐบาลในการกำหนดและประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เป็นต้น

ในขณะเดียวกันรัฐบาลโดยกรมประชาสงเคราะห์ได้ส่งเสริมกิจกรรมระดับโครงการในชุมชน หลากหลายโครงการเพื่อให้ชุมชนและผู้สูงอายุได้รับโอกาสและทางเลือกในการแสดงบทบาทต่อชุมชนและสังคม

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

กล่าวโดยสรุป การจัดบริการด้านสังคมโดยกรมประชาสงเคราะห์เป็นหน่วยงานหลักนั้น ในอดีตเป็นการให้บริการด้านการสร้างเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากและเดือดร้อนโดยการรับอุปการะเลี้ยงดูไว้ในสถานสงเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ และได้ปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นการทำงานเชิงรุก คือ เน้นการกระจายบริการไปสู่บุคคล มีกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม และพัฒนาบริการที่เน้นการป้องกันฟื้นฟูและพัฒนาแก่ผู้สูงอายุ

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

◇ บริการด้านอื่น ๆ อีก

บริการด้านสาธารณูปโภค ได้แก่ การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟฟ้าห่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม และการจัดที่นั่งสำรองในรถโดยสารประจำทางสำหรับผู้สูงอายุ

บริการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายโดยกองวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย สำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

โครงการส่งเสริมกีฬาและสุขภาพมวลชน ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้การกีฬาเป็นเครื่องมือ^(22,29)

บริการลดอัตราค่าฝ่าในประเทศในการเข้าชมมหรสพบันเทิง สถานที่ท่องเที่ยว และนันทนาการอื่นๆ เช่น พิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์ (เฉพาะวันนักขัตฤกษ์)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครยังได้รับบริการที่จัดให้โดยกรุงเทพมหานคร เช่น การส่งเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ การจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ การจัดตั้งคลินิกสุขภาพในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร และการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในวันสำคัญต่างๆ การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ และประสานงานรวมทั้งสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ครอบครัวและชุมชน

การดำเนินการของภาคเอกชน

การดำเนินการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยหน่วยงานภาคเอกชนในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต โดยมีการพัฒนาบริการจากรูปแบบง่ายๆแบบองค์กรกรุงศรีไม่แสวงหาผลประโยชน์หรือกำไร "ไปสู่องค์กร" ที่แสวงหากำไร การเกิดขึ้นขององค์กรเอกชนมีที่มาได้หลายทาง ประการแรก เป็นการช่วยเหลือเพื่อมนุษย์ตามหลักคำสอนความเชื่อของหลักศาสนา ประการที่สอง เกิดจากข้อจำกัดในการให้บริการของภาครัฐที่ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอต่อความต้องการ ประการที่สาม เกิดจากความรับผิดชอบต่อสังคมและลดช่องว่างของการแก้ปัญหาของหน่วยงานของรัฐที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในปัจจุบันการจัดบริการผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชนจะพบว่ามี 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ

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

- องค์กรธุรกิจเอกชน บริการด้านสุขภาพที่เปิดดำเนินการโดยองค์กรธุรกิจเอกชนส่วนมากเป็นรูปแบบเชิงธุรกิจ โดยให้บริการรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เรื้อรัง ต้องการการรักษาระยะเวลานาน สถานบริการเหล่านี้จึงมีลักษณะเป็นสถานบริการสุขภาพระยะยาว ผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพประเภทนี้มักมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอสมควร นอกจากนี้ยังมีธุรกิจภาคเอกชนที่ดำเนินกิจการอบรมบุคลากรสำหรับดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน โดยจัดฝึกอบรมบุคลากรทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และการดูแลโดยทั่วไป และจัดสัมมนาให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านได้ การคิดค่าบริการมักคิดตามสภาพะเงื่อนไขสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นๆ

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้เปลี่ยนอาชารพักผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยเฉียบพลันมาให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และบางแห่งได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น มีองค์กรเอกชนบางแห่งได้จัดโครงการบริการทางสุขภาพเข้าไปสู่ชุมชนในพื้นที่ต่างๆ อาทิ จัดบริการตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว โดยคณะกรรมการ

ของคริสต์ศาสนาที่จัดร่วมกับสมาคมมุลนิธิต่างๆ ในชุมชนและอัตลักษณ์ หรือโครงการบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชนและคลองเตย ที่ดำเนินการโดยคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย และนอกจานี้ Help Age International ยังได้สนับสนุนการดำเนินโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวัน (Day Hospital) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำชั้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดโครงการบริการชุมชนในเขตชนบทชั้น เป็นต้น⁽¹⁵⁾

- องค์กรประชาชน ปัจจุบันองค์กรภาครัฐได้ดำเนินการสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนรวมตัวกัน จัดตั้งกลุ่มชั้นเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุชั้นในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ กรมประชาสงเคราะห์ ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ ประกอบกิจกรรมตามความต้องการ และจัดให้มีการสัมมนาชุมชนผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งสมาคม คลังปัญญาอาชุดแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆมาไว้กันเพื่อ จัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มพูนความรู้ ถ่ายทอดจริยธรรมความรู้ และประสบการณ์ต่างๆแก่ เยาวชน ประสานงานร่วมกับองค์กรด้านผู้สูงอายุของรัฐบาลและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ^(13,32) ในระดับ ชุมชน กรม ประชาสงเคราะห์ได้ส่งเสริมให้จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) เพื่อให้เป็นศูนย์กลางของการบริการ ผู้สูงอายุในระดับชุมชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปของการ เป็นสมาชิก การสนับสนุนด้านทรัพยากร เงินบริจาค วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนการเข้าร่วมจัดกิจกรรมต่างๆ เป็น การเปิดโอกาสให้ชุมชนช่วยชุมชน ซึ่งนับเป็นความพยายามในการผลักดันให้ภาคเอกชนและภาคประชาชนได้ ร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมบริการผู้สูงอายุมากขึ้น แม้ว่ายังประสบกับอุปสรรคในการดำเนินนโยบาย เช่น ยังขาดรูปธรรมของแผนงาน ขาดสิ่งสนับสนุนต่างๆจากภาครัฐที่จะให้แก่หน่วยปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ ขาดการ พัฒนาเจ้าหน้าที่และคณะกรรมการทั้งด้านความคิดและวิธีปฏิบัติ^(25,26,33) การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนได้เข้ามา ดำเนินงานด้านที่พัฒนาและรักษาพยาบาล เช่นนี้ จะมีส่วนช่วยกระจายการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุออก ไปกว้างขวาง และมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระการดำเนินงานของรัฐบาลได้ทางหนึ่ง แต่หากรัฐบาลขาดการกำกับ ดูแลจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุหรือครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น และได้รับบริการที่ไม่มี มาตรฐาน^(20,34)

ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการ

ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้บรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น เงื่อนไขที่สำคัญคือกลไกของการบริหาร จัดการซึ่งประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การจัดการองค์กรให้ดำเนินตามแผนที่กำหนด การมobilisasi การ ปฏิบัติงานระดับองค์กรและบุคคล และการกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติ การวัดผล การติดตามผลและการ ปรับปรุงแก้ไข

การกำหนดเป้าหมาย ในพัฒนาการของการกำหนดนโยบายและแผนที่ผ่านมายังมีลักษณะการใช้ ปัญหาและสถานการณ์เป็นตัวกำหนด ขาดแนวคิดที่ชัดเจนและการเชื่อมโยงแนวคิดสู่การปฏิบัติ และเป็น ลักษณะการมองภาพรวมของโครงสร้างการดำเนินงานทั้งระบบ^(26,35-37) จึงทำให้เป็นลักษณะการกำหนดแผนงาน ที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหามากก่อว่าการเสนอแนวคิดที่ชี้นำการดำเนินงานหรือการเสนอกระบวนการใหม่เพื่อให้ทันต่อ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง^(26,35-37)

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

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

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

กล่าวโดยสรุป ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการที่สำคัญเกิดขึ้นในทุกระดับคือ

➤ ในระดับการกำหนดเป้าหมาย (อีกนัยหนึ่ง คือ การกำหนดนโยบายและแผน) มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การขาดระบบสนับสนุนแนวคิดอย่างเป็นองค์รวม การขาดระบบสนับสนุนด้านวิชาการในการกำหนดนโยบาย และนโยบายและแผนมีกำหนดขึ้นมาแล้วยังขาดการสนับสนุนด้านการปฏิบัติ โดยเฉพาะขาดการประสานและควบคุมเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความล่าช้าและความไม่เที่ยงสมัยของกฎหมายและกลไกการออกกฎหมายทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สาเหตุของความล่าช้ามาจากการขาดเหตุผลในการอบรมและความคิดและความพร้อมของข้อมูล ตลอดจนการมองหมายงานสู่ระดับปฏิบัติขาดความชัดเจนและขาดการติดตามผล

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

แนวคิดของการพัฒนา

กล่าวได้ว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยในระยะเริ่มต้นมีรากฐานแนวความคิดที่เป็นแนวทางหลักการชัดเจนมาจากอิทธิพลภายนอก คือ กำหนดหลักการสากลโดยกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์กรสหประชาชาติที่มีมิติร่วมกันกำหนดขึ้นภายหลังการจัดประชุมร่วมกัน มีการประชุมที่สำคัญ 2 ครั้งที่ได้กำหนดแนวทางและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ดังนี้

หลักการขององค์กรสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ที่สนับสนุนให้ประเทศและองค์กรต่างๆ ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในฐานะผู้สร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคม และจะยังคงมีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม ต่อไป จึงควรดำเนินการอย่างแน่นหนาในการรับรองสิทธิของผู้สูงอายุด้วย หลักการที่สำคัญ 5 หลักการคือ หนึ่ง-หลักเป็นอิสระ ในกรณีที่ผู้สูงอายุจะได้รับปัจจัยพื้นฐานอย่างเพียงพอในการดำรงชีวิต มีโอกาสได้ทำงานหรือกิจกรรมที่จะช่วยสร้างรายได้ และได้รับการศึกษาฝึกอบรมเพื่อให้มีศรีดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ ส่อง-หลักการมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นการให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุในการกำหนดและเลือกสรรแนวทางและนโยบายที่จะเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อกลุ่มผู้สูงอายุในสังคม สาม- หลักการดูแลเอาใจใส่ เป็นการดำเนินการให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง ดูแลเอาใจใส่โดยครอบครัวและสังคม รายได้ กวามมาย และการเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้สูงอายุ สี่- หลักความพึงพอใจ ที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเอง และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรด้านต่างๆ ในสังคมได้อย่างเต็มที่ ห้า- หลักศักดิ์ศรี เป็นการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นธรรม โดยไม่มีอ้างเหตุผลการเลือกปฏิบัติตัวโดยเพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ปฏิญญา มาเก้าว่าด้วยเรื่องแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีประเด็นหลักที่สำคัญคือให้ทุกประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตระหนักรถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม เสริมสร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาคทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการจัดสรุตรหัพการหรือบริการต่างๆ ให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งในเมืองและชนบท

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

จากหลักการและปฏิญญาว่าด้วยผู้สูงอายุที่กล่าวมา มีสาระสำคัญหลักที่เป็นทางแนวคิดและแนวทางปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งภาครัฐบาล องค์กรเอกชน ชุมชน ประชาชน และตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องถือเป็นข้อผูกพันที่ต้องมุ่งมั่นปฏิบัติตามให้บรรลุดุจดุล

จากการทบทวนเอกสารในเบื้องต้น ตลอดจนการประมวลประเด็นปัญหาในระดับต่างๆ สามารถประเมินได้ว่า การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ และด้านบริการสังคมทุกประเภท ยังไม่

สามารถบรรลุผลสำเร็จด้วยสาเหตุหลายประการ และในอนาคตจากผลการวิจัยถึงแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะยังท่วมความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งต้องการการแก้ไขโดยเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนแนวความคิดเพื่อการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติโดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

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

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

3) การให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันพื้นฐานที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยลดการพึ่งพาสถาบันภายนอก^(20,43)

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

จากแนวคิดที่กล่าวมา มีข้อเสนอแนะต่อไปนี้

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

งานวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม

1. ปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายด้านสวัสดิการสังคมไปใช้ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริหารงานองค์กรประชาชนด้านผู้สูงอายุ

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

บรรณานุกรม

1. กิตติพัฒน์ นนทปีกมະดุลย์. นโยบายสังคม และสวัสดิการสังคม (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ.2540.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509).
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2510-2514).
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519).
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524).
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529).
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534).
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539).
9. นโยบายและแผนงานหลักสตรีระดับชาติ (พ.ศ. 2535-2554). คณะกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลัก งานสตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.). สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี, พ.ศ.2537.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544).
11. นิคม จันทร์วิทูร. กวามายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาภูมิภาคของประเทศไทย. การสัมมนาเรื่อง “แนว ทางการร่วมประชาชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ.” นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
12. จักรินทร์ วงศ์กุลฤทธิ์. กวามายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุริยสูงอายุ ด้วยคุณภาพ.” จัดโดย กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒวิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
13. มาตรการที่ดำเนินการในปัจจุบันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. การสัมมนาเรื่อง “แนวทางการร่วมประชาชบัญญัติคุ้ม ครองผู้สูงอายุ.” สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
14. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 1 การสัมมนาเรื่อง “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ.” กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, 2524.
15. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการพัฒนาสตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

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

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

43. ศรีจิตรา บุนนาค, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ การพึ่งพา และแนวโน้มโดยทางการแพทย์และการสาธารณสุข. ใน: กระประจำปุ่มวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขภาวะผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
44. จิราลักษณ์ จงสติตย์มั่น. การประเมินบริการสถานสังเคราะห์คนชรา. ใน: การประจำปุ่มวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
45. ณิชันนัท ทัดตะวร. ความต้องการการบริการของผู้สูงอายุในสถานสังเคราะห์เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกการศึกษาผู้สูงอายุ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร, 2542.
46. ระพีพรกาน คำหอม, อภิญญา เกษยชัย, จิราลักษณ์ จงสติตย์มั่น. รายงานวิจัยเรื่อง การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ใน: การประจำปุ่มวิชาการระดับชาติ “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.
47. มัทนา พนานิรนามัย. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ใน: การประจำปุ่มวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขภาวะผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
48. นgapow ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ใน: การประจำปุ่มวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สุขภาวะผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภารผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
49. แนวทางการดำเนินงาน บ้านพักผู้สูงอายุโดยภาคเอกชน. การประชาสงเคราะห์ 2542;42(4):33-35.

บทที่ 9: ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตตะพันธุ์กุล

บททวนรายงานการศึกษาและบทความความคิดเห็นด้านระบบเพื่อผู้สูงอายุ

ในการรวบรวมองค์ความรู้เพื่อให้ได้คำตอบ “ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต” ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ในระหว่างปี พ.ศ. 2533-2543 พบว่ามีรายงานการศึกษา/วิจัย บทความในหนังสือตำรา และบทความในวารสารและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เป็นจำนวนมากที่เกี่ยวพันกับรูปแบบของระบบบริการและ/หรือสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต นอกจานนี้ยังมีรายงานจำนวนหนึ่งซึ่งแม้จะไม่สัมพันธ์กับประเทศไทยโดยตรง แต่ด้วยเหตุที่เป็นการศึกษาหรือความคิดเห็นด้านระบบและ/หรือสวัสดิการโดยรวมของประเทศและครอบคลุมถึงประเทศไทยด้านผู้สูงอายุ จึงจำเป็นจะต้องรวมไว้ในการทบทวนครั้งนี้ด้วย จากรายงานเหล่านี้ได้ทำการคัดเลือกเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญและนำไปใช้ถือจำนวน 33 รายการ เข้าในกระบวนการทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้คำตอบว่าระบบสวัสดิการและบริการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะเป็นอย่างไร

รายงานทั้ง 33 รายการสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทประกอบไปด้วย

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

รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน)

จากการรวบรวมพบว่ามีรายงานการศึกษาระบบที่เพื่อผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการวิจัยอนาคตศึกษาจำนวน 1 รายงาน และมีรายงานการศึกษาระบบที่มีส่วนสัมพันธ์กับประเทศไทยผู้สูงอายุอีก 3 รายงาน ดังนี้

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ดัชนีของภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุที่น่าจะเป็นมากที่สุดและภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุที่ประสงค์ให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2552) และ

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

ระบบสวัสดิการที่พึงเกิดขึ้น

ระบบสวัสดิการในอนาคตต้องเน้นที่การสนับสนุนปัจจัยหลักของการเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุ ดำรงอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่

- สร้างสวัสดิการเพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ (รัฐร่วมกับชุมชนสร้างระบบประกันชราภาพ ให้ครอบคลุมทุกคน จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน เพิ่มโอกาสการจ้างงานให้ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ประชาชนนิยมการออมเพื่อชราภาพตั้งแต่วัยเด็กของชีวิตตัวเองมาต่อไป)
- สร้างสวัสดิการที่ส่งเสริมครอบครัวและชุมชนให้คุ้มครองผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (ลดหย่อนภาษี สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เด็กได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและชุมชน และส่งเสริมให้องค์กรบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ)
- สร้างสวัสดิการเพื่อหลักประกันทางสุขภาพในยามเจ็บป่วย
- สร้างสวัสดิการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร (ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและจัดให้สัดสวนเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดสิงขัน่วย ความสะอาดในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อน ควบคุมราคาสินค้าอุปโภคและบริโภคเพื่อผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับไลฟ์สไตล์)

ระบบบริการที่พึงเกิดขึ้น

ระบบบริการมีลักษณะที่เป็นเชิงรุกชัดเจนโดยให้ความสำคัญอย่างสูงมากที่ระบบบริการระดับชุมชน (community-based services) และไปถึงบ้าน ซึ่งเป็นระบบบริการที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุ อย่างทั่วถึง มีลักษณะบูรณาการและสนับสนุน โดยจะครอบคลุมทั้งการส่งเสริม-ป้องกันสุขภาพ-การรักษาและการบริการทางสังคม ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมสำคัญในระบบบริการ ทั้งที่เป็นอาสาสมัครและเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์กรการบริหารส่วนตำบลและองค์กรทางศาสนา (วัด) การบริการชุมชนและการสอดประสานในชุมชนดังกล่าวเป็นช่องทางให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าสู่ระบบบริการของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการ (มีทางเลือก) อย่างไร

ก็ตามสถานบริการสุขภาพนิยมเจียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนสถานบริการเรือรังทั้งทางสุขภาพและสังคมยังมีความจำเป็นและจะช่วยให้ระบบบริการสมบูรณ์เพียงพอที่จะบรรเทาความทุกข์ยากของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือผู้อ่อนแอในวัยชราที่ครอบครัว-ชุมชนและการบริการในชุมชนไม่สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอ

กฎแบบของการบริการทางสังคมในอนาคต ได้แก่ ระบบที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพิงตนเองได้ในลักษณะกลุ่มอาชีพและการระดมทุน บริการที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุได้ดีดต่อ กับสังคมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะมีกรอบของกว้างกว่าเดิม โดยมีการปรับปรุงบริการขนส่งสาธารณะ กฎแบบของสื่อต่างๆ รวมทั้งบริการสนับสนุนการ เช่น สนับสนุนภารกิจที่ต้องการ ตลอดจนบริการการศึกษาทั้งต่อผู้สูงอายุโดยตรงและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ยังเป็นรูปแบบการบริการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ โดยควรที่จะดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบบริการในชุมชน

มาตรการที่พึงเกิดขึ้นเมื่อยังตามลำดับความสำคัญ

1. มาตรการ ระบบประกันสำหรับผู้สูงอายุและวัยชรา

- ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
- ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน
- จัดให้มีระบบประกันสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น

2. มาตรการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

- จัดให้ผู้สูงอายุได้รับการอบรม
- ให้คำปรึกษาทั่วไป
- ดำเนินการให้มีการต่อข่าวสารแก่ผู้สูงอายุเป็นระบบ

3. มาตรการ ด้านการเงินและภาษี

- ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพ
- ลดหย่อนภาษีสำหรับนายจ้างที่ว่าจ้างผู้สูงอายุ
- จัดสรรวาจาจากผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ
- ควบคุมราคากำลังค่าอุปโภคบริโภคสำหรับผู้สูงอายุ
- มาตรการเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อการจัดหา ปรับปรุง ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

4. มาตรการ ทางกฎหมาย

- กฎหมายคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ
- กฎหมายให้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีและเป็นธรรม

- กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ

5. มาตรการ สงเสริมให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

- รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ
- สงเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ
- สงเสริมชุมชนหรือเครือข่ายครอบครัว

6. มาตรการ สงเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

- สงเสริมการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุและเครือข่าย
- สงเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนกิจกรรมขององค์กร-เครือข่ายผู้สูงอายุ
- จัดทำที่การเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- สงเสริมให้ภาคีที่ทำงานในชุมชนได้ทำงานร่วมกัน

7. มาตรการ สงเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

- สงเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา
- สงเสริมการฝึกอาชีพให้เหมาะสม

8. มาตรการ ปรับปรุงบริการสาธารณสุกรอบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล

- 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

- ส่งเสริมสนับสนุนให้มีศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ

10. มาตรการ ส่งเสริมให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (รวมทั้งองค์กรบริหารส่วนตำบล) มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมีแผน งบประมาณ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทในองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น
- ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ

11. มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

- ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เด็กได้เรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน
- ส่งเสริมพัฒนาระบบอนามัยแต่ต้นเด็ก ให้มีหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพพัฒนาระบบอนามัย
- ส่งเสริมและบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งในและนอกหลักสูตรเพื่อความเข้าใจชีวิตในแต่ละวัย (การเรียนรู้วัยเด็ก) และเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
- การเตรียมการสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่จำเป็น (pre-retirement program)
- ส่งเสริมภูมิปัญญาชาวน์บ้าน
- จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือให้ความรู้กับผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการให้ความรู้ทางธรรม

12. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

- ให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่มีผลงานเด่น
- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ
- ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษาหรือรับการถ่ายทอดความรู้โดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน
- สนับสนุนการตั้งศูนย์การเรียนรู้และถ่ายทอดภูมิปัญญาของชุมชน

13. มาตรการ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการให้บริการผู้สูงอายุ

- เครือข่ายศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับอำเภอ จังหวัด และภาค
- จัดให้มีประสานงานการบริการในส่วนสุขภาพและสังคม และภาครัฐกับชุมชน

14. มาตรการ สงเสริมความรู้ความสามารถให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- อบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแล

15. มาตรการ วิจัย-ศึกษา-อปรม และสร้างฐานข้อมูล เพื่อการกำหนดนโยบายและสวัสดิการที่เหมาะสม

- สงเสริมความร่วมมือด้านวิชาการ การวิจัย และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- สร้างฐานข้อมูลประชากรตามกลุ่มอายุและอาชีพ

16. มาตรการ สงเสริมให้เอกชนจัดบริการด้านต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้

- ด้านท่องยานพาณิชย์
- ด้านสุขภาพ
- ด้านอนุภัยและบริโภค

17. มาตรการ ให้ศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

18. มาตรการ สถานบริการสุขภาพทางการแพทย์ชนิดเจียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ

- คลินิกผู้สูงอายุ
- หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ

19. มาตรการ สงเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ

20. มาตรการ สถานบริการสุขภาพเรื่องสำหรับผู้สูงอายุ

21. มาตรการ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

- สงเสริมการเข้าถึงสื่อและข่าวสารที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุ
- สงเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น หนังสือในเทป (book on tape)

22. มาตรการ สงเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สะดวกและปลอดภัย

แนวคิดทางนโยบายโดยเฉพาะประเด็นที่จะเป็นยุทธศาสตร์หลัก

- ◆ ประการที่หนึ่ง-ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ
- ◆ ประการที่สอง-ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องมุ่งไปที่สถาบันหลักทั้งสอง (ครอบครัวและชุมชน) เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่พอเหมาะ พอดี

- ❖ ประการที่สาม-ต้องสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคตมีคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเองและประโยชน์ของสังคม ทั้งในด้านหลักประกันรายได้ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและลิ่งแวดล้อม และด้านภูมิปัญญา
- ❖ ประการที่สี่-ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นอนาคตศึกษาที่มีกระบวนการศึกษาที่รัดกุมและชัดเจนในกลุ่มประชากรศึกษาหลากหลายที่มีจำนวนมากและได้ผลที่เป็นรูปธรรมทั้งในส่วนโครงสร้างระบบสวัสดิการและบริการที่ครอบคลุมทั้งบริบททางสังคมและทางสุขภาพ ตลอดจนได้กำหนดมาตรฐานการต่างๆจำนวน 22 ข้อ อย่างไรก็ตามรายละเอียดในระบบและมาตรฐานการต่างๆจากการศึกษานี้ไม่ได้หมายความว่าจะต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมและสถานการณ์ของประเทศไทยในด้านต่างๆ อาทิ การเมือง เศรษฐกิจ และสภาวะทางสังคม

2. รายงานการศึกษา “รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในเขตกรุงเทพมหานคร” โดย พรพิพย์ เกญวนันท์⁽²⁾

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

ผลการศึกษาพบว่าจาก 6 รูปแบบผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินเหลือเพียง 4 รูปแบบ โดยรูปแบบที่ เป็นไปได้มากที่สุดคือ “รูปแบบที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยให้เป็นงานประจำที่เป็นงานรวม ของโรงพยาบาล” รูปแบบนี้ยังเป็นรูปแบบที่ผู้ปฏิบัติเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการดำเนินการมากที่สุด อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแสดงว่า รูปแบบการบริการและการบริหารจัดการควรมีได้หลายรูปแบบขึ้น อยู่กับความเหมาะสมของพื้นที่

รูปแบบที่เป็นไปได้มากที่สุดดังกล่าวมีลักษณะของการบริการต่อเนื่องจากสถานบริการ (โรงพยาบาลและสถานีอนามัย) โดยในเขตชุมชนเมืองจะมีลักษณะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่อง โดยทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล (extended care) และเน้นการรักษาแบบสหสาขาเบื้องต้น (การรักษาโรค การพยาบาล การพื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดการทางสังคม) ร่วมกับการใช้ระบบพยาบาลประจำ ครอบครัวเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตปรับผิดชอบโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค สำหรับเขตชนบทเป็นการให้บริการสำหรับโรคไม่ติดเชื้อบางโรคโดยเป็นการดูแล ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย (extended care) และเน้นการรักษาเบื้องต้น

โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในอนาคตของการดำเนินการบริการสุขภาพที่บ้านในลักษณะของการบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ร่วมกับระบบพยาบาลประจำครอบครัวที่เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเฉพาะในเขตเมือง

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างจักษณ์ของระบบบริการสาธารณสุขไทยในอนาคต (25 ปี) และเลือกจักษณ์ที่น่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดด้วยการระดมสมองในกลุ่มนักวิจัยจำนวน 11 คน โดย 10 คนสังกัดสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใน การระดมสมองได้ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 15 ท่าน ผลการศึกษาได้จัดทำจักษณ์ของระบบบริการสาธารณสุขจำนวน 4 จักษณ์ โดยจักษณ์ที่น่าจะเกิดขึ้นมากที่สุดคือ “ระบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง” โดยส่วนใหญ่ของบริการด้านสุขภาพจะเป็น ศินค้าสาธารณสุข และเน้นที่การดูแลในเชิงป้องกันโดยรวมดับปัญญาที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการของประเทศไทยในระดับทุติยภูมิและตertiary (โรงพยาบาล) โครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพ จะอยู่ภายใต้การจัดการของรัฐสูงสุด ร้อยละ 70-90 ด้วยการจัดการที่มีการกระจายอำนาจหรือเป็นอิสระ ประชาชนส่วนใหญ่จะได้รับหลักประกันผ่านทางรัฐ ระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพ นายจ้าง และกองทุนคอมทรัพย์เฉพาะด้าน ในขณะที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกผู้จัดบริการน้อยลง แต่รายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยจะคุ้มอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ)

การศึกษาระบบนี้ใช้ความคิดเห็นจากการจัดการระบบในระดับประเทศที่ให้ขาดความสมบูรณ์ โดยจะเห็นได้จากการที่โครงสร้างของระบบบริการ (delivery system) ได้รับการพิจารณาอย่างมาก และส่วนใหญ่จะเป็นการสร้างจักษณ์ของการคลังสาธารณสุขและการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญที่สัมพันธ์กับด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ประเด็นคือ ประเด็นแรก จักษณ์ที่น่าจะเกิดขึ้น เป็นระบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง หมายความว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่ได้หลักประกันทางสุขภาพ (อย่างน้อยในขั้นต่ำ) ประเด็นที่สอง ถึงแม้ในจักษณ์จะเน้นให้การป้องกันโดยเป็นการบริการระดับปัญญาที่อาศัยชุมชนเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการการบริการแบบผสานและเป็นองค์รวม แต่ก็ให้ภาพของการเคลื่อนไหวบริการระดับปัญญาเข้าใกล้ชุมชนยิ่งขึ้น

โดยสรุปการศึกษานี้มีความจำกัดในด้านกระบวนการศึกษา และผลการศึกษาสนับสนุนแนวโน้มการเกิดมีหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชากรสูงอายุ และการบริการปัญญาในระดับชุมชน (community based care)

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดทำรายงานของแนวคิด “รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า” เพื่อการจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 (พ.ศ.2543) โดยเป็นผลงานการประมวลผลและสรุปความเห็นของคณะกรรมการทำงานจำนวน 5 คนซึ่งส่วนใหญ่มาจากกระทรวงสาธารณสุข ในกระบวนการได้ใช้ข้อมูลจาก - ราบทบทวนเอกสาร - ความคิดเห็นจากคณะกรรมการชุดที่ 1 ซึ่งทำหน้าที่กำหนดรายละเอียดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับการจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 7 และตัวแทนคณะกรรมการดำเนินงานชุด อีนๆ อีก 3 ชุด - และการสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญตามวิธี 2-rounds modified delphi technique ซึ่งในส่วนหลังเป็นการสำรวจสมบูรณ์ทั้งสองรอบในผู้เชี่ยวชาญจำนวน 11 คน โดยครอบคลุมความคาดหวังของสังคมต่อระบบบริการสุขภาพ (10 คำถาม) ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญในอนาคต (12 คำถาม) กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต (8 คำถาม) แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ (8 คำถาม) รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ (16 คำถาม) และคำถามอื่นๆ (3 คำถาม)

ผลการศึกษาที่สำคัญและสัมพันธ์กับระบบบริการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต มีดังนี้
ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต

- ปัญหาสุขภาพอันเกี่ยวเนื่องกับกลุ่มประชากรสูงอายุ
- ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการพัฒนาประเทศ เช่น อุบัติเหตุ การประกอบอาชีพ ปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคม
- ปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ทำให้อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง
- โรคติดเชื้อที่ดื้อยา และโรคติดเชื้อที่ระบาดใหม่
- ความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในสังคม จะทวีความรุนแรงมากขึ้น

โดยเมื่อจัดลำดับความสำคัญโดยนำความสามารถในการแก้ไขบรรเทาปัญหามาประกอบการพิจารณา ทำให้ได้ลำดับความสำคัญดังนี้

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

รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองศตวรรษหน้า

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

โดยสรุป การศึกษานี้เป็นการเรียนรู้ข้อมูลจากหลายแหล่งและนำมาประมวลและสร้างเคราะห์โดยคณะผู้ทำการศึกษาจำนวน 5 คนซึ่งส่วนใหญ่มาจากหรือมีความสัมพันธ์กับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผู้ทำการศึกษาเองได้เน้นชัดเจนว่ารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่กำลังเป็นเพียง “ร่าง” และยังไม่สามารถสรุปรูปแบบการบริการปฐมภูมิว่าจะเป็นเช่นไร สิ่งที่เห็นชัดเจนสองประเด็นและสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัยและคณะ⁽¹⁾ คือปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ มีความสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยในลำดับต้น และมีความจำเป็นของ การพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิเพื่อให้เข้าสู่ชุมชนและใกล้ประชากรเป้าหมายมากที่สุดโดยจะต้องเป็นการบริการแบบบูรณาการและมีลักษณะองค์รวม นอกจากนั้นรายงานการศึกษานี้ยังเน้นถึงปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชนผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนความแตกต่างของสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งภายในกลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศไทยได้มีลักษณะต่างกันล่าวย้อนยุค เช่น ผู้สูงอายุในอดีตมีความจำเป็นของ การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ได้ “บริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน” แก่ประชาชนทุกคนซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุ

รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือคณะบุคคลที่ทำการรวบรวมข้อมูล-สถานการณ์และ/หรือดำเนินการวิจัยและใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็น หรือเป็นรายงานหรือบทในทำรากของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน)

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

รายงานการศึกษานี้เป็นการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งในและต่างประเทศรวมทั้งกรณีศึกษาในประเทศไทยจำนวน 5 กรณี และนำมาปะแมกและสังเคราะห์ โดยผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต และเน้นความสำคัญของผู้สูงอายุบางกลุ่มซึ่งต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางถึงต่ำและผู้สูงอายุในชนบท ทั้งนี้ระบบที่เสนอแนะจะเน้นที่บริการสังคมโดยเฉพาะให้ชุมชนเป็นฐานและเน้นความสำคัญของครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้น ดังนี้

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

นอกเหนือนั้นยังได้เสนอให้มีการกำหนดนโยบายสำหรับบริการด้านสวัสดิการที่ครอบคลุม จุดมุ่งหมายดังนี้

- สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างเพียงพอ
- สร้างเสริมให้มีสุขภาพทางกายและจิตที่ดี
- การมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม
- การได้รับโอกาสในการเข้าทำงานโดยไม่มีอุปสรรค
- การเกย์ยันอายุอย่างมีสุขภาพที่ดี มีเกียรติยศ และการมีศักดิ์ศรี
- การได้รับบริการที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและมีทางเลือก
- การได้รับประโยชน์จากการความรู้ต่างๆอย่างทันท่วงที
- การมีอิสระและโอกาสในการแสดงความคิดเห็นและความคิดสร้างสรรค์

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

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

การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสารและสถานการณ์ในด้านต่างๆของประชากรสูงอายุรวมทั้งสวัสดิการและบริการต่างๆที่มีอยู่ และนำมาสังเคราะห์ให้ในแง่มุมต่างๆรวมทั้งการจัดสวัสดิการและบริการแก่ผู้สูงอายุในอนาคต ผู้ทำการศึกษาเห็นว่าการที่สังคม-รัฐและผู้กำหนดนโยบายที่ผ่านมาพิจารณาประชากรสูงอายุไทยทั้งหมดเป็นกลุ่มด้อยโอกาส (ageism) หรือเป็นผู้ให้แก่สังคมมานาน ซึ่งสมควรได้รับการดูแลจากรัฐและสังคมในยามเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงเป็นเหตุให้การดำเนินการของรัฐส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะพยายามครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด ทำให้เกิดความจำกัดในการจัดสรรงรรภยากรและเป็นเหตุให้ผู้ที่สมควรจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนกลับไม่ได้รับหรือได้รับไม่เพียงพอ ผู้ทำการศึกษาเน้นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบสวัสดิการและการบริการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทั้งที่ยังช่วยเหลือตนเองได้และที่ต้องพึ่งพาสามารถดำรงอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ⁽¹⁰⁾ และได้เสนอแนะประเด็นสำคัญทางการบริการและสวัสดิการ ดังนี้

- การบริการชุมชนแบบบูรณาการและสหสาขาที่ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพ กระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานและเครือข่ายการบริการอย่างไม่เป็นทางการ (informal care network) ภายในชุมชน และได้ให้ตัวอย่างโครงการสร้างระบบบริการและสวัสดิการแสดงในรูปที่ 1

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

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเอกสารเพื่อการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในด้านต่างๆ ของประชากรสูงอายุและด้วยความเห็นของคณะผู้ทำการศึกษาได้เสนอแนะประเด็นสำคัญในการดำเนินการของภาครัฐเพื่อการจัดการบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุในอนาคต ดังนี้

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

รูปที่ 1 โครงสร้างระบบการบริการและสวัสดิการแก่ประชาชนสูงอายุ⁽⁹⁾

สวัสดิการ ประกันสังคม การปรับสภาพแวดล้อม กฎหมาย การศึกษา การส่งเสริมและการป้องกัน

ชุมชน

บริการทางสังคม

บริการทางสุขภาพ

ผู้ดูแล - ประชาชนสูงอายุ - ครอบครัว

บริการดูแลบ้าน

ศูนย์ดูแลกลางวัน

บริการทางสังคมอื่นๆ

บริการด้านการเงิน

การพื้นฟูสมรรถภาพ

การพยาบาลที่บ้าน

การบริการปั๊มหากลันปั๊สภาวะไม่ได้

ศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวัน

บริการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สถานบริการ

การประเมินผู้สูงอายุ

บ้านพักชุมชน

บ้านพักพิงและสถานสงเคราะห์

สถานพยาบาลเฉียบพลัน

สถานพยาบาลเรื้อรัง

การรับฝากดูแลช่วงสั้น

(respite care)

จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจาก สุทธิชัย จิตพันธ์กุล และ

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

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

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

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

- การพัฒนางานสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรเน้นการจัดสวัสดิการโดยองค์กรภาคเอกชนหรือชุมชนให้มากยิ่งขึ้น โดยมีรัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนหรือประสานงานการจัดสวัสดิการมากกว่าเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน
- ควรมีการพัฒนาระบบบริการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งในด้านรูปแบบการจัดบริการประเภทต่างๆให้ครอบคลุมทั่วถึงและมีปริมาณเพียงพอ
- กฎหมายประกันสังคมควรให้ความสำคัญในการให้หลักประกันความมั่นคงในด้านด่างชีวิตอยู่ในสังคมในบันปลายของชีวิต

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

การวิจัยนี้เป็นสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1,800 คนและความเห็นของนักสังคมสังเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 75 คน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสังคมสังเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

- รัฐควรเร่งรัดให้มีกฎหมายประกันสังคมด้านประกันชราภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน และทุกด้าน
- รัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดการบริการเพื่อผู้สูงอายุให้เพียงพอโดยเฉพาะผู้ที่ยากไร้
- รัฐควรหาแนวทางสนับสนุนส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้ยอมรับและเกื้อกูลผู้สูงอายุ ตลอดไป เช่น ลดหย่อนภาษีเป็นพิเศษแก่ครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการลดหย่อนภาษีสำหรับบุตร สร้างค่านิยมแก่คุณรุ่นหลังให้มีความเคารพและกตัญญูต่อผู้สูงอายุ และประชาสัมพันธ์-รณรงค์ให้สังคมยอมรับและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ
- รัฐควรส่งเสริมให้หน่วยทั้งภาครัฐและเอกชนจัดการบริการเพื่อผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขอนามัย เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - บริการตรวจรักษาระยะไกลผู้ยากไร้
 - บริการความรู้และส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว
 - บริการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน
 - สนับสนุนให้มีสถานที่สำหรับการรอออกกำลังกาย
 - บริการด้านการเงินและปัจจัยเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
 - ให้คำปรึกษาและบริการฝึกอาชีพ
 - สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุในชุมชน
 - บริการด้านนันทนาการและห้องสมุด
 - ขยายบริการสถานสงเคราะห์คนชราให้สามารถรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไร้ญาติขาดมิตร
- รัฐควรสนับสนุนชุมชนและองค์กรเอกชนให้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มากขึ้น

- รัฐควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีการเตรียมตัว
- รัฐควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมได้ช่วยเหลือและบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม

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

ชุดโครงการการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการประเมินผลการบริการสวัสดิการสังคมที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน (เบี้ยยังชีพ) การบริการสถานสงเคราะห์คนชราของกรมป่าชาสังเคราะห์ ศูนย์สงเคราะห์ราชภรปประจำหมู่บ้าน และบริการบ้านกิจสังเคราะห์ โดยทำการสำรวจเพื่อเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจากตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน (383 คน) สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ (18 ครอบครัว) คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราชภรปประจำหมู่บ้าน (81 คนจาก 51 ศูนย์) ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (146 คน) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้บริหารของกรมป่าชาสังเคราะห์ ผลการประเมินได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอแนวคิดในการจัดระบบบริการสวัสดิการสังคม ดังนี้

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

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

การวิจัยนี้ต้องการประเมินนโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขและ การบรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายและแผนงาน โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร รวมทั้งการดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุทั้งที่อยู่ในชุมชนและที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลในระดับตัวแทนประเทศ คณะกรรมการสวัสดิการและบริการดีอ่อน ใจ

- ควรเพิ่มและเสริมสมรรถภาพของสถานีอนามัยในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

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

รายงานนี้เป็นการประมวลข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากเอกสารและการดูงานทั้งในและต่างประเทศ และผลจากการสัมมนาเรื่อง “มาตรการดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุ” ณ อาคารรัฐสภा 2 วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2537 โดยมีประเด็นสำคัญและมาตรการทางด้านสวัสดิการและการบริการสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต ดังนี้

- จัดบริการและสวัสดิการโดยมุ่งไปที่ชุมชนและครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้ ได้แก่
 - ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center)
 - หน่วยบริการสงเคราะห์เคลื่อนที่
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - บริการอาหารกลางวัน
 - จัดตั้งศูนย์ของหมู่บ้านหรือชุมชนรองผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
 - โครงการครอบครัวอุปถัมภ์ผู้สูงอายุ
 - บริการช่วยงานบ้าน
 - บริการดูแลผู้สูงอายุตามบ้านและโครงการผลเปลี่ยนให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน
 - โครงการซ้อมแซมและปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม
 - โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและสาธารณูปโภคให้适合 สำหรับผู้สูงอายุ
- สร้างเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมช่วยดูแลผู้สูงอายุ
 - สร้างเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุ เช่น
 - ลดหย่อนภาษีแก่หัวหน้าครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ
 - สร้างเสริมเกียรติคุณครอบครัวดีเด่น
 - ให้บริการพิเศษแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ
 - สร้างเสริมและบริการสุขภาพ
 - ขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการให้มีคุณภาพและทั่วถึง ผู้สูงอายุทุกระดับฐานะ

- ศูนย์บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- ศูนย์สุขภาพสายตา
- ศูนย์ออกกำลังกายและนันทนาการ
- โครงการคลินิกสุขภาพเคลื่อนที่
- สร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจ
 - การประกันชราภาพ
 - พัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพและสร้างงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 - โครงการจ้างงานระยะสั้น part-time
 - โครงการร้านขายผลิตภัณฑ์มือถือผู้สูงอายุ
- ดำเนิน-ส่งเสริมคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุ
 - ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดประสบการณ์-วิชาชีพ
 - ส่งเสริมการเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุ
 - พัฒนาให้สามารถถู邋遢และสามารถทำงานในครอบครัวของตนเอง
 - พัฒนาการศึกษาต่อเนื่องทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน โดยเน้นในชนบทและกลุ่มด้อยโอกาสมากที่สุด
 - โครงการห้องสมุดเคลื่อนที่
 - ขยายโอกาสการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆโดยให้เข้าถึงระดับหมู่บ้าน
- สิทธิประโยชน์ในการได้รับการลดหย่อนค่าโดยสาร (รถ รถไฟ เครื่องบิน)
- บริการสถานสงเคราะห์มีความจำเป็นแต่ควรอยู่ในขอบเขตจำกัด
- โครงการอื่นๆ
 - โครงการโทรศัพท์สายด่วนและสัญญาณฉุกเฉิน
 - ศูนย์ปรึกษาด้านกฎหมาย

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

การวิจัยนี้เป็นการประมวลข้อมูลและความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนมาก ใน การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ.2542 ซึ่งเป็นปีผู้สูงอายุ สำคัญ และได้รับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้นเป็นรายงาน ในรายงานดังกล่าวได้บรรจุแนวคิดของระบบสวัสดิการและบริการที่ควรจะเป็นในอนาคต ดังนี้

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

ด้านรายได้-การลงเคราะห์แบบไม่เป็นทางการ และการเข้าถึงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

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

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

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

- ต้องให้ความสำคัญต่อการบริการระดับปฐมภูมิ และต้องพัฒนาให้ใกล้ชิดชุมชนอย่างทั่วถึง
- ต้องพัฒนาการบริการชุมชนมากขึ้นกว่าปัจจุบัน โดยเป็นแบบบูรณาการที่มีการสอดประสานทั้งการบริการสุขภาพและสังคม ได้แก่
 - การบริการสุขภาพ
 - การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
 - การบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ตกในสภาพช่วยตนเองไม่ได้
- สร้างเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะผู้ที่ตกลงใจในภาวะทุพพลภาพ พึงพา หรือสมองเสื่อม) โดยวัดและองค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม และใช้เครือข่ายสาธารณะสุขชุมชนฐานสอดประสานร่วมกับการบริการชุมชน
- สวัสดิการและบริการควรมุ่งสู่ครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่อยู่ในฐานะตัวอยู่โอกาส เช่น ลดหย่อนภาษีแก่ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ
- ควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ปลดลดภัยและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและการออกแบบใหม่เพื่อการบังคับใช้ ได้แก่
 - การจัดทางเท้าที่เหมาะสม
 - การจัดบริการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้
 - การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ที่ทุพพลภาพเข้าใช้ได้
 - การกำหนดมาตรฐานการออกแบบและก่อสร้างที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

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

รายงานนี้เป็นการประมวลข้อมูลการศึกษาระดับชาติด้านสังคม เพื่อนำเสนอด้าน
ประชุมวิชาการ โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- บ้านดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) อาจต้องมีมากขึ้น แต่รัฐไม่ควรเข้ามาแบ่งภาระ
ทั้งหมด แต่ควรสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทภายใต้การควบคุมมาตรฐานการ
บริการ
- สงเสริมการสร้างหลักประกันด้านรายได้ โดย
 - ขยายขอบข่ายของประกันสังคมให้ครอบคลุมผู้ที่ประกบอาชีพอิสระ-ส่วนตัว
โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม
 - ยกเว้นภาษีการออมของผู้สูงอายุ และการออมจากบุคคลอื่นเพื่อผู้สูงอายุ
 - มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การให้กู้ยืมเพื่อการลงทุนโดยไม่คิดดอกเบี้ย

13. รายงาน “ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข” โดย คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนา

สังคม วุฒิสภา⁽¹⁹⁾

รายงานนี้เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ของคณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและ
พัฒนาสังคม วุฒิสภา ที่จัดทำเผยแพร่ต่อสาธารณะ โดยทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุและ
จัดทำเป็นสรุปและข้อเสนอแนะ โดยเน้นก่อรุ่มเป้าหมายสำคัญคือผู้สูงอายุสตรี หญิงวัยชรา กลุ่ม
ยากจน-เรื่่อน กลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มผู้สูงอายุพิการ และมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการดังนี้

- ควรมีระบบประกันรายได้ที่พอเพียงแก่ผู้สูงอายุ
- ควรจัดตั้งกองทุนสำหรับลูกจ้างที่เตรียมการสำหรับวัยสูงอายุ (ประกันชราภาพ)
- จัดการรักษาพยาบาลให้โดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุทุกคน
- สงเสริมการบริการ ได้แก่
 - การช่วยเหลือตามบ้าน
 - ศูนย์บริการกลางวัน
 - สถานพักรพัน
 - ศูนย์บริการทางสังคม
- ให้เงินช่วยเหลือชดเชยหรือลดหย่อนภาษีให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ
- จัดสร้างที่พักหรือบ้านให้ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุได้อยู่ในบริเวณเดียวกันหรือใกล้ชิดกัน
- สงเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำทั้งที่เป็นอาสาสมัครและที่เป็นการประกบ
อาชีพ
- สงเสริมการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

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

รายงานนี้เป็นการประเมินผลและสังเคราะห์รายงานและงานวิจัยต่างๆเพื่อตอบทวนนโยบาย
มาตรการของรัฐ และผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นทาง
ระบบสวัสดิการและบริการ ดังนี้

- ส่งเสริมการออมสำหรับวัยสูงอายุ
- สนับสนุนให้เอกชนจัดตั้งโครงการประกันยามชรา
- ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
- สนับสนุนโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานได้มากขึ้น

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

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

- ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
- ควรขยายการบริการลงไปในระดับหมู่บ้านและชุมชน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย และการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

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

รายงานนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการการทำงานในผู้สูงอายุจำนวน 429 คนจาก ชุมชนผู้สูงอายุของ 11 เขตในกรุงเทพมหานคร ผู้ที่ทำการศึกษาได้ให้ประเด็นทางระบบ สวัสดิการและ บริการ ดังนี้

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

- บริการข้อมูลข่าวสารให้เข้าถึงผู้สูงอายุโดยทั่วถึงกัน

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

การสัมมนาครั้งนี้มีขึ้นเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย ในการสัมมนาได้มีการระดมสมองในกลุ่มย่อยในประเด็นต่างๆ และทำการรวบรวมขึ้นเป็นข้อเสนอแนะไว้ในรายงาน โดยมีประเด็นทางระบบสวัสดิการและบริการดังนี้

- บริการส่งเสริมสุขภาพผ่านทางคลินิกผู้สูงอายุและหน่วยงานรัฐต่างๆ
- จัดให้มีการบริการถึงระดับบุคคลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การเยี่ยมบ้าน
- จัดตั้งศูนย์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- เพิ่มและขยายสถานพัฟฟ์สำหรับผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

18. รายงาน “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ” โดย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย⁽²⁴⁾

รายงานนี้เป็นข้อเสนอเพิ่มเติมจากการประชุมสัมมนาในกระบวนการอนาคตศึกษาดังที่ปรากฏในรายงานของสหพันธ์และคณะ⁽¹⁾ โดยเป็นข้อเสนอที่มาจากการประชุมกลุ่มประชาคมผู้สูงอายุเพื่อหารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุปรารถนา และมีประเด็นดังนี้

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

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

บทความนี้เป็นการเสนอแนวคิดการให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนี้

- หลักการบริการที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเอง (self care) การช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว และการดูแลภายนอกชุมชน
- การบริการในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่
 - ศูนย์ดูแลยามกลางวัน
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - ระบบอาสาสมัคร
 - ชมรมผู้สูงอายุ
- การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขควรจะจัดให้มี
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - สถานพักรักษาพันธุ์ (nursing home)
 - สถานที่พักคนชรา (home for the elderly)
- รัฐควรจัดให้โรงเรียนมีการศึกษาเรื่องของวัยและวงจรชีวิตตั้งแต่ในระยะต้นของชีวิต และควรจัดให้มีการศึกษาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการแก่ผู้สูงอายุ
- ควรจัดให้สวัสดิการลดหย่อนค่าโดยสาร และจัดให้ขนส่งมวลชนและสถานที่สาธารณะ เชื่อมถูกต้องกับสถานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ทางเดิน ทางรถเข็น
- รัฐควรเอื้อให้มีการอบรมเงินเพื่อวัยสูงอายุ เช่น หากฝากเงินในธนาคารโดยไม่ถอนออก ก่อนอายุ 50 ปี จะไม่ต้องเสียภาษีดอกเบี้ย

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

บทในตำราหลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ให้ประเด็นทางระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

- สามารถสูงมูลฐานเป็นกลุ่มสำคัญของระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจาก เป็นรอยต่อของการพบกันระหว่างผู้รับบริการกับการบริการปฐมภูมิซึ่งจะต้องเข้าถึง ชุมชน และทำให้การบริการเข้าถึงประตุบ้าน ทั้งนี้จะอาศัยทั้งเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ (informal network) ภายในชุมชน เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เป็นต้น และเครือข่ายที่เป็นทางการ (formal network) เช่น บุคลากรเยี่ยมบ้าน พยาบาล ชุมชน บุคลากรทางสายสัมคม 医護 personnel และศัลยแพทย์ ตำรวจ เป็นต้น ในการนำส่งผู้สูงอายุที่ต้องการการ บริการเข้าสู่ระบบบริการของประเทศไทยทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม
- การบริการในชุมชนจะต้องมีลักษณะบูรณาการ มีการประสานงานระหว่างการบริการ สุขภาพและสังคม โดยอาจประกอบไปด้วย
 - บริการเยี่ยมบ้าน
 - บริการดูแลกลางวัน
 - การพยาบาลที่บ้าน
 - บริการแนะนำกลั่นปั๊สสาวะ

- การพื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและในชุมชน
 - บริการดูแลบ้าน
 - บริการอาหาร
 - บริการให้คำปรึกษาและจัดการด้านสังคม
 - บริการให้ความรู้และการสื่อข่าวสาร
- การบริการในสถานพยาบาลจากประกอบไปด้วย
 - คลินิกผู้สูงอายุ
 - บริการโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital service)
 - บริการพักชั่วคราว (respite care)
 - บริการบ้านพักชุดเชิน
 - บริการบ้านพักพิงและสถานสงเคราะห์
 - สถานพยาบาลเฉียบพลัน
 - สถานพยาบาลเรื้อรัง
21. บทบรรณาธิการ “สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิรูประบบบริการ” โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽²⁷⁾
- บทความนี้ให้ความเห็นและประเดิมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต เน้นบทบาทและอุปแบบระบบบริการโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ และสอดคล้องกับพิธีทางของระบบบริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้
- พิธีทางการปฏิรูปการบริหารด้านสุขภาพจะสอดคล้องกับการกระจายอำนาจการปกครองและการบริหารแบบรวมศูนย์จะลดลง
 - การบริการระดับปฐมภูมิเข้าสู่ในชุมชน โดยจะลงถึงในระดับตำบลที่มีสถานีอนามัยเป็นศูนย์กลาง และดำเนินการบริการที่ประสานกับชุมชนผ่านช่องทางสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ซึ่งต้องการการพัฒนา “จุดแรกของการพบกัน” ระหว่างผู้ให้บริการและชุมชนให้สมถูกต้องมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
 - การเสริมสร้างสถานีอนามัยให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีความจำเป็น โดยเฉพาะด้านบุคลากร ที่ต้องมีความพร้อมทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ และมีความเป็นสหสาขาวิชา อย่างน้อยประกอบไปด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักสังคม สงเคราะห์ นอกเหนือจากนี้อาจต้องมีบุคลากรที่มาระบุการจัดจ้าง (พนักงานสุขภาพชุมชน) ร่วมกับอาสาสมัคร (อาสาสมัครสาธารณสุข) ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะการบริการชุมชน อันจะเชื่อมให้เกิดทั้งจุดแรกของการพบกัน และการบริการถึงผู้รับบริการที่บ้านได้ดีขึ้น
 - ระดับการบริหารจัดการด้านสุขภาพจะมีความกระชับและพื้นที่เขตเล็กลง จากระดับจังหวัด (สาธารณสุขจังหวัด) สู่ระดับอำเภอและเกิดเป็น “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (district health system) โดยตัวแทนชุมชนและองค์กรในพื้นที่จะมีส่วนในการกำหนดนโยบาย ติดตามประเมิน ตลอดจนให้การสนับสนุนทรัพยากร ทั้งนี้โรงพยาบาลชุมชนจะ

ทำหน้าที่เป็นระดับแรกของการส่งต่อจากการบริการในชุมชน และให้การสนับสนุนการบริการในชุมชนในด้านต่างๆ (รูปที่ 2)

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

- หลักประกันรายได้ โดยจัดให้มี ประกันสังคมกรณีชราภาพ และ การยกเว้นภาษีเงินบ้านถ้วนแก่ข้าราชการบำนาญอายุ 70 ปีขึ้นไป
- ลดหย่อนภาษีรายได้แก่บุตรหลานผู้เลี้ยงดูบิดามารดา
- ลดหย่อนค่าโดยสารยานพาหนะ
- ลดหย่อนอัตราค่าเข้าชมสถานที่ศึกษา

รายงานการวิจัยรูปแบบการบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน)

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

รายงานนี้เป็นรายงานประสบการณ์ทางด้านกระบวนการบริการและผลการดำเนินงานของ การให้บริการแบบบูรณาการ สาขางานและเป็นองค์รวมแก่ผู้สูงอายุในเขตชุมชนและคลองเตย (comprehensive community based care) โดยผู้ทำการศึกษาพบว่ารูปแบบที่ใช้มีประสิทธิผลและ ความเหมาะสมกับชุมชนในเขตเมืองเป็นอย่างดี สำหรับในเขตชนบทอาจต้องมีการปรับรูปแบบให้ สอดคล้องกับสภาพทางกายภาพในพื้นที่เนื่องจากบ้านและชุมชนมีการกระจายตัวมากกว่าในเขตเมือง ผู้ทำการศึกษาเห็นว่ารูปแบบการบริการนี้น่าจะใช้ได้สำหรับการบริการปฐมภูมิในชุมชนของสังคมไทย ทั่วไป และยังสามารถให้การบริการแก่ประชากรกลุ่มอื่นๆ ไปพร้อมๆ กันได้ รูปแบบการบริการมีข้อสรุปที่ สำคัญดังนี้

- ในการบริการได้ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ชุมชนเพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่และที่ศูนย์บริการขนาดเล็กในชุมชน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการงานและให้การสนับสนุนในการดูแล นักจ้างนั้นจะมีแพทย์และนักกายภาพบำบัดร่วมให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน
- ประเภทการบริการและกิจกรรม ได้แก่
 - การพื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์บริการในชุมชน
 - การเยี่ยมบ้าน
 - การพื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน
 - การพยาบาลที่บ้าน
 - การรักษาและการให้คำปรึกษาทางการแพทย์
 - การบริการทางสังคมที่บ้านและการประสานงานเพื่อจัดการปัญหาด้านสังคม
 - การส่งเสริมสุขภาพทั้งที่บ้านและศูนย์

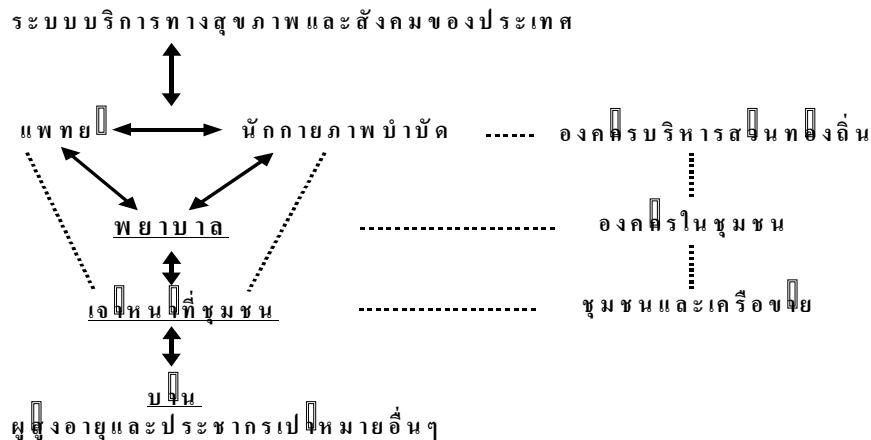
- ชุมชนผู้สูงอายุ
 - บริการดูแลกลางวัน
- โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนและคัดลอกองเตยแสดงในรูปที่ 3

။ ရန်များမြတ်စွာပေါ်လေသူများ	။ ရန်များမြတ်စွာပေါ်လေသူများ	။ ရန်များမြတ်စွာပေါ်လေသူများ
။ ရန်များမြတ်စွာပေါ်လေသူများ	။ ရန်များမြတ်စွာပေါ်လေသူများ	။ ရန်များမြတ်စွာပေါ်လေသူများ
ပုဂ္ဂန်မြတ်စွာပေါ်လေသူများ	ပုဂ္ဂန်မြတ်စွာပေါ်လေသူများ	ပုဂ္ဂန်မြတ်စွာပေါ်လေသူများ

ກາງຕົກລາຍງານ ດູວ່າມີຫຼັກ
ໃຫຍ້ພະຍານຕົກລາຍງານ //

(1) ၂၅၁၃ နှင့် ၂၅၁၄ ခုနှစ်တွင် မြန်မာရှိသူများ အမြန်အမြန် ပေါ်လောက်ခဲ့သူများ ဖြစ်ပါသည်။

**รูปที่ 3 โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน
แออัดคลองเตย⁽²⁹⁾**



จัดพิมพ์โดยได้รับอนุญาตจากวารสารพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแล้ว

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

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

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

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

รักษาในชุมชนเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 51 และอายุเฉลี่ยของประชากรศึกษาเท่ากับ 64.2 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.1 ปี)

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

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตปกติหรือกำกับต่ำกว่าเกณฑ์ทำการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการศึกษาในประชากรสูงอายุจำนวน 64 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือกำกับต่ำกว่าเกณฑ์ในหมู่บ้านทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุจำนวน 63 คนที่มีความดันโลหิตปกติหรือกำกับต่ำกว่าเกณฑ์ในหมู่บ้านควบคุม ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตและชีพจรลดต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามประชากรศึกษามีขนาดเล็กและระยะเวลาในการศึกษาสั้น นอกจากนั้นการศึกษานี้ประเมินผลกระทบว่าประชากรกลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือเป็นกลุ่มควบคุม (not-blind control trial) อันจะทำให้เกิดอคติในการประเมินได้ โดยเฉพาะการวัดระดับความดันโลหิต

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

รายงานนี้เป็นการศึกษาการบริการชุมชนแก่ผู้สูงอายุจำนวน 91 รายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลราชวิถี เป็นเวลา 1 ปี 9 เดือนโดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อลดจำนวนครัวเรือนของผู้มาเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาการเจ็บป่วยฉับพลัน แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี และเพิ่มอัตราความต่อเนื่องของการมารับการรักษาโดยเรื้อรังตามกำหนดนัด อัตราความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และอัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในกระบวนการบริการชุมชนดำเนินการโดยเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาสมรรถภาพ คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการให้การส่งเคราะห์ด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลการดำเนินการพบว่าผู้รับบริการมีอัตราการใช้บริการของแผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีด้วยปัญหาเจ็บป่วยฉับพลันลดลงร้อยละ 62 ติดตามรับการรักษาโดยเรื้อรังตามกำหนดนัดอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 รับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 คณะทำการศึกษาสรุปว่าการบริการชุมชนดังกล่าวได้สัมฤทธิผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้การแปลงและสรุปผลต้องมีความระมัดระวัง นอกจากนั้นผู้ให้บริการเป็นผู้ที่ทำการประเมินผลเองอันจะทำให้เกิดอคติได้

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

รายงานนี้เป็นผลงานวิจัยถึงประสิทธิภาพของกระบวนการบริการสหสาขาแก่ผู้ป่วยหญิงจำนวน 199 คนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยหญิงในอีกหอผู้ป่วยหนึ่งจำนวน 218 คน และใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในอดีตของหอผู้ป่วยหญิงทั้งสองที่มารับ

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

7. รายงานการศึกษาเชิงปฏิบัติการ “เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์” บรรณาธิการโดย พงษ์พิสุทธิ์ จงอดมสุข และ ทัศนีร์ สุรกิจโภกษา⁽³⁵⁾

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

- การดำเนินการเพิ่มศักยภาพของสถานีอนามัย (โรงพยาบาลล้ำน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น)
 - การบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลร่วมกับการจัดให้พยาบาลร่วมในการตรวจวินิจฉัยและรักษาขั้นต้นในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา)
 - การบริการชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยพยาบาล ทั้งนี้จัดตั้งในลักษณะคลินิกชุมชนร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่และที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล (โรงพยาบาลละโนด จังหวัดสงขลา)
 - การเยี่ยมบ้านและการเพิ่มศักยภาพสถานีอนามัย (โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา)
 - การดำเนินการเป็นศูนย์บริการในชุมชนโดยมีพื้นที่รับผิดชอบ และให้บริการทั้งที่ศูนย์ และการเยี่ยม เป็นการให้บริการโดยกลุ่มงานที่มีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลักทั้งในด้านการรักษาและการพยาบาล (ศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา)

ข้อสังเกตสำคัญคือผลการดำเนินการในโครงการเหล่านี้ไม่ได้รับการประเมินชัดเจน แต่อยู่ในรูปของประสบการณ์ร่วมกับการรวบรวมอุปสรรคเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาต่อไป ทำให้เป็นการยกที่จะสรุปว่ารูปแบบการบริการใดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และทำให้การเบรียบเทียบระหว่างรูปแบบเหล่านี้จึงเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงปฏิบัติการเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ทิศทางของการพัฒนาการบริการปฐมภูมิกำลังเคลื่อนไปสู่สถานีอนามัยและชุมชนมากขึ้น และผู้ที่จะทำหน้าที่หลักในการดำเนินการคือพยาบาล

ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

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

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

ประเด็นสำคัญจากการรวมและเปรียบเทียบระบบสวัสดิการและบริการในตารางที่ 1 และ 2 ตลอดจนข้อมูลต่างๆและสถานการณ์ด้านระบบการบริการและการปักครองในปัจจุบัน มีดังนี้

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

รัฐเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการสร้างหลักประกัน โดยกลไกของการสร้างหลักประกันจะต้องมีรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างระบบสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้จัดให้หรือกำหนดให้เกิดขึ้น ร่วมกับ กลไกทางภาคประชาชน (ชุมชนและบุคคล) และเอกชน ทั้งนี้รัฐและชุมชนจะต้องเป็นผู้ให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือด้อยโอกาสหรือไม่สามารถมีหลักประกันที่พอเพียงต่อ

การดำเนินชีพอย่างมีคุณภาพตามสมควรในชุมชน ร่วมกับการจัดและให้สวัสดิการเพื่อสนับสนุน การสร้างหลักประกันในด้านต่างๆ ในเชิงการตรวจสอบและป้องกันตั้งแต่วัยต้นของชีวิต ในขณะที่ เอกชนเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่มีกำลังและโอกาสในการเลือก

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

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

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

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

การบริการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคตประกอบด้วย

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

การบริการในสถานบริการทั้งทางสุขภาพและสังคมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เกิดปัญหาจับพลันหรือเร่งด่วน หรือที่ไม่สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อาย่างมีคุณภาพเพียงพอทั้งที่ได้รับการบริการชุมชน ดังนี้

- สถานบริการเฉียบพลัน เช่น บ้านพักชุมชน หรือผู้ป่วยสูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ มีคุณประโยชน์และความจำเป็นในระบบการบริการแก่ผู้สูงอายุ
- สถานบริการเรื้อรังหรือระยะยาว เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานบริการสุขภาพระยะยาว มีความจำเป็นเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อよ่างมีคุณภาพ แต่จะต้องจำกัดปริมาณสถานบริการเหล่านี้โดยมีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น กลวิธีในการรับผู้สูงอายุเข้าในสถานบริการเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้เกิดการรับเข้าเกินความจำเป็นสามารถอาศัยกระบวนการ “การประเมินผู้สูงอายุ” (geriatric assessment)⁽⁴⁴⁾
- สำหรับการบริการภาคเอกชนเป็นระบบเสริมสำหรับผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อและมีโอกาสเลือก โดยรัฐควรให้การสนับสนุนสถานบริการเรื้อรัง-ระยะยาวของภาคเอกชน เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของภาครัฐ

4. โครงสร้างการบริหารจัดการของระบบบริการจำเป็นจะต้องสอดคล้องกับทิศทางการปกครองของประเทศไทย ในขณะเดียวกันจะต้องมีความเหมาะสมในด้านเทคนิคและข้อจำกัดของประเทศไทย บริการ

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

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

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

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลที่จะเกิดขึ้นต่อรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต⁽⁵⁰⁻⁵³⁾

ตามที่นี้นโยบายของรัฐบาลที่ได้มีการดำเนินการให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2544 เป็นต้นมา จะส่งผลอย่างสูงทั้งต่อสิทธิที่ประชาชนจะได้รับ การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และต่อรูปแบบระบบการบริการในอนาคต โดยมีสาระสำคัญของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดังนี้

สิทธิที่ประชาชนจะได้รับ

ประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกัน โดยในปัจจุบันจะได้รับการครอบคลุมโดย
และปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกระดับ โดยสาระส่วนที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโควิด
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์) การล้างไตโดยการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และจำกัดจำนวนเงินที่ให้
สำหรับการรักษาในโครที่รุนแรงบางอย่าง อาทิ โคมะเริง เป็นต้น สำหรับในอนาคต มีความเป็นไปได้ที่จะมีระบบ
ประกันเสริมสำหรับผู้ที่ประสงค์จะต้องการครอบคลุมโครที่รุนแรงหรือระดับการรักษาที่ถูกจำกัดໄว้

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

การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพ

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

รูปแบบระบบการบริการ

ไม่ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีการจัดโครงสร้างรวมเป็นอย่างไรก็ตาม แต่จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
จะก่อให้เกิดการจัดตั้งการบริการชุมชนและการบริการที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นประโยชน์ต่อ
ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากๆ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและพิพพา และผู้ที่โครเรื้อรัง นอกจากนั้น
ยังจะนำไปสู่การปรับรูปแบบการบริการในสถานบริการที่จะเอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในอนาคตมากยิ่ง
ขึ้น เช่น การจัดคลินิกผู้สูงอายุ การจัดเตียงเฉพาะหรือห้องผู้ป่วยสูงอายุเป็นการเฉพาะ และการให้การบริการ
สุขภาพในปัญหาเฉพาะบางประการ เช่น ปัญหาการหลั่ง ปัญหาการหลั่งปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น

ดังนั้นโดยภาพรวม ประชาชนสูงอายุโดยทั่วไปจะได้รับประโยชน์จากการประยุกต์ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะยาว และระบบนี้จะเอื้อให้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีการพัฒนาเร็วขึ้น
อย่างไรก็ตามในระยะ 10 ปีข้างหน้ายังคงเป็นระยะที่มีความสับสนพอสมควรอันเนื่องมาจาก การปรับเปลี่ยน
โครงสร้างระบบบริการและการเคลื่อนย้ายทรัพยากร ผู้สูงอายุจึงอาจยังไม่ได้ประโยชน์เต็มที่ในระยะดังกล่าว呢

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสิ่งที่ไม่วางแผนไว้ในรายงานการศึกษา “ກາພັນກະໝົນໝາຍແລະວະບັບສິດຕິກາງແລະປົກການໃຫ້ທົກວຽກ” กับสิ่งที่ไม่วางแผนไว้ในรายงานอื่นๆ และที่ปรากฏ
ใน “แผนวิเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544”⁽³⁶⁾ และ “ສາງະສຳຄົມຂອງອິນໄບຢາຍແລະມາຕກາຮ່າຍກູ່ສູງອາຍຸຮັບຍະຍາວ (พ.ศ.2535-2554)”⁽³⁷⁾

ส้วสติการ	บริการใน เอกสาร ฉบับที่ 1	รายงานอื่นๆที่เสนอ	แผนระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544	สาระสำคัญของนโยบายและ มาตรการสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับยา (พ.ศ.2535-2554)
ความมั่นคงทางรายได้	✓	7,11,12,13,14,16,18,19,20,22,24,25,28	✓	✓
• ระบบประกันชราภาพ	✓	11,12,13,16,18,19,20,28	✓	✓
• กองทุนผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ (“ไม่ใช่กองทุนในกฎหมาย”)	✓			
• กองทุนผู้สูงอายุในกฎหมาย	✓	14,24	✓	
• สงเคราะห์ผู้สูงอายุกรณีไร้บ้าน	✓	5,7,8,9,13	✓	
• เทิมโภภาระจ้างงาน เช่น สงเคราะห์ผู้ถูกหลอก ลดหนี้ค่าน้ำเสื่อม น้ำเสื่อม สังเสริมการท่องเที่ยวท่องเที่ยวและบ้านเด็ก	✓	7,19,20,22	✓	
• สงเคราะห์ครอบครัวฯ เช่น ลดหย่อนภาษีเงินได	✓	18,20,25	✓	
• ยกเว้นภาษีเงินไดนาญและช่างช่างก่อสร้างที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป	✓	28		
สังเคราะห์ความไม่สงบของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	✓	5,11,13,14,16,17,19,21,22,28	✓	✓
• ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแล	✓	5,13,16,19	✓	
• ยกเว้นภาษีอาสามตัวครัวชุด	✓	16	✓	
• รับประทานแบบสกุชชาให้เด็ก ครรภ์และแม่รับผิดชอบ – ส่งเสริมค่านิตย์	✓	13,16,25	✓	
• สงเคราะห์การปรุงอาหารส่วนต่อมาให้ฟื้นฟูรวมในภาคใต้ สั่งติการ	✓	11,13		

หลักประกันสุขภาพในยามเดือนป่าย

✓ 3.4,19,22,24,28

<p>เข้มให้สามารถต่อรองชีวิตในสิ่งคมมีเด tam สุมคาร</p> <ul style="list-style-type: none"> • ลดรากค่าโดยสารระหว่างประเทศสูงกว่า ๘๒ • จัดการเรื่องสิ่งสกปรกในห้องน้ำให้สะอาดมากกว่า • จัดซึ่งอุปกรณ์ด้านสุขอนามัยที่สำคัญและ เช่น ถุงมือทางเดินเท้า ฉาบ剂 ห้องสุขา เป็นต้น • จัดให้สถานศึกษาจัดและสนับสนุนภารกิจฯ • อบรมครุภัณฑ์สิ่งที่สำคัญๆ อย่างไร • สร้างเครื่องและอุปกรณ์สุขาที่ผู้หญิงสามารถใช้ได้สะดวก เช่น เก้าอี้ลักษณะพิเศษ แบบปรับลดอุปกรณ์ เช่น เสื้อกันหนาวแบบพิเศษฯ • เอื้อให้เด็กเข้าห้องน้ำตามส่วนตัว • จัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้หญิงอายุ • ลดห่วงอุปกรณ์ต่างๆ ช่วยลดภาระงานที่ครุศึกษา 	<p>✓ 5,7,11,13,16,19,22,25,28</p>
<p>อุปน.</p>	<p>✓ 16,25,28</p>
<p>● สร้างติดตั้งให้ถูกและพอดีกับขนาดห้องน้ำที่มีอยู่</p>	<p>✓ 5,25</p>
<p>● หลังบานบานยานด้านสุขอนามัยที่สำคัญและ เช่น ถุงมือทางเดินเท้า ฉาบ剂 ห้องสุขา เป็นต้น</p>	<p>✓ 5,16,25</p>
<p>อุปน.</p>	<p>✓ 13,16</p>
<p>● จัดให้เด็กเข้าห้องน้ำตามส่วนตัว</p>	<p>✓ 13,16,19,22</p>
<p>● จัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้หญิงอายุ</p>	<p>✓ 11,16,19</p>
<p>● ลดห่วงอุปกรณ์ต่างๆ ช่วยลดภาระงานที่ครุศึกษา</p>	<p>✓ 28</p>
<p>อุปน.</p>	<p>✓ 18</p>
<p>● หลังบานบานยานด้านสุขอนามัยที่สำคัญและ เช่น ถุงมือทางเดินเท้า ฉาบ剂 ห้องสุขา เป็นต้น</p>	<p>✓ 14</p>

ตราสารที่ 2 เปรียบเทียบบริการในรากยานและการศึกษา
ใน “แผนร่วมพัฒนาสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544”⁽³⁶⁾ และ “สร้างสำคัญของนโยบายและมาตรฐานการสำหรับผู้สูงอายุร่วมกัน” (พ.ศ.2535-2554)”⁽³⁷⁾

บริการ	อยู่ใน เอกสารอ้าง อิงที่ 1	รายงานอื่นๆที่เสนอ มาตราชาร์ที่ 1	แผนระยับยาส่าหรับผู้ สูงอายุและชาติ พ.ศ.2525-2544	สร้างสำคัญของนโยบายและ มาตรฐานการสำหรับผู้สูงอายุ ร่วมกัน (พ.ศ.2535-2554)
การบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ-สหสานชานิชมูลนิธิ				
• บริการด้านการเงินและการลงทุนที่ยั่งยืน	✓	4,5,7,8,9,11,15,16,17,18,21,24,26,27, 29,30,33	✓	5,7,8,9,13
• ชุมชน-องค์กรในชุมชน เช่น บอร์ด วัด ฝ่ายศาสนา	✓	4,5,11,13,16,20,25,27,29	✓	2,7,9,12,13,16,19,23,25,26,29,30,32, 33,35
• บริการเยี่ยมบ้าน (พัฒนาสังคมและสุขภาพ)	✓	7,9,16,19,22,25,26,29	✓	7,9,16,19,22,25,26,29
• ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center)	✓	9	✓	9
• บริการดูแลบ้าน-ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านชั่วคราว (respite care)	✓	9,14,16,26,29	✓	9,14,16,26,29
• บริการอาหาร	✓	19,26	✓	19,26
• บริการห้องสุขาพัฒนาชุมชน-สังคมและศิลปะที่ให้เพื่อนที่ทางไกล	✓	2,16,17	✓	2,16,17
• การพัฒนาสุขภาพในชุมชน-ที่ปรึกษา	✓	5,8,9,18,23,26,29,31,33	✓	2,4,5,7,8,9,11,18,21,23,24,26,29,30,31, 32,33,35
• การพยาบาล-บริการสุขภาพทั่วไป/นิเทศน์	✓	7,9,11,12,14,19,21,22,24,25,26,27,29	✓	7,9,11,12,14,19,21,22,24,25,26,27,29
• สถาบันสันติธรรมครอบคลุมและเครือข่ายทั่วไปในท้องถิ่น (informal care) ในราษฎร์ผู้สูงอายุไทยในอนาคต	✓		✓	

● บริการและน้ำยาสีฟัน	9,26
การบริการสถานบริการ	
● โรงพยาบาล-หอผู้ป่วยเชิงพัฒนา	✓ 7,9,11,12,13,16,18,19,23,25,26, 34
● คลินิกผู้สูงอายุ	✓ 9,34
● สถานบริการสุขภาพเครื่องประดับยา / สถานพัฒนา	✓ 12,13,23,25,26
● สถานสงเคราะห์คนชรา	✓ 7,9,19,23,25,26
● บริการรับผู้ป่วยสัมมุตติ (respite care)	✓ 7,9,13,16,18,25,26
● บริการบ้านพักชุมชน	✓ 26
● บริการโรงพยาบาลลากลังรุ้ง (day hospital)	26
บริการอื่นๆ	
● สถาบันผู้ดูแลและดูแลอาสาสมัครผู้ดูแล	✓ 7,11,13
● บริการดูแลผู้สูงอายุ-ผู้พิการสำหรับผู้ที่ไม่สามารถ自理	✓ 7,11,13
● ศูนย์ผู้สูงอายุ-ผู้พิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	✓ 7,8,16,19,25,29
● (สงเคราะห์) บริการภาคเอกชน	✓ 12,13,18
● บริการฝึกอาชีพ-จัดหางาน	✓ 7,13,16,22
● บริการชุมชนสังคมที่ให้หมายความ	✓ 5
● บริการชุมชนช่างสร้างบ้านผู้สูงอายุ	✓ 7,16,19,22,26
● ศูนย์และศูนย์พัฒนาที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตฯ	✓ 23
● การบริการชุมชนโดยที่ปรึกษาทางศาสนาและสุขภาพจิตฯ	5,9,11,26,27
● บริการงานพัฒนาชีวภาพ	11

๔๖	<ul style="list-style-type: none"> ● บริการส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบชำระเงินโดยมุ่งเน้นการสร้างสรรค์ความประทับใจ ● เฟิร์มเคิลภาระผู้ผลิตและผู้นำเข้าให้บริการ ● บริการชั้นนำด้านมาตรฐานค่าธรรมเนียม ● บริการให้คำปรึกษาตัวบุคคลหมาย 	14
๔๗	<ul style="list-style-type: none"> ● บริการส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบชำระเงินโดยมุ่งเน้นการสร้างสรรค์ความประทับใจ ● เฟิร์มเคิลภาระผู้ผลิตและผู้นำเข้าให้บริการ ● บริการชั้นนำด้านมาตรฐานค่าธรรมเนียม ● บริการให้คำปรึกษาตัวบุคคลหมาย 	9,15,24,35
๔๘	<ul style="list-style-type: none"> ● บริการส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบชำระเงินโดยมุ่งเน้นการสร้างสรรค์ความประทับใจ ● เฟิร์มเคิลภาระผู้ผลิตและผู้นำเข้าให้บริการ ● บริการชั้นนำด้านมาตรฐานค่าธรรมเนียม ● บริการให้คำปรึกษาตัวบุคคลหมาย 	16

ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อการพัฒนาระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุ

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

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

จากความเป็นจริงของการกำหนดแผนระยะยาวในอดีตและโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการตามแผน ทำให้ปรากฏชัดว่า ในการกำหนดแผนและการดำเนินการตามเพื่อระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตซึ่งเป็นหลักประกันสำคัญของสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีกลไกสำคัญ 4 ประการ คือ

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

4. กระบวนการต่างๆโดยเฉพาะทางกฎหมายเพื่อการส่งเสริมและการดำเนินการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีบทบาทอย่างจริงจังในระบบบริการและการจัดสวัสดิการในชุมชน
5. การผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านบริการผู้สูงอายุด้านต่างๆ รวมทั้งกระบวนการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาวิจัยที่ควรมีในอนาคต

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

บรรณานุกรม

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรนามย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธิกกิจ, สิรินทร์ ฉันศิริกาญจน, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- พรพิพิญ เกยุราనนท์. รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัดกองโรงยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ทศวรรษหน้า [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาขาวิชานิตย์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, อำนวย กาจีนะ. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข: อนาคตของระบบบริการสาธารณสุข. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2541;1(2):48-58.
- อาวี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, เยาวรัตน์ ประปักษ์งาม, นฤมล ศิลาธิรัช. (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
- เกริกศักดิ์ บุญญาณพงศ์. นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ. สรายสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535.
- Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, 1998.
- วุฒิสาร ตันไซย, เล็ก สมบัติ. การศึกษาเบรียบเทียบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ญี่ปุ่น และประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.
- บุญศรี สรรสະอาด, ศันสนีย์ อယุ่ประเสริฐ, สุคนธ์ ชีวะธรรม, ลักษณา สุวรรณธรรม, พนิดา อินทร์ลักษณ์, อพชา ชัยมงคล. แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพทางสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.

กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายสังเคราะห์ทางสาธารณสุข กองส่งเสริมสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2534.

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

25. ศรีจิตรา บุนนาค. ข้อเสนอแนะการให้การบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: กัมมันต์ พันธุ์อมจินดา (บรรณาธิการ). สมองเสื่อม โรคหรือวัย. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ, 2543:105-18.
26. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. ระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:233-42.
27. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. สาธารณสุขมูลฐานกับการปฏิวัติระบบบริการ (บทบรรณาธิการ). จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2543;44(2):69-74.
28. บรรดุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอดชาวบ้าน, 2542.
29. สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2): 67-79.
30. Jitapunkul S. A randomised control trial of regular surveillance in Thai elderly using a simple questionnaire administered by non-professional personnel. *J Med Assoc Thai* 1998;81(5):352-6.
31. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Effectiveness and cost analysis of community-based rehabilitation service in Bangkok. *J Med Assoc Thai* 1998;81(8):572-8.
32. สุวิชา จันทร์สุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่. รายงานวิทยานิพนธ์สาขาวิชาเอก สุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
33. จิราพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปรารตนา ยศพล, ลินีนาฎ บุญต่อเติม. โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี, 2537.
34. Jitapunkul S, Nuchprayoon C, Aksaranugraha S, et al. A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach and strengthened physician-nurse collaboration in general medical wards of a Thai acute care hospital. *J Med Assoc Thai* 1995;78(11):618-23.
35. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทัศนีย์ สุรกิจิกาล (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิวัติระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
36. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการการศึกษา วิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525.
37. สาธารณะคุณของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการพัฒนาสังคมและความมั่นคงฯ ประจำปี 2535.
38. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมสุวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: ผู้สูงอายุสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:103 -15.
39. ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงศ์สิทธิ์. การประเมินผลโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

40. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Health care for elderly people in developing countries: a case study of Thailand. Age Ageing 1993;22:377-81.
41. มัทนา พนานิรนามย์. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ. ใน: สุวัฒน์สูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:93-102.
42. มัทนา พนานิรนามย์, นงนุช สนธิรัตนกานต์. เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ. ในหนังสือเล่มนี้ (บทที่ 4)
43. จรัส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน: สุวัฒน์สูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภាទผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:138-56.
45. ชุดโครงการวิจัยการกระจายอำนาจประจำจังหวัดและสุขภาพ. ข้อเสนอเชิงนโยบาย: การพัฒนาบทบาทและศักยภาพของ อบต. ใน: ชูชัย ศุภวงศ์, ยุวดี คาดการณ์ไกล, (บรรณาธิการ). อบต. ในแนวทางประชาคมตำบล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541:39-41.
46. ร่วมนันท์ ศิริกันกวีไล. การพัฒนาระบบสาธารณสุขอำเภอ ทางออกแห่งการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบ นูนากการ. ใน: ทางเลือกใหม่ ระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542.
47. ผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2542. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
48. รายงานการประเมินผลการดำเนินการตามแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. คณะกรรมการประเมินผล คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (เอกสารประกอบการประชุม, พ.ศ.2543)
49. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจาก ข้อมูลนวนิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:42-9.
50. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 1-2-3 ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารพุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:59-64.
51. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. เว้าได้แต่ต้องระวังอะไรมากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บทบรรณาธิการ). วารสาร พุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:3-7.
52. คณะกรรมการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอ: ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage). เอกสารเผยแพร่ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (มีนาคม พ.ศ.2544).
53. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health System: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

บทที่ 10 : ระบบวิจัยและแนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตต์พันธ์กุล

ปรัชญาด้านการวิจัย

การวิจัยมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญยิ่งต่อความเป็นธรรมในการพัฒนาประเทศ และนำไปสู่การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดเพื่อสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าในมุมมองมนุษย์หรือจุลภาค แต่งานวิจัยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้ความจำกัดของทรัพยากรและสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่สังคมไทยได้นั้น จะต้องมีกลไกการวิจัยที่มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ-และประสิทธิผล เช่นกัน

วิสัยทัศน์ทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ

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

ปัจจุบัน เป็นที่ประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง “สุขภาพ” “การพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ” และ “สภาพแวดล้อม” โดยผลของการพัฒนาและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปที่มีต่อสถานะสุขภาพได้ทำให้อายุคาดหวังของประชากรในประเทศไทยเพิ่มขึ้น แต่การเพิ่มขึ้นของอายุคาดหวังไม่ได้หมายความว่าสถานะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและอนาคตจะดีขึ้น มีข้อมูลจำนวนหนึ่งที่แสดงถึงสมมติฐาน “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย”⁽¹⁾ และเป็นไปได้ว่าประชากรรายสูงอายุและวัยกลางคนในอนาคตจะมีอัตราความซุกของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพตามก้าวสูงอายุสูงขึ้น ทำให้สัดส่วนของช่วงชีวิตที่เจ็บป่วยและทุพพลภาพจะยาวนานขึ้น เป็นผลต่อการจัดสรรงบประมาณก่อภาระสูงขึ้น ทำให้สัดส่วนของช่วงชีวิตที่นั่นยังคงหลักฐานชัดเจนถึง “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในประชากรสูงอายุไทย”⁽²⁾ โดยผู้ที่สนใจและต้องการศึกษา มีอัตราความซุกของภาวะทุพพลภาพสูงกว่าผู้ที่สูงอายุและมีการศึกษาผลของกรณีนี้นำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “ratchet effect”⁽³⁾ หรือ “วัฏจักรของความเจ็บป่วยและความจน” กล่าวคือ ในครอปครัวที่จนเมื่อมีการเจ็บป่วยร้ายแรงที่ไม่คาดคิด – ซึ่งเกิดขึ้นบ่อยในผู้ที่มีอายุมาก – ค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับจะทำให้ฐานะการเงิน

ของครอบครัวนั้นแล้วร้ายลงอีก – จนมากขึ้น – และจะเกิดเป็นวัฏจักรของความยากจนและการเจ็บป่วย จนถึงที่สุดแล้วครอบครัวนั้นย่อมแตกสลายไป

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

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

เป็นที่ตระหนักกันโดยทั่วไปว่า การศึกษาวิจัย “เป็นฐานของ การพัฒนาสังคม เพื่อการสร้างความ เป็นธรรม และเพื่อให้การใช้ทรัพยากร่มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดของสังคม” โดยการที่จะไปสู่เป้าหมาย ดังกล่าวไม่ได้ขึ้นกับการมี “หน่วยงานกำกับดูแล” แต่อย่างใด แต่จะเกิดขึ้นได้จากการสร้างและพัฒนา “แนวทาง และประเด็นการวิจัยด้านผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในระดับชาติโดยจะต้องมีการลำดับความสำคัญอย่าง ต่อเนื่อง” และ “โครงสร้าง-กลไกด้านการวิจัยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล”

แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุและครอบประเด็นวิจัยที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ด้วยเหตุผลต่างๆ ข้างต้นและตามสาระที่ปรากฏอยู่ในบทต่างๆ ของหนังสือเล่มนี้ จึงสามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับประเทศไทยจำเป็นต้องมุ่งไปใน 3 ทิศทาง คือ

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

- การวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุ และการประเมินผลการปฏิบัติตามตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ทั้งนี้ภายใต้แนวทางการวิจัยทั้งสามทิศทาง ประเด็นการวิจัยหรือชุดโครงการจะต้องมีที่มาจากการ “มุ่งมองสาธารณชน” (ตอบสนองต่อความจำเป็นของประเทศ) และได้รับ “การลำดับความสำคัญ” อย่างต่อเนื่อง เพื่อความเหมาะสมในการจัดสรรงรภยากร สำหรับงานวิจัยที่สมควรได้รับการพิจารณาความสำคัญในลำดับต้น ความมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นงานวิจัยที่สามารถชี้นำนโยบายและการดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสังคมและผู้สูงอายุ
2. เป็นงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติทั้งใน การวิจัยต่อเนื่องและการปฏิบัติตาม
3. เป็นงานวิจัยในลักษณะสาขาวิชา

สภาพของกลไกและโครงสร้างด้านการสร้างความรู้/การวิจัยด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทย

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

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

ประเด็นที่สอง-ขาดการนำเอาผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศไทย-ชุมชน-หรือด้านวิชาการ อย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งของปัญหาดังกล่าวเป็นผลมาจากการความค่อนแคลนทางวิชาการและการให้คุณค่าทางความรู้ ของสังคมไทย (วัฒนธรรมด้านการวิจัยที่ยังอ่อนแอ) เป็นผลให้ผู้ทำการศึกษาวิจัยเองขาดความกระตือรือล้นในการเผยแพร่งานวิจัย ปัญหานี้พบได้สูงมากในงานวิจัยระดับปริญญาโทและเอก อีกส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดจิตสำนึกของผู้ใช้ที่ไม่ได้ลงแรงหรือขาดความสามารถในการหาข้อมูลและประมวลองค์ความรู้ทั้งที่ข้อมูลและองค์ความรู้สำคัญจำนวนหนึ่งมีปรากฏในเอกสารการวิจัยและวารสารระดับชาติและนานาชาติที่สามารถเข้าถึงได้ไม่ยาก ส่วนสุดท้ายเป็นผลมาจากการขาดกลไกเพื่อการตั้งกล่าว กลไกสำคัญอย่างหนึ่งคือระบบการบริหารจัดการ อีกส่วนหนึ่งคือสื่อกลางของการเผยแพร่ความรู้ โดยเฉพาะวารสารทางวิชาการที่มีคุณภาพ (ปัจจุบัน สมาคมพฤษศาสตร์ผู้สูงอายุไทยได้จัดทำ “วารสารพฤษศาสตร์ผู้สูงอายุ” ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็น วารสารมาตรฐานระดับชาติ⁽⁶⁾) และการจัดประชุมทางวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้และผลงานวิจัย (ปัจจุบัน สมาคมพฤษศาสตร์ผู้สูงอายุไทยได้จัดประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุเป็น

ประจำทุกปี⁽⁶⁾) นอกจานั้นยังขาดกลไกที่ดีพอในการส่งข่าวสารด้านการวิจัยสู่สาธารณะโดยเฉพาะข่าวสารที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อสาธารณะ

ประเด็นที่สาม-ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในระดับนโยบายและแผนระดับชาติได้ ซึ่งขัดเจนว่ามีความจำเป็นของการมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านนี้อย่างต่อเนื่อง (โครงสร้าง-รูปแบบของหน่วยงานนี้จะได้รับการนำเสนอต่อไป)

อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้และข้อมูลต่างๆที่มีในปัจจุบันนับว่ามีเพียงพอสำหรับการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งข้อมูลและองค์ความรู้ส่วนใหญ่มาจากนักวิชาการกลุ่มนี้ที่มีวิสัยทัศน์และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโครงสร้างองค์ความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศฯแต่อาจกล่าวได้ว่างานเหล่านี้ยังคงมีลักษณะเป็นงานเฉพาะกิจ และไม่มีหลักประกันว่าในอนาคตจะสามารถสร้างงานที่มีคุณภาพเช่นนี้ได้ต่อเนื่อง (ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 กำหนดแผนยุทธศาสตร์ให้มีกลไกหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประมาณ-สร้างองค์ความรู้และติดตามประเมินผลผลการดำเนินการตามแผนฯเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและปรับแผนอย่างต่อเนื่อง⁽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
- กฎระเบียบราก្យการที่ไม่ยืดหยุ่น
- ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง
- ขาดนโยบายระดับชาติที่เข้มแข็ง

แรงกดดันเหล่านี้ปากภูมิในทุกสังคมทุกประเทศมากบ้างน้อยบ้าง แต่มีอยู่มากในประเทศไทยกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย การஸละยแรงกดดันเหล่านี้จำต้องใช้กลไกการบริหารจัดการการวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

สภาพของกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศ

กลไกในการทำวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศมีความแตกต่างกันอย่างมาก ส่วนใหญ่ของประเทศพัฒนาแล้วจะไม่มีองค์กรเฉพาะเนื่องจากหน่วยงานต่างๆที่มีอยู่สามารถดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (ประเทศไทยเหล่านั้นผ่านเข้าสู่สถานะประชากรสูงอยุ่นานกว่า 50 ปี และมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องมานานพอสมควร) อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณมีข้อจำกัดน้อยกว่าประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้นระบบบันทึกข้อมูลระดับชาติ (registration system) ของหลายประเทศมีคุณภาพสูงทำให้การติดตามรวบรวมข้อมูลเป็นไปได้โดยสะดวกและต่อเนื่อง งานวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยที่พัฒนาแล้วจึงกระจัดกระจายไปตามหน่วยงานทางการศึกษาและวิจัยต่างๆ และครอบคลุมทั้งในด้านนโยบายและระดับมหาวิทยาลัย ไปจนถึงการศึกษาในพื้นที่ การศึกษาทางคลินิก หรือการศึกษาความรู้พื้นฐาน อย่างไรก็ตามองค์กรเฉพาะที่บางประเทศมีการจัดตั้งขึ้นจะเป็นองค์กรที่ทำการศึกษาวิจัยหรือให้ทุนสำหรับการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมทั้งในส่วนที่เป็นการศึกษาด้านผู้สูงอายุ (ครอบคลุมทั้งการศึกษาด้านสังคมและด้านสุขภาพ) และส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลไกและกระบวนการของความเจริญจะเป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง เชลด์ และสารพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ ประเทศไทยมีการจัดตั้งองค์กรเฉพาะในลักษณะเช่นนี้คือ ประเทศไทยสถาบันเมริกา (National Institute on Aging) อย่างไรก็ตาม National Institute on Aging หรือ NIA จะรับผิดชอบงานวิจัยทางด้านสุขภาพเป็นหลัก^(7,8)

ข้อเสนอโครงสร้างและกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

เพื่อจ่ายต่อการพิจารณากลไกการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย รูปแบบของกลไกการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย อาจพิจารณาอย่างกว้างได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบต่างคนต่างทำ
ข้อดี: มีความหลากหลาย
ข้อเสีย: เปลี่องงบประมาณ ข้าช้อน ขาดแหว่ง ขาดคุณภาพ ต้องประสิทธิผลในการนำผลงานวิจัยให้เกิดประโยชน์ต่อเนื่อง ขาดการประสานงานระหว่างนักวิจัยและหน่วยงานวิจัย
 - รูปแบบองค์กรเฉพาะ โดยท่านน้ำที่เป็นผู้จัดสรรงบประมาณและกำหนดงานวิจัยอย่างเป็นอิสระ
ข้อดี: มีงบประมาณเป็นของตนเองชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ คล่องตัวในการดำเนินงาน กำหนดพิธีทางการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสีย: อาจทำงานซ้ำซ้อนกับองค์กรด้านการวิจัยระดับชาติ เช่น สกว. สรส. และอาจทำให้การบริหารงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติขาดประสิทธิภาพ

- รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ (ไม่ได้เป็นเพียงชุดโครงการซึ่งมีลักษณะแบบเฉพาะกิจ เช่น กัน)
 - ข้อดี:** ทำให้การจัดสรรงบประมาณด้านการวิจัยในระดับชาติ มีประสิทธิภาพ ทิศทางสอดคล้องกับกรอบการวิจัยในด้านอื่นๆ กำหนดทิศทางการวิจัยได้อย่างประสิทธิภาพ สามารถพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยได้มีประสิทธิภาพแต่อาจด้อยกว่ารูปแบบองค์กรอิสระ
 - ข้อเสีย:** อาจมีความคล่องตัวน้อยในด้านงบประมาณเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 2

จากรูปแบบทั้งสามจะเห็นว่าที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นรูปแบบที่ 3 คือเป็น “รูปแบบหน่วยงานภายใต้การกำกับและสนับสนุนจากองค์กรหรือสถาบันวิจัยระดับชาติ” หน่วยงานนี้อาจจัดตั้งเป็นอิสระหรืออยู่ภายใต้สถาบันการศึกษาที่มีศักยภาพ และควรรับผิดชอบในภารกิจดังต่อไปนี้

1. กำหนดทิศทางและความสำคัญของประเทศไทยวิจัยระดับชาติด้านผู้สูงอายุ
2. ให้การสนับสนุนและดำเนินการเองในงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งด้านสังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และทางด้านสุขภาพ ภายใต้ทิศทางและลำดับความสำคัญที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นต้องส่งเสริมสนับสนุนการประยุกต์ความรู้ไปสู่การแก้ไขปัญหาทางด้านสังคมและสุขภาพ
3. ดำเนินการให้มีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ประเมล่องค์ความรู้ และติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนระดับชาติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับ “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.)” และ “สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)” เพื่อใช้ในการจัดทำและพัฒนาแผนระดับชาติ
4. จัดการด้านการฝึกฝนและพัฒนาฝ้ากวิจัยที่มีความสามารถ
5. พัฒนาและตั้งห้องทดลองทางด้านและในแหล่งต่างๆ เพื่อการพัฒนาความก้าวหน้าในงานวิจัยโดยเฉพาะการเสริมสร้างวัฒนธรรมด้านการวิจัย
6. กระจายข้อมูลข่าวสารด้านความก้าวหน้าทางสุขภาพและการวิจัยรวมทั้งทิศทางใหม่ๆ ของงานวิจัยแก่สาธารณะและกลุ่มเป้าหมาย
7. ติดต่อประสานกับนานาชาติเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเพิ่มพูนความรู้ที่จะนำมาประยุกต์ใช้

บรรณานุกรม

1. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):42-9.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสันธ์, วิพูด พุฒเจริญ, ไพบูลย์ ศรียะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนิยบ้ายและแผนสาธารณสุข 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. คณะกรรมการว่างแผนผู้สูงอายุระดับบ้านที่ 2. ว่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติดิบบับที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการว่างแผนผู้สูงอายุระดับบ้านที่ 2 คณะกรรมการจัดทำว่างแผนผู้สูงอายุระดับบ้านที่ 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.