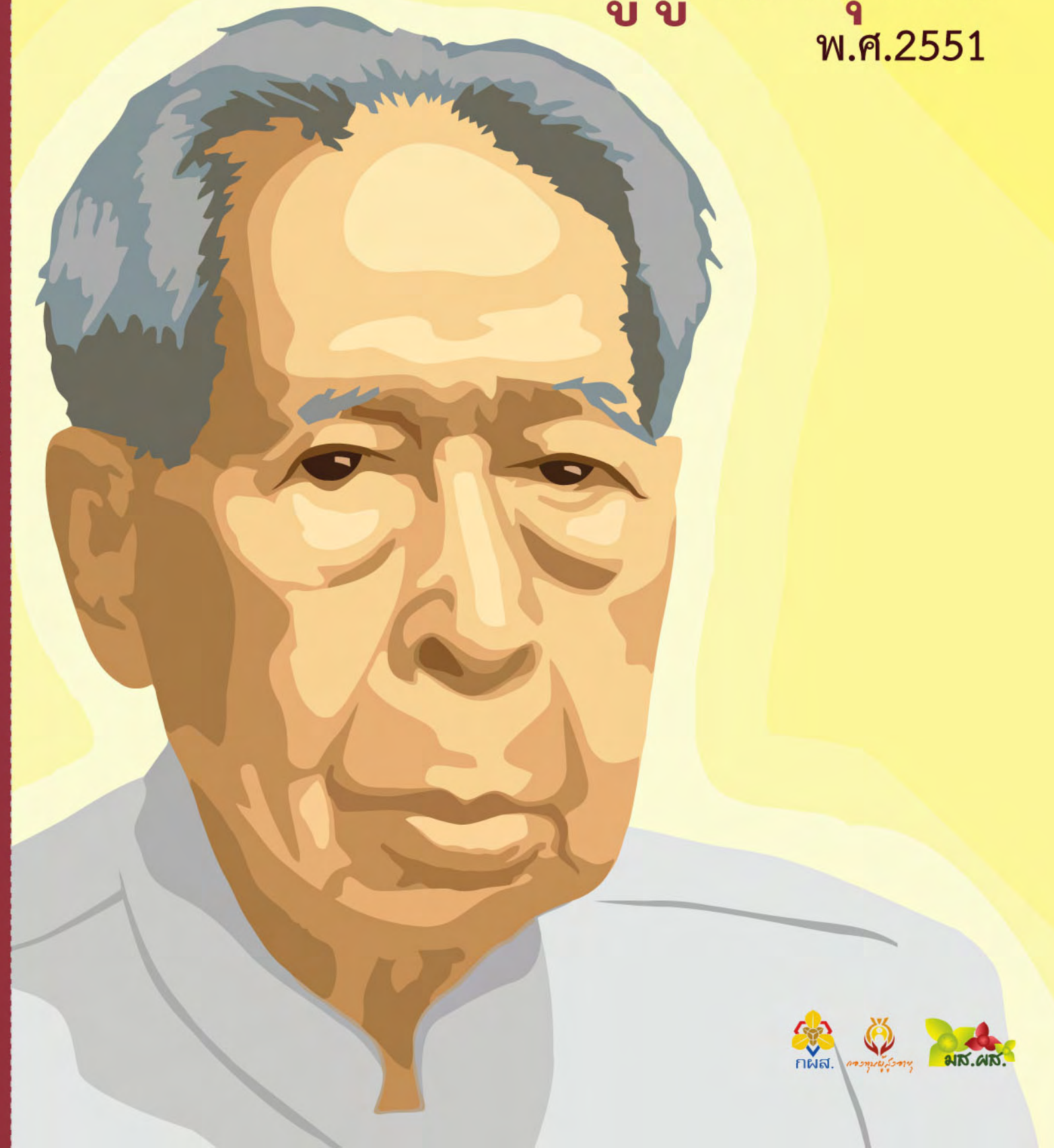


รายงานสถานการณ์
ผู้สูงอายุไทย
พ.ศ.2551

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551



มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.)

1168 พหลโยธิน 22 จอมพล จตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 0 2511 4963 โทรสาร 0 2511 4962

website : <http://www.thaitgri.org>



สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2552 จำนวน 1,000 เล่ม
เลขมาตรฐานสากล 978.....

ที่ปรึกษา

นพ.บรรลุ ศิริพานิช
รศ.นภาพร ชโยวรรณ

บรรณาธิการ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

กองบรรณาธิการ

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ
นางสาววิภา แก้วเกตุ
นางสาวเยาวภา สันติกุล
นางสาวพินิจดา ธนกรทวีโชติ
นางสาวจุฑารัตน์ นันทไชย

สนับสนุนโดย

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
กองทุนผู้สูงอายุ

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
อาคาร 6 ชั้น 2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ถนนกรุงเกษม แขวงมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100
(สำนักงานประสานงาน) 1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 02-511-4963 โทรสาร 02-511-4962
Website <http://www.thaitgri.org>

ภาพประกอบ

มูลนิธิสธารณสุขแห่งชาติ
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

รูปเล่ม

วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนานนท์

พิมพ์ที่

บริษัท ทีคิวพี จำกัด โทร. 02 212 5981 โทรสาร 02 932 5644

คำนำ

รายงานฉบับนี้เป็นรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ฉบับที่ 3 ที่มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ได้จัดทำโดยการมอบหมายของคณะกรรมการ ผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ในปี 2551 จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุของไทยก็ยังคง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการพัฒนาประเทศที่ดีขึ้น ตามลำดับ แต่เมื่อมีการเจาะลึกลงไปในเรื่องละเอียด ก็ ทำให้เห็นประเด็นสำคัญที่หลายฝ่ายต้องมาช่วยกัน หาทางปรับปรุงให้ดีขึ้น

อาจจะดูเหมือนเป็นเรื่องปกติที่รายงานสถานการณ์ ผู้สูงอายุ จะชี้ให้เห็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะ คนทั่วไปอาจจะสรุปไปแต่ต้นแล้วว่า ผู้สูงอายุยังก็ ต้องมีปัญหาสุขภาพ แต่หากทราบบว่า ปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมาจากเรื่องที่ป้องกันได้ อย่าง เช่น เรื่อง การพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บ ป่วยที่สูงมากในผู้สูงอายุ และการหกล้มมาจากการ ไม่มีการดูแล สิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นในบ้าน หรือใน ที่สาธารณะ ให้สะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หลายฝ่ายน่าจะสนใจที่จะมาช่วยกันหาทางป้องกัน เพราะเรื่องอย่างนี้ คงไม่ใช่เรื่องที่จะปล่อยให้ผู้สูงอายุ แต่ละคน หรือแต่ละครอบครัวไปดิ้นรนหาทางช่วย ตัวเอง หรือหากเราทราบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คน เดียวมีสูงถึงกว่า 10% และที่อยู่กับคู่สมรส ที่ก็เป็น ผู้สูงอายุเหมือนกัน มีอยู่อีกเกือบ 4% ในขณะที่ตาม ลำมะโนประชากรอาจจะอยู่กับลูกหลาน แต่ลูกหลาน ต้องอพยพย้ายแรงงานไปทำงานในเมือง หลายฝ่ายก็ เริ่มเห็นความเสี่ยง ที่น่าจะมาช่วยกันลด หรือหาทาง

มาดูแลผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในข่ายมีความเสี่ยงสูง ไม่ใช่ ความเสี่ยงด้านสุขภาพแต่เป็นความเสี่ยงทางสังคม จิตวิทยา นี่ยังไม่พูดถึงความเสี่ยงทางการเงิน และการ มีโอกาสได้รับความรู้ที่จำเป็น เพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่าง มีความสุข เป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวเอง และผู้คนรอบข้าง

ข้อมูลในรายงานฉบับนี้น่าจะช่วยชี้ให้เห็นความ จำเป็นที่จะต้องจัดการทั้งในส่วนปัจเจก ในระดับชุมชน และที่สำคัญคือในระดับประเทศ เพื่อลดความเสี่ยง และเพิ่มความสุขให้กับผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือ การทำให้ ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่สร้างสรรค์ ไม่ใช่เป็นภาระที่ ต้องให้ใครมาดูแลเป็นพิเศษ

แน่นอนว่าการดูแลในฐานะลูกหลานที่ดีเป็นเรื่อง ที่ยังต้องส่งเสริมให้คงอยู่ ไม่ใช่ สร้างสังคมอนาคตที่ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวได้ โดยไม่ต้องมีการดูแลเพราะ การอยู่ร่วมกันในฐานะ ครอบครัว ไม่ว่าผู้สูงอายุจะช่วย ตัวเองได้หรือไม่ มีงานทำ หรือมีรายได้มากน้อยเพียงไร ยังเป็นค่านิยมและคุณสมบัติสำคัญที่จะต้องช่วยกัน ดำรงไว้ และสังคมไทยก็มีพื้นฐานวัฒนธรรม และการ ดำรงชีวิตที่เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว เป็น ชุมชน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยไม่ได้มองเป็น ภาระ แต่เป็นความสุขของทุกฝ่าย

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุจึงไม่ได้มุ่งเสนอ แต่ปัญหา แต่หวังให้เห็นโอกาส หรือมีความหวัง ที่จะสร้างสังคมอนาคตที่ผู้สูงอายุจะเป็นสมาชิกที่ เข้มแข็งของครอบครัว และชุมชน ในรายงานแต่ละปี คณะผู้จัดทำจึงพยายาม หาตัวอย่างของการจัดบริการ ของหน่วยราชการ หรือองค์กรสาธารณะประโยชน์

รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในรายงานปีนี้ก็เช่นเดียวกัน หวังว่าผู้อ่านรายงานจะเห็นโอกาสในการทำงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

แต่ที่เพิ่มขึ้นมาใหม่คือการประมวลสิ่งที่สื่อมวลชนนำเสนอเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อเป็น ตัวสะท้อนทางอ้อม ถึงมุมมองที่สังคมมีต่อผู้สูงอายุ ปฏิเสธไม่ได้ว่า สิ่งที่สื่อมวลชนนำเสนอ มุมมองที่สื่อใช้ในการมองเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุ จะมีผลต่อการรับรู้และการสร้าง ภาพพจน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของผู้คนในสังคม

แน่นอนว่า เราอยากเห็นภาพของผู้สูงอายุในสายตาของทุกฝ่ายในสังคม ในฐานะคน ที่มีคุณค่า มีพลัง ไม่ใช่ผู้ด้อยโอกาส หรือคนอ่อนแอที่ต้องคอยรับความช่วยเหลือ หรือกลายเป็น กลุ่มเป้าหมายใหม่ของการหาเสียงทางการเมือง เพราะกำลังเป็นกลุ่มประชากรที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แกมยังเป็นกลุ่มที่สนใจ ความเป็นไปของบ้านเมือง ด้วยสะสมประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตมาเป็นเวลานาน

ท่านที่ได้มีโอกาสเห็นตั้งแต่เล่มแรกที่ มส.ผส. เข้ามาดำเนินการ คงเห็นความพยายามที่จะทำให้รายงานสถานการณ์ประจำปี เป็นเอกสารวิชาการที่มีเนื้อหา และรูปแบบที่ฝ่ายต่างๆ จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ได้อย่างกว้างขวาง สมดังเจตนารมณ์ ของคณะกรรมการแห่งชาติ และ กระทรวงพัฒนาสังคมฯ ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการ ที่มงาน

รายงานที่จัดทำเป็นประจำทุกปีจะประสบปัญหาสำคัญว่าไม่มีข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์มา สะท้อน หรือชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันอาจเนื่องมาจากข้อมูลไม่มีในระบบ เพราะความล่าช้า หรือมีข้อมูลแต่ไม่แสดงให้เห็นว่ามีอะไรแตกต่างไปจากเดิม แต่ในกระบวนการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้เห็น ถึงความมุ่งมั่นของหน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูล และการพัฒนานโยบาย หรือทำงานเพื่อผู้สูงอายุ ในการรวบรวมข้อมูลที่มีในระบบ รวมทั้งข้อมูลที่ได้มาจากการสำรวจ ศึกษาเพิ่มเติม จนทำให้เห็นข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงสามารถชี้ประเด็นที่แตกต่างไปจากในปีก่อนไม่มากนักแล้วแต่รายละเอียดของแต่ละเรื่อง

ในฐานะผู้รับผิดชอบการจัดทำรายงาน มส.ผส. ขอขอบพระคุณคณะทำงาน และหน่วยงานที่ท่านทั้งหลายสังกัดอยู่ ที่ได้กรุณาพัฒนาระบบข้อมูล และให้ความร่วมมือในการรวบรวมจนเกิดเป็นรายงานสถานการณ์ ผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพ และประโยชน์มากขึ้นเรื่อยๆ น่าดีใจที่หลายปีที่ผ่านมา รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ต้องการและมีผู้ขอมาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางจนหมดไปในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งหากมีผู้สนใจจะนำไปผลิตเพิ่ม เพื่อแจกจ่ายกับผู้คนให้ได้ใช้ประโยชน์มากขึ้น มส.ผส. ก็มีความยินดี และเชื่อว่า คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และกองทุนผู้สูงอายุ ในฐานะผู้สนับสนุนงบประมาณก็คงไม่ขัดข้องที่ผลงานอันเป็นสาธารณะประโยชน์ มีผู้สนใจนำไปเผยแพร่อย่างกว้างขวาง



(นพ.บรรลु ศิริพานิช)

ประธานกรรมการมูลนิธิสถาบันวิจัย
และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

สารบัญ

คำนำ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1

1. ประชากรสูงอายุไทย

7

1.1 แนวโน้มประชากรสูงอายุระดับประเทศ พ.ศ.2503-2573

9

1.1.1 ขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุ

9

1.1.2 ความเร็วของการสูงอายุทางประชากร

10

1.1.3 โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุ

11

1.2 กระบวนการทางประชากรที่นำไปสู่การสูงอายุทางประชากร

12

1.2.1 การลดภาวะเจริญพันธุ์

12

1.2.2 การลดภาวะการตาย

13

1.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

15

1.3.1 โครงสร้างอายุของประชากร

15

1.3.2 ดัชนีการสูงอายุ

18

1.3.3 อายุมัธยฐาน

20

1.3.4 อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน

20

1.3.5 อัตราการเปลี่ยนแปลงประชากรสูงอายุ

20

1.4 โครงสร้างทางอายุ และเพศของประชากรสูงอายุ

21

1.4.1 การสูงอายุขึ้นของประชากร

21

1.4.2 การมีประชากรหญิงสูงอายุที่มากกว่าชายสูงอายุ

23

1.5 ลักษณะที่เปราะบางของประชากรสูงอายุ

24

2. สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

31

2.1 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

32

2.2 ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

40

2.2.1 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

40

2.2.2 ปัญหาทางจิตเวช ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

43

2.3 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเอดส์

45

2.4	การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	46
2.5	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	50
2.6	ภาวะความพิการในผู้สูงอายุ	53
2.6.1	ประเภทของความพิการ	55
2.6.2	ผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีผู้ดูแล	57
2.6.3	การใช้สวัสดิการค้ำรักษาพยาบาลหลักของรัฐ	58
2.6.4	ความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐที่ผู้ดูแลต้องการ	59

3. การดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุ 61

3.1	การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน	65
3.1.1	โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)	65
3.1.2	ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	66
3.1.3	การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	67
3.1.4	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)	69
3.1.5	โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ	70
3.1.6	ชมรมผู้สูงอายุ	71
3.1.7	อาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน”	72
3.1.8	กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ	72
3.1.9	โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	75
3.1.10	กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาผู้สูงอายุ	75
3.2	การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน	76
3.2.1	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	76
3.2.2	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง	77
3.2.3	สถานสงเคราะห์คนชรา	77
3.2.4	สถานบริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์	78
3.3	การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส	79
3.3.1	การดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส และประสบปัญหาความเดือดร้อนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ	79
3.4	การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและจิตใจผู้ต้องขังผู้สูงอายุ	82
3.5	กองทุนผู้สูงอายุ	83
3.6	เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	84

3.6.1	เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ: กระทรวงมหาดไทย	84
3.6.2	เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ : กรุงเทพมหานคร	85
3.7	บริการสาธารณะ และนันทนาการ	85
3.7.1	กระทรวงมหาดไทย	85
3.7.2	กระทรวงคมนาคม	86
3.7.3	กระทรวงทรัพยากรและธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	86
3.7.4	กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	87
4.	การทำงาน รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ	89
4.1	ภาวะการทำงาน	91
4.2	กิจกรรมทางเศรษฐกิจ	93
4.3	สถานภาพการทำงาน	95
4.4	รายได้และชั่วโมงการทำงาน	97
4.5	การทำงานนอกระบบ	99
4.6	การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน	100
4.7	ระดับของการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ได้รับ และการใช้สวัสดิการรักษายาบาล	101
4.8	การมีปัญหากจากการทำงานนอกระบบ	102
4.8.1	ปัญหาจากการทำงาน	102
4.8.2	ปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	103
4.8.3	ปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน	104
4.9	การคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพ และฝึกอาชีพที่เหมาะสม	105
4.10	ภาวะความยากจนของผู้สูงอายุ	106
4.11	สถานการณ์รายได้และการออมของประเทศ	108
4.12	การออมสำหรับวัยสูงอายุ	110
4.12.1	ระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุในปัจจุบัน	111
4.12.2	นโยบายส่งเสริมการออมเพื่อวัยสูงอายุที่อยู่ระหว่างดำเนินการ	119
5.	การเข้าถึงข้อมูลการศึกษา การศึกษาการเรียนรู้ตลอดชีวิต	121
5.1	การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ	122
5.1.1	การฟังวิทยุ และการชมโทรทัศน์	123
5.1.2	การอ่านหนังสือ และการอ่านหนังสือพิมพ์	126

5.2	การศึกษาและการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต	126
5.2.1	การศึกษาและการส่งเสริมการเรียนรู้โดยภาครัฐ	126
5.2.2	การส่งเสริมการศึกษา และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ โดยภาคเอกชน	136
5.2.3	ข้อมูลและการเข้าถึงบริการด้านสิทธิของผู้สูงอายุ	136
6.	ศักยภาพของผู้สูงอายุ	139
6.1	ศักยภาพด้านการบริหาร	141
6.1.1	ระดับประเทศ	141
6.1.2	ผู้สูงอายุที่เป็นกรรมการระดับชาติ	141
6.1.3	ระดับภูมิภาค-ท้องถิ่น	142
6.2	ศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	142
6.3	ศักยภาพด้านการอนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญา	143
6.3.1	วุฒิสภาธนาคารสมอง	143
6.3.2	โครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ	143
6.3.3	กรมตรวจบัญชีสหกรณ์	144
6.3.4	กระทรวงศึกษาธิการ	144
6.3.5	กรุงเทพมหานคร	145
6.4	การได้รับการยกย่องเชิดชูจากสังคม	145
6.4.1	การได้รับการประกาศสดุดีเกียรติคุณเป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ	145
6.4.2	การเป็นศิลปินแห่งชาติ	145
6.4.3	การได้รับรางวัลระดับนานาชาติ	146
6.5	คุณค่าและศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน	146
7.	สถานการณ์เด่นของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2551	151
7.1	ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2551 : ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว	152
7.2	การสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564)	154
7.2.1	ผลการประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามดัชนีชี้วัดใน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในช่วง 5 ปีแรก (พ.ศ.254-2549)	155
7.2.2	ผลการประเมินกระบวนการทำงานด้านผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ที่ 4 (การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนานวัตกรรมด้านผู้สูงอายุ)	157
7.2.3	การวางระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ	158

7.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุในรอบปี 2551 จากสื่อมวลชน	162
7.3.1 ประเภทข่าว และสถานการณ์ผู้สูงอายุ	162
7.3.2 แหล่งที่มาของข่าวผู้สูงอายุ	178
7.3.3 สื่อมวลชนกับความสนใจในข่าวผู้สูงอายุ	179

ภาคผนวก 181

1. งานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ	182
2. ตารางแสดงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551	186
3. บทบาทของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส	192
4. ภารกิจตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ	195
5. รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551	199

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	การกระจายร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามอายุและเพศ พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573	12
ตารางที่ 1.2	อายุคาดหมายคงชีพเมื่อแรกเกิด อายุ 60 ปี อายุ 65 ปี และอายุ 80 ปี จำแนกตามเพศประมาณการโดยแผนกประชากรขององค์การสหประชาชาติ	14
ตารางที่ 1.3	อายุคาดหวังการคงชีพ (LE) อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (ALE) จำนวนปีที่มีชีวิตในสภาวะพึ่งพาจำแนกตามเพศ ปี พ.ศ.2545 และปี พ.ศ.2550	15
ตารางที่ 1.4	จำนวนประชากรอายุ 0-14 ปี 15-59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2513-2573	18
ตารางที่ 1.5	ดัชนีการสูงอายุ อายุมัธยฐาน และอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน ของประชากรไทย พ.ศ.2493-2573	19
ตารางที่ 1.6	การกระจายร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม ดัชนีการสูงอายุ จำแนกตามเขตเมือง-ชนบท และภาคของประเทศไทย ปี พ.ศ.2550	19
ตารางที่ 1.7	ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่คนเดียว หรืออยู่ตามลำพัง กับคู่สมรสเท่านั้นตามสถานที่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด ปี พ.ศ.2550	25
ตารางที่ 1.8	จำนวนบุตรที่มีชีวิตของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่พักอาศัย ปี พ.ศ.2550	26
ตารางที่ 2.1	คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ.2551	42
ตารางที่ 2.2	คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามความถี่ในการนำคำสอน ทางศาสนาเป็นแนวทางการแก้ปัญหาชีวิตและการงาน พ.ศ.2551	42
ตารางที่ 2.3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวช จำแนกตามปี พ.ศ. เพศ และประเภทผู้ป่วย	44

ตารางที่ 2.4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวช จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และประเภทผู้ป่วย พ.ศ.2551	44
ตารางที่ 2.5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามปี พ.ศ. เพศ และประเภทผู้ป่วย	44
ตารางที่ 2.6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และประเภทผู้ป่วย พ.ศ.2551	45
ตารางที่ 2.7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสิทธิการรักษา และกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2551	49
ตารางที่ 2.8	จำนวน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยในสูงอายุที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	50
ตารางที่ 2.9	จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่พิการ ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ.2550	54
ตารางที่ 2.10	ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ จำแนกตามประเภทความพิการ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ.2550	56
ตารางที่ 2.11	ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการทั้ง 3 ประเภท จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2550	56
ตารางที่ 3.1	การกระจายร้อยละของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พ.ศ.2537 พ.ศ.2545 และพ.ศ.2550	65
ตารางที่ 3.2	จำนวนอาสาสมัคร และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล	66
ตารางที่ 3.3	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามรายภาค	71
ตารางที่ 3.4	ผลการดำเนินโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในปี พ.ศ.2551	72
ตารางที่ 3.5	ข้อมูลกองทุนสวัสดิการชุมชนทั่วประเทศ	74
ตารางที่ 3.6	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	76
ตารางที่ 3.7	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	78
ตารางที่ 3.8	จำนวนและร้อยละของสถานบริการจำแนกตามรายภาคและประเภทของสถานบริการ	79

ตารางที่ 3.9	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือจากอันตราย การถูกทารุณกรรม แสวงหาผลประโยชน์	81
ตารางที่ 3.10	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม	81
ตารางที่ 3.11	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือค่าจัดการศพ	82
ตารางที่ 3.12	จำนวนผู้ต้องขังสูงอายุ และเรือนจำ/ทัณฑสถาน ที่ดำเนินโครงการส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิต และพัฒนาผู้ต้องขังสูงอายุ	83
ตารางที่ 3.13	จำนวนโครงการและการกักขังที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ	84
ตารางที่ 3.14	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพและจำนวนงบประมาณ	84
ตารางที่ 3.15	พื้นที่เขตในกรุงเทพมหานคร 3 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มากที่สุด และพื้นที่เขต 3 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพมากที่สุด	85
ตารางที่ 4.1	ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะการทำงาน พ.ศ.2546-2551	92
ตารางที่ 4.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ พ.ศ.2546-2551	94
ตารางที่ 4.3	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน พ.ศ.2546-2551	96
ตารางที่ 4.4	จำนวนร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามรายได้ และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย พ.ศ.2546-2551	98
ตารางที่ 4.5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามประเภทแรงงาน และเพศ พ.ศ.2549-2551	100
ตารางที่ 4.6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามการได้รับบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุจากการทำงานในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามลักษณะการบาดเจ็บ และเพศ พ.ศ.2549-2551	101
ตารางที่ 4.7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ จำแนกตามระดับความรุนแรง ของการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ การใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาล กรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพศ พ.ศ.2549-2551	102
ตารางที่ 4.8	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการทำงาน จำแนกตามประเภทของปัญหา และเพศ พ.ศ.2549-2551	103

ตารางที่ 4.9	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จำแนกตามประเภทของปัญหา และเพศ พ.ศ.2549-2551	104
ตารางที่ 4.10	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงาน จำแนกตามที่มาของปัญหา และเพศ พ.ศ.2549-2551	105
ตารางที่ 4.11	การคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพ และฝึกอาชีพที่เหมาะสม พ.ศ.2550 - 2551	106
ตารางที่ 4.12	สัดส่วนและจำนวนคนจน จำแนกตามเขตพื้นที่และอายุตามกลุ่มวัย พ.ศ.2547 - 2550	107
ตารางที่ 4.13	สัดส่วนและจำนวนครัวเรือนยากจน จำแนกตามอายุหัวหน้าครัวเรือน และเขตพื้นที่ พ.ศ.2547-2550	109
ตารางที่ 4.14	รายได้และการออมของประเทศ	110
ตารางที่ 4.15	จำนวนผู้ประกันตนและจำนวนสถานประกอบการของกองทุนประกันสังคม	113
ตารางที่ 4.16	จำนวนสมาชิกและจำนวนเงินกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2544-2551	115
ตารางที่ 4.17	สถานะกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ.2544-2551	116
ตารางที่ 4.18	สถานะกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ พ.ศ.2544-2551	118
ตารางที่ 5.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ฟังวิทยุ และหรือชมโทรทัศน์ จำแนกตามประเภทรายการที่ฟังและชม พ.ศ.2551	124
ตารางที่ 5.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ชมโทรทัศน์ และ หรือฟังวิทยุ จำแนกตามประเภทรายการที่ฟัง และชม พ.ศ.2551	125
ตารางที่ 5.3	สรุปผลการดำเนินงานการจัดการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2551 ของกระทรวงศึกษาธิการ	130
ตารางที่ 5.4	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐาน ระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา จำแนกตามรายภาค ปีงบประมาณ 2550-2551	131
ตารางที่ 5.5	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาด้านอัธยาศัย จำแนกตามประเภทของกิจกรรมทางการศึกษา ปีงบประมาณ 2549-2551	132

ตารางที่ 5.6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษิตตามอัธยาศัย จำแนกตามรายภาค ปีงบประมาณ 2550-2551	132
ตารางที่ 5.7	จำนวนนักศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา จำแนกตามปีการศึกษา 2549 -2551 และระดับการศึกษา	135
ตารางที่ 5.8	จำนวนนักศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา แบ่งตามกลุ่มมหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2551	135
ตารางที่ 5.9	รายชื่อการบรรยายให้ความรู้กับผู้สูงอายุ โดยโครงการเสริมศึกษาพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2550	136
ตารางที่ 5.10	สรุปรายงานการให้บริการคลินิกฤทธิธรรมของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ปีงบประมาณ 2551	137
ตารางที่ 6.1	สถิติผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และคณะรัฐมนตรี	141
ตารางที่ 6.2	จำนวน ผู้สูงอายุที่เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาตำแหน่งทางการเมือง และคณะกรรมการระดับชาติจำแนกตามกระทรวง	141
ตารางที่ 6.3	จำนวนชมรมเครือข่าย ปี พ.ศ.2551	142
ตารางที่ 6.4	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นราชบัณฑิต จำแนกตามสาขาวิชา	143
ตารางที่ 6.5	จำนวนผู้สูงอายุที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นผู้สอบบัญชีสหกรณ์	144
ตารางที่ 6.6	จำนวนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ จำแนกตามหน่วยงานในปี พ.ศ.2551	145
ตารางที่ 6.7	ศิลปินที่ได้รับรางวัลในวันศิลปินแห่งชาติ	146
ตารางที่ 7.1	สรุปผลการประเมินดัชนีตาม 5 ยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุ	156

สารบัญแนบภูมิ

แนบภูมิที่ 1.1	จำนวนประชากรรวมและจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ต่อ 1,000) พ.ศ.2503-2573	9
แนบภูมิที่ 1.2	ร้อยละการเพิ่มประชากรรวมและประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่าง พ.ศ.2533 ถึง พ.ศ.2573 คำนวณโดยใช้ประชากรปี พ.ศ.2523 เป็นฐาน	10
แนบภูมิที่ 1.3	ความเร็วของการสูงอายุทางประชากร : จำนวนปีที่สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก 7% เป็น 14%	11
แนบภูมิที่ 1.4	อัตราเจริญพันธุ์รวม และร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2503-2573	13
แนบภูมิที่ 1.5	อายุคาดหมายการคงชีพเมื่ออายุ 60 ปี จำแนกตามเพศประมาณการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และแผนประชากรขององค์การสหประชาชาติ	14
แนบภูมิที่ 1.6	ปิรามิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533, 2543, 2551 และ 2573	16
แนบภูมิที่ 1.7	ร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม พ.ศ.2513-2573	17
แนบภูมิที่ 1.8	อัตราการเพิ่มประชากรรวม และประชากรสูงอายุ พ.ศ.2503-2573	21
แนบภูมิที่ 1.9	จำนวนประชากรสูงอายุ พ.ศ.2543-2573	22
แนบภูมิที่ 1.10	การกระจายร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตาม กลุ่มอายุ พ.ศ.2543-2573	22
แนบภูมิที่ 1.11	การกระจายร้อยละของประชากรสูงอายุเพศหญิง จำแนกตามอายุ พ.ศ.2543-2573	23
แนบภูมิที่ 1.12	ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่กำลังสมรส จำแนกตามอายุ และเพศ ปี พ.ศ.2550	24
แนบภูมิที่ 1.13	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น พ.ศ.2529-2550	25
แนบภูมิที่ 1.14	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวกับบุตร พ.ศ.2529-2550	27

แผนภูมิที่ 1.15	ร้อยละของบุตรของผู้สูงอายุที่อยู่คนละจังหวัดกับพ่อแม่ พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2550	27
แผนภูมิที่ 1.16	ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่น จำแนกตามเขตที่พักอาศัย พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2550	28
แผนภูมิที่ 2.1	ร้อยละของผู้สูงอายุในการประเมินสุขภาพตนเอง พ.ศ.2551	33
แผนภูมิที่ 2.2	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ พ.ศ.2551	33
แผนภูมิที่ 2.3	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2551	34
แผนภูมิที่ 2.4	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการประเมินสุขภาพตนเอง พ.ศ.2545-2551	34
แผนภูมิที่ 2.5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ พ.ศ.2551	35
แผนภูมิที่ 2.6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ พ.ศ.2551	36
แผนภูมิที่ 2.7	ร้อยละของผู้สูงอายุในความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน พ.ศ.2551	36
แผนภูมิที่ 2.8	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความสามารถ ในการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ พ.ศ.2551	37
แผนภูมิที่ 2.9	ลำดับโรคของผู้ป่วยในสูงอายุ จำแนกตาม 298 กลุ่มโรค ปีงบประมาณ 2551	37
แผนภูมิที่ 2.10	ร้อยละของผู้ป่วยในสูงอายุจำแนกตามโรค 6 อันดับแรก และเพศปีงบประมาณ 2551	38
แผนภูมิที่ 2.11	ร้อยละของผู้ป่วยในสูงอายุตามโรค 6 อันดับแรก และกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2551	38
แผนภูมิที่ 2.12	ลำดับการบาดเจ็บที่เกิดจากสาเหตุภายนอกของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2551	39
แผนภูมิที่ 2.13	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากสาเหตุภายนอก 5 อันดับแรก จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ 2551	40
แผนภูมิที่ 2.14	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากสาเหตุภายนอก 5 อันดับแรก จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2551	40
แผนภูมิที่ 2.15	ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามตามเพศ พ.ศ.2551	41
แผนภูมิที่ 2.16	ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ พ.ศ.2551	45

แผนภูมิที่ 2.17	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ (รายใหม่) จำแนกตามเพศ	46
แผนภูมิที่ 2.18	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์เสียชีวิต จำแนกตามเพศ	46
แผนภูมิที่ 2.19	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2551	47
แผนภูมิที่ 2.20	วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในสูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2551	47
แผนภูมิที่ 2.21	ลำดับวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในสูงอายุจำแนกตาม 298 กลุ่มโรค ปีงบประมาณ 2551	47
แผนภูมิที่ 2.22	วันนอนเฉลี่ยจำแนกตามลำดับโรค 6 ลำดับแรกที่นอนพักรักษาไม่เกิน 5 วัน ปีงบประมาณ 2551	48
แผนภูมิที่ 2.23	จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสิทธิการรักษาปีงบประมาณ 2551	49
แผนภูมิที่ 2.24	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการสูบบุหรี่ พ.ศ.2551	50
แผนภูมิที่ 2.25	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ พ.ศ.2551	51
แผนภูมิที่ 2.26	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2551	51
แผนภูมิที่ 2.27	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการดื่มสุรา จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2551	52
แผนภูมิที่ 2.28	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ พ.ศ.2551	53
แผนภูมิที่ 2.29	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการดื่มสุรา จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2551	54
แผนภูมิที่ 2.30	ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ.2551	55
แผนภูมิที่ 2.31	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับความลำบาก หรือปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง แต่ละประเภท พ.ศ.2550	57
แผนภูมิที่ 2.32	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว และมีผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ดูแล	58

แผนภูมิที่ 2.33	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลักของรัฐ จำแนกตามประเภทของสวัสดิการที่ได้รับ	58
แผนภูมิที่ 2.34	ร้อยละของผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการจากภาครัฐ จำแนกตามประเภทความช่วยเหลือ 7 ลำดับแรก พ.ศ.2550	59
แผนภูมิที่ 4.1	แนวโน้มของร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2546-2551)	93
แผนภูมิที่ 4.2	แนวโน้มของร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี จำแนกตามเพศ (พ.ศ.2546-2551)	93
แผนภูมิที่ 4.3	แนวโน้มของร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2546-2551)	95
แผนภูมิที่ 4.4	แนวโน้มของสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2546-2551)	97
แผนภูมิที่ 4.5	แนวโน้มของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี จำแนกตามเพศ (พ.ศ.2546 - 2551)	99
แผนภูมิที่ 4.6	แนวโน้มชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี จำแนกตามเพศ (พ.ศ.2546 - 2551)	99
แผนภูมิที่ 5.1	ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการพึ่งพิงและชมโทรทัศน์ พ.ศ.2532-2551	123
แผนภูมิที่ 5.2	ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการพึ่งพิงและชมโทรทัศน์ พ.ศ.2551	125
แผนภูมิที่ 5.3	กิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ.2551	133
แผนภูมิที่ 5.4	กิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษา ตามอัธยาศัยสำหรับวัยก่อนผู้สูงอายุ พ.ศ.2551	133

สารบัญภาพ

ภาพที่ 3.1	รูปแบบการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ	88
ภาพที่ 4.1	โครงสร้างระบบการออมเพื่อการชราภาพแบบหลายชั้น (Multi-Pillar)	112
ภาพที่ 5.1	ขั้นตอนการดำเนินการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย และรับเรื่องราวร้องทุกข์ของผู้สูงอายุ การดำเนินการให้ความช่วยเหลือ แก่ประชาชนที่มาขอรับบริการของคลินิกยุติธรรมจังหวัด	138

ข้อเสนอเชิงนโยบาย





ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากข้อมูลของรายงานสถานการณ์ที่ประมวลโดยหน่วยงานต่างๆทั้งหมด จึงใคร่สรุปเพื่อเสนอข้อเสนอแนะดังนี้

1. ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่ควรให้ความสำคัญ

1.1 การจัดระบบและช่วยเหลือการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

จำนวนประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคน ในปีปัจจุบัน (2551) และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ในจำนวนประชากรสูงอายุเหล่านี้มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของสัดส่วนกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุวัยปลายที่อาจจะต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการทำกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มเพิ่มมากยิ่งขึ้น และแนวโน้มสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัญหาล่าสุดที่พบในรายงานปี 2551 ซึ่งเริ่มมีการรายงานรายละเอียดในปีนี้มีข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุต้องเข้ารับบริการใน

สถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน พบว่าโรคเรื้อรังสูงสุดได้แก่ โรคทางสมองและจิตเวช โรคมะเร็ง รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงและโรคความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ/เมตาบอลิซึม/โภชนาการ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีปัญหาการมองเห็น ปัญหาที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือ ภาวะสมองเสื่อมที่พบมากขึ้น ซึ่งมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องจะมีผู้ดูแล อยู่เป็นเพื่อน และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงเหล่านี้ แต่จากข้อมูลพบว่ายังมีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวร้อยละ 13.5 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุด้วยกันอีกร้อยละ 3.8 ปัจจัยในเรื่องการย้ายถิ่นของบุตรยังมีผลต่อการให้การดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยเฉพาะทางด้านกายภาพ จึงจำเป็นที่รัฐหรือชุมชนควรมีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นข้อเสนอที่ควรพัฒนาอย่างเร่งด่วน โดยอาศัยการดูแลเกื้อกูลกันเองระหว่างประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ ในชุมชน ตัวอย่างที่มีการดำเนินการแล้วเช่น

- อาสาสมัครการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 เห็นชอบให้มีการขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ภายในปี 2546 นโยบายนี้ควรได้รับการถ่ายทอดสู่ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แพร่หลายและระบุไว้ในแผนชุมชนของท้องถิ่น

- การจัดตั้งศูนย์สามวัยหรือศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชนในการเป็นที่ทำกิจกรรมของประชากรต่างรุ่น ซึ่งผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมไปในขณะที่สามารถดูแลหลานได้ด้วย ตัวอย่างที่เป็นต้นแบบที่ควรที่จะได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับชุมชนอื่นๆ เช่น ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชนที่อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

- การมีองค์กรทางศาสนา เช่นวัด เป็นศูนย์รวมจิตใจ และศูนย์รวมของบุคคลหลายวัยในการทำกิจกรรมทางสังคม, วัฒนธรรมและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีกิจกรรม/อุปกรณ์หรือสื่อที่ช่วยกระตุ้นการใช้สมองด้านความคิด ความจำของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของสมอง

ปัจจุบันกิจกรรมเหล่านี้ก็มีการจัดอยู่บ้างแต่ก็ยังมีความครอบคลุมพื้นที่จำกัด ดังนั้นรัฐบาลควรส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการจัดกิจกรรมเหล่านี้ผ่านกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น จะส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดความสนใจริเริ่มภารกิจจัดกิจกรรมเหล่านั้นและสนับสนุนจัดงบประมาณและบุคลากร โดยพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและสถาบันวิชาการในพื้นที่สนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้

สมควรให้การส่งเสริมสนับสนุนในการดำเนินการให้กว้างขวางต่อไป

1.2 การดูแลและจัดสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และสถานที่สาธารณะ

ผู้สูงอายุเกินครึ่งมีปัญหาการมองเห็น และมักเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหา การพลัดตกหกล้ม มากกว่าชาย และจากสถิติพบว่าผู้สูงอายุที่หกล้ม ประมาณร้อยละ 50 จะมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ หรืออาจเกิดภาวะความพิการตามมาและมีชีวิตอยู่ได้ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และแม้ว่ากรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยมีแผนงานด้านการบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต มีแผนการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และคนพิการในพื้นที่สาธารณะเพื่อการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ได้ โดยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ.2548 อาทิ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการในอาคารสำนักงาน ตลาดสดหรือ สถานที่สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทางเดินลาดพร้อมราวบันไดสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลาดสด บริเวณสถานที่สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น แต่ข้อเท็จจริงจากการติดตามและประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ปรากฏในรายงานปี 2551 นี้ ยังพบว่ามี การดำเนินการน้อยมาก ข้อเสนอคือ ให้มีนโยบายเร่งรัดติดตามการดำเนินการตามแผนดังกล่าว ในสถานที่สาธารณะต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานที่ของหน่วยงานรัฐ

ให้เป็นแบบอย่างของภาคเอกชน และให้พัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสนับสนุนการปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุและครอบครัวให้มีความปลอดภัยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3 การดูแลในสถานบริการและผู้ดูแล

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีมากขึ้น แต่กลับพบว่าจำนวนผู้ดูแลในครอบครัวและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลกลับลดลง โดยเฉพาะการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลในสถานบริการจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการรองรับการบริการประเภทรู้นี้ในภาครัฐที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราหรือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ขณะเดียวกันในภาคเอกชนก็มีการจดทะเบียนสถานประกอบการไม่ชัดเจนหรือไม่จดทะเบียนเลย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพที่เป็นอยู่จริง จึงมีข้อเสนอให้มีนโยบายปฏิรูปสถานสงเคราะห์คนชราโดยแยกการบริการสถานบริบาลออกจากสถานสงเคราะห์คนชรา และจัดบริการตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละคน ควรจัดทำมาตรฐานการดูแลทั้งประเภทบริการและการเรียกเก็บค่าบริการในสถานบริการเพื่อนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลระยะยาว มีการฝึกอบรมผู้ดูแลทั้งที่เป็นวิชาชีพ และไม่ใช่วิชาชีพอย่างเหมาะสมและมีมาตรฐาน เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้สูงอายุมิให้ถูกละเมิด

2. การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลที่พบปีนี้เห็นว่า ผู้สูงอายุสนใจเข้ารับการศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐาน ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากปีที่ผ่านมา อย่างเห็นได้ชัดเป็นสิบเท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉีย่งเหนือ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวในการเรียนรู้สูงขึ้น แต่เมื่อพิจารณาจำนวนแล้วก็ยังต่ำอยู่มาก การศึกษาที่ผู้สูงอายุสนใจเข้าเรียนรู้ ในระบบการศึกษาต่อเนื่องคือหลักสูตรการศึกษาอาชีวพระยาสัน สัดส่วนหลักสูตรที่ผู้สูงอายุสนใจมากที่สุดคือ การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 68.1) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น คืออายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งยังอยู่ในวัยที่กระฉับกระเฉงแข็งแรง แต่ต้อง การปรับเปลี่ยนบทบาท/พัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อการปรับตัว และมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์แก่สังคมและชุมชน

แต่ข้อสังเกตในด้านการศึกษตามอัธยาศัยกลับพบว่า การเข้ารับการศึกษตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุซึ่งเดิมมีจำนวนไม่มากกลับลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้การศึกษตามอัธยาศัยนั้นเป็นการเรียนรู้ตามความสนใจผ่านช่องทางต่างๆ ที่เปิดให้ ทั้งผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ และการทำกิจกรรม อาจจะเป็นเพราะมีการเปิดหลักสูตรการศึกษาพัฒนาอาชีพเพิ่มขึ้น มีศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนจำนวนมากที่จัดการศึกษาให้ และช่องทางสื่อต่างๆ ในการจัดการ เรียนรู้นั้นมีจำกัด ไม่แพร่หลายเข้าถึงยาก อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้จากผู้สูงอายุด้วยกันที่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพที่มีพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้วยกันได้อย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏการ

รายงานผลว่าผลการดำเนินงานนั้นได้ตอบสนองความต้องการและเกิด ผลลัพธ์ที่คาดหวังอย่างไร ดังนั้นข้อเสนอจึงยังคงให้ส่งเสริมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุเพิ่มสื่อการเรียนรู้ทางรายการโทรทัศน์ที่ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุนิยมรับชมสื่อทางโทรทัศน์สูงสุด แต่สนใจรายการสารคดีความรู้ต่ำสุด ดังนั้นการสร้างสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุจึงควรมีการผลิตสื่อทั้งประเภท เนื้อหา รูปแบบ ที่ผู้สูงอายุนิยม เพื่อสามารถให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้โดยไม่เบื่อและควรเพิ่มช่องทางสื่อโทรทัศน์ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ดู และสอดแทรกสาระที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ เช่น ด้านสุขภาพ ไปกับสื่อโทรทัศน์ ช่องทางที่ควรเพิ่มเป็นอันดับต้นๆ คือช่องทางสื่อโทรทัศน์ของรัฐ ของสถานศึกษา และของท้องถิ่น ทั้งนี้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กรมประชาสัมพันธ์ เป็นต้น รายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมดังกล่าวทุกปี

3. การมีงานทำและการออมของผู้สูงอายุ

สถานการณ์การทำงานและรายได้ของผู้สูงอายุยังไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง จากปีที่ผ่านมา เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยต้น จึงยังมีความสามารถทางร่างกายในการทำงานอยู่ ดังนั้นข้อมูลจะพบว่าผู้สูงอายุทุกภาคมีสัดส่วนการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการทำงานน้อยที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม ซึ่งไม่มีอายุเกษียณ จะทำงานจนกว่าจะไม่ต้องการทำงานจึงจะหยุด ผู้ที่ทำงานนอกระบบยังขาดหลักประกันทางสังคมที่คุ้มครองทั้งความปลอดภัยในการทำงานและรายได้หลังหยุดการทำงาน ในปีที่ผ่านมารัฐบาลได้ประกาศนโยบาย

ขยายเบี้ยยังชีพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ซึ่งถือว่าเป็นหลักประกันขั้นพื้นฐานทางรายได้แก่ผู้สูงอายุ แต่จำนวนเงินที่รัฐจัดสรรให้ได้นี้ก็ยังไม่ค่อยเพียงพอ ข้อเสนอคือให้รัฐเร่งจัดตั้งระบบบำนาญชราภาพที่มาจากการออมส่วนบุคคล ร่วมกับการจัดสวัสดิการจากรัฐ เพื่อเป็นหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต จากรายงานในปี 2551 นี้ได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “การแบ่งปันทางประชากร” (Population dividend) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่สัดส่วนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ซึ่งเป็นวัยผลิตและสามารถให้การเกื้อหนุนกลุ่มอายุอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างยิ่งต่อการจัดตั้งระบบบำนาญที่มาจาก การออมของประชากรวัยแรงงาน หลังจากนั้นเป็นต้นไปจำนวนประชากรวัยแรงงานจะลดลงไปเรื่อยๆ การจัดตั้งระบบบำนาญที่มาจาก การออมจะยากลำบากมากขึ้น

4. ข้อเสนอต่อบทบาทของท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นให้จัดทำแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและผู้พิการ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไว้ 4 แผนได้แก่ 1) แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย 2) แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและการสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรผู้สูงอายุและคนพิการ 3) แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ 4) แผนงานด้านการบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุและผู้พิการ จัดตั้งอำนาจ ความสะดวกในที่สาธารณะ จัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ แต่จากการติดตามและ

ประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ระยะ 5 ปีแรกที่ปรากฏในรายงานนี้ พบว่าหน่วยงานหลักในระดับท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นกรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือเทศบาล พบว่าประเด็นด้านผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจลำดับต้นๆ คือ เรื่องเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ก็มีการดำเนินการตามวาระโอกาส เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ

หน่วยงานสำคัญในระดับท้องถิ่นที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งเป็นองค์กรที่อยู่ในพื้นที่ ใกล้ชิดชาวบ้าน จึงเข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่และผู้สูงอายุได้ดี สามารถทำงานตอบสนองความต้องการได้ดีกว่าหน่วยอื่น หากมีการกำหนดแผนปฏิบัติงานชัดเจน จะทำให้ข้าราชการประจำของ อบต. ดำเนินการด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการบริหารจัดการคือ การจัดลำดับความสำคัญของงานด้านผู้สูงอายุในลำดับท้ายๆ มักให้ความสำคัญกับงานโครงสร้างพื้นฐานมากกว่างานด้านคุณภาพชีวิตและด้านผู้สูงอายุ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุที่ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง และการขาดข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลในรายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุ และขาดการทำงานเชิงรุก

ข้อเสนอคือ รัฐควรกำหนดผลักดันให้แผนผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้ประเด็นผู้สูงอายุได้รับความสนใจ แปลงแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ โดยมีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นแกนกลาง ให้การอบรมความรู้แก่ อบต. โดยการถ่ายทอดจากหน่วยงานที่เคยรับผิดชอบภารกิจนั้นและยังคงเป็นพี่เลี้ยงหรือคณะที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือ

เชิงวิชาการและการบริหารจัดการในการดำเนินการควบคู่กัน มิใช่ถ่ายโอนขาดจากกัน อบต.ยังควรมีบทบาทในการส่งเสริมอาชีพและรายได้ผู้สูงอายุ โดยการเป็นเจ้าภาพประสานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งสำนักงานบริหารการศึกษานอกโรงเรียนในพื้นที่และกระทรวงแรงงานจัดการฝึกอาชีพตามความต้องการของผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้เกิดกระบวนการในภาคประชาสังคมที่ทำให้ประชาชนรับรู้และเรียกร้องสิทธิที่พึงได้รับ ทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง สามารถดูแลกันเองภายในชุมชน โดยการสนับสนุนให้เกิด “สภาชุมชน” หรือ “ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน” หรือใช้ “สมัชชาสุขภาพ” ที่เกิดขึ้นในพื้นที่แล้วก็น่าจะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่ อบต. ในการจัดการสวัสดิการต่างๆ

บทที่ 1

ประชากรสูงอายุไทย





ประชากรสูงอายุไทย*

เนื้อหาเกี่ยวกับประชากรสูงอายุไทยที่น่าสนใจในบทนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทย (ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จากอดีตจนถึงปัจจุบันและแนวโน้มที่จะเกิดในอนาคต โดยเปรียบเทียบให้เห็นถึงความเร็วของการสูงอายุทางประชากรของประเทศไทยกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เพื่อแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการเพิ่มประชากรสูงอายุเร็วกว่าและส่งผลให้เวลาในการเตรียมการของภาครัฐที่จะให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุสั้นกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว นอกจากนี้ยังนำเสนอกระบวนการทางประชากรอันได้แก่ การเกิดและการตายซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะผลกระทบอันเกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ เนื้อหาสาระที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งเป็นการนำเสนอการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรและมาตรการการเปลี่ยนแปลงประชากร

ซึ่งครอบคลุมถึง ดัชนีการสูงอายุ อายุมัธยฐาน และอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน รวมทั้งชี้แนะให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุชายเปรียบเทียบกับประชากรสูงอายุหญิง และลักษณะที่เปราะบางของผู้สูงอายุไทย เพื่อชี้แนะให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่อยู่ในสถานะที่ไม่มั่นคง และมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบต่างๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป

การนำเสนอยังมีข้อจำกัดในเรื่องการขาดข้อมูล เพราะเนื้อหาเกี่ยวกับประชากรสูงอายุบางประเด็นไม่ได้มีการเก็บรวบรวมไว้ทุกปี นอกจากนี้การใช้ข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิที่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์จากหลายแหล่ง ซึ่งบางประเด็นมีการให้คำจำกัดความ ข้อสมมติฐานและมีวิธีการคำนวณที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่รวบรวมจากแหล่งทุติยภูมิจึงมีความไม่สอดคล้องกันในบางประเด็น

* เรียบเรียงโดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ, อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และรองศาสตราจารย์ ดร.กุลล สุนทรธาดา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื้อหาสาระเรื่องประชากรสูงอายุไทยในบทนี้มีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

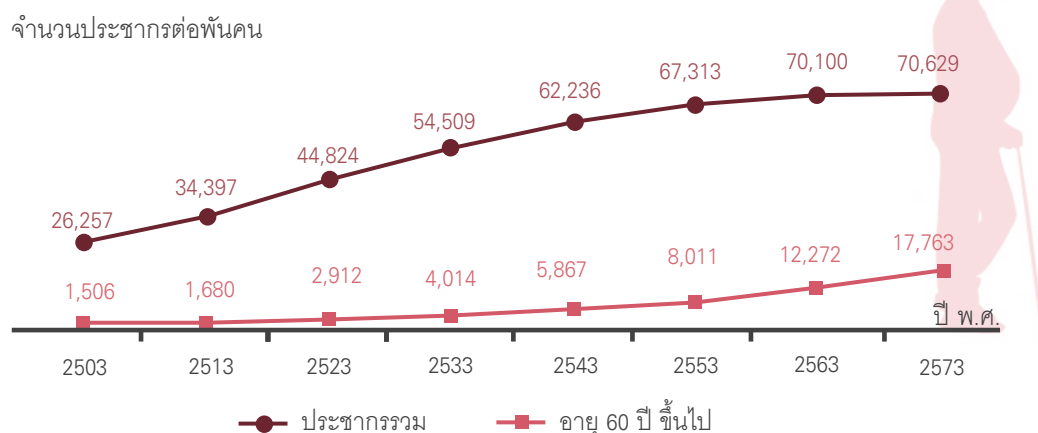
1.1 แนวโน้มประชากรสูงอายุระดับประเทศ พ.ศ.2503-2573

1.1.1 ขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุ

การก้าวสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจนของสังคมไทยในศตวรรษที่ 21 จากข้อมูลจะพบว่า ขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ.2503 จนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยจำนวนประชากรรวมเพิ่มจากประมาณ 26.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2523 เป็น 66.5 ล้านคนในปัจจุบัน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปีพ.ศ.2573 ขณะที่จำนวนประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคนในปีปัจจุบัน และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ.2573 (แผนภูมิที่ 1.1)

เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของประชากรสูงอายุ ความคู่กันไปกับขนาด จะเห็นได้ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ.2523 แม้จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่สัดส่วนของประชากรสูงอายุจากประชากรทั้งหมดเกือบจะไม่เปลี่ยนแปลง คือ มีสัดส่วนราวร้อยละ 5-5.5 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากประชากรในวัยอื่นก็เพิ่มขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรวัยเด็กเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมากและรวดเร็วเนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับสูงในช่วงดังกล่าว ต่อมาในภายหลังประชากรในวัยเด็กได้เพิ่มขนาดช้าลงเนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ลดต่ำลงเป็นลำดับ และหลังจากที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดต่ำกว่าระดับทดแทน ยิ่งส่งผลให้สัดส่วนของประชากรในวัยเด็กลดลงมาก ขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นประชากรสูงอายุ ภายในปี พ.ศ.2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4

แผนภูมิที่ 1.1 จำนวนประชากรรวมและจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ต่อ 1,000) พ.ศ.2503-2573

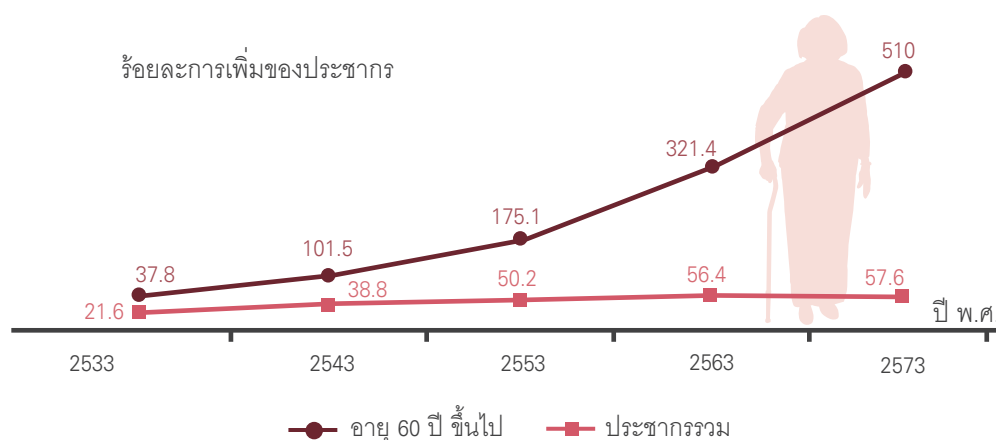


ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ.2503-2533 สำนักบริหารประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2530-2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลปี พ.ศ.2543-2573 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.1.2 ความเร็วของการสูงอายุทางประชากร
อัตราการเพิ่มของประชากรในวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าอัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวมอย่างมาก เมื่อเทียบกับประชากรในปี พ.ศ.2523 จะพบว่าร้อยละของการเพิ่มประชากรรวมจะเพิ่มจากร้อยละ 21.6 ในปี พ.ศ.2533 เป็น

ร้อยละ 57.6 ในปี พ.ศ.2573 ขณะที่ร้อยละของการเพิ่มประชากรในกลุ่มวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอย่างมาก จากร้อยละ 37.8 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นถึงร้อยละ 510 ในปี พ.ศ.2573 (แผนภูมิที่ 1.2)

แผนภูมิที่ 1.2 ร้อยละการเพิ่มของประชากรและประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ระหว่าง พ.ศ.2533 ถึง พ.ศ.2573 คำนวณโดยใช้ประชากรปี พ.ศ.2523 เป็นฐาน

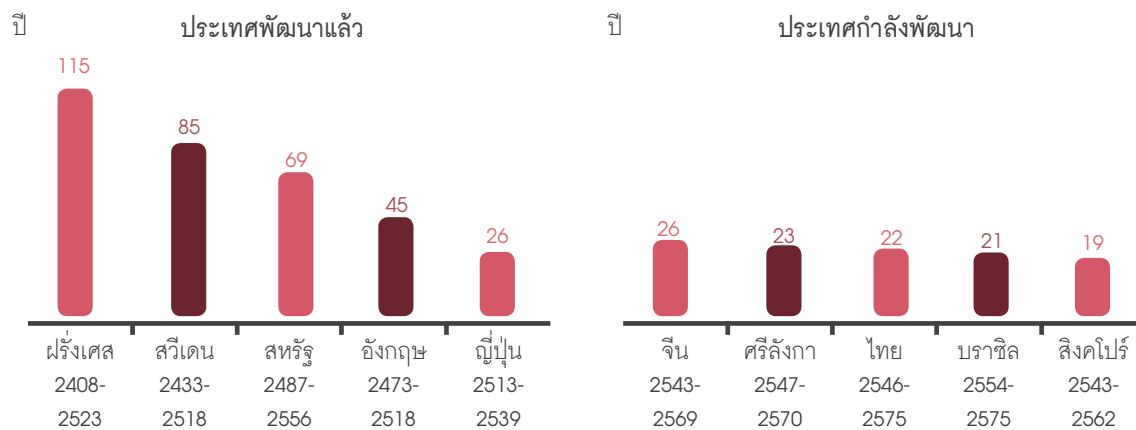


ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ.2543-2573 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ข้อมูลปี พ.ศ.2533 จาก United Nations. World Population Ageing 2007

เมื่อเปรียบเทียบความเร็วของการสูงอายุทางประชากรของประเทศไทยกับประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า การเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวของสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14) นั้น ประเทศไทยใช้เวลาเพียงประมาณ 22 ปี ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้

เวลากว่าครึ่งศตวรรษหรือกว่าศตวรรษ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือประเทศไทยมีเวลาน้อยกว่าประเทศพัฒนาแล้วมากในการที่จะเตรียมความพร้อมของบุคคล ชุมชน และประเทศเพื่อรองรับสังคมสูงวัย (แผนภูมิที่ 1.3)

แผนภูมิที่ 1.3 ความเร็วของการสูงอายุทางประชากร : จำนวนปีที่สัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก 7% เป็น 14%



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

1.1.3 โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุ

จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะในประชากรสูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปส่งผลให้เกิดการสูงอายุของประชากรสูงอายุด้วย ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของสัดส่วนของประชากรที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป แนวโน้มการสูงวัยของประชากรสูงอายุจะยิ่งเห็นได้ชัดเจนจากประมาณร้อยละ 10 ในปีปัจจุบันเป็นประมาณร้อยละ 12 ในปี พ.ศ.2573 ย่อมหมายความว่ากลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุวัยปลายที่อาจจะต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการทำกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มเพิ่มมากยิ่งขึ้น (ตารางที่ 1.1)

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ แนวโน้มที่เห็นได้ชัดเจนคือ การที่ประชากรในวัยสูงอายุมีความไม่สมดุลกันทางเพศ กล่าวคือจะมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และสัดส่วนดังกล่าวจะยิ่งแตกต่างกันมากยิ่งขึ้นตามกลุ่มอายุของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 80 ขึ้นไปมีสัดส่วนของประชากรเพศหญิงสูงถึงกว่าร้อยละ 60 ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อพิจารณาแนวโน้มจากปี พ.ศ.2543 ไปจนถึงปี พ.ศ.2573 พบว่าแนวโน้มของการไม่สมดุลทางเพศนี้จะยิ่งเด่นชัดมากขึ้นในอนาคต ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นเนื่องจากการที่ประชากรเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะอายุยืนกว่าเพศชาย เพศชายมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่นำไปสู่การสูญเสียชีวิตทันที แต่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ มากกว่า (ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 การกระจายร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามอายุและเพศ พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573

การกระจายร้อยละ					จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป				
กลุ่มอายุ	2543	2551	2563	2573	กลุ่มอายุ	2543	2551	2563	2573
60-64	34.0	32.5	34.4	28.5	60+	5,867,000	7,395,000	12,272,000	17,763,000
65-69	26.4	25.6	25.5	25.3	65+	3,871,000	4,995,000	8,046,000	12,705,000
70-74	18.6	19.9	17.5	20.4	70+	2,321,000	3,099,000	4,913,000	8,204,000
75-79	10.8	12.2	11.6	13.6	80+	593,000	729,000	1,348,000	2,155,000
80+	10.1	9.9	11.0	12.1					
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0					

ร้อยละของเพศหญิง					จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป				
กลุ่มอายุ	2543	2551	2563	2573	กลุ่มอายุ	2543	2551	2563	2573
60+	54.7	55.7	56.4	56.8	ชาย	2,657,000	3,273,000	5,351,000	7,675,000
60-69	53.3	53.7	54.0	54.0	หญิง	3,210,000	4,122,000	6,921,000	10,088,000
70-79	55.4	57.3	57.9	57.9					
80+	61.0	62.7	65.5	66.0					

ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. 2543-2573 คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550

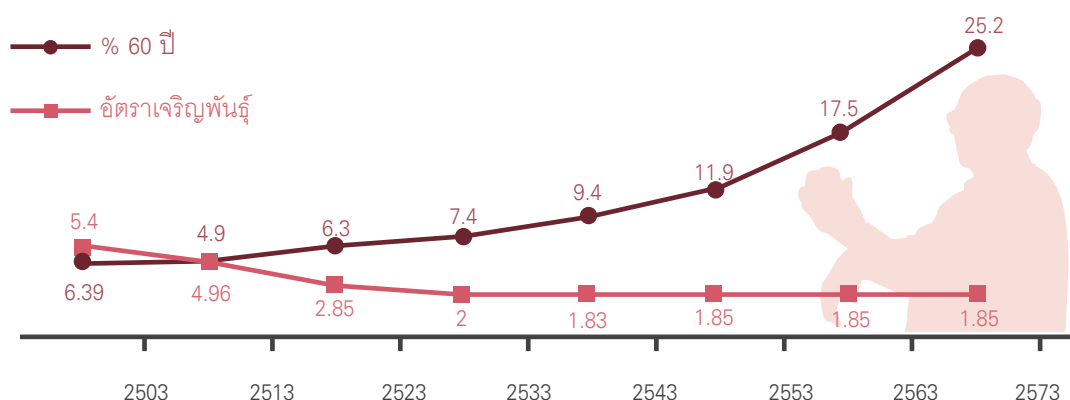
1.2 กระบวนการทางประชากรที่นำไปสู่การสูงอายุทางประชากร

1.2.1 การลดภาวะเจริญพันธุ์

สาเหตุหลักทางประชากรที่ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การลดภาวะเจริญพันธุ์หรือภาวะการเกิดได้อย่างรวดเร็วภายในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ.2503 ภาวะเจริญพันธุ์รวมหรือ

จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์จะมีประมาณ 5.4 คน ได้ลดลงเหลือประมาณ 1.85 คนต่อสตรีคนหนึ่งในปัจจุบันและอนาคต การที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนในระยะเวลานานขึ้นนี้ ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลงเป็นลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น (แผนภูมิที่ 1.4)

แผนภูมิที่ 1.4 อัตราการเจริญพันธุ์รวมและร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2503-2573



ที่มา : ข้อมูลการเจริญพันธุ์จาก จอห์น โนเดล และนาพร ขวัญวรรณ การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต Papers in Populations Ageing No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552 (ตารางที่ 2.1 หน้า 6)
ข้อมูลร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า คำนวณจากการคาดประมาณของประเทศไทย พ.ศ.2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

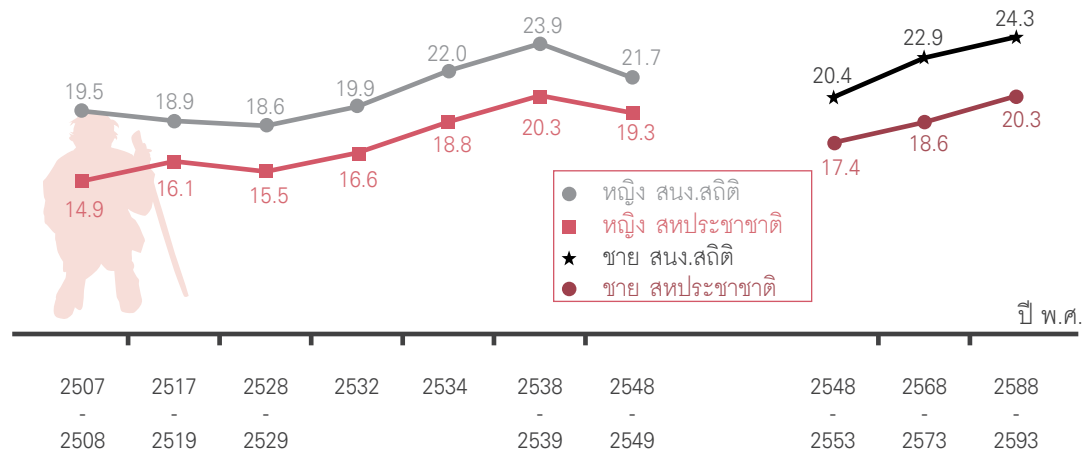
1.2.2 การลดภาวะการตาย

ในด้านภาวะการตายนั้น เป็นกระบวนการที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรเช่นกัน ด้วยการพัฒนาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้อัตราการตายของประชากรลดลง ทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น เป็นลำดับ ในปี พ.ศ.2548-2553 คาดประมาณว่า อายุคาดหมายคงชีพเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 68.5 ปี ผู้หญิงประมาณ 75.0 ปี (ตารางที่ 1.2) นอกจากนี้ยังจะเห็นได้ว่าจำนวนปีเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดต่อไปหลังจากเข้าสู่วัยสูงอายุ (หรือ อายุคาดหมายการคงชีพเมื่ออายุ 60ปี) ทั้งเพศชายและหญิง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอดีต

มาสู่ปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต (แผนภูมิที่ 1.5) การลดลงของภาวะการตายนี้ไม่ได้ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในทันที การลดในระยะแรกส่งผลต่อการลดการตายในกลุ่มประชากรวัยทารกและเด็ก ทำให้สัดส่วนของประชากรวัยทารกและเด็กยิ่งเพิ่มขึ้นต่อมาเมื่อลดการตายไปได้มากในระดับหนึ่งแล้ว จึงส่งผลให้เกิดการลดภาวะการตายของประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุเป็นลำดับ

ในอนาคตนั้น เนื่องจากทั้งภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายได้ลดลงสู่ระดับที่ต่ำค่อนข้างมากแล้ว การลดระดับการตายต่อไปจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มของประชากรสูงอายุของไทย

แผนภูมิที่ 1.5 อายุการคาดการณ์การคงชีพเมื่ออายุ 60 ปี จำแนกตามเพศประมาณการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และแผนกประชากรขององค์การสหประชาชาติ



ที่มา : จอห์น โนเดล และนภาพร ขโยวรรณ การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต Papers in Populations Ageing No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552 (รูปที่ 4.1 หน้า 39)

ตารางที่ 1.2 อายุการคาดการณ์การคงชีพเมื่อแรกเกิด อายุ 60 ปี อายุ 65 ปี และอายุ 80 ปี จำแนกตามเพศประมาณการโดยแผนกประชากรขององค์การสหประชาชาติ

อายุการคาดการณ์การคงชีพ	พ.ศ. 2548-2553			พ.ศ. 2568-2573			พ.ศ. 2588-2593		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
เมื่อแรกเกิด	71.7	68.5	75.0	76.4	73.6	79.1	79.1	76.5	81.5
อายุ 60 ปี	19.0	17.4	20.4	20.9	18.6	22.9	22.5	20.3	24.3
อายุ 65 ปี	15.2	13.9	16.4	16.9	14.9	18.7	18.4	16.3	20.0
อายุ 80 ปี	6.5	5.9	7.0	7.5	6.2	8.5	8.5	7.1	9.4

ที่มา : United Nations. World Population Ageing 2007 หน้า 47

นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่าประชากรมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น โดยหากอยู่รอดไปถึงอายุ 80 ปี จำนวนปีที่เฉลี่ยที่จะมีชีวิตรอดต่อไปอีกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยประชากรเพศหญิงหากมีชีวิตรอดอยู่รอดจนถึงอายุ 80 ปี จะมีจำนวนปีเฉลี่ยที่จะมีชีวิตรอดต่อไปได้อีกประมาณ 7.0 ปี ในปี พ.ศ.2548-2553 และจะเพิ่มเป็น 9.4 ปี

ในปี พ.ศ.2588-2593 สำหรับประชากรเพศชายหากมีชีวิตรอดอยู่รอดจนถึงอายุ 80 ปี จะมีจำนวนปีเฉลี่ยที่จะมีชีวิตรอดต่อไปได้อีกประมาณ 5.9 ปี ในปี พ.ศ.2548-2553 และจะเพิ่มเป็น 7.1 ปี ในปี พ.ศ.2588-2593

อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า การที่อายุคาดหวังกการคงชีพมากขึ้น

หรือการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งพาตนเองได้ จากข้อมูลในตารางที่ 1.3 พบว่า แม้ประชากรจะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่กลับมีจำนวนปีที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือประสพภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรสูงอายุหญิงในช่วงวัย

ปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) จากข้อมูลพบว่าระยะเวลาที่ประชากรเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เพิ่มขึ้นจาก 0.9 ปี ในปี พ.ศ.2545 เป็น 1.1 ปี ในปี พ.ศ.2550 ส่วนของประชากรเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวนปีที่ต้องพึ่งพาเพิ่มจาก 0.5 ปี เป็น 0.6 ปี

ตารางที่ 1.3 อายุคาดหมายการคงชีพ (LE) อายุคาดหมายที่ยังดูแลตนเองได้ (ALE) จำนวนปีที่มชีวิตในสภาวะพึ่งพา จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ.2545 และปี พ.ศ.2550

อายุ	ชาย			หญิง		
	LE	ALE	จำนวนปีที่ต้องพึ่งพา	LE	ALE	จำนวนปีที่ต้องพึ่งพา
พ.ศ. 2545						
60-64	15.70	15.26	0.44	19.14	18.36	0.78
65-69	12.50	12.07	0.43	15.25	14.49	0.76
70-74	9.68	9.23	0.45	11.76	10.9	0.79
75-79	7.27	6.81	0.46	8.78	7.98	0.80
80 ปีขึ้นไป	5.32	4.82	0.50	6.40	5.52	0.88
พ. ศ. 2550						
60-64	16.18	15.61	0.57	19.47	18.45	1.02
65-69	12.88	12.33	0.55	15.52	14.49	1.03
70-74	9.96	9.44	0.52	11.97	10.95	1.02
75-79	7.48	6.97	0.51	8.94	7.90	1.04
80 ปีขึ้นไป	5.48	4.89	0.59	6.52	5.39	1.13

ที่มา : วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ขยวรรณ, มალი วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว และชนตติ มลิ้นทางกูร. รายงานการศึกษา โครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารหมายเลข 299. พฤศจิกายน 2551.

1.3. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

1.3.1 โครงสร้างอายุของประชากร

การกระจายตัวของประชากรตามกลุ่มอายุและเพศของประเทศไทยระหว่างปีพ.ศ.2533 ถึง พ.ศ.2573 ในแผนภูมิที่ 1.6 เป็นการนำเสนอด้วยปิรามิดประชากร โดยฐานของปิรามิดคือประชากรในวัยเด็ก ประชากรที่อายุสูงขึ้นๆ จะมีสัดส่วน

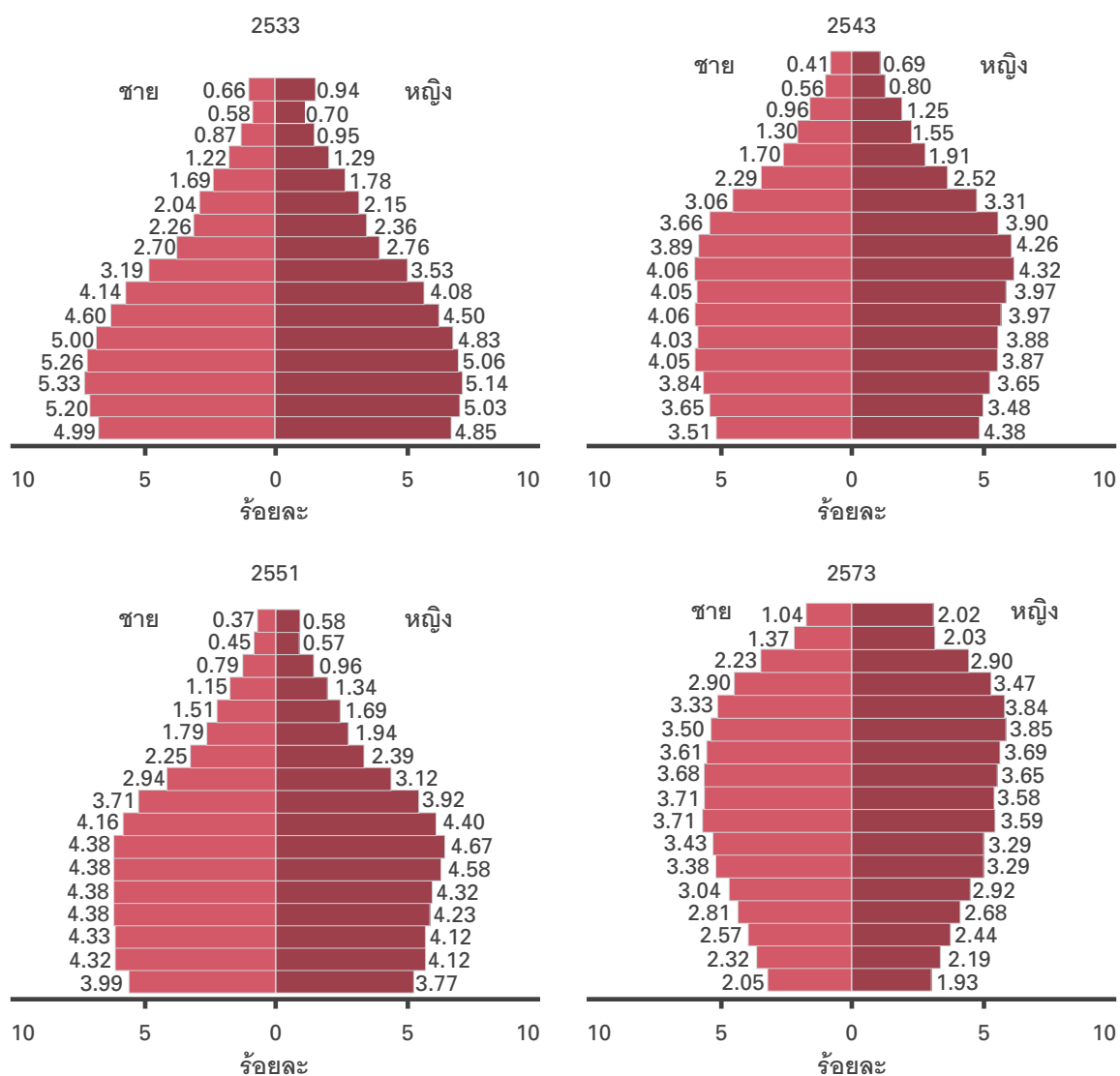
น้อยลงตามลำดับเนื่องจากการตายในแต่ละปี ส่วนกลางของปิรามิดแสดงถึงประชากรวัยแรงงาน ในขณะที่ส่วนบนของปิรามิดแสดงถึงประชากรในวัยสูงอายุ

ปิรามิดประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2533 ถึง พ.ศ.2573 มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างอย่างชัดเจนจากลักษณะของปิรามิดที่มีฐานกว้าง

ในปี พ.ศ. 2533 กลายเป็นปิรามิดที่มีรูปคล้ายรวงผึ้ง ในปี พ.ศ.2573 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยมี อัตราเกิดและอัตรามตายอยู่ในระดับต่ำ อัตราเกิดที่ ลดลงอย่างรวดเร็ว (ดูแผนภูมิที่ 1.4 ประกอบ) ทำให้ฐานปิรามิดแคบลงเพราะเด็กเกิดน้อยลง อัตรา ตายที่ต่ำทำให้สัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่ม อายุไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวได้ว่า ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “การ บันผลทางประชากร” (Population dividend) ซึ่งเป็น สถานการณ์ที่สัดส่วนของประชากรในวัยแรงงาน

(อายุ 15-59 ปี) ซึ่งเป็นวัยผลิตและสามารถให้การ เกื้อหนุนกลุ่มอายุอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ผลจากการฉายภาพประชากรใน ปี พ.ศ.2573 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า สัดส่วนประชากร วัยเด็กลดลงอย่างมาก และถึงแม้ประเทศไทยยังคง มีสัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานที่สูงอยู่ แต่ประชากรในวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนที่ สูงมากอย่างชัดเจน

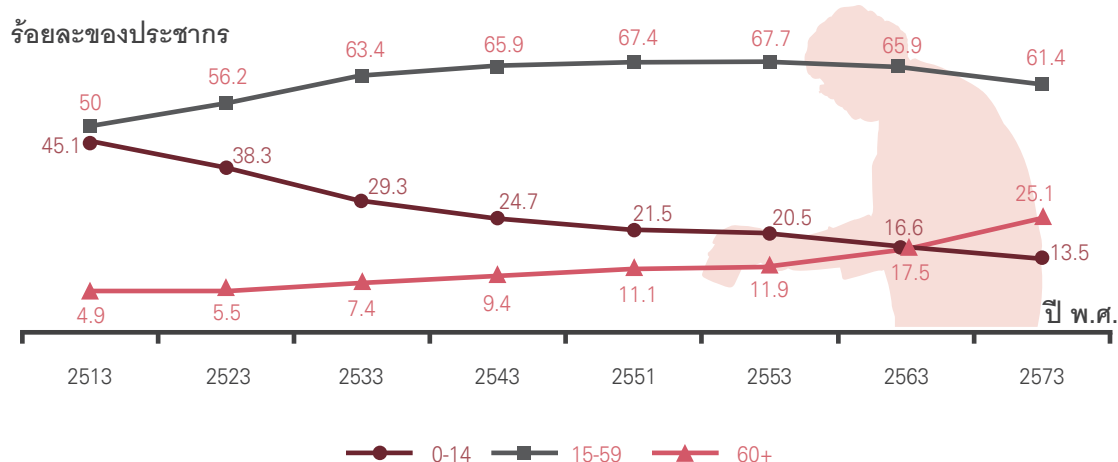
แผนภูมิที่ 1.6 ปิรามิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533, 2543, 2551 และ 2573



สถิติจำนวนประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม คือ ประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และประชากรวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ในตารางที่ 1.4 และ สัดส่วนของประชากร 3 กลุ่มอายุในแผนภูมิที่ 1.7 แสดงให้เห็นถึงทิศทางการเปลี่ยนแปลงของ ประชากร 3 กลุ่มอายุ โดยประชากรวัยเด็กและวัย สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ตรงข้าม กัน ประชากรวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ.2513 ถึง พ.ศ. 2573 โดยลดลงจาก 45.1 ล้าน คน เป็น 13.5 ล้านคน และสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 45.1 เป็น ร้อยละ 13.5 ในขณะที่ในช่วงเวลา เดียวกันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 1.7 ล้านคน เป็น 17.8 ล้านคนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 เป็นร้อยละ 25.1 หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ในปี พ.ศ.2573 ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรของ ประเทศไทยจะเป็นประชากรในวัยสูงอายุ

สำหรับประชากรในวัยแรงงานนั้น ระหว่าง ปี พ.ศ.2513 ถึง พ.ศ.2533 นับเป็นช่วงเวลา ที่ ประชากรในวัยนี้เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนซึ่ง น่าจะเป็นผลดีต่อประเทศในการเพิ่มกำลังคนที่จะ ทำหน้าที่เป็นผู้ผลิตและผู้เกื้อหนุนกลุ่มอายุอื่นๆ แต่การเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนของประชากร ในวัยนี้เริ่มเข้าสู่ภาวะสูงสุดและอยู่ในภาวะคงที่ ระหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2553 และมีแนวโน้ม ที่จะลดลงหลังปี พ.ศ.2553 โดยมีการประมาณการ ว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรในวัยแรงงานของไทย จะเหลือเพียงประมาณ 43.3 ล้านคนหรือคิดเป็น ประมาณร้อยละ 61.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งน่าจะมีผลกระทบต่อการผลิตและการเกื้อหนุน ประชากรวัยอื่นและเป็นประเด็นท้าทายที่องค์กรที่ เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุจะต้องวางแผนงาน ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการและการให้การ เกื้อหนุนผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างอายุของประชากร

แผนภูมิที่ 1.7 ร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม พ.ศ.2513-2573



ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ.2513-2533 สำนักทะเบียนของประเทศไทย พ.ศ.2513-2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลปี 2543-2573 คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 1.4 จำนวนประชากรอายุ 0-14 ปี 15-59 ปี และ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2513-2573

พ.ศ.	จำนวนประชากร อายุ 0-14 ปี	จำนวนประชากร อายุ 15-59 ปี	จำนวนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป
2513	15,506,200	17,196,600	1,680,900
2523	17,165,721	25,213,539	2,444,943
2533	15,946,900	34,548,600	4,014,000
2543	15,344,000	41,026,000	5,867,000
2551	14,297,000	44,792,000	7,395,000
2553	13,803,000	45,500,000	8,011,000
2563	11,654,000	46,174,000	12,272,000
2573	9,534,000	43,349,000	17,763,000

ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. 2513-2533 สำนักทะเบียนราษฎรของประเทศไทย พ.ศ.2513-2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี พ.ศ. 2543-2573 คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.3.2 ดัชนีการสูงอายุ (Aging Index)

ดัชนีการสูงอายุของประชากรเป็นมาตรกวัดที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยเด็ก ดัชนีการสูงอายุ คือ อัตราส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ต่อจำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน ถ้าจำนวนประชากรสูงอายุมีเท่ากับจำนวนประชากรเด็ก ดัชนีการสูงอายุจะมีค่าเท่ากับ 100 ถ้าดัชนีมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุน้อยกว่าจำนวนประชากรเด็ก แต่ถ้าดัชนีมีค่าเกิน 100 หมายความว่าสถานการณ์ตรงข้ามคือ จำนวนประชากรสูงอายุมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก สถิติจากตารางที่ 1.5 แสดงว่า ดัชนีการสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ.2513 ถึง 2553 แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่า 100 ซึ่งแสดงว่าจำนวนเด็กยังมากกว่าจำนวนผู้สูงอายุ แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 เป็นต้นไป ดัชนีการสูงอายุมีค่ามากกว่า 100 แสดงว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมาก

กว่าเด็ก และการฉายภาพประชากรในปี พ.ศ.2573 พบว่าดัชนีการสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 186.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงกว่าจำนวนประชากรเด็กเกือบ 2 เท่าตัวในอีก 20 ปีข้างหน้า

ในปี พ.ศ.2551 จำนวนประชากรสูงอายุมีประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนประชากรเด็ก การศึกษาดัชนีการสูงอายุจำแนกตามเขตที่พักอาศัยภาค (ตารางที่ 1.6) พบว่า ดัชนีการสูงอายุของประชากรในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีดัชนีการสูงอายุสูงกว่าทุกพื้นที่ สำหรับในระดับภูมิภาค ภาคเหนือเป็นภาคที่มีดัชนีการสูงอายุสูงที่สุดถึง 64.6 ซึ่งแสดงว่าภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีจำนวนประชากรสูงอายุต่อจำนวนประชากรเด็กสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร (48.8) ภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานคร (45.4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (43.2) และภาคใต้ (40.7) ตามลำดับ

ตารางที่ 1.5 ดัชนีการสูงอายุ อายุมัธยฐาน และอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนของประชากรไทย พ.ศ.2493-2573

ปีพ.ศ.	ดัชนีการสูงอายุ (ประชากรอายุ 60+/อายุ0-14 ปี)	อายุมัธยฐาน	อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน (ประชากรอายุ15-60/อายุ60+)
2513	10.8	17.8	10.2
2523	14.2	19.9	10.3
2533	25.2	25.1	8.6
2543	38.2	30.1	7.0
2551	51.7	32.9	6.1
2553	58.0	33.9	5.7
2563	105.3	38.5	3.8
2573	186.3	43.1	2.4

ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. 2513-2533 สำนะโนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2513-2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี พ.ศ. 2543-2573 คำนวนจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 1.6 การกระจายร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม ดัชนีการสูงอายุจำแนกตามเขตเมือง-ชนบท และภาคของประเทศไทย ปี พ.ศ.2550

อายุ (ปี) เขต/ภาค	การกระจายร้อยละ				ดัชนีการ
	0-14	15-59	60+	รวม	สูงอายุ
รวม	23.1	66.0	10.9	100	47.3
เขตเมือง-ชนบท					
ชนบท	24.7	63.7	11.6	100	47.0
เมืองต่างจังหวัด	20.6	69.5	9.9	100	48.0
กรุงเทพมหานคร	16.8	75.1	8.2	100	48.8
ภาค					
กลางไม่รวมกรุงเทพฯ	21.3	69.0	9.7	100	45.4
เหนือ	21.2	65.2	13.7	100	64.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	26.5	62.1	11.4	100	43.2
ใต้	25.1	64.7	10.2	100	40.7

ที่มา : จอห์น โนเดล และนาพร ชโยวรรณ การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีตสถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต Papers in Population Ageing No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552 (ตารางที่ 2.4 หน้า 13)

1.3.3 อายุมัธยฐาน (Median Age)

อายุมัธยฐานเป็นมาตรการที่ใช้วัด “ความ มีอายุของประชากร” อายุมัธยฐานถูกนำมาใช้ แทนอายุเฉลี่ย (Mean Age) เพราะอายุเฉลี่ยจะมีความอ่อนไหวและเบี่ยงเบนตามค่าปลายสุดใน ขณะที่อายุมัธยฐานจะไม่ได้รับผลกระทบเพราะ อายุมัธยฐานแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน กลุ่มหนึ่งมีอายุน้อยกว่าอายุมัธยฐานและอีก กลุ่มมีอายุมากกว่าอายุมัธยฐาน ถ้าอายุมัธยฐาน ต่ำกว่า 20 ปี แสดงว่าเป็นประชากรวัยเยาว์ ถ้า อายุมัธยฐานอยู่ระหว่าง 20-30 ปี แสดงว่าประชากร ส่วนใหญ่กำลังเข้าสู่วัยแรงงาน ถ้าอายุมัธยฐาน สูงกว่า 30 ปีขึ้นไป แสดงว่าประชากรส่วนใหญ่ กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ สถิติจากตารางที่ 1.5 แสดง ว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2513 เป็นต้นมา อายุมัธยฐาน ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยระหว่างปี พ.ศ.2513 ถึง พ.ศ.2523 ประชากรของประเทศไทยเป็นประชากรวัยเยาว์ และเริ่มก้าวเข้าสู่การ เป็นประชากรวัยกลางคนในปี พ.ศ.2533 และตั้ง แต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา ประเทศไทยถือว่าเริ่ม เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ปัจจุบันกว่าครึ่ง ของประชากรไทยมีอายุมากกว่า 30 ปี และผล จากการฉายภาพประชากรแสดงว่าในปี พ.ศ.2573 ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรไทยจะมีอายุมาก กว่า 43 ปี

1.3.4 อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน (Potential Support Ratio)

อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน คือ อัตราส่วน จำนวนประชากรอายุ 15-60 ปี ต่อประชากรอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นมาตรการที่แสดงถึงศักยภาพ ของการเกื้อหนุนผู้สูงอายุว่าจะมีคนในวัยแรงงาน

กี่คนที่ให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ข้อมูล จากตารางที่ 1.5 แสดงการลดลงของอัตราส่วน ศักยภาพการเกื้อหนุนอย่างน่ากังวล เพราะในปี พ.ศ.2513 และ พ.ศ.2523 ประชากรในวัยแรงงาน 10 คน ดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ปัจจุบัน (พ.ศ.2551) มีประชากรในวัยแรงงาน 6 คน ให้การ เกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน แต่ในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุในขนาดของประเทศไทยจะมีคนในวัย ทำงานที่จะมาให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างมาก ผลจากการฉายภาพประชากรแสดงว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรในวัยแรงงานเพียง 2 คน เท่านั้นที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน

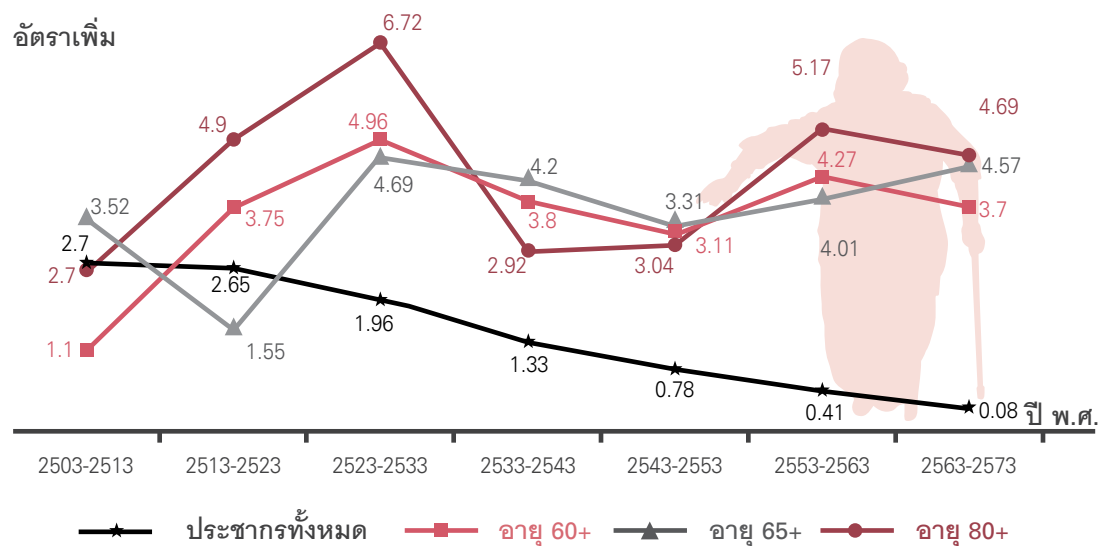
1.3.5 อัตราการเปลี่ยนแปลงประชากรสูงอายุ

การเปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลง ประชากรรวมกับประชากรสูงอายุในอายุต่างๆ คือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปในแผนภูมิที่ 1.8 พบว่า อัตราเพิ่มประชากรรวมและอัตราเพิ่มประชากรสูง อายุมีทิศทางที่ตรงกันข้าม อัตราเพิ่มประชากร รวมมีแนวโน้มที่จะลดลงในทุกๆรอบ 10 ปี โดย ลดลงจากร้อยละ 2.7 ต่อปี ในช่วงปี พ.ศ.2503- 2513 เหลือเพียงร้อยละ 0.8 ต่อปีในช่วงปี พ.ศ. 2563-2573 ในขณะที่อัตราเพิ่มประชากรรวมของ ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างต่อเนื่องนั้น อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่า อัตราเพิ่มของประชากรรวม โดยอัตราเพิ่มประชากร สูงอายุเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงปี พ.ศ.2523-2533 โดย ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 4.96 ต่อปี ในขณะที่ประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

เพิ่มเป็นร้อยละ 4.69 ต่อปี และประชากรอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงถึงร้อยละ 6.72 ต่อปี และถึงแม้หลังจากปี พ.ศ.2543 อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุมีแนวโน้มที่จะลดลงบ้าง แต่อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุในอนาคตก็ยังสูงถึงระดับร้อยละ 4 ถึง ร้อยละ 5 ต่อปี โดยในปี พ.ศ.2573 อัตราเพิ่มประชากรอายุ

ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 3.7 ต่อปี ในขณะที่อัตราเพิ่มประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 4.57 ต่อปี และอัตราเพิ่มประชากรอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 4.69 ต่อปี

แผนภูมิที่ 1.8 อัตราการเพิ่มประชากรรวม และประชากรสูงอายุ พ.ศ.2503-2573



ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ.2503-2533 สำนักทะเบียนราษฎรของประเทศไทย พ.ศ.2530-2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี 2543-2573 คำนวณจากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

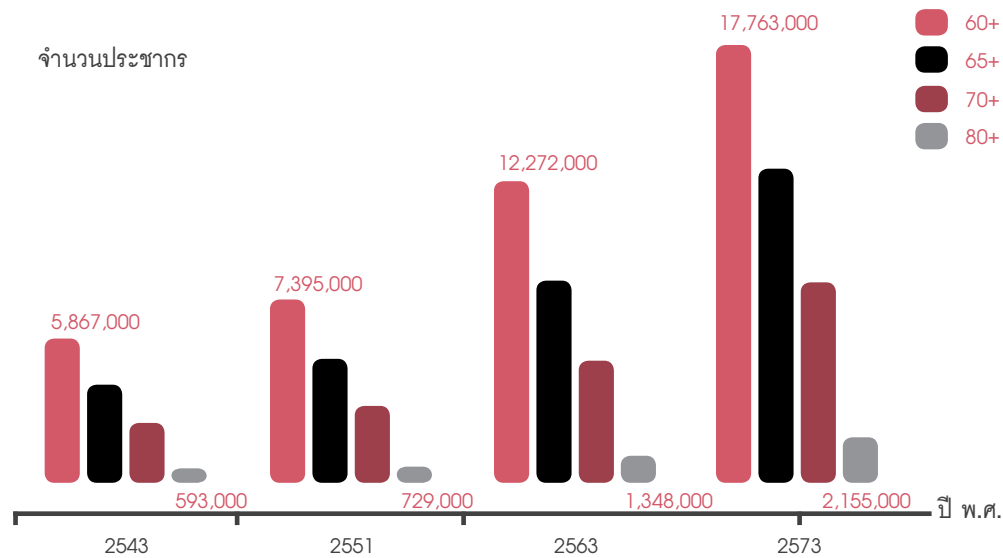
1.4 โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุ

1.4.1 การสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุ

นอกจากจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นและเพิ่มขึ้นในอัตราที่มากกว่าและเร็วกว่าประชากรรวมแล้ว ข้อมูลจากแผนภูมิที่ 1.9 และแผนภูมิที่ 1.10 ยังแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 จำนวนประชากรในแต่ละอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มไม่น้อยกว่า 3 เท่าตัว โดยประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี

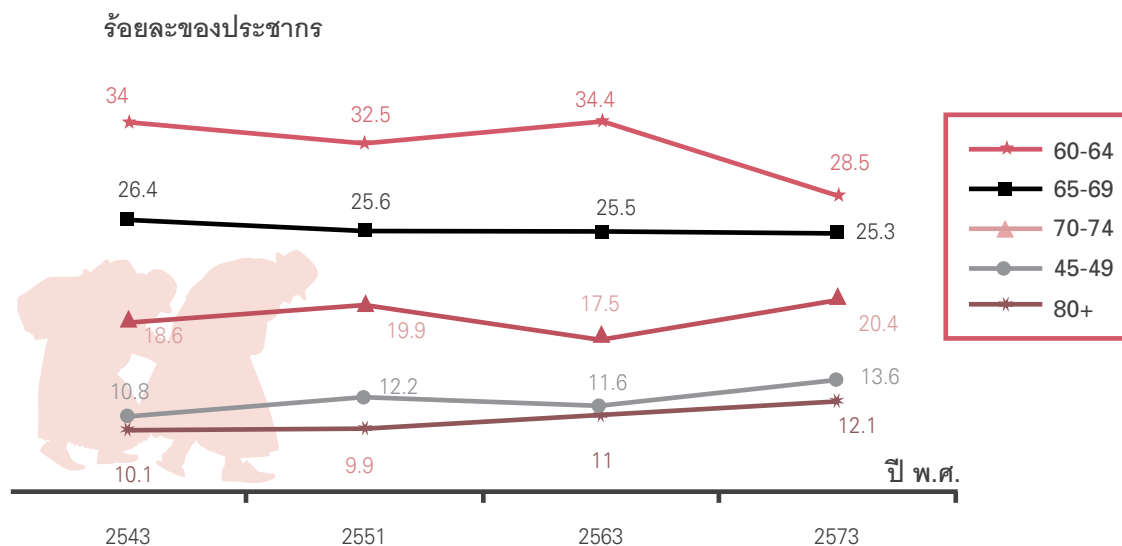
ขึ้นไปเพิ่มขึ้น 3 เท่า (จาก 5.9 ล้านคนเพิ่มเป็น 17.8 ล้านคน) อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 3.3 เท่า (จาก 3.9 ล้านคนเพิ่มเป็น 12.7 ล้านคน) อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 3.5 เท่า (จาก 2.32 ล้านคนเพิ่มเป็น 8.2 ล้านคน) และ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 3.6 เท่า (จาก 5.9 แสนคนเพิ่มเป็น 2.2 ล้านคน) โดยเป็นที่น่าสังเกตว่า ประชากรสูงอายุไม่ได้เพียงแต่เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วน แต่ประชากรในกลุ่มที่สูงอายุมาก คือกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปยังเพิ่มอย่างรวดเร็วด้วย

แผนภูมิที่ 1.9 จำนวนประชากรสูงอายุ พ.ศ.2543-2573



ที่มา : ข้อมูลปี 2543-2573 คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

แผนภูมิที่ 1.10 การกระจายร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2543-2547



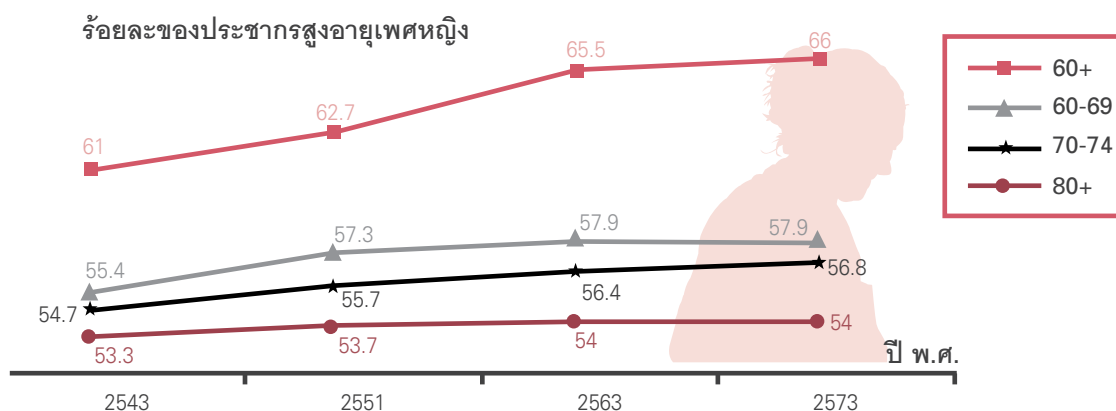
ที่มา : ข้อมูลปี 2543-2573 คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

1.4.2 การมีประชากรหญิงสูงอายุที่มากกว่าชายสูงอายุ

ในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากจะมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่าจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากๆ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นแล้ว แผนภูมิที่ 1.11 ยังแสดงให้เห็นว่ามีความไม่สมดุลทางเพศในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เพราะอัตราตายของประชากรสูงอายุหญิงต่ำกว่าประชากร

สูงอายุชาย ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากกว่าผู้สูงอายุชาย ปัจจุบัน (พ.ศ.2551) ประชากรเพศหญิงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 55.7 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 56.8 ในปี พ.ศ.2573 แต่ในปัจจุบันประชากรเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสูงถึงร้อยละ 62.7 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นถึงประมาณร้อยละ 66 ในปี พ.ศ.2573 ด้วยเหตุนี้ จึงมีการกล่าวกันว่า “เรื่องของผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง” (Feminization of elderly)

แผนภูมิที่ 1.11 การกระจายร้อยละของประชากรสูงอายุเพศหญิง จำแนกตามอายุ พ.ศ.2543-2573



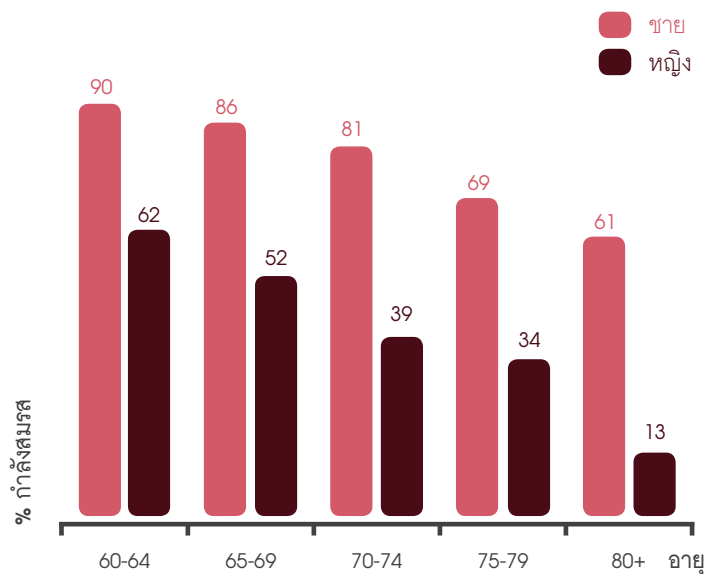
ที่มา : ข้อมูลปี 2543-2573 คำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.5 ลักษณะที่ประปรายของประชากรสูงอายุ*

ในสังคมไทยผู้สูงอายุยังต้องการการดูแลและเกื้อหนุนจากคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรนับเป็นกำลังสำคัญในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุ สถานการณ์ด้านครอบครัวในปัจจุบันโดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางประชากรแสดงว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่กำลังสมรสมีแนวโน้มที่จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงในกลุ่มอายุมากๆ นับเป็นกลุ่มที่เปราะบางที่จะได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรส (แผนภูมิที่ 1.12) เนื่องจากอัตราตายของคู่สมรสของผู้สูงอายุหญิงอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศชายและการสมรสใหม่ของผู้หญิงโดยเฉพาะเมื่อมีอายุมากจะมีสัดส่วนน้อยกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่นคนเดียวและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น (แผนภูมิที่ 1.13) ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูง

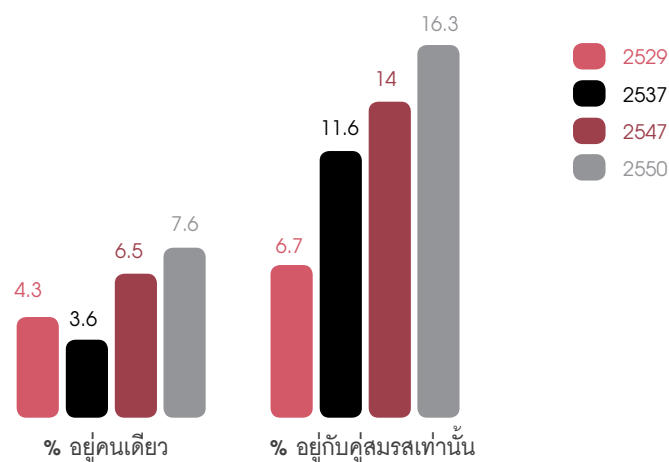
ขึ้นตลอดช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2529 ถึง พ.ศ.2550) ซึ่งเป็นดัชนีบ่งชี้ว่าศักยภาพของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการดูแลด้านกายภาพ (physical care) ของผู้สูงอายุว่ามีแนวโน้มที่จะลดลงหรืออาจมีปัญหาด้านคุณภาพของการดูแลเพราะเป็นการดูแลด้านกายภาพซึ่งผู้สูงอายุที่ต่างก็มีปัญหาด้านสุขภาพและด้านกายภาพต้องดูแลกันเอง อย่างไรก็ตามความรุนแรงของปัญหาในด้านการดูแลด้านกายภาพอาจยังไม่ถึงขั้นวิกฤตเพราะสถิติจากตารางที่ 1.7 แสดงว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียวหรืออยู่เพียงลำพังกับคู่สมรสแต่ประมาณร้อยละ 51.5 ของผู้สูงอายุที่อยู่นคนเดียวและร้อยละ 53.9 ของผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีบุตรที่อาศัยอยู่บ้านติดกันหรืออยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน

แผนภูมิที่ 1.12 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่กำลังสมรส จำแนกตามอายุและเพศ ปี พ.ศ.2550



ที่มา : นภาพร ขโยวรรณ “สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย” การอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2551

แผนภูมิที่ 1.13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น พ.ศ.2529-2550



ที่มา : นภาพร ขโยวรรณ “สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย” การอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2551

ตารางที่ 1.7 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้นตามสถานที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด ปี พ.ศ.2550

สถานที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด	อยู่คนเดียว		อยู่ลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น	
	ร้อยละ	%สะสม	ร้อยละ	%สะสม
บ้านติดกัน	33.4	33.4	32.0	32.0
หมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน	18.1	51.5	21.9	53.9
จังหวัดเดียวกัน	17.2	68.7	20.5	74.4
จังหวัดอื่น	17.8	86.5	21.8	96.2
ไม่มีบุตร	13.5	100.0	3.8	100.0
รวม	100.0		100.0	

ที่มา : จอห์น โนเดล และนภาพร ขโยวรรณ การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต Papers in Population Ageing No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552 (ตารางที่ 5.2 หน้า 50)

หากพิจารณาการมีบุตรของผู้สูงอายุในปัจจุบันในฐานะของอุปสงค์ (supply side) ในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยไม่คำนึงถึงรูปแบบและคุณภาพของการดูแล ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นกลุ่มที่เปราะบางในการที่จะได้รับการดูแลจากบุตรมากกว่ากลุ่มอื่นเพราะมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของการไม่มีบุตรที่มีชีวิต ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้สูงอายุในเขตเมืองเป็นกลุ่มที่เปราะบางมากกว่าเพราะไม่มีบุตรที่มีชีวิตเป็นสัดส่วนที่สูงกว่า (ตารางที่ 1.8)

ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีบุตร แต่ปัจจัยทางประชากรในเรื่องการย้ายถิ่นของบุตรมีผลต่อการให้การดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยเฉพาะทางด้านกายภาพ หากพิจารณาการย้ายถิ่นของบุตรในฐานะที่มีผลต่อความเปราะบางด้านการให้การดูแลผู้สูงอายุ แผนภูมิที่ 1.14 แสดงว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรลดลง

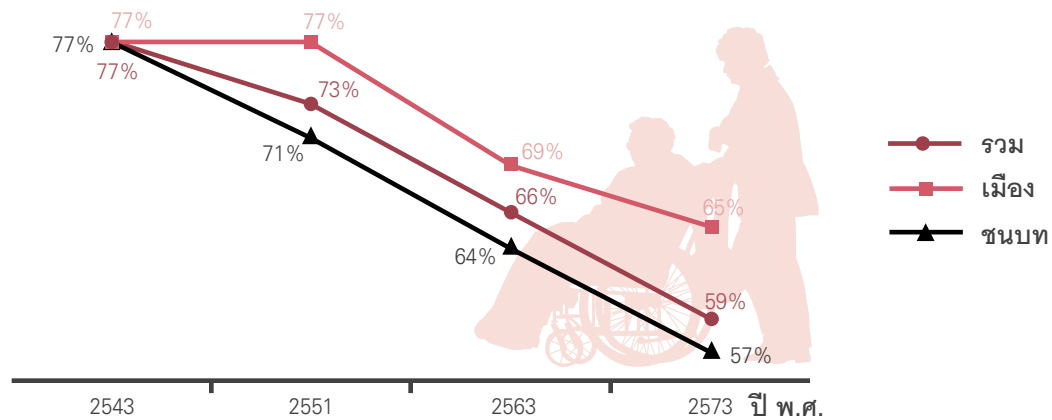
จากร้อยละ 77 ในปี พ.ศ.2529 เหลือเพียงร้อยละ 59 เท่านั้นในปี พ.ศ.2550 โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีความเปราะบางที่จะได้รับการดูแลจากบุตรมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองเพราะในปี พ.ศ.2550 มีผู้สูงอายุในเขตชนบทเพียงร้อยละ 57 ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายुर้อยละ 65 ในเขตเมือง และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละของบุตรของผู้สูงอายุที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดา ระหว่างปี พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2550 (แผนภูมิที่ 1.15) สัดส่วนของบุตรที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาที่สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 35.6 ซึ่งแสดงว่าในปัจจุบันประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีบุตรที่ย้ายถิ่นไปอยู่ไกลบ้าน ผู้สูงอายุจึงมีความเปราะบางมากขึ้นที่จะไม่ได้รับการดูแลจากบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในเขตชนบทซึ่งมีสัดส่วนของบุตรที่ไม่ได้อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับตนสูงถึงร้อยละ 40 ในปัจจุบันโดยเพิ่มจากร้อยละ 29 ในปี พ.ศ.2538 หรือเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 1.8 จำนวนบุตรที่มีชีวิตของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่พักอาศัย ปี พ.ศ.2550

จำนวนบุตรที่มีชีวิต	รวม	อายุ		เพศ		เขตที่อาศัย	
		60-69	70+	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท
0	4.6	5.0	4.1	3.3	5.7	6.9	3.7
1-2	21.8	25.5	16.5	24.2	19.8	29.0	18.9
3-4	35.1	39.9	28.4	37.8	32.9	36.4	34.6
5+	38.5	29.6	51.0	34.7	41.5	27.7	42.7
รวม	100	100.0	100.0	100	100	100	100
จำนวนบุตรที่มีชีวิตเฉลี่ย	4.1	3.9	4.2	3.5	4.3	3.5	4.3

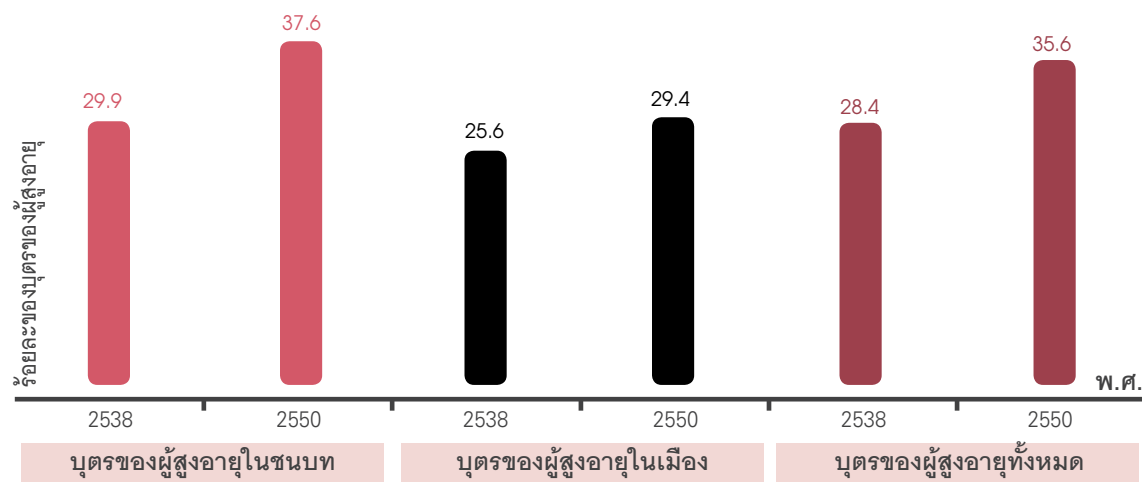
ที่มา : นภาพร ขยวรรณ์ “สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย” การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2551

แผนภูมิที่ 1.14 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดียวกับบุตร พ.ศ.2529-2550



ที่มา : นภาพร ขโยวรรณ “สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย” การอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่น ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2551

แผนภูมิที่ 1.15 ร้อยละของบุตรผู้สูงอายุที่อยู่คนละจังหวัดกับพ่อแม่ พ.ศ.2538 และ พ.ศ.2550

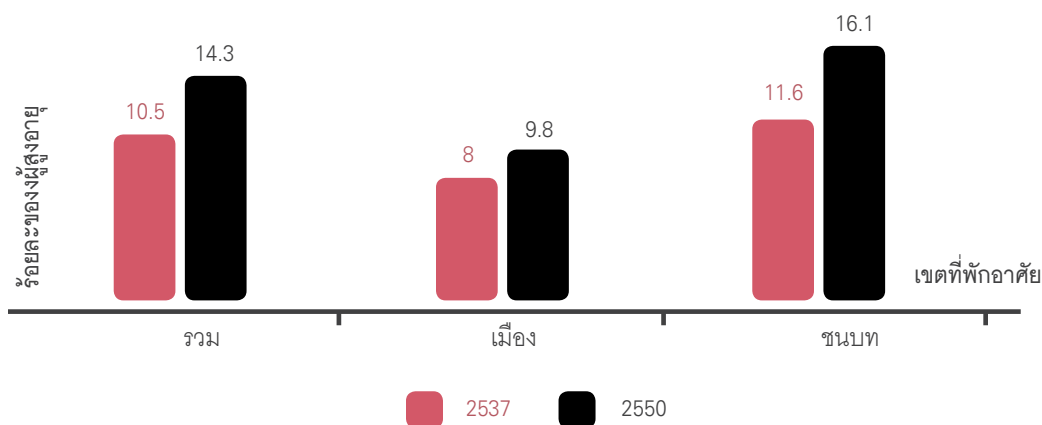


ที่มา : จอห์น โนเดล และนภาพร ขโยวรรณ การสูงอายทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต Papers in Population Ageing No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552 (ตารางที่ 5.2 หน้า 50)

การย้ายถิ่นของบุตรที่โตเป็นผู้ใหญ่เพื่อไปหางานทำนอกจากจะส่งผลให้เกิดความเปราะบางในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทางร่างกายซึ่งอาจส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุแล้วยังนำไปสู่ปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “ครัวเรือนข้ามรุ่น” (skip generation household) ซึ่งหมายถึงครัวเรือนที่ประกอบด้วยผู้สูงอายุและหลานอย่างน้อย 1 คน แต่ไม่มีบุตรที่สมรสหรือบุตรเขย/บุตรสะใภ้ของผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วยกันในครัวเรือน ทั้งนี้เพราะบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของผู้สูงอายุคือช่วยดูแลหลาน ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่นในปี

พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2550 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่นเพิ่มจากร้อยละ 10.5 เป็นร้อยละ 14.3 ในระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมา ในทั้งสองปีของการสำรวจ ผู้สูงอายุในชนบทมีแนวโน้มที่จะอยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่นมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง และความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทในสัดส่วนที่อยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่นก็มีมากขึ้นด้วย (แผนภูมิที่ 1.16) ซึ่งหากหลานที่พักอาศัยกับผู้สูงอายุมีอายุน้อยหรืออยู่ในวัยที่ต้องได้รับการดูแลก็จะเป็นการเพิ่มภาระทั้งด้านเศรษฐกิจ การดูแลด้านกายภาพและมีผลต่อการเพิ่มความเปราะบางในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น

แผนภูมิที่ 1.16 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่น จำแนกตามเขตที่พักอาศัย พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2550



ที่มา : จอห์น โนเดล และนาพร ขยิวรรณ การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต Papers in Population Ageing No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552 (ตารางที่ 5.3 หน้า 55)

หมายเหตุ : ครัวเรือนข้ามรุ่น คือ ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุกับหลานสายตรง (บุตรของบุตร) อย่างน้อย 1 คน แต่ไม่มีบุตรที่สมรสหรือบุตรเขย/สะใภ้อยู่ด้วย

กล่าวโดยสรุป ปี พ.ศ.2550 เป็นปีที่สังคมไทย ถูกกล่าวขานจากนักประชากรศาสตร์ว่าเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) เพราะมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ผลการศึกษาข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิหลายแหล่งชี้แนะว่า นอกจากสังคมไทยจะเป็นสังคมที่มีประชากรวัยสูงอายุเป็นสัดส่วนที่สูงแล้ว ลักษณะเด่นที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ ประชากรสูงอายุไม่ได้เพียงแค่เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนเท่านั้น แต่ประชากรในกลุ่มที่มีอายุมากมาก คือ กลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปยังเพิ่มอย่างรวดเร็วด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความไม่สมดุลทางเพศในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากมากด้วย เพราะสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ดังนั้น กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงจึงเป็นกลุ่มที่เปราะบางที่สังคมควรให้ความสนใจและใส่ใจเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพักอาศัยของผู้สูงอายุตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังกับคู่สมรสเท่านั้นมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทางร่างกาย (physical care) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ได้รับการดูแลเพราะอยู่คนเดียว หรือบางรายต้องดูแลกันเองระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพของการดูแล และหากพิจารณาการมีบุตรในฐานะของอุปสงค์ในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยไม่คำนึงถึงรูปแบบและคุณภาพของการดูแลก็พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองและผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ หรือผู้สูงอายุวัยปลายอาจมีบุตรให้การดูแลน้อยกว่าเพราะมีบุตรที่มีชีวิตน้อยกว่า นอกจากนี้การย้ายถิ่นของบุตรนอกจากจะส่งผลให้มีบุตรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุทางกายภาพ

ลดลงแล้ว ยังนำไปสู่ปรากฏการณ์การพักอาศัยใน “ครัวเรือนข้ามรุ่น” ของผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงครัวเรือนที่ประกอบด้วยผู้สูงอายุและหลานอย่างน้อย 1 คน โดยไม่มีบุตรที่สมรส บุตรชาย/บุตรสะใภ้ของผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วยกันในครัวเรือน ซึ่งสถานการณ์นี้อาจเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลหลานที่ยังเด็กในกลุ่มผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าในปัจจุบัน มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีความเปราะบาง (vulnerability) เพราะผู้สูงอายุต้องตกอยู่ในสภาพการณ์ที่มีภาระอันหนักหน่วงเกินขีดความสามารถของตนที่จะแบกรับได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางนี้จึงอยู่ในสถานะที่ไม่มั่นคง และมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบต่างๆ ที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป ในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ มีความจำเป็นที่หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักถึงปัญหาที่จะตามมา และต้องจัดลำดับความสำคัญในการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้วย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

จอห์น โนเดล และนภาพร ขโยวรรณ, 2552. การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต Papers in Population Ageing No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ

นภาพร ขโยวรรณ, 2551. “สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย” การอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีวิเวร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาวันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2551

นภาพร ขโยวรรณ. 2548. “กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย” วารสารประชากรศาสตร์ 21 (1): 1-24.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ขโยวรรณ, มานี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว และชนนต์ดี มลิินทางกูร, 2551. รายงานการศึกษา โครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2.วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารหมายเลข 299. พฤศจิกายน 2551.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2507-2538

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนะโนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2530-2543

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. กรุงเทพฯ

ภาษาอังกฤษ

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

Kua Wongboonsin. 2004. The Demographic dividend & M-curve labour-force participation in Thailand. Applied Population & Policy 2004:1(2) 115-122.

United Nations, 2007. World Population Ageing 2007.

บทที่ 2

สถานการณ์ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ





สถานการณ์ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ*

บทนี้มีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นการให้ภาพระดับและแนวโน้มสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีวัดต่างๆ เช่น การประเมินสุขภาพตนเอง ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การทำกิจวัตรประจำวัน การกลืน ปัสสาวะ/อุจจาระ โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บ ส่วนที่ 2 เป็นเรื่องของภาวะสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ใช้ดัชนีวัดที่เป็นการให้คะแนนจากคำถามต่างๆ ในการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย สภาพปัญหาทางจิตเวชและสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 บรรยายสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ ส่วนที่ 4 ให้ข้อมูลการรับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 5 นำเสนอพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และส่วนที่ 6 บรรยายสถานการณ์ความพิการในผู้สูงอายุ รายละเอียดมีดังนี้

2.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

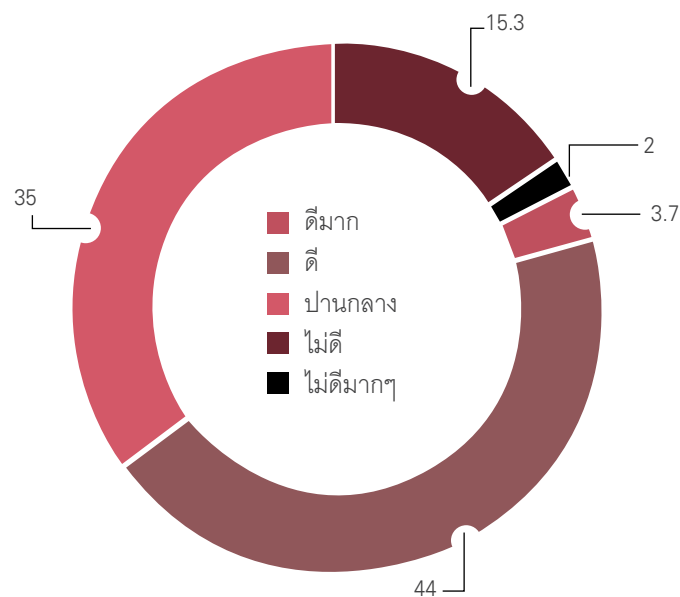
การประเมินสุขภาพด้วยตนเองสามารถบอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นได้ระดับหนึ่งในการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ได้ทำการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุใน 4 ภาค 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย สุรินทร์ สุพรรณบุรี และสุราษฎร์ธานี จำนวน 6,142 คน ในปี พ.ศ.2551 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่าดี ร้อยละ 44.0 รองลงมาปานกลาง ร้อยละ 35.0 โดยประเมินว่าไม่ดี/ไม่ดีมากๆ เกือบ 1 ใน 5 (ร้อยละ 17.3) โดยผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 18.3) ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมากๆ สูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 16.1) ผู้สูงอายุจะประเมินสุขภาพตนเองไม่ดี/ไม่ดีมากๆ เมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 13.6 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 18.1 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5) (แผนภูมิที่ 2.1, 2.2 และ 2.3)

* เรียบเรียงโดย นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร และสมจินต์ โฉมวันชัย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจิราวรรณ มาท่อมสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อเปรียบเทียบการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุย้อนหลัง 5 ปี แม้จะเป็นการสำรวจจากหน่วยงานที่แตกต่างกัน จะพบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุมีแนวโน้ม

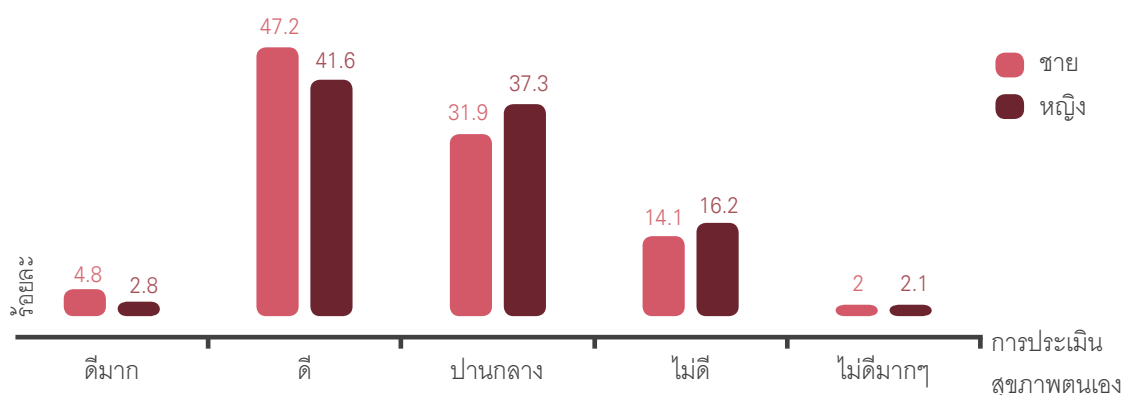
ไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี มีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาเป็นปานกลาง ไม่ดี ดีมากและไม่ดีมากๆ น้อยที่สุด (แผนภูมิที่ 2.4)

แผนภูมิที่ 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุในการประเมินสุขภาพตนเอง



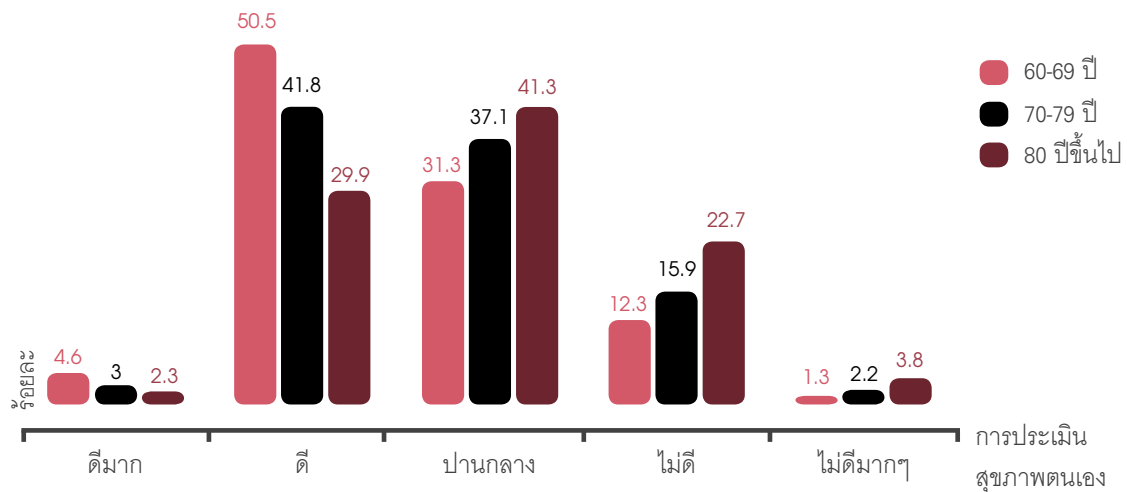
ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.2 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการประเมินสุขภาพตนเองจำแนกตามเพศ พ.ศ.2551



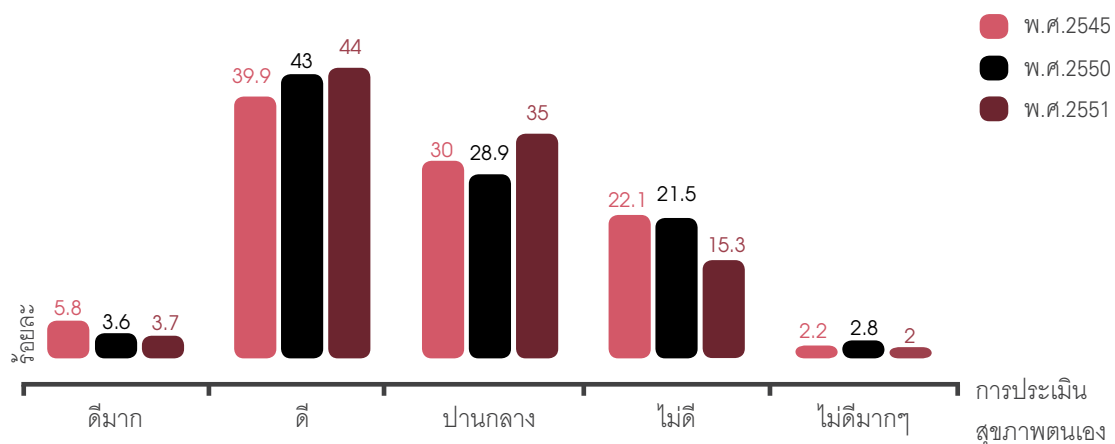
ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.3 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการประเมินสุขภาพตนเองจำแนกตามเพศ พ.ศ.2551



ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.4 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการประเมินสุขภาพตนเองจำแนกตามเพศ พ.ศ.2545-2551

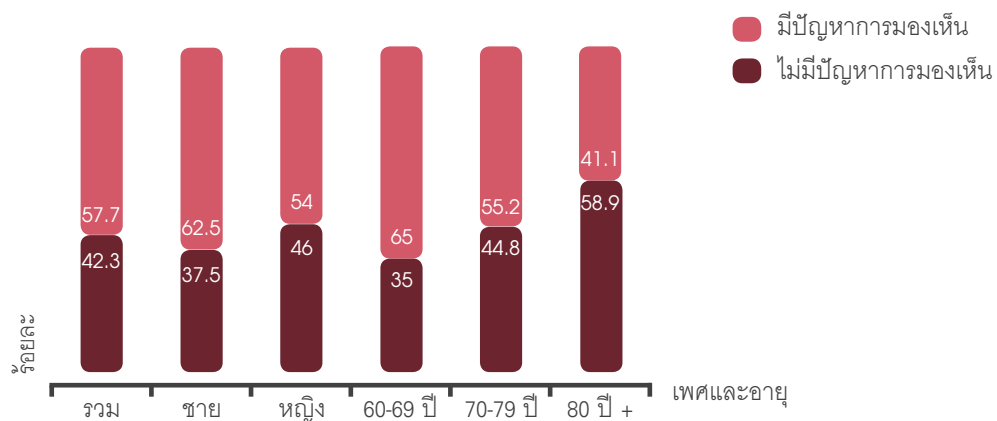


ที่มา : 1. ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาวะสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายในปี พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ทำการสำรวจเรื่อง การมองเห็น และการได้ยินพบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่ง (ร้อยละ 57.7) มีปัญหาการมองเห็น เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุชายมีปัญหาการมองเห็นสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชายร้อยละ 62.5 และหญิงร้อยละ

54.0) และเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ยิ่งอายุมากขึ้น ปัญหาการมองเห็นกลับน้อยลง ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับสภาพความคุ้นชินของสายตาตามช่วงวัย โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปีมีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 65.0 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 55.2 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.1 (แผนภูมิที่ 2.5)

แผนภูมิที่ 2.5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ.2551

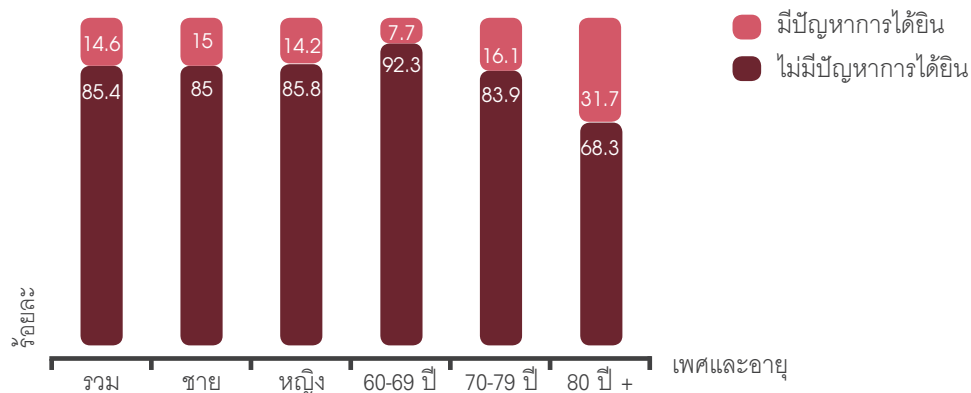


ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุพบร้อยละ 14.6 เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก (ชายร้อยละ 15.0 และหญิงร้อยละ 14.2) แต่สำหรับกลุ่มอายุพบว่า ยิ่ง

อายุมากขึ้นปัญหาการได้ยินจะสูงขึ้นแบบทวีคูณ โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.7 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 16.1 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.7 (แผนภูมิที่ 2.6)

แผนภูมิที่ 2.6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ.2551

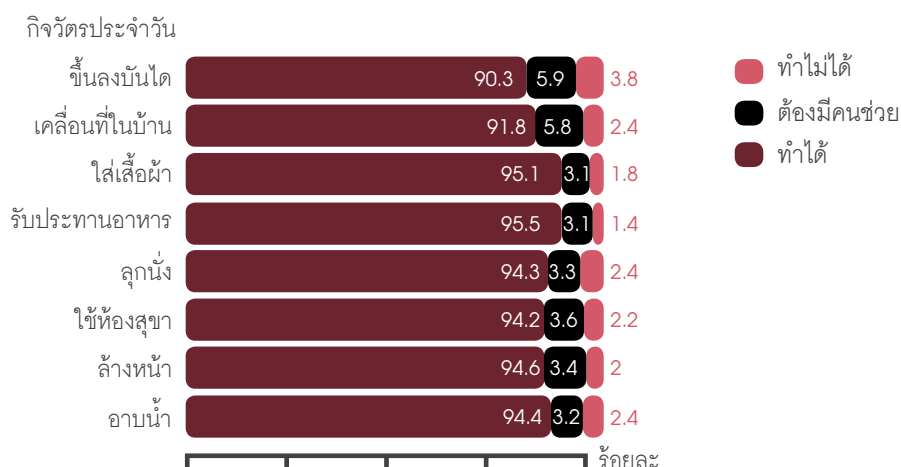


ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุจะพิจารณาจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เทิล (Barthel ADL Index) ได้แก่ การอาบน้ำ การล้างหน้า/แปรงฟัน การใช้ห้องสุขา การลุกนั่งจากที่นอน การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 90 ขึ้นไป สามารถทำกิจวัตรต่างๆ ได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย แต่ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 10

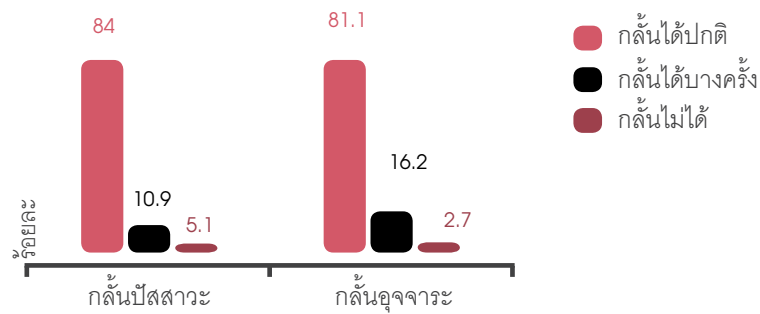
จะมีปัญหาเกี่ยวกับการขึ้นลงบันได ซึ่งจะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ ผู้สูงอายุและญาติควรระมัดระวัง คอยดูแลช่วยเหลือ แม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) จะไม่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระ แต่เกือบ 1 ใน 5 มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระได้บางครั้งและกลั้นไม่ได้เลย โดยเฉพาะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เลยถึงร้อยละ 5.1 (แผนภูมิที่ 2.7, 2.8)

แผนภูมิที่ 2.7 ร้อยละของผู้สูงอายุในความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน พ.ศ.2551



ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.8 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความสามารถในการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ พ.ศ.2551

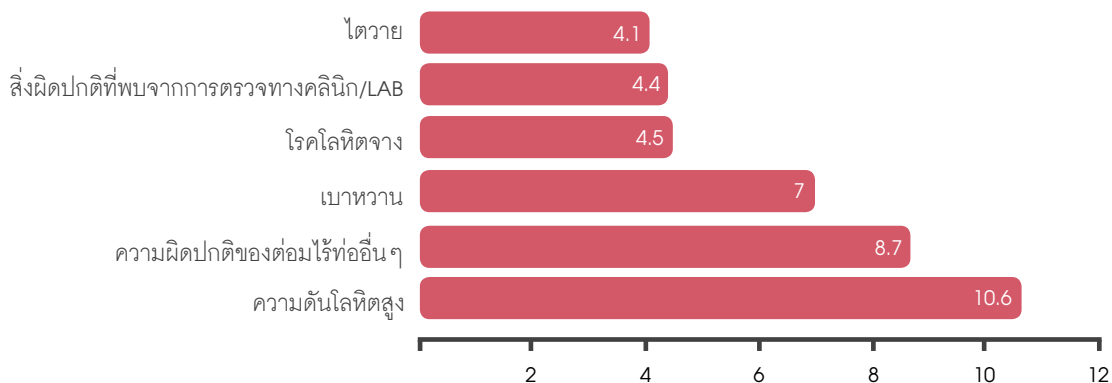


ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 ผู้ป่วยในรายบุคคลหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว โดยแบ่งกลุ่มโรคจาก ICD 10 เป็น 298 กลุ่มโรค พบว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

6 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง 2) ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ/โภชนาการ/เมตาบอลิกอื่น 3) เบาหวาน 4) โลหิตจาง 5) อาการ/อาการแสดง/สิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก/ห้องปฏิบัติการที่ไม่มีรหัสระบุไว้ และ 6) ไตวาย (แผนภูมิที่ 2.9)

แผนภูมิที่ 2.9 ลำดับโรคของผู้ป่วยในสูงอายุจำแนกตาม 298 กลุ่มโรคปีงบประมาณ 2551

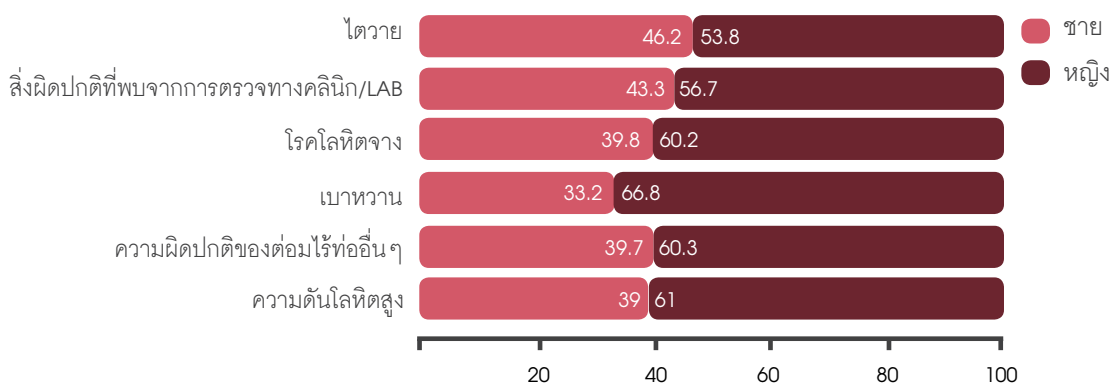


ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ทุกโรค ส่วนหนึ่งนั้นมาจากจำนวนผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุ 70-79 ปี เจ็บป่วยในทุกโรคสูงสุด รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 60-69

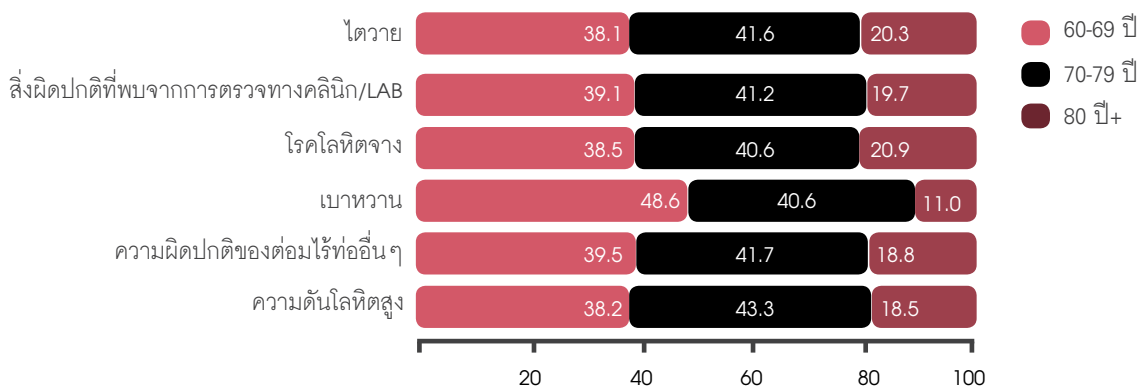
ปี และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปน้อยสุด ยกเว้นโรคเบาหวานที่พบว่าผู้สูงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 48.4) สูงสุด รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 40.6) และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 11.0) (แผนภูมิที่ 2.10, 2.11)

แผนภูมิที่ 2.10 ร้อยละของผู้ป่วยในสูงอายุจำแนกตามโรค 6 ลำดับแรกและเพศปีงบประมาณ 2551



ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.11 ร้อยละของผู้ป่วยในสูงอายุจำแนกตามโรค 6 ลำดับแรกและกลุ่มอายุปีงบประมาณ 2551

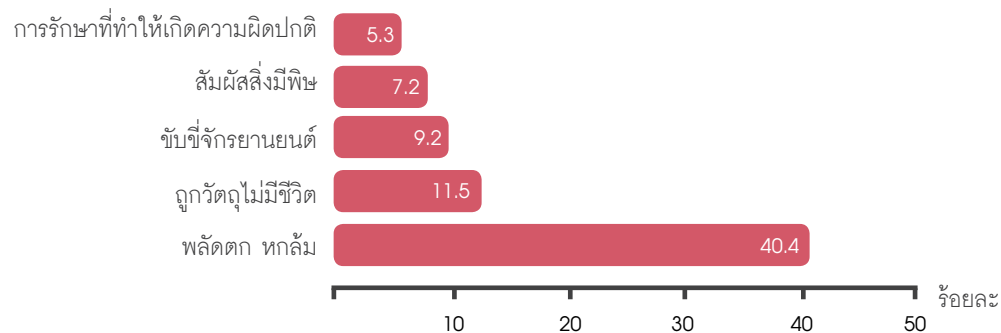


ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้วก็มีโอกาสเกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาได้มาก เช่น กระดูกข้อมือ ข้อสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว ที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สาเหตุที่

ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอกในปีงบประมาณ 2551 ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) พลัดตกหกล้ม 2) ถูกวัตถุกลไกที่ไม่มีชีวิต 3) อุบัติเหตุจากข้อขี้จักรยานยนต์ 4) สัมผัสกับสัตว์หรือพืชมีพิษ และ 5) การรักษาทางศัลยกรรมและอายุรกรรมที่ทำให้เกิดความผิดปกติ (แผนภูมิที่ 2.12)

แผนภูมิที่ 2.12 ลำดับการบาดเจ็บที่เกิดจากสาเหตุภายนอกของผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2551

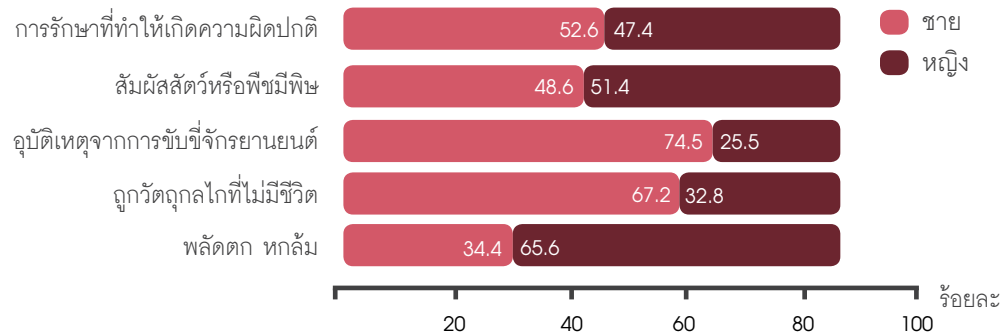


ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้สูงอายุมักเกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากภาวะความเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเสื่อมของตา ได้แก่ ต้อกระจก ทำให้มีปัญหาในการมองเห็น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ จากสถิติพบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มประมาณร้อยละ 50 จะมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ หรืออาจเกิดภาวะความพิการเรื้อรังตามมาและมีชีวิตอยู่ได้ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่พบว่าผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุ

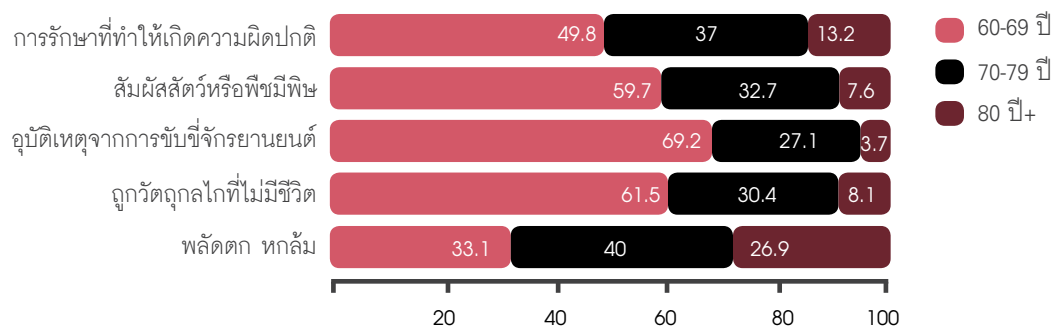
จากการพลัดตกหกล้มสูงถึงร้อยละ 40.4 และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุหญิงพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ชายร้อยละ 34.4 และหญิงร้อยละ 65.6) และผู้สูงอายุ 70-79 ปี พลัดตกหกล้มสูงสุด (ร้อยละ 40.0) รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 33.1 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปน้อยสุด ร้อยละ 26.9 ซึ่งอาจเป็นผลจากการเดินที่น้อยลงและผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วมีแนวโน้มที่จะไม่เดินสูงเนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ (แผนภูมิที่ 2.13, 2.14)

แผนภูมิที่ 2.13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากสาเหตุภายนอก 5 ลำดับแรก จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ 2551



ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.14 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากสาเหตุภายนอก 5 ลำดับแรก จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2551



ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

2.2 กาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

2.2.1 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

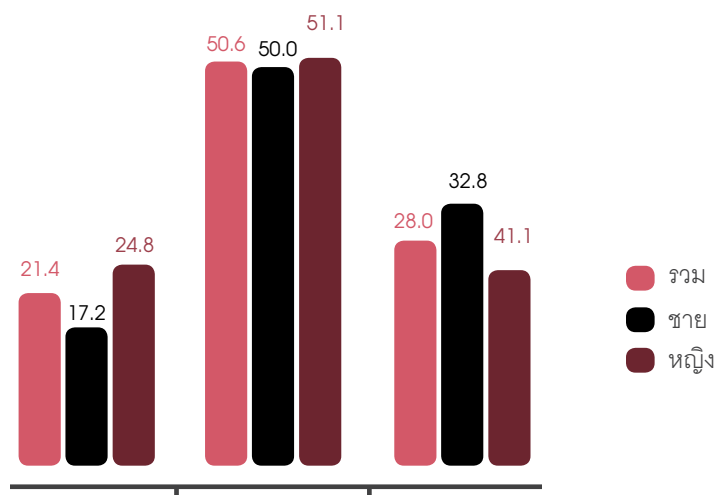
สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดทำการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย โดยใช้ข้อถามสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) แต่ละข้อมีคะแนน

อยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน ซึ่งรวมคะแนนเต็ม คือ 45 คะแนน ข้อคำถามชุดนี้ เป็นข้อถามที่ นพ.อภิชัย มงคล และคณะ จากกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาจากข้อถามฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ (TMHI-54) โดยให้ผู้ตอบสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึกของตนในช่วงเดือนตุลาคม 2551 ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั่วทั้งประเทศ จำนวน 74,232 ราย ในที่นี้เป็นผู้สูงอายุ

จำนวน 11,054 ราย พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ที่ 31.44 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าคนทั่วไป (สุขภาพจิตของคนทั่วไปอยู่ระหว่าง 27.01 – 34.00 คะแนน) ผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชาย 32.18 คะแนน และหญิง 30.85 คะแนน)

เมื่อจำแนกตามระดับสุขภาพจิต พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 50.6) เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 28.0 มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป และร้อยละ 21.4 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป สัดส่วนของผู้สูงอายุชายมีระดับสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป (แผนภูมิที่ 2.15)

แผนภูมิที่ 2.15 ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยจำแนกตามเพศ พ.ศ.2551



ที่มา : การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับการศึกษาที่สำเร็จ กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุที่จบระดับปริญญาตรีหรือจบสูงกว่าปริญญาตรีมีคะแนนสุขภาพจิตสูงสุด (36.10 คะแนน) รองลงมาคือ จบ

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส./ปวท./อนุปริญญา 33.35 คะแนน มัธยมศึกษาตอนต้น 33.02 คะแนน ประถมศึกษา 31.31 คะแนน ผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา/เรียนจบต่ำกว่าประถมศึกษา/จบการศึกษาระยะสั้นมีสุขภาพจิตต่ำสุด 30.93 คะแนน (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ พ.ศ.2551

ระดับที่สำเร็จการศึกษา	คะแนนสุขภาพจิต (คะแนนเต็ม 45 คะแนน)
รวม	31.44
ไม่มีการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา/อื่นๆ	30.93
ประถมศึกษา	31.31
มัธยมศึกษาตอนต้น	33.02
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส./ปวท./อนุปริญญา	33.35
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	36.10

ที่มา : การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกเหนือจากการศึกษาแล้ว การปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนานั้นช่วยให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้ที่นำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาวิตหรือการงาน ทุกครั้งมีคะแนนสุขภาพจิตสูงถึง 32.84 คะแนน

ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยนำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาวิตและการงานมีคะแนนสุขภาพจิตน้อยกว่ามากเพียง 29.10 คะแนน (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามความถี่ในการนำคำสอนทางศาสนามาเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาวิตและการงาน พ.ศ.2551

ความถี่ในการนำคำสอนทางศาสนา มาเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาวิตและการงาน	คะแนนสุขภาพจิต (คะแนนเต็ม 45 คะแนน)
รวม	31.44
ทุกครั้ง	32.84
แทบทุกครั้ง	31.45
เป็นบางครั้ง	30.60
น้อยครั้งมาก	29.35
ไม่เคยใช้หลักศาสนา	29.10
ไม่มีปัญหาวิต/ไม่มีปัญหาการงาน	32.78

ที่มา : การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.2.2 ปัญหาทางจิตเวช ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาท การเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรสญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อยุติธรรมของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ศูนย์สารสนเทศกรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต 17 แห่ง พ.ศ. 2549-2551 พบว่า ผู้สูงอายุชายจะมีปัญหาทางจิตเวชสูงขึ้นในแต่ละปี แต่ผู้สูงอายุหญิงกลับลดลง ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษามี 130,063 รายในปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 144,224 รายในปี 2551 ในที่นี้เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 42.8 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 57.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในแต่ละปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่ผู้ป่วยชายที่ได้รับการรักษามีสัดส่วนที่ได้รับเป็นผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการรักษาเล็กน้อยทุกปีเช่นกัน (ตารางที่ 2.3) เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุชาย 70-79 ปี (ร้อยละ 49.3) มีปัญหาทางจิตเวชสูงสุด รองลงมาเป็น 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.2) และ 60-69 ปี (ร้อยละ 36.0) ส่วนผู้สูงอายุหญิง 60-69 ปี (ร้อยละ 64.0) มีปัญหาทางจิตเวชสูงสุด รองลงมาเป็น 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 51.8) และ 70-79 ปี (ร้อยละ 50.7) (ตารางที่ 2.4)

ส่วนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549-2551 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุชายทุกปี แต่สัดส่วนในผู้สูงอายุเพศเดียวกันไม่แตกต่างกันมากนัก สำหรับ พ.ศ.2551 ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 10,683 ราย ผู้สูงอายุชายร้อยละ 39.9 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 60.1 ผู้สูงอายุชายมีปัญหาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชายร้อยละ 4.2 และหญิงร้อยละ 2.9) (ตารางที่ 2.5) เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุชายมีภาวะสมองเสื่อมลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (อายุ 60-69 ปีร้อยละ 43.2 อายุ 70-79 ปีร้อยละ 40.3 อายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 36.3) ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (อายุ 60-69 ปีร้อยละ 56.8 อายุ 70-79 ปีร้อยละ 59.7 อายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 63.7) (ตารางที่ 2.6)

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.8 เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศพบว่า ผู้สูงอายุหญิงซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย (หญิงร้อยละ 5.5 ชายร้อยละ 4.4) และสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.8 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.0 (แผนภูมิ 2.16)

ตารางที่ 2.3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวชจำแนกตามปีพ.ศ.เพศและประเภทผู้ป่วย

ปี พ.ศ.	รวม	ชาย			หญิง		
		ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
2549	130,063	44,917	1,143	46,060	82,982	1,021	84,003
	(100.0)	(97.5)	(2.5)	(35.4)	(98.8)	(1.2)	(64.6)
2550	91,267	32,087	1,184	33,271	56,861	1,135	57,996
	(100.0)	(96.4)	(3.6)	(36.5)	(98.0)	(2.0)	(63.5)
2551	144,224	60,417	1,255	61,672	81,441	1,111	82,552
	(100.0)	(98.0)	(2.0)	(42.8)	(98.7)	(1.3)	(57.2)

ที่มา : รายงานผู้ป่วยจิตเวช แบบ สจ.รง. 202-1 ; สจ.รง. 202- 2 พ.ศ.2551 ศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 2.4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวชจำแนกตามกลุ่มอายุเพศและประเภทผู้ป่วย พ.ศ.2551

อายุ	รวม	ชาย			หญิง		
		ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
60-69 ปี	69,507	24,270	785	25,055	43,775	677	44,452
	(100.0)	(96.9)	(3.1)	(36.0)	(98.5)	(1.5)	(64.0)
70-79 ปี	54,937	26,710	368	27,078	27,509	350	27,859
	(100.0)	(98.6)	(1.4)	(49.3)	(98.7)	(1.3)	(50.7)
80 ปีขึ้นไป	19,780	9,437	102	9,539	10,157	84	10,241
	(100.0)	(98.9)	(1.1)	(48.2)	(99.2)	(0.8)	(51.8)

ที่มา : รายงานผู้ป่วยจิตเวช แบบ สจ.รง. 202-1 ; สจ.รง. 202- 2 พ.ศ.2551 ศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 2.5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามปี พ.ศ. เพศและประเภทผู้ป่วย

อายุ	รวม	ชาย			หญิง		
		ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
2549	22,253	8,502	43	8,545	13,655	53	13,708
	(100.0)	(99.5)	(0.5)	(38.4)	(99.6)	(0.4)	(61.6)
2550	11,878	4,434	34	4,468	7,372	38	7,410
	(100.0)	(99.2)	(0.8)	(37.6)	(99.5)	(0.5)	(62.4)
2551	10,683	4,084	181	4,265	6,233	185	6,418
	(100.0)	(95.8)	(4.2)	(39.9)	(97.1)	(2.9)	(60.1)

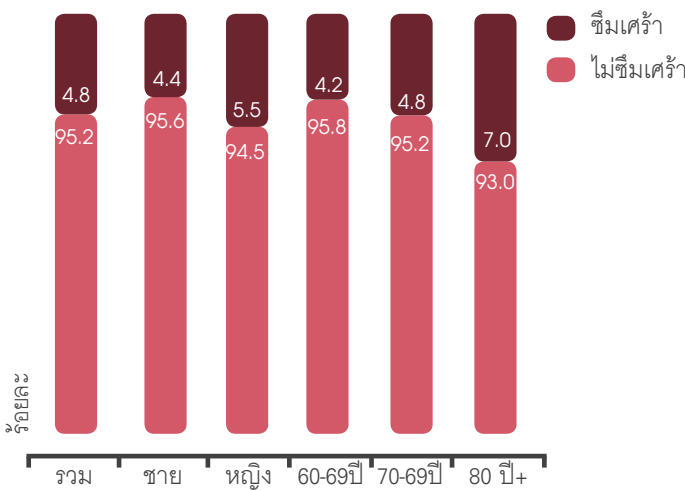
ที่มา : รายงานผู้ป่วยจิตเวช แบบ สจ.รง. 202-1 ; สจ.รง. 202- 2 พ.ศ.2551 ศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 2.6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และประเภทผู้ป่วย พ.ศ.2551

อายุ	รวม	ชาย			หญิง		
		ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
60-69 ปี	2,502	1,029	51	1,080	1,381	41	1,422
	(100.0)	(95.3)	(4.7)	(43.2)	(97.1)	(2.9)	(56.8)
70-79 ปี	5,289	2,042	92	2,134	3,046	109	3,155
	(100.0)	(95.7)	(4.3)	(40.3)	(96.5)	(3.5)	(59.7)
80 ปีขึ้นไป	2,892	1,013	38	1,051	1,806	35	1,841
	(100.0)	(96.4)	(3.6)	(36.3)	(98.1)	(1.9)	(63.7)

ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,

แผนภูมิที่ 2.16 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ.2551



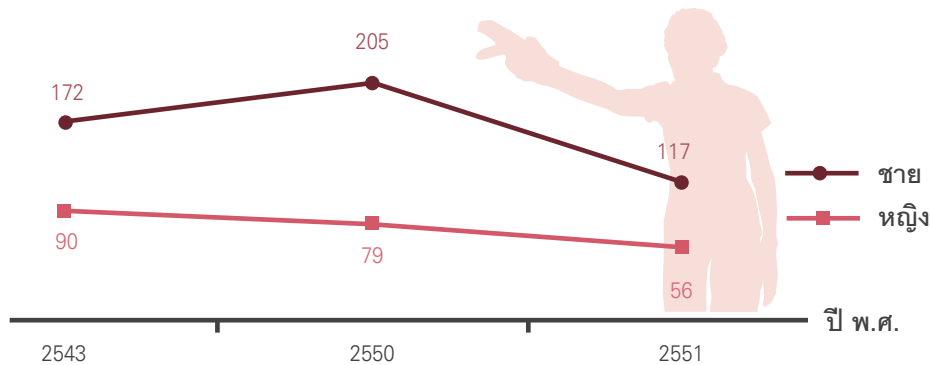
ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2.3 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเอดส์

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานจาก สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ณ วันที่ 30 เมษายน 2552 พบว่า ใน พ.ศ.2549-2551 โรคเอดส์ยังเกิดขึ้นในผู้สูงอายุทุกๆ ปี จำนวน 100-200 รายต่อปี โดย พ.ศ.2549 จำนวน 262 ราย พ.ศ.2550 จำนวน 284 ราย และพ.ศ.2551

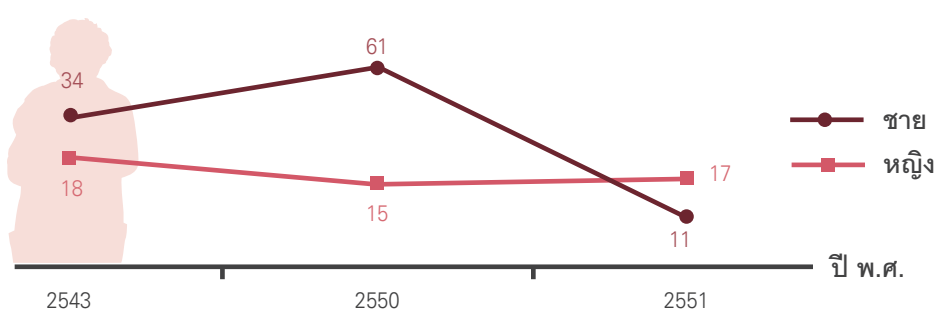
จำนวน 173 ราย จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะมี เพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกปี (แผนภูมิที่ 2.17) ส่วนการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ พบว่า มีความแตกต่างกันในแต่ละปี โดย พ.ศ. 2549 จำนวน 52 ราย พ.ศ.2550 จำนวน 76 ราย และพ.ศ.2551 จำนวน 28 ราย (แผนภูมิที่ 2.18)

แผนภูมิ 2.17 จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ (รายใหม่) จำแนกตามเพศ



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักงานโรคติดต่อ 30 เมษายน 2552

แผนภูมิ 2.18 จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์เสียชีวิต จำแนกตามเพศ



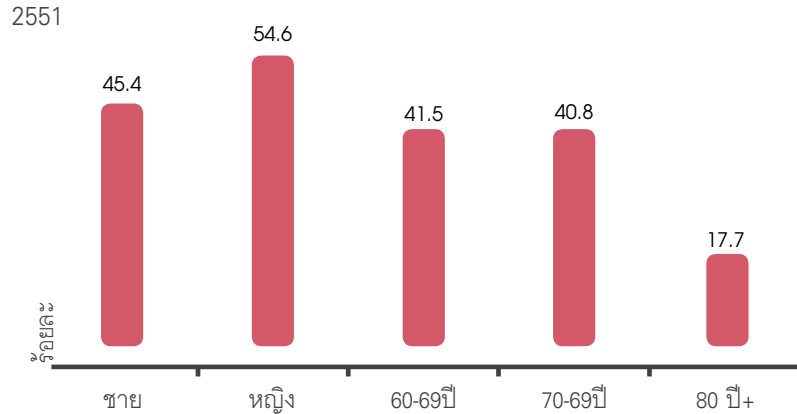
ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักงานโรคติดต่อ 30 เมษายน 2552

2.4 การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ในปีงบประมาณ 2551 ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) จำนวน 1,629,113 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.6) และเพศชาย (ร้อยละ 45.4) ผู้สูงอายุที่เข้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี สูงสุด (ร้อยละ 41.5) กลุ่มอายุ 70-79 ปีร้อยละ 40.8 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 17.7 (แผนภูมิที่ 2.19) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจะมีวันนอนเฉลี่ย 5.22 วัน โดยผู้สูงอายุหญิงและชายจะมีวันนอนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในยิ่งอายุมากขึ้น ก็ยิ่งนอนพักรักษาตัวใน

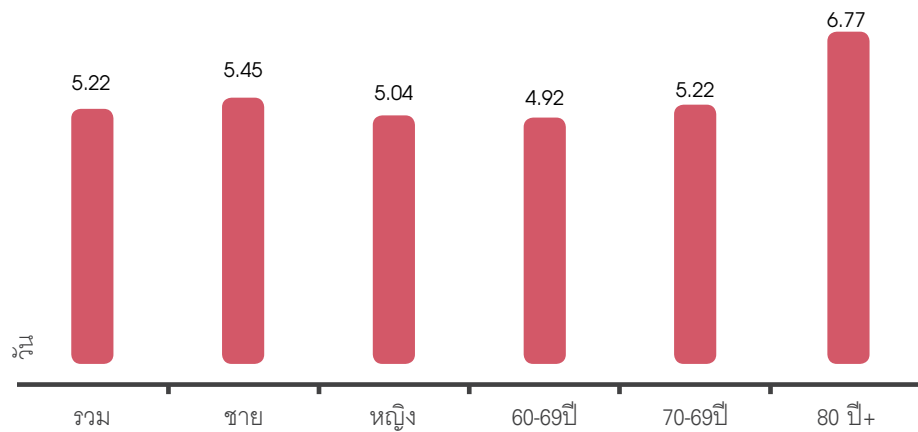
โรงพยาบาลหลายวัน โดยวันนอนเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 60-69 ปีเท่ากับ 4.92 วัน ผู้สูงอายุ 70-79 ปีเท่ากับ 5.22 วัน และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปเท่ากับ 6.77 วัน โดยโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสูงสุดคือ ภาวะปัญญาอ่อน (Mental retardation) 170.67 วัน รองลงมาจะเป็นจิตเภท 33 วัน และเนื้องอกร้าย 21.28 วัน ส่วนโรค 6 ลำดับแรกที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยแล้วไม่เกิน 5 วัน ได้แก่ เบาหวาน และไตวาย ส่วนความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่ผู้สูงอายุเป็นสูงสุดอันดับ 1 มีวันนอนเฉลี่ยไม่เกิน 3 วัน (แผนภูมิที่ 2.20, 2.21, 2.22)

แผนภูมิที่ 2.19 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามเพศและอายุปีงบประมาณ 2551



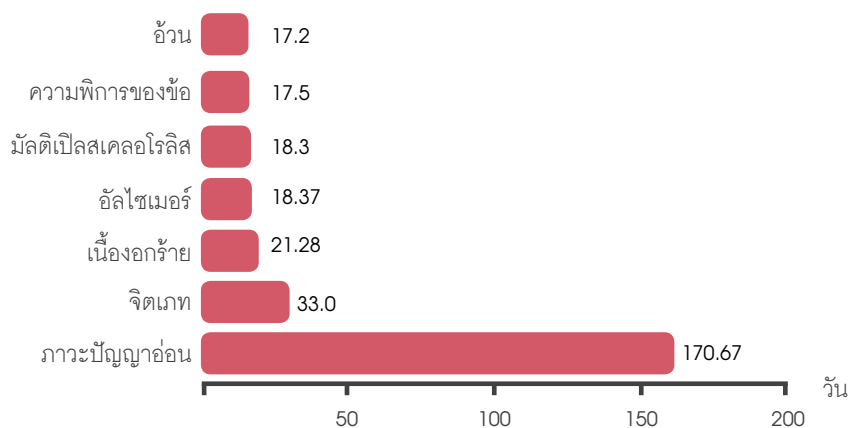
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.20 วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในสูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุปีงบประมาณ 2551



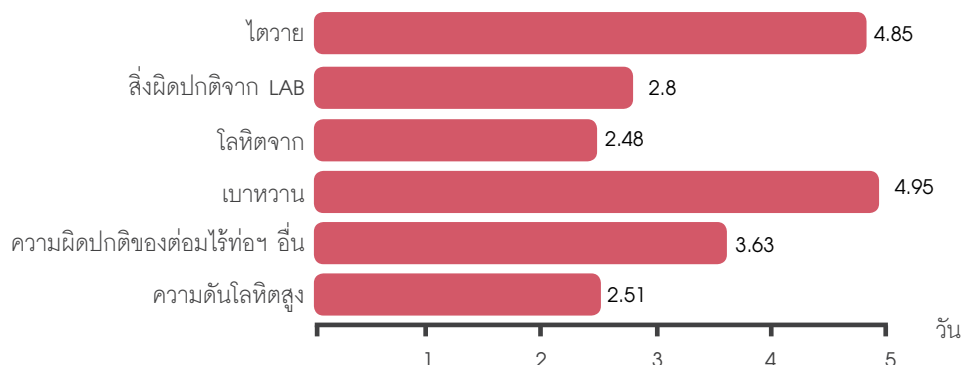
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.21 ลำดับวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในสูงอายุ จำแนกตาม 298 กลุ่มโรค ปีงบประมาณ 2551



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.22 วันนอนเฉลี่ย จำแนกตามลำดับโรค 6 ลำดับแรกที่นอนพักรักษาไม่เกิน 5 วัน
ปีงบประมาณ 2551



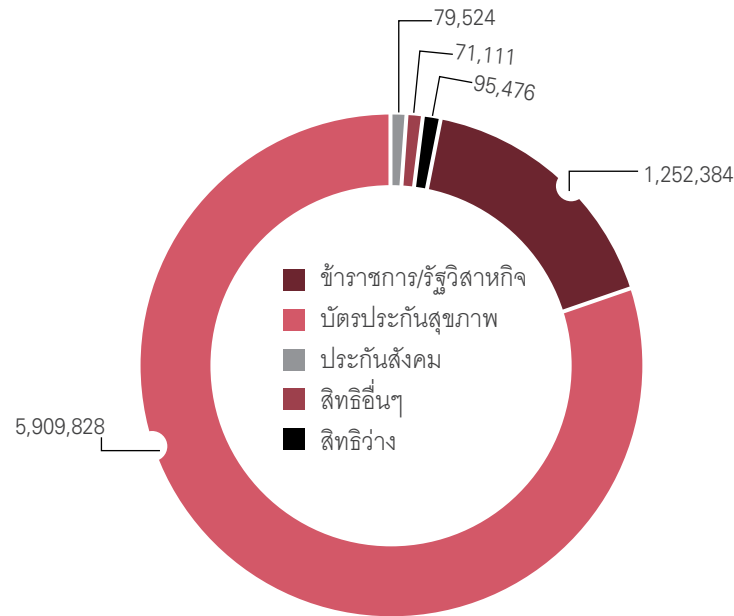
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประมวลข้อมูลด้านสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิการรักษาพยาบาลจำนวน 7,408,341 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.2 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ โดยผู้สูงอายุมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพสูงสุดจำนวน 5,909,828 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.8 รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจจำนวน 1,252,384 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.9 และยังมีผู้สูงอายุจำนวน 95,476 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ (สิทธิว่าง) (แผนภูมิที่ 2.23) เมื่อพิจารณา

สัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 1.1 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 1.2 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 2.7)

ในปี พ.ศ.2551 ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยใน และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 1,273,708 ราย เป็นเงิน 16,976,263,090 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 13,328 บาท ซึ่งในแต่ละกลุ่มอายุมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยไม่แตกต่างกันนัก (ตารางที่ 2.8)

แผนภูมิที่ 2.23 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสิทธิการรักษาปีงบประมาณ 2551



ที่มา : ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ : สิทธิว่าง หมายถึง ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุสิ้นสภาพการใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิประกันสังคมแล้วยังไม่แสดงความจำนงค์ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

ตารางที่ 2.7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสิทธิการรักษาและกลุ่มอายุปีงบประมาณ 2551

ประเภทสิทธิการรักษา	60-69 ปี จำนวน(ร้อยละ)	70-79 ปี จำนวน(ร้อยละ)	80 ปี ขึ้นไป จำนวน(ร้อยละ)
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	595,670 (15.1)	468,205 (19.3)	188,509 (18.0)
สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	3,196,710 (81.1)	1,895,077 (78.3)	818,041 (78.3)
สิทธิประกันสังคม	73,173 (1.9)	5,704 (0.2)	665 (0.1)
สิทธิอื่นๆ	33,093 (0.8)	23,725 (1.0)	14,293 (1.4)
สิทธิว่าง	43,778 (1.1)	28,340 (1.2)	23,358 (2.2)
รวม	3,942,424 (100.0)	2,421,051 (100.0)	1,044,866 (100.0)

ที่มา : ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 2.8 จำนวนและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยในสูงอายุที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

(หน่วย : บาท)

ประเภท	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป
ผู้ป่วยในสูงอายุ	1,273,708	549,968	504,790	218,950
ค่าใช้จ่าย	16,976,263,090	7,479,364,156	6,603,560,558	2,893,338,376
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย	13,328	13,600	13,082	13,215

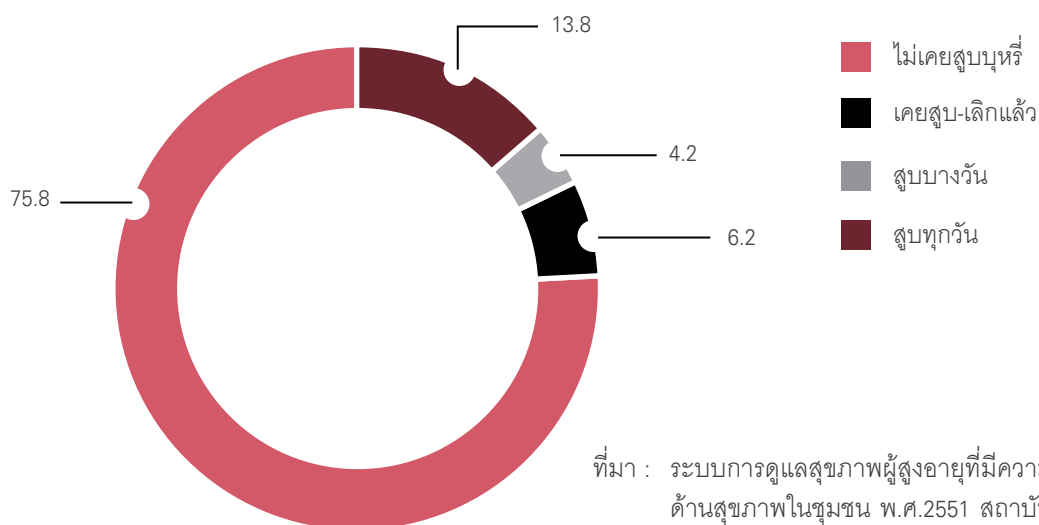
ที่มา : ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้สำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2551 ในการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชนเรื่องการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ยังสูบบุหรี่ โดยสูบบางวันร้อยละ 42 และสูบทุกวันร้อยละ 13.8 ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่ทุกวันสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชายร้อยละ 27.1 และหญิงร้อยละ 3.7) และผู้สูงอายุสูบบุหรี่ทุกวันลดลงตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ

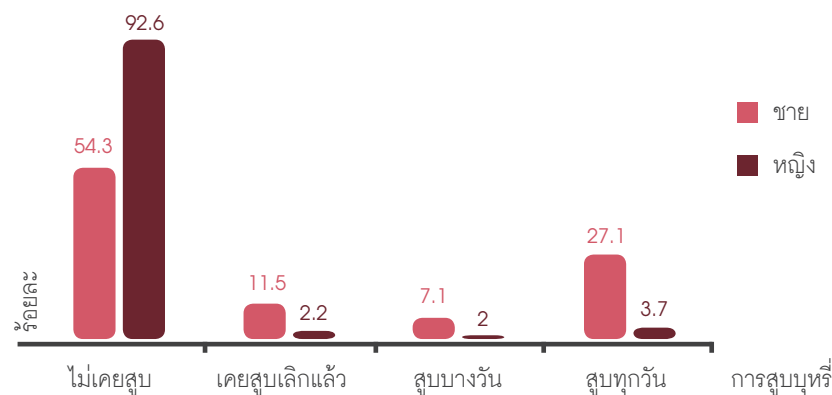
16.3 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 12.1 และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.0 (แผนภูมิ 2.24, 2.25, 2.26) ส่วนการดื่มสุราของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ยังดื่มสุรา โดยดื่มบางวันร้อยละ 17.5 และดื่มทุกวันร้อยละ 4.0 ผู้สูงอายุชายดื่มสุราทุกวันสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชายร้อยละ 6.9 และหญิงร้อยละ 1.8) และผู้สูงอายุดื่มสุราทุกวันลดลงตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 5.1 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 3.2 และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.5 (แผนภูมิที่ 2.27, 2.28, 2.29)

แผนภูมิที่ 2.24 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการสูบบุหรี่ พ.ศ.2551



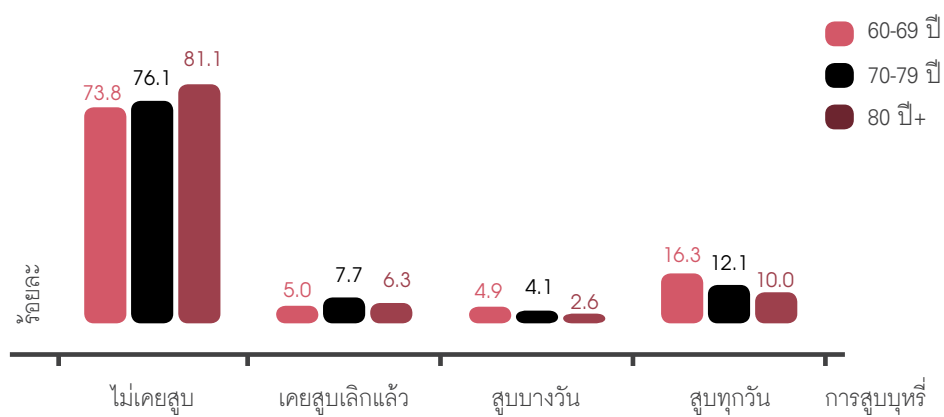
ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.25 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ พ.ศ.2551



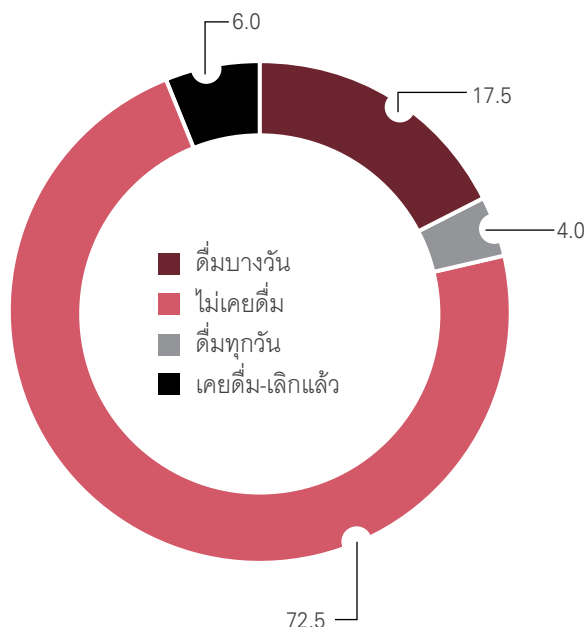
ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.26 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2551



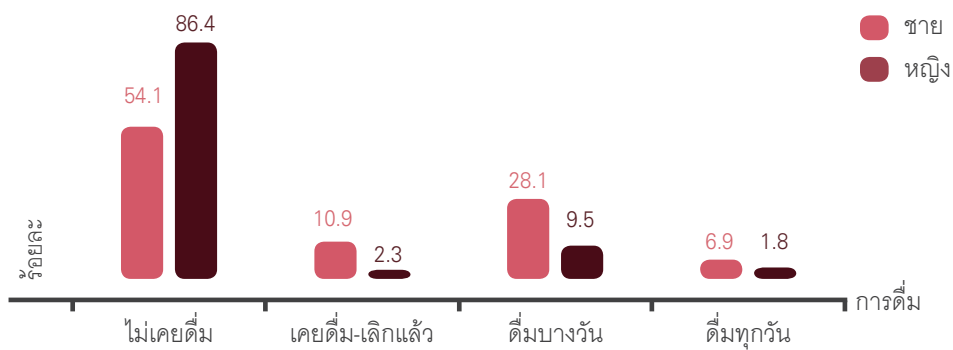
ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.27 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการดื่มสุรา พ.ศ.2551



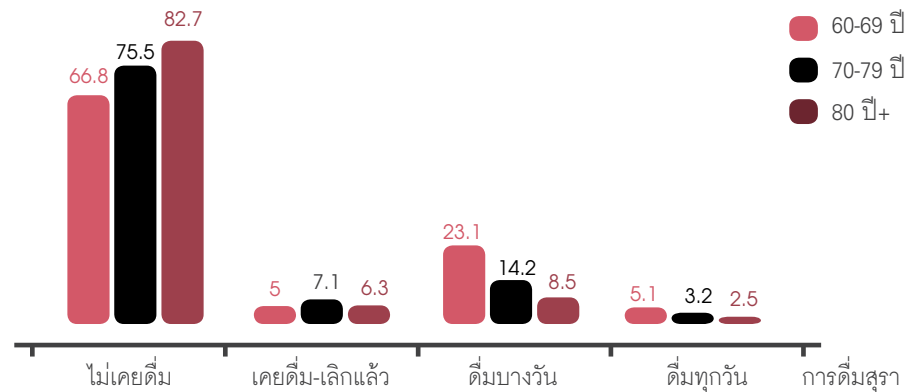
ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.28 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ พ.ศ.2551



ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2.29 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามความถี่ของการดื่มสุรา จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2551



ที่มา : ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2.6 ภาวะความพิการในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่พิการ หมายถึง “ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง รวมทั้งผู้ที่มีลักษณะความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา” ซึ่งตรงกับคำนิยามของความพิการตามแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning Disability and Health : ICF) ขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้ข้อมูลมีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งนี้ พิจารณาความพิการเฉพาะความบกพร่อง (Impairments) และข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitation) เท่านั้น ไม่รวมถึงข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation restriction) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากรที่พิการที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ลักษณะ ได้แก่

1) ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ 16 ประเภท ได้แก่ ความลำบากหรือปัญหาในการมองเห็น การได้ยิน การพูดจาสื่อสาร การเข้าใจคำพูด การเรียนรู้ การจดจำ การใช้มือ/นิ้วหยิบจับสิ่งของ การยกแขน การลุกจากการนอนเป็นเวลานาน การนั่งยองๆ การเดินทางระยะ 50 เมตร การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ความเจ็บปวดตามร่างกาย การหายใจ อากาของลมชัก ชักเกร็ง หรือลมบ้าหมู ผู้ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพในที่นี้หมายถึงผู้ที่ใช้เครื่องช่วยหรือใช้ยาเป็นประจำต่อเนื่องในการรักษาควบคุม หรือบรรเทาอาการดังกล่าวข้างต้นด้วย หรือ

2) ความลำบากในการดูแลตนเองหรือลำบากในการทำกิจวัตรส่วนตัว จำนวน 5 ประเภท ได้แก่ การกินอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว และการขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย หรือ

3) ลักษณะความบกพร่อง จำนวน 31 ลักษณะ ได้แก่ ตาบอดข้างเดียว ตาบอด 2 ข้าง สายตาเลือนรางข้างเดียวหรือสองข้าง หูหนวกข้างเดียวหรือ 2 ข้าง หูตึงข้างเดียวหรือ 2 ข้าง สื่อสารด้วยการพูดหรือการฟังไม่ได้ เป็นใบ้ พูดผิดปกติ สมองพิการแต่กำเนิดจนสื่อความหมายไม่ได้ แขนขาด/ด้วน ขาขาด/ด้วน มือขาด/ด้วน นิ้วมือขาด/ด้วน นิ้วเท้าขาด/ด้วน แขน ขา ลิ้น/เหยียดงอไม่ได้ แขน ขา มือ ลำตัว คอ งอเกร็ง โกง กระตุก สั่น เท้าปุก เท้าตะแคง เท้ากลับ (ใช้หลังเท้าแทนฝ่าเท้า) อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคจิต/วิกลจริต ออทิสติก สมองพิการ หรือ ซีพี (Cerebral Palsy) สื่อความหมายไม่ได้ เพราะสมองถูกกระทบกระเทือน ปัญญาอ่อน บกพร่องทางการเรียนรู้ ปากแหว่งและ/หรือเพดาน

โหว่ ศีรษะใหญ่ผิดปกติ และลักษณะการพิการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

จากผลการสำรวจ พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้นประมาณ 6.97 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุที่พิการประมาณ 1.06 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.3 ความพิการมีความสัมพันธ์กับอายุในเชิงบวก กล่าวคือ ร้อยละของผู้พิการจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากค่านิยมของความพิการหมายถึง การมีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน ส่วนตัวหรือการดูแลตนเองด้วยนั้น ทำให้ผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาสุขภาพตามวัยที่สูงขึ้นถูกนับรวมเป็นคนพิการในการสำรวจครั้งนี้ด้วย

ตารางที่ 2.9 จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่พิการ ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ.2550

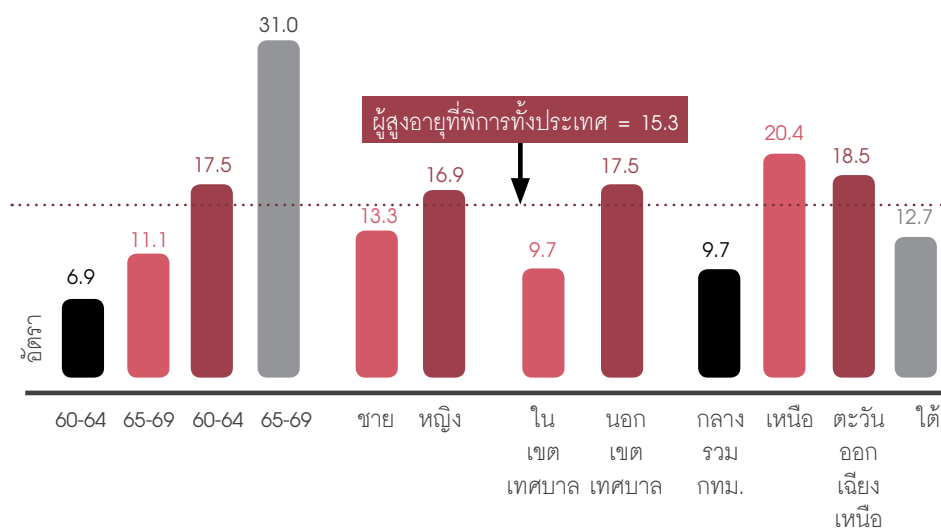
กลุ่มอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ			จำนวนผู้สูงอายุที่พิการ			ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	6,971,975	3,110,993	3,860,982	1,065,351	414,383	650,968	15.3	13.3	16.9
60 - 64	2,268,095	1,063,729	1,204,367	156,626	69,961	86,665	6.9	6.6	7.2
65 - 69	1,833,434	836,156	997,279	203,872	83,906	119,966	11.1	10.0	12.0
70 - 74	1,372,862	603,764	769,099	240,869	96,844	144,025	17.5	16.0	18.7
75 ขึ้นไป	1,497,583	607,345	890,238	463,984	163,672	300,312	31.0	26.9	33.7
ในเขตเทศบาล	1,988,892	862,223	1,126,668	193,094	72,748	120,346	9.7	8.4	10.7
60 - 64	650,971	298,842	352,129	26,500	11,572	14,927	4.1	3.9	4.2
65 - 69	523,662	232,706	290,956	34,913	13,952	20,962	6.7	6.0	7.2
70 - 74	388,890	165,515	223,375	43,163	17,740	25,424	11.1	10.7	11.4
75 ขึ้นไป	425,370	165,161	260,209	88,518	29,484	59,033	20.8	17.9	22.7
นอกเขตเทศบาล	4,983,084	2,248,769	2,734,314	872,257	341,635	530,622	17.5	15.2	19.4
60 - 64	1,617,125	764,887	852,238	130,126	58,388	71,738	8.0	7.6	8.4
65 - 69	1,309,773	603,450	706,323	168,958	69,954	99,004	12.9	11.6	14.0
70 - 74	983,973	438,249	545,724	197,706	79,105	118,601	20.1	18.1	21.7
75 ขึ้นไป	1,072,214	442,184	630,030	375,466	134,188	241,278	35.0	30.3	38.3

ที่มา : การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีร้อยละที่พิการสูงสุด (ร้อยละ 31.0) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 70-74 ปี 65-69 ปี และ 60-64 ปี (ร้อยละ 17.5 ร้อยละ 11.1 และร้อยละ 6.9) ตามลำดับ ร้อยละของผู้สูงอายุหญิงที่พิการสูงกว่าชาย (หญิง ร้อยละ 16.9 ชาย ร้อยละ 13.3) เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุที่พิการตามเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่า นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ

พิการมากกว่าในเขตเทศบาลเกือบเท่าตัว (ร้อยละ 17.5 และ ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ ภาคเหนือมีร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 20.4) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ (ร้อยละ 18.5 และ ร้อยละ 12.7) ตามลำดับ ภาคกลางรวมทั้งกรุงเทพมหานครมีอัตราร้อยละของผู้สูงอายุพิการต่ำสุด (ร้อยละ 9.7) (แผนภูมิที่ 2.30)

แผนภูมิที่ 2.30 ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค พ.ศ.2551



ที่มา : การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.6.1 ประเภทของความพิการ

เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่พิการ จำแนกตามความพิการ 3 ประเภทใหญ่ๆ (ตารางที่ 2.10) พบว่า จากผู้สูงอายุที่พิการทั้งสิ้น 1.06 ล้านคน (ร้อยละ 15.3) เป็นผู้ที่มีความลำบาก/ปัญหาสุขภาพประมาณ 1.06 ล้านคน (ร้อยละ 15.2) มีความลำบากในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันประมาณ 2.3 แสนคน (ร้อยละ 3.4) มีลักษณะความบกพร่องอย่างน้อย 1 ลักษณะจากทั้งหมด 31 ลักษณะประมาณ 7.1 แสนคน (ร้อยละ 10.2)

เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้สูงอายุที่พิการจำนวนประมาณ 2 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ที่มีความพิการทั้ง 3 ประเภทใหญ่ๆ (ข้อมูลประเด็นนี้ปรากฏอยู่ในตารางใด) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 6.97 ล้านคน โดยจะพบผู้ที่มีความพิการร่วมกันทั้ง 3 ประเภทนี้มากขึ้นเมื่อสูงวัยขึ้นไป กลุ่มอายุ 60 - 64 ปี ร้อยละ 10.5 กลุ่มอายุ 65 - 69 ปี ร้อยละ 14.7 กลุ่มอายุ 70 - 74 ปี ร้อยละ 18.8 กลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.9 (ตารางที่ 2.11) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่พิการที่มีลักษณะความบกพร่องเกือบทุกคนจะมีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ

ตารางที่ 2.10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ จำแนกตามประเภทความพิการ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2550

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มี ความพิการ อย่างน้อย 1 ลักษณะ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการ		
		มีความลำบาก ปัญหา สุขภาพ	มีความลำบาก ในการดูแลตัวเอง อย่างน้อย 1 อย่าง	มีลักษณะ ความบกพร่อง
ทั่วราชอาณาจักร	15.3	15.2	3.4	10.2
กลุ่มอายุ (ปี)				
60-64	6.9	6.8	1.0	4.3
65-69	11.1	11.1	1.9	7.1
70-74	17.5	17.4	3.3	11.4
75 ขึ้นไป	31.0	30.9	8.7	22.0
เพศ				
ชาย	13.3	13.2	2.7	9.3
หญิง	16.9	16.8	3.8	11.0
เขตการปกครอง				
ในเขตเทศบาล	9.7	9.7	2.4	6.0
นอกเขตเทศบาล	17.5	17.4	3.7	11.9
ภาค				
กลาง (รวม กทม.)	9.7	9.7	2.5	5.7
เหนือ	20.4	20.3	4.8	14.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18.5	18.4	3.5	12.5
ใต้	12.7	12.5	2.7	9.3

ที่มา : การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ควบคู่กันไปด้วย ดังนั้นรัฐบาลควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นลำดับต้นๆ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2.11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่พิการทั้ง 3 ประเภท จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2550

กลุ่มอายุ (ปี)	ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่พิการทั้ง 3 ประเภท
60-64	10.5
65-69	14.7
70-74	18.8
75 ขึ้นไป	55.9

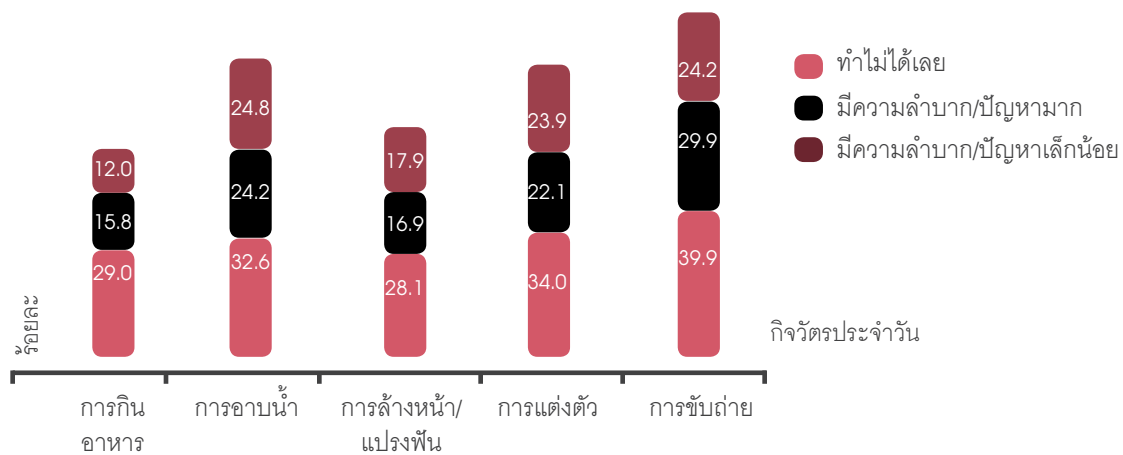
เมื่อพิจารณาถึงความสามารถหรือความลำบากในการทำกิจกรรมประจำวันส่วนตัวด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า โดยภาพรวมแล้วผู้สูงอายุมีความลำบาก/ปัญหาในเรื่องของการขยับถ่ายรวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขยับถ่ายมากที่สุด (ร้อยละ 94.1) รองลงมาคือ การอาบน้ำ (ร้อยละ 81.5) การแต่งตัว การล้างหน้า/แปรงฟัน และการกินอาหาร (ร้อยละ 80.0 ร้อยละ 62.9 และร้อยละ 56.8) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงระดับความลำบากหรือปัญหาสุขภาพในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) มีความลำบาก/ปัญหา

เล็กน้อย 2) มีความลำบาก/ปัญหามาก และ 3) ทำไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ทำ ให้พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 (ร้อยละ 24.2) ไม่สามารถขยับถ่าย รวมทั้งทำความสะอาดหลังการขยับถ่ายได้เอง ร้อยละ 29.9 มีความลำบากมากเมื่อขยับถ่ายเอง ร้อยละ 24.8 อาบน้ำเองไม่ได้ ร้อยละ 24.2 มีความลำบาก

มากเวลาอาบน้ำเอง ร้อยละ 23.9 แต่งตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 22.1 แต่งตัวเองได้ด้วยมีความลำบาก ร้อยละ 17.9 ล้างหน้า/แปรงฟันเองไม่ได้ ร้อยละ 16.9 ล้างหน้า/แปรงฟันเองได้อย่างลำบาก และร้อยละ 12.0 กินอาหารเองไม่ได้ ร้อยละ 15.8 มีความลำบากเวลากินอาหารเอง (แผนภูมิที่ 2.31)

แผนภูมิที่ 2.31 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับความลำบากหรือปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองแต่ละประเภท พ.ศ. 2550



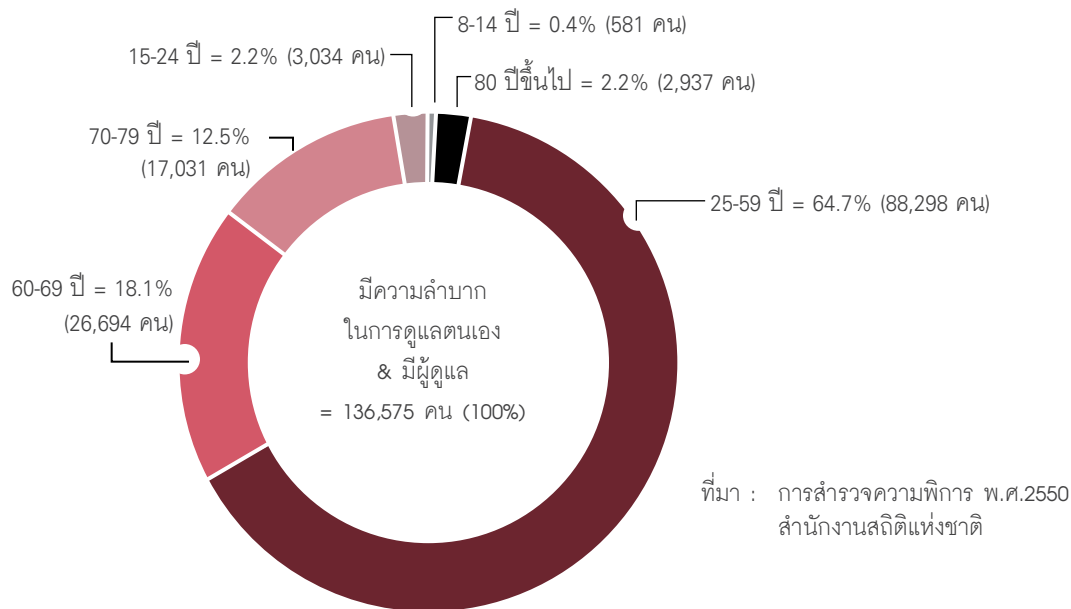
ที่มา : การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.6.2 ผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันและการมีผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีความลำบากมาก/มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ได้แก่ การกินอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การขยับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขยับถ่ายอย่างน้อย 1 อย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 1.39 แสนคน ส่วนใหญ่ประมาณ 1.35 แสนคน หรือร้อยละ 96.8 มีผู้ดูแล มีเพียงส่วนน้อยประมาณ 4,500 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.2 ที่ไม่มีผู้ดูแล อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความลำบากมาก/มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว คือ 52 ปี อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลจำนวนหนึ่งที่เป็นเด็กหรือชราภาพ อายุต่ำสุดของ

ผู้ดูแลคือ 8 ปี ยังอยู่ในวัยที่ต้องเรียนหนังสือ (การศึกษาภาคบังคับ) อายุสูงสุดของผู้ดูแลคือ 89 ปี ซึ่งพละกำลังอ่อนล้าเกินกว่าที่ต้องรับภาระหนักติดต่อกันเป็นเวลายาวนานได้ และในที่สุดก็จะล้มเจ็บตามไปด้วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ คู่สมรส (ร้อยละ 27.8) บุตรเขย/บุตรสะใภ้ และบุตรของบุตร (ร้อยละ 5.4 และร้อยละ 3.7) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ญาติ พยาบาล/เจ้าหน้าที่จากสถานพยาบาล และผู้ดูแลพิเศษ (ร้อยละ 6.9 ร้อยละ 0.1 และ ร้อยละ 1.2) ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2.32)

แผนภูมิที่ 2.32 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว และมีผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มอายุของผู้ดูแล

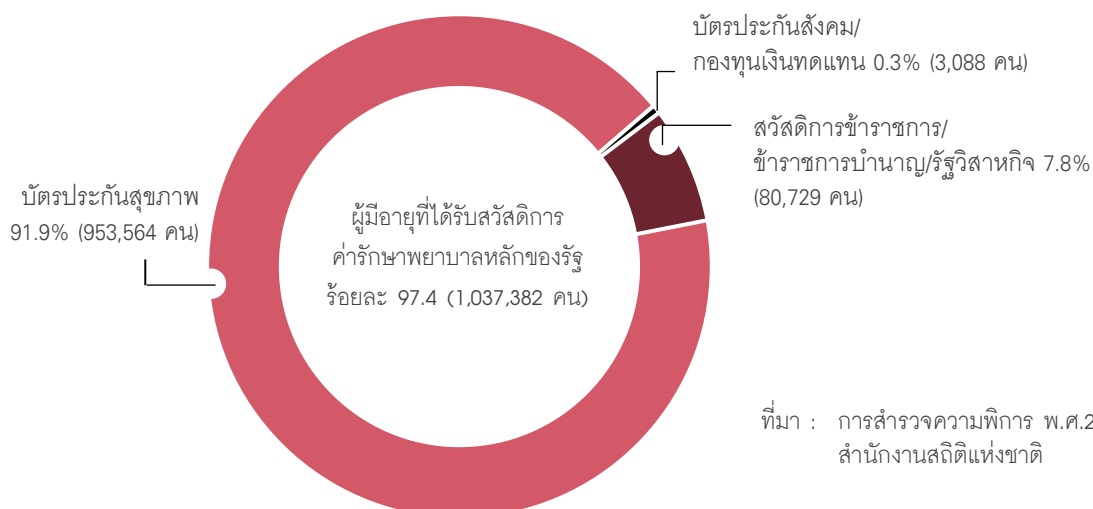


2.6.3 การใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลักของรัฐ

ผู้สูงอายุที่พิการเกือบทั้งสิ้น (ร้อยละ 97.4) หรือประมาณ 1.04 ล้านคน ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลักของรัฐ ที่เหลือประมาณ 2.6 หมื่นคน (ร้อยละ 2.5) ไม่ได้รับ

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐ โดยสวัสดิการหลักที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้คือบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 91.9) รองลงมาคือสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 7.8) และบัตรประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน (ร้อยละ 0.3) (แผนภูมิที่ 2.33)

แผนภูมิที่ 2.33 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลักของรัฐจำแนกตามประเภทของสวัสดิการที่ได้รับ

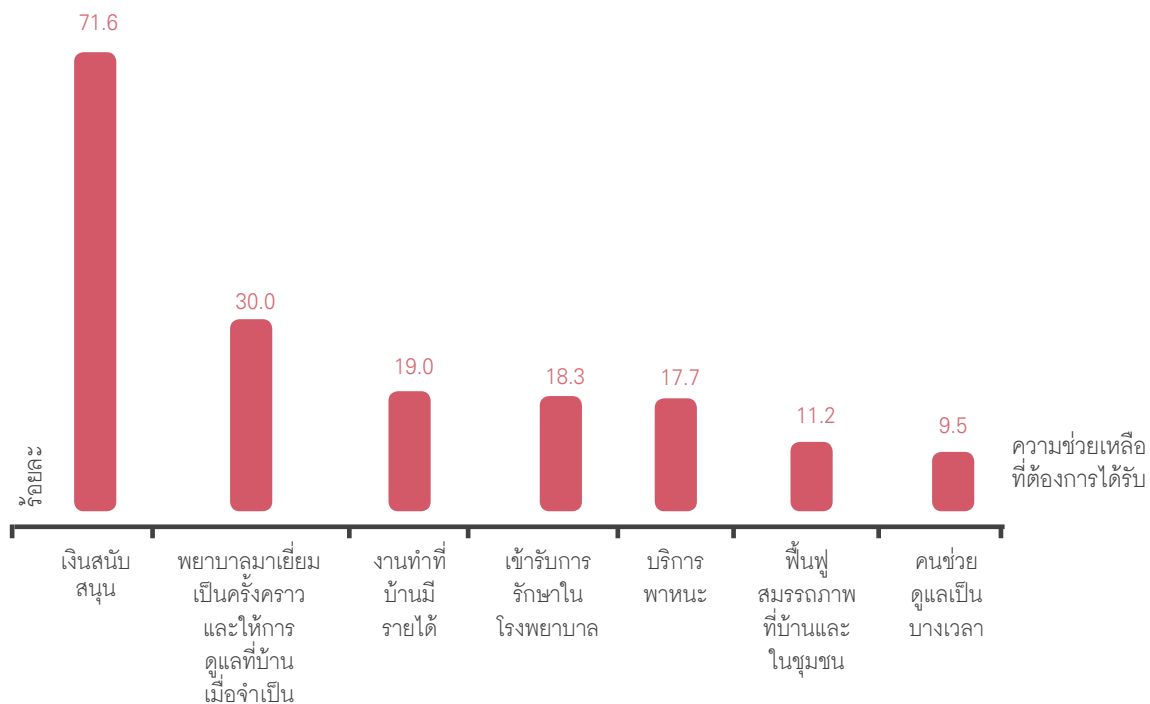


2.6.4 ความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐที่ผู้ดูแลต้องการ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.9) หรือประมาณ 1.2 แสนคน ต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐบาล ที่เหลือประมาณ 1.5 หมื่นคน (ร้อยละ 11.1) ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากจำนวนผู้ดูแลทั้งสิ้นประมาณ 1.35 แสนคน ความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่ผู้ดูแลต้องการได้รับจากภาครัฐมากที่สุด เรียงตามความต้องการสวัสดิการสูงสุด 7 ลำดับ คือ (1) ต้องการเงินสนับสนุน ร้อยละ 71.6 (2) ต้องการให้พยาบาลมาเยี่ยมผู้สูงอายุเป็นครั้งคราวและให้การดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น ร้อยละ 30.0 (3) ต้องการมีงานทำที่บ้าน เพื่อที่จะมีรายได้ ร้อยละ 19.0 (4) ต้องการ

ให้ผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสะดวก ร้อยละ 18.3 (5) ต้องการให้มีบริการรถรับส่งนำผู้สูงอายุที่มีความลำบากไป โรงพยาบาลหรือที่อื่นๆ เมื่อมีความจำเป็น ร้อยละ 17.7 (6) ต้องการผู้ที่จะมาช่วยทำการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุให้ที่บ้านหรือในชุมชน ร้อยละ 11.2 และ (7) ต้องการผู้ที่จะมาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการทำกิจกรรมประจำวันให้เป็นบางเวลา ร้อยละ 9.5 นอกจากนี้แล้วผู้ดูแลยังต้องการให้ช่วยดัดแปลงที่พักให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการดูแล (ร้อยละ 5.7) และต้องการผู้ให้การอบรมให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 5.3) (แผนภูมิที่ 2.34)

แผนภูมิที่ 2.34 ร้อยละของผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐจำแนกตามประเภทความช่วยเหลือ 7 ลำดับแรก พ.ศ.2550



ที่มา : การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

บทที่ 3
การดูแลและสวัสดิการ
ผู้สูงอายุ





การดูแลและ สวัสดิการผู้สูงอายุ * **

รูปแบบการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุโดยภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรสาธารณะประโยชน์
ของประเทศไทย มีดังนี้

รูปแบบการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
3.1 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน 3.1.1 โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน (อผส.) 3.1.2 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน 3.1.3 การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน 3.1.4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 3.1.5 โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ 3.1.6 ชมรมผู้สูงอายุ 3.1.7 อาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน” 3.1.8 กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับ ผู้สูงอายุ	- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ - สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

* เรียบเรียงโดย ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

** มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุอยู่ในภาคผนวกที่ 1 หน้า 182

รูปแบบการดูแลและสวัสดิการผู้สูง	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
3.1.9 โครงการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพจิตผู้สูงอายุ 3.1.10 กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม และพัฒนาผู้สูงอายุ	- สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกระทรวง สาธารณสุข - กรุงเทพมหานคร
3.2 การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน 3.2.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ สังคมสำหรับผู้สูงอายุ 3.2.2 ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับ ผู้สูงอายุ 3.2.3 สถานสงเคราะห์คนชรา 3.2.4 สถานบริการดูแลผู้สูงอายุของ ภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์	- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กรุงเทพมหานคร - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวง มหาดไทย
3.3 การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส 3.3.1 การดูแลและให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส และประสบปัญหา ความเดือดร้อนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ	- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3.4 การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและจิตใจผู้ต้อง ขังผู้สูงอายุ	- กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
3.5 กองทุนผู้สูงอายุ	- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3.6 เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	- กระทรวงมหาดไทย/กรุงเทพมหานคร
3.7 บริการสาธารณะและนันทนาการ	- กระทรวงมหาดไทย/กระทรวงคมนาคม/ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องของความจำเป็นที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การดูแลผู้สูงอายุเป็นทั้งภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบที่ทุกคนควรร่วมไปถึงหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบด้านผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม จะต้องจัดให้มีบริการในรูปแบบที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ ตามข้อเท็จจริงของสภาพปัญหา ความจำเป็นเร่งด่วน รวมทั้งลักษณะของความ ต้องการต่างๆ ที่มีความเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละ ห้วงเวลา

ครอบครัวจะยังคงเป็นหน่วยอ้างอิงหน่วยแรก ที่มักจะถูกคาดหวังจากสังคมให้เข้ามาเป็น กลไกหลักในการทำหน้าที่ดูแล เอาใจใส่ และช่วย เหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนให้สามารถ เข้าถึงและได้รับปัจจัยพื้นฐานทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม จิตใจ เพื่อให้การดำรงชีวิตในวัยสูง อายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ผลการศึกษาวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ผ่านมา ต่างบ่งชี้ข้อเท็จจริง ที่ได้จากการศึกษาในทิศทางที่สอดคล้องและใกล้เคียงกันว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างมีความต้องการ ที่จะให้ลูกหลานและเครือญาติภายในครอบครัว ของตนเองทำหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ ใต้ตามทุกข์สุข หรือหันมาเยี่ยมเยียนหรือมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามแม้ในสภาพการณ์ปัจจุบันที่ทางเลือกของ รูปแบบเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารจะมีความ หลากหลายและทันสมัยมากขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา การดูแลเอาใจใส่ด้วยการใต้ตามทุกข์สุขผู้สูงอายุ ผ่านทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอ ก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังคงปรารถนาเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมภายใน ครอบครัวเดียวกันกับบุตรหลานและเครือญาติ ของตน

มีข้อมูลที่น่าสนใจจากการสำรวจประชากร สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ.2550 ที่ผ่านมา ระบุให้เห็นว่าแม้ประเทศไทยจะได้มีการ เปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ในระยะต้นแล้ว (มีจำนวน ประชากรสูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ของจำนวน ประชากรทั้งประเทศ) แต่ผู้สูงอายุไทยโดยส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 90 ยังคงได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากสมาชิกครอบครัวของตนเอง ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันนี้ ยังได้บ่งชี้ว่าแม้ว่า ขนาดของครอบครัวไทยในปัจจุบันจะมีขนาดเล็ก ลงกว่าในอดีตก็ตาม แต่ลักษณะของการอยู่อาศัย ในครัวเรือนของผู้สูงอายุไทยนั้น พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมภายในครัวเรือนที่มี สมาชิกครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคน ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคง สามารถใช้ชีวิตในบั้นปลายของตนเองอยู่ ท่ามกลางบุตรหลาน เครือญาติหรือมีผู้ดูแลอยู่ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุ ตอนปลายหรือมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 3.1)

อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากบทบาทและ การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวแล้ว ภาระหน้าที่ในการดูแลและการให้บริการผู้สูงอายุ ในบริบทที่หลากหลายนั้น ยังคงเป็นบทบาทและ ความรับผิดชอบโดยตรงของหน่วยงานภาครัฐและ ภาคเอกชน ตลอดจนองค์กรสาธารณประโยชน์ หลายหน่วยงานด้วยกัน ในขณะที่ปลายทาง เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ก็เพื่อที่จะ ร่วมกันเอื้อประโยชน์และช่วยกันสร้างเสริมคุณภาพ ชีวิตที่ดีในมิติต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3.1 การกระจายร้อยละการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พ.ศ.2537 พ.ศ.2545 และพ.ศ.2550

การอยู่อาศัย (อยู่กับใคร)	2537 ¹	2545 ¹	2550 ²
คนเดียว	3.6	6.5	7.6
คู่สมรสเท่านั้น	11.6	14.0	16.3
บุตรเคยสมรส/บุตรเขยหรือสะใภ้ (อาจมีหรือไม่มีคู่สมรส บุตรโสด หรือคนอื่นๆ อยู่ด้วย)	50.2	44.6	41.6
บุตรโสด (อาจมีหรือไม่มีคู่สมรส หรือคนอื่นๆ อยู่ด้วย แต่ไม่มีบุตรเคยสมรส/บุตรเขยหรือสะใภ้)	23.4	21.0	18.6
อยู่อาศัยแบบอื่นๆ	11.2	13.8	15.9
รวมร้อยละ	100	100	100
ร้อยละที่อยู่กับบุตร(รวมบุตรเขยหรือสะใภ้)	73.6	65.7	60.2

ที่มา : 1. ประชากรสูงอายุไทย : การเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจและสังคมจากผลการสำรวจปี พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสารและวิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548
2. Population Ageing and Well-Being of Older Persons in Thailand, UNFPA, Bangkok Thailand, 2007

3.1 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

3.1.1 โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ขณะเดียวกันก็ยังคงสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อมูลจากการวิจัยการดำเนินการขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พบว่า โครงการดังกล่าว ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนและครอบคลุมภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันมติดคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 ได้เห็นชอบให้มีการขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2556

ในปี พ.ศ.2551 มีอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 6,800 คน ใน 75 จังหวัดทั่วประเทศ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้จำนวน 75,597 คน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ : 2551) (ตารางที่ 3.2)

ขณะเดียวกันกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ร่วมดำเนินการกิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยได้ส่งเสริมและ

ตารางที่ 3.2 จำนวนอาสาสมัครและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

ปี พ.ศ.	พื้นที่ดำเนินการ (จังหวัด)	จำนวนอาสาสมัคร (คน)	จำนวนผู้สูงอายุ ที่ได้รับการดูแล (คน)
2547	8 จังหวัด	528	3,134
2548	12 จังหวัด	848	7,336
2549	15 จังหวัด	2,383	20,122
2550	75 จังหวัด	4,577	37,495
2551	75 จังหวัด	6,800	75,597

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุภายในชุมชนเข้ามาทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน ตามความสมัครใจ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้ามาทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุด้วยกันนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี หรือมีความสามารถในการทำหน้าที่ดูแลและสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ ในปี พ.ศ.2551 มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน จำนวน 1,328 คน

3.1.2 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งในระยะแรก เป็นการดำเนินการในลักษณะของโครงการนำร่องในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์อเนกประสงค์เป็นสถานที่หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัยภายในชุมชน โดยมีกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องศูนย์อเนกประสงค์ ให้แก่ผู้สูงอายุรวมทั้งคน

ในชุมชน มีการบริหารจัดการศูนย์ฯ โดยคนในชุมชน สำหรับกิจกรรมภายในศูนย์ฯ จะมุ่งเน้นให้มีการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชน โดยกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา

ในปี พ.ศ.2551 ได้มีการขยายการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนแล้ว จำนวน 9 แห่ง ได้แก่

- (1) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
- (2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น
- (3) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมือง จังหวัดสกลนคร
- (4) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

(5) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหียง อำเภอนิคม จังหวัดชลบุรี

(6) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลสามพระยา อำเภอสระ อำ จังหวัดเพชรบุรี

(7) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เพชรทองคำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

(8) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุวัด หนองตอง ตำบลหนองตองพัฒนา อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

(9) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ป่าเป้า ตำบลหนองตองพัฒนา อำเภอหางดง จังหวัด เชียงใหม่

ในจำนวนดังกล่าวมีศูนย์อเนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุวัดหนองตอง และศูนย์อเนก- ประสงค์สำหรับผู้สูงอายุป่าเป้า ตำบลหนองตอง พัฒนา อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นศูนย์ อเนกประสงค์ฯ ที่จัดตั้งขึ้นโดยเทศบาลตำบล หนองตองพัฒนา อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากคณะผู้บริหารของเทศบาลฯ ได้เห็นความ สำคัญของงานผู้สูงอายุและตระหนักถึงประโยชน์ ของการมีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ภายในชุมชนของตนเอง จึงได้ดำเนินงานจัดตั้ง ศูนย์อเนกประสงค์ฯ ขึ้น จำนวน 2 แห่ง โดยได้รับ การสนับสนุนด้านความรู้และข้อมูลวิชาการ ตาม กระบวนการและขั้นตอนในการจัดตั้งศูนย์อเนก- ประสงค์ฯ รวมทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ จากสำนัก ส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

สำหรับกิจกรรมที่ได้มีการดำเนินการโดย ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ กิจกรรมส่งเสริม

ทักษะด้านอาชีพการรวมกลุ่มประกอบอาชีพ เพื่อ การเสริมรายได้ การถ่ายทอดความรู้และภูมิ- ปัญญาผู้สูงอายุ กิจกรรมบันเทิงและนันทนาการ ระหว่างคนทุกวัย กิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม และประเพณี ตลอดจนกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ แก่สาธารณะ เป็นต้น

3.1.3 การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในชุมชน

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ ดำเนินโครงการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่ง เสริมและกระตุ้นให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจใน เรื่องของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อม ให้แก่คนในชุมชนก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยการ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับ กิจกรรมส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูง อายุ

เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจเพื่อนำไปสู่ การเตรียมความพร้อมให้แก่บุคคลในชุมชนที่อายุ ต่ำกว่า 60 ปี โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน เพื่อ ให้มีการเตรียมการพร้อมรับความเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเพื่อปรับ ทักษะคติ เรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ให้ สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม กับตนเอง และสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่ เปลี่ยนแปลงไป มีการเตรียมการวางแผนสำหรับ การดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ โดยมุ่งให้เกิดความ มั่นคง ปลอดภัยและมีความสุข ในพ.ศ.2551 มี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัย สูงอายุในชุมชน จำนวน 16,640 คน

2) กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์

เป็นการจัดกิจกรรมภายในชุมชนที่ส่งเสริมให้ทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกต่างวัยในครอบครัวและชุมชนได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ ความผูกพันอันจะนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัว โดยจะเป็นการช่วยป้องกันและลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายในครอบครัว และยกระดับความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวที่ประกอบด้วยคนหลายวัยได้ดีขึ้น ในปีพ.ศ. 2551 ได้มีการจัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ที่มีทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมด้วย รวมจำนวน 21,095 คน

3) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ

เป็นการระดมความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ อาทิ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สถาบันการศึกษา (วิทยาลัยอาชีวศึกษา ฯลฯ) รวมทั้งภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสร้างความมั่นคง แข็งแรง ของที่พักอาศัยให้มีความปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อวัยและสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันยังได้จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ เพื่อผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์ได้ โดยการใช้สถานที่ดังกล่าวทำกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชน โดยมีการให้ความสนับสนุนงบประมาณสำหรับใช้เป็นค่าวัสดุก่อสร้างในการปรับปรุง แก้ไข หรือซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีวงเงินหลังละไม่เกิน

จำนวน 10,000 บาท และสนับสนุนงบประมาณสำหรับการซ่อมแซมสถานที่สาธารณะประโยชน์ในชุมชนหรือสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ อาทิ ศูนย์ประจำหมู่บ้าน ศาลาอเนกประสงค์ ชมรมผู้สูงอายุ ลานจัดกิจกรรมของวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียนหรือสถานีนามัย ฯลฯ วงเงินหลังละไม่เกินจำนวน 15,000 บาท ทั้งนี้ในการดำเนินงานจะมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และภาคประชาชนโดยมีการระดมทรัพยากรอื่นๆ และกำลังกายมาช่วยกันซ่อมแซม ปรับปรุงสภาพแวดล้อม และที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

ในปี พ.ศ.2551 ได้ดำเนินการซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 2,523 หลัง และมีการซ่อมแซมสถานที่สาธารณะประโยชน์ที่สามารถอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 900 แห่งทั่วประเทศ

4) กิจกรรมส่งเสริมการออมเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน

เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างวินัยด้านการออมเงินสำหรับใช้เป็นสวัสดิการสำหรับตนเอง ครอบครัว และสมาชิกในชุมชน โดยมีแนวคิดพื้นฐานในเรื่องของการพึ่งตนเองในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในการดำเนินงานได้มีการส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มสัจจะออมเงินภายในชุมชนของตนเอง ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวนี้ นอกจากจะเป็นการสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและประโยชน์การออมเพื่อสวัสดิการของตนเองแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมค่านิยมในเรื่องของความ

เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการร่วมดูแลช่วยเหลือเกื้อกูล
เพื่อนสมาชิกในชุมชนของตนเองควบคู่ไปด้วย

ในปี พ.ศ.2551 มีการรวมกลุ่มสัจจะ
ออมเงิน จำนวน 32 กลุ่ม จาก 10 จังหวัด มีสมาชิก
จำนวน 10,982 คน มีจำนวนเงินรวม 3,596,341.29
บาท

5) การสร้างรายได้จากการใช้ภูมิปัญญา ผู้สูงอายุ

เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความชำนาญของตนเอง
ได้ใช้ความรู้ความชำนาญหรือภูมิปัญญานั้นในการ
ทำประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม ขณะเดียวกันยัง
เป็นการส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำ
ไปสู่การสร้างรายได้จากภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ
ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถนำไปสู่การสร้างควา
ภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ ในปี
พ.ศ.2551 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งเป็นคนทุกวัย
รวมจำนวน 5,234 คน

6) การให้บริการดูแลที่บ้านสำหรับ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา

เป็นกิจกรรมใหม่ที่เริ่มดำเนินการนำร่อง
ในพื้นที่ 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น
สงขลา ปทุมธานี เชียงใหม่ ตรัง สมุทรปราการ
พิษณุโลก นครราชสีมา ลพบุรี นครศรีธรรมราช
และอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่ม
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีความเปราะบาง
ทางด้านสุขภาพและสังคม หรืออยู่ในภาวะที่ต้อง
พึ่งพาและต้องรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ให้
ได้รับบริการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยมีการ
จัดการอบรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและ
การฝึกให้มีทักษะเฉพาะในการทำหน้าที่ดูแลให้

แก่ผู้ที่เป็นสมาชิกครอบครัว และบุคคลทั่วไปใน
ชุมชน ที่มีความสนใจจะเข้ามามีส่วนร่วมทำหน้าที่
ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทั้งนี้ใน
การดำเนินการได้มีการประสานความร่วมมือกับ
ทุกภาคส่วนภายในชุมชน โดยเฉพาะเทศบาลหรือ
องค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย วัด ชมรม
ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และได้ให้
ความสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการอบรม
ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่
เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดหา
อุปกรณ์กายภาพบำบัดพื้นฐาน การให้ความช่วย
เหลือด้านสวัสดิการอื่นๆ ตามสภาพปัญหาและ
ความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย ในปี พ.ศ.2551
ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของโครงการฯ สามารถให้การดูแล
แก่ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาในจังหวัดนำร่องทั้ง 12
จังหวัดได้จำนวน 60 คน

3.1.4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home
Health Care) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิต
ที่ดี โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่น
ซึ่งได้มีการริเริ่มและพัฒนากิจการดำเนินงาน
โครงการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548
ในปี พ.ศ.2551 ได้ขยายการดำเนินงานดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่บ้านในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล
ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 ศูนย์เขต
เขตละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด
นนทบุรี สระบุรี ตรัง เพชรบุรี นครราชสีมา
ขอนแก่น ศรีสะเกษ นครสวรรค์ สุโขทัย เชียงราย

สุราษฎร์ธานี และสตูล โดยได้จัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในปี พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย

- การประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 150 คน
- การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจาก 12 ศูนย์ จำนวน 720 คน
- การพัฒนาฐานข้อมูลของโครงการฯ การจัดอบรมบุคลากรที่ดำเนินการ ด้านการดูแลผู้สูงอายุจาก 12 ศูนย์ จำนวน 360 คน
- การผลิตสื่อ/คู่มือพัฒนาทักษะให้แก่บุคลากรและอาสาสมัครที่ดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน
- การศึกษาดูงานระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.1.5 โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ

วัดเป็นศูนย์รวมทางจิตใจของคนในชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณที่สำคัญของคนในแต่ละชุมชน ในขณะที่ผู้สูงอายุนับเป็นประชากรส่วนใหญที่มีการเข้าวัดเพื่อทำบุญ ตักบาตร และปฏิบัติกิจทางศาสนาด้วยการฟังเทศน์ ฟังธรรม ปฏิบัติธรรม หรือเจริญสมาธิอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการจัดและพัฒนาสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพของบริเวณวัดและสิ่งแวดล้อมภายในวัดให้มีสุขอนามัย มีความสะอาด ร่มรื่น เป็นระเบียบและให้เหมาะสมสำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุจึงนับเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์ได้พร้อมๆ กัน

กรมอนามัยได้มีการส่งเสริมสนับสนุน รวมทั้งได้มีการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องนั้น ตั้งแต่เริ่มโครงการในปี พ.ศ.2546 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ.2551 มีวัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น จำนวน 416 วัด และผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐานของวัดส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1,176 วัด รวมทั้งสิ้น 1,592 วัดและมีแกนนำพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน 2,138 รูป

ขณะเดียวกันผลจากการสำรวจการดำเนินโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพยังพบว่าพระสงฆ์แกนนำในแต่ละวัดได้มีการนำความรู้ไปดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 90.6 พระสงฆ์ได้มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน ร้อยละ 70 และวัดได้มีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมให้แก่ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 87.5

3.1.6 ชมรมผู้สูงอายุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริม สนับสนุน องค์ความรู้ในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุ มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในลักษณะองค์กรภาคี

ในปีที่ผ่านมา กรมอนามัย ได้มีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ตามประเด็นยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ.2551 - 2554) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีการสนับสนุนด้านวิทยากร สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โปสเตอร์ ชูตินทรศการ การปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดี 5 อ. ซีดีรอมเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ฯลฯ การคัดเลือกชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมดีเด่น พิธีมอบโล่เกียรติคุณแก่ชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุระดับเขต ในปี พ.ศ.2551 มีชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุที่ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณทั้งสิ้น จำนวน 76 ชมรม จาก 69 จังหวัด เป็นผลให้นับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการจนถึงปี พ.ศ.2551 มีชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับโล่เกียรติคุณแล้ว รวมทั้งสิ้น

จำนวน 281 ชมรม จาก 75 จังหวัด นอกจากนี้ยังได้มีการจัดทำฐานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยจาก 12 ศูนย์ 6 เขต ได้ร่วมกันจัดทำข้อมูลชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ ลงในเว็บไซต์ของกรมอนามัย <http://hp.anamai.moph.go.th> เพื่อสร้างช่องทางการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลการดำเนินงาน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้อย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ.2551 มีจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 19,475 ชมรม โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด คือ 8,876 ชมรม รองลงมาคือภาคเหนือ มีจำนวน 6,954 ชมรม (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ : 2551) (ตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3 จำนวนชมรมผู้สูงอายุแยกภูมิภาค

พื้นที่/พ.ศ.	พ.ศ. 2550 จำนวนชมรมผู้สูงอายุ (ชมรม)	พ.ศ. 2551 จำนวนชมรมผู้สูงอายุ (ชมรม)
กรุงเทพมหานคร	305	330
ภาคกลาง	1,595	1,938
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4,293	8,876
ภาคเหนือ	6,321	6,954
ภาคใต้	1,138	1,377
รวม	13,652	19,475

ที่มา : สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ, รายงานประจำปี พ.ศ.2551

นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2551 สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ภาคเอกชน ได้ให้การสนับสนุน

ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรด้านผู้สูงอายุดำเนินโครงการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยมีโครงการที่ขอรับการสนับสนุนจำนวนทั้งสิ้น 245 โครงการ ประกอบด้วย

1. โครงการด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	จำนวน	100	โครงการ
2. โครงการด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต	จำนวน	36	โครงการ
3. โครงการด้านสุขภาพแบบองค์รวม	จำนวน	43	โครงการ
4. โครงการอื่นๆ เช่น การป้องกันสิ่งเสพติด, โภชนาการ ฯลฯ	จำนวน	66	โครงการ

มีโครงการที่ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติ จำนวน 113 โครงการ วงเงินงบประมาณสนับสนุนจำนวน 9,901,096 บาท

3.1.7 อาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน”

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ดำเนินโครงการ “โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน” จัด

อบรมให้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครไปเยี่ยมดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ในปี พ.ศ.2551 อาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน” ได้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7,360 คน ตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 ผลการดำเนินโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในปี พ.ศ.2551

พื้นที่(ภาค)	จำนวน			
	ชมรม (แห่ง)	ผู้สูงอายุ (คน)	วัยอื่น (คน)	ผู้ได้รับการ ดูแล (คน)
เหนือ	85	1,870	680	1,700
ตะวันออกเฉียงเหนือ	113	2,486	904	2,260
กลาง	110	2,420	880	2,220
ใต้	59	1,298	472	1,180
รวม	367	8,074	2,936	7,360

ที่มา : สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ, รายงานประจำปี พ.ศ.2551

3.1.8 กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ได้ริเริ่มดำเนินการกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุจังหวัดละ 1 ล้านบาท มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 (ภายใต้งบประมาณ 80 ล้านบาทของโครงการแก้ไขปัญหาคนจนเมืองในภาวะวิกฤตของรัฐบาลในขณะนั้น) กองทุนดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการประสานเชื่อมโยงเครือข่ายผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ ทำให้มีการ

คิดค้นรูปแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุขึ้นมาอย่างหลากหลาย มีการเปลี่ยนกองทุนเป็นสินทรัพย์ด้วยการนำเงินกองทุนไปซื้อสวนยาง สวนปาล์ม ลงทุนทำหอพัก ร้านค้า ก่อให้เกิดรายได้และผลกำไรมาจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ทั้งเงินเบี้ยยังชีพ เงินกู้ยืมเพื่อการลงทุน รวมทั้งเงินช่วยเหลือให้เปล่าสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกองทุนดังกล่าวโดยอาศัย แนวคิดและ

หลักการสวัสดิการชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดสวัสดิการให้แก่คนในชุมชนทุกช่วงวัย นับตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต โดยใช้ชื่อว่า “กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล” มีแหล่งที่มาของทุนจากการจ่ายเงินสมทบ 3 ฝ่าย ได้แก่ คนในชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะความยากจนแห่งชาติ (ศตจ.) โดยในปี พ.ศ.2548 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจำนวน 32.5 ล้านบาท และในปีต่อมาได้รับเพิ่มอีกจำนวน 75 ล้านบาท สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนได้ออกข้อบังคับสถาบันว่าด้วยโครงการพัฒนาสวัสดิการชาวบ้าน โดยมีคณะกรรมการโครงการที่เป็นตัวแทนชุมชนในแต่ละภาค ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนหน่วยงานต่างๆ ได้ร่วมกันกำหนดกรอบแนวทางการสนับสนุนกองทุนสวัสดิการชาวบ้าน ให้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนสวัสดิการชาวบ้านระดับตำบล โดยมีเงื่อนไขเรื่องการร่วมสมทบและการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นเงื่อนไขสำคัญของความยั่งยืนและความต่อเนื่องของกองทุนสวัสดิการชุมชนดังกล่าวนี้ต่อไป

ผลการดำเนินงานสวัสดิการชุมชนในปี พ.ศ.2551 มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนจำนวน 2,338 กองทุน ในพื้นที่ 11,896 หมู่บ้าน 3,076 ตำบล ของ 76 จังหวัด โดยเป็นกองทุนในพื้นที่ภาคเหนือจำนวน 427 กองทุน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 955 กองทุน ภาคกลางตอนบน และภาคตะวันออก จำนวน 142 กองทุน มีจำนวนสมาชิกกองทุนรวม 576,219 คน มียอดเงินกองทุนรวมจำนวน 536,682,612 บาท (เป็นเงินสมทบจากสมาชิกในชุมชน จำนวน 439,082,155 บาท หรือ

คิดเป็นร้อยละ 81.8, เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 26,356,460 บาท หรือร้อยละ 4.9 และเงินสมทบจากงบประมาณของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน จำนวน 71,244,297 บาท หรือร้อยละ 13.3)

สำหรับประเภทของสวัสดิการพื้นฐานที่กองทุนสวัสดิการชุมชนจัดให้แก่สมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุ เป็นการจ่ายเบี้ยยังชีพหรือบำนาญให้แก่ผู้สูงอายุ กล่าวคือเป็นสมาชิกครบ 15 ปี และอายุ 60 ปี จะได้รับบำนาญเป็นรายเดือน เดือนละ 300 บาท แต่ส่วนใหญ่ในขณะนี้ยังไม่มีมีการจ่ายเนื่องจากระยะเวลาในการจัดตั้งกองทุนฯ ยังไม่ครบ 15 ปี ในบางพื้นที่ได้ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ บางแห่งมีการจ่ายเบี้ยยังชีพพร้อมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือจ่ายให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน หรือการนำเงินกองทุนมาออกเพื่อให้เป็นสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน เพื่อที่จะให้โอกาสในการได้รับสวัสดิการต่างๆ เช่นเดียวกับสมาชิก (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน : 2551) ตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 ข้อมูลกองทุนสวัสดิการชุมชนทั่วประเทศ

ภาค	จำนวน กองทุน เข้าร่วม	จำนวน หมู่บ้าน	สมาชิก(คน)		เงินกองทุนของชุมชน		การสมทบเงินกองทุน(บาท)			จำนวนผู้รับผลประโยชน์ (คน)			
			ก่อตั้ง	ปัจจุบัน	ก่อตั้ง	ปัจจุบัน	อปท.	พอช.	อื่นๆ	สมาชิก ทั่วไป	เด็ก	คนชรา	พิการ/ ด้อยโอกาส
กรุงเทพมหานครและ ตะวันออก	142	991	7,881	71,119	1,993,132	168,272,129	2,294,775	2,110,000	1,298,529	4,673	14	107	NA
ตะวันออก													
กลางบนและ ตะวันตก	315	991	12,282	47,297	1,825,729	23,406,087	1,657,786	8,643,544	4,854,805	1,431	88	366	91
ตะวันออก													
เหนือ	955	5,763	11,352	186,951	15,050,777	80,235,797	15,823,699	29,570,991	1,426,098	1,478	168	60	12
ใต้	499	2,271	20,892	199,142	3,089,775	131,147,802	2,578,400	18,499,762	2,158,522	2,824	242	713	117
เหนือ	427	1,880	21,438	71,710	8,809,599	36,020,340	4,001,500	12,420,000	9,754,600	3,477	189	266	40
รวมทั้งหมด	2,338	11,896	73,845	576,219	30,769,012	439,082,155	26,356,160	71,244,297	19,492,554	13,883	701	1,512	260

ที่มา : สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, 2551

3.1.9 โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโครงการที่ได้มีการดำเนินการตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 และต่อเนื่องในปี พ.ศ.2551 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และจัดให้มีสื่อหรืออุปกรณ์ส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในการนำไปใช้ระหว่างการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เนื่องจากในระหว่างเวลากลางวัน บุตรหลานในครอบครัวของผู้สูงอายุมักออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่แต่เพียงลำพัง โดยสื่อหรืออุปกรณ์ดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นการใช้สมองด้านความคิด ความจำของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและช่วยชะลอความเสื่อมของสมองรวมทั้งสรีระร่างกายของผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2551 ได้มีการดำเนินการ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต : 2551) ดังนี้

(1) จัดการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่จังหวัดอุทัยธานี และสุราษฎร์ธานี มีอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเข้าร่วมอบรมจำนวน 140 คน

(2) นิเทศ ติดตามผลการทดลองใช้คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี อุทัยธานี และสุราษฎร์ธานี

(3) ผลิตชุดเทคโนโลยี การจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเผยแพร่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยมีศูนย์สุขภาพจิตเขต จำนวน 15 เขตทั่วประเทศเป็นหน่วยประสานการดำเนินงาน

(4) จัดการฝึกอบรมวิทยากรหลักสูตรกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนให้แก่บุคลากรสาธารณสุขจากศูนย์สุขภาพจิต และหน่วยงานในสังกัดสุขภาพจิตจำนวน 60 คน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการจัดกิจกรรมและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

(5) ติดตามผลการใช้ชุดเทคโนโลยีในการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อทราบผลของการนำไปใช้ และเพื่อการปรับปรุงเนื้อหากิจกรรมให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นต่อไป

3.1.10 กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานคร ได้จัดให้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยการเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกอบรมต่างๆ ได้แก่ การอบรมความรู้ เรื่องการนวดคลายเครียด การประดิษฐ์ กะลาฝาทำ การประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี นอกจากนี้ได้จัดให้มีการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ ณ ศูนย์เยาวชนกรุงเทพมหานครไทย-ญี่ปุ่น ดินแดง ระหว่างวันที่ 10-12 มิถุนายน 2551 โดยมี การแข่งขันเดินทวน, เปตอง, ปาเป้า, โบว์ลิ่งสนาม, โยนห่วงยางรวมทั้งการประกวดกองเชียร์ โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวม 2,440 คน

สำหรับกิจกรรมด้านสังคมเนื่องในโอกาสและวันสำคัญต่างๆ กรุงเทพมหานครได้ร่วมมือกับสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร และสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ นอกจากนี้ยังได้มีการจัดกิจกรรมเนื่องในวันปียมหาราช วันพระเจ้าตากสินมหาราช วันจักรี และวันเฉลิมพระชนมพรรษา เป็นต้น

นอกจากนี้ยังได้จัดกิจกรรมส่งเสริมการเผยแพร่ภูมิปัญญาผู้สูงอายุควบคู่ไปกับกิจกรรมเสริมรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการออกร้านสาธิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากชมรมผู้สูงอายุ ณ ศูนย์เยาวชนกรุงเทพมหานคร ไทย - ญี่ปุ่น ดินแดง จำนวน 4 ครั้ง

3.2 การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน

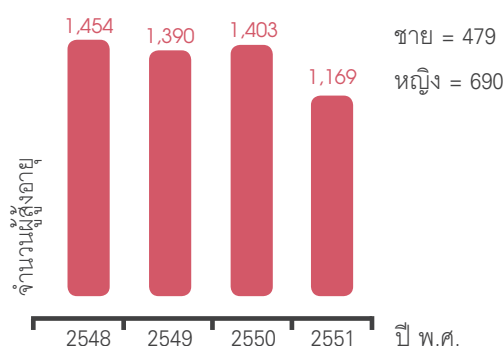
3.2.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

เป็นการให้บริการดูแลระยะยาวด้านที่พักอาศัย โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้ให้บริการในลักษณะของสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวของตนเองได้ ปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง ในทุกภาคทั่วประเทศ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค) จังหวัดชลบุรี (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง) จังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์) จังหวัด

ยะลา (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุผู้สูงอายุบ้านทักษิณ) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ศูนย์พัฒนา การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ วาสนะเวสม์ฯ) จังหวัดภูเก็ต (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต) จังหวัดบุรีรัมย์ (ศูนย์พัฒนา การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์) จังหวัดปทุมธานี (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี) จังหวัดลำปาง (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง) จังหวัดนครพนม (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ นครพนม) จังหวัดสงขลา (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลา) และจังหวัดขอนแก่น (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง มีขีดความสามารถในการรับผู้สูงอายุเข้าพำนักอาศัยได้ จำนวนประมาณ 1,500 คน โดยในปี พ.ศ.2551 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,169 คน ที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมทั้ง 12 แห่ง (ตารางที่ 3.6)

ตารางที่ 3.6 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ



ที่มา : กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2551

3.2.2 ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นภารกิจที่กรุงเทพมหานครได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ได้จัดให้มีบริการสำหรับผู้สูงอายุใน 2 ลักษณะ ได้แก่

(1) ให้บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป

เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อให้เข้ามาใช้บริการของศูนย์บริการผู้สูงอายุ ดินแดง บริการที่จัดขึ้น ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย การเล่นเกม กีฬา ลีลาศ ดนตรี(ดนตรีไทยและดนตรีสากล) การรำไทย และบริการด้านกายภาพบำบัด เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการทำกิจกรรมทางสังคมในระหว่างเวลากลางวันร่วมกัน โดยมีการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ บริการที่จัดขึ้นเป็นบริการแบบไป - กลับ ในวันและเวลาราชการ โดยผู้สูงอายุที่มี ความประสงค์จะเข้าร่วมกิจกรรมจะต้องสมัครเป็นสมาชิกศูนย์ฯ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการแต่อย่างใด

(2) บริการบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

เป็นการให้บริการที่พักอาศัยชั่วคราว (Shelter) ครั้งละไม่เกิน 15 วัน โดยมีบริการดูแลช่วยเหลือเฉพาะหน้าให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ไม่มีที่พักอาศัย ขาดผู้ดูแล พักหลังเร่ร่อน หรือถูกนำส่งจากหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานีตำรวจ รวมทั้งหน่วยงานราชการอื่นๆ และเอกชน เพื่อให้มีการติดตามหาญาติพี่น้อง หรือบุตรหลาน รวมถึงการส่งต่อเข้ารับบริการดูแล

ระยะยาวในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านพักฉุกเฉินนี้สามารถรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยและให้การดูแลได้วันละประมาณ 30 คน

2) ศูนย์บริการผู้สูงอายุ บ้านบางแค 2

เป็นบริการสถานสงเคราะห์คนชราที่กรุงเทพมหานครได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อปี พ.ศ.2545 เช่นเดียวกัน ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 นี้ เป็นสถานสงเคราะห์ที่ให้บริการด้านที่พักอาศัยและการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุเฉพาะเพศหญิง ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร ฐานะยากจน ไม่มีที่พักอาศัย ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ให้ความช่วยเหลือสามารถรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยได้จำนวน 150 คน

นอกจากนี้ ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 ยังได้จัดบริการสวัสดิการเชิงรุกโดยให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยในบริเวณใกล้เคียง ด้านเครื่องอุปโภค บริโภค และเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่จำเป็น โดยในปี พ.ศ.2551 ที่ผ่านมา ได้ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุรวมจำนวน 1,100 ราย

3.2.3 สถานสงเคราะห์คนชรา

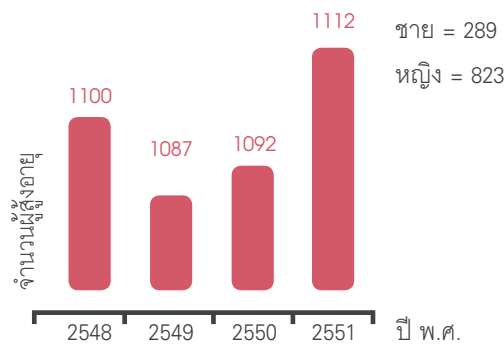
กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับภารกิจด้านสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง จากการถ่ายโอนของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาดำเนินการต่อตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 13 แห่งนี้ อยู่ภายใต้ความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในแต่ละจังหวัดที่สถานสงเคราะห์คนชรานั้นตั้งอยู่ ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชราแต่ละแห่งได้ทำหน้าที่ให้ความอุปการะดูแลผู้สูงอายุที่

ด้วยโอกาส ยากจน ขาดผู้ดูแลหรือขาดที่พึ่งพิง โดยให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ เช่น การดูแลด้านสุขภาพ การฟื้นฟูบำบัด บริการสังคมสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมนันทนาการ ศาสนกิจ การส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ

ในปี พ.ศ.2551 สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง (สถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค 2 กรุงเทพมหานคร, สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี:หลวงพอลำไย จังหวัดกาญจนบุรี, สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี : หลวงพ่อเป็นอุปถัมภ์ จังหวัดนครปฐม, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์, สถาน-

สงเคราะห์คนชรารับบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านธรรมปกรณ(วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านธรรมปกรณ (โพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง, สถานสงเคราะห์คนชรารับบ้านทุ่ง-พินิจ จังหวัดชุมพร) ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุรวมจำนวน 1,112 คน (ชาย 289 คน, หญิง 823 คน) (ตารางที่ 3.7)

ตารางที่ 3.7 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



ที่มา : สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2551

3.2.4 สถานบริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์

ปัจจุบันมีหน่วยงานภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้วยการจัดให้มีรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย อาทิ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การให้บริการด้านที่พักอาศัย บริการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย ฯลฯ ดังนี้

(1) ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาวะคนพิการทางสายตา

เป็นศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งแรกของประเทศไทย ก่อตั้งในปี พ.ศ.2500 โดยเป็นศูนย์เวชศาสตร์ที่รับผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และสถานพยาบาลต่างๆ บริการที่ศูนย์เวชศาสตร์ฯ ประกอบด้วย บริการดูแลรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพแก่ผู้ป่วย

สูงอายุ โดยทีมสหวิชาชีพ บริการด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด จิตบำบัด กิจกรรมนันทนาการ อีกทั้งยังมีบริการด้านการสังคมสงเคราะห์ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน ตลอดจนมีศูนย์ฝึกอบรมบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันยังให้การสนับสนุนการทำวิจัยด้านผู้สูงอายุ และการผลิตเอกสารความรู้ด้านการดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์เวชศาสตร์ฯ แห่งนี้สามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้จำนวน 100 เตียง (ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพคนวิสาสสมาคมกาชาดไทย : <http://www.redcross.or.th>)

(2) สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ภายใต้คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อสุขภาพอนามัย สภาพระสังฆราชคาทอลิกแห่งประเทศไทย

เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ทำหน้าที่ให้บริการและดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในสังกัดสภาพระสังฆราชคาทอลิกแห่งประเทศไทย จำนวน 9 แห่ง ดังนี้ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเซนต์หลุยส์ ลำไทร จังหวัดปทุมธานี, บ้านเบธานี จังหวัดอุบลราชธานี, บ้านผู้สูงอายุอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี, บ้านพักคนชราบ้านบุญยอแซฟ จังหวัดขอนแก่น, บ้านพักคามิลเลียนโซเชียลเซนต์เตอร์ จังหวัดนครปฐม/จันทบุรี/ปราจีนบุรี, บ้านพักคนชราพระมหาไถ่ จังหวัดชลบุรี (คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อการพัฒนาสังคม แผนกสุขภาพอนามัย สภาพระสังฆราชคาทอลิกแห่งประเทศไทย : 2551)

ทั้งนี้คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อสุขภาพอนามัย ยังได้มีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้การศึกษา ฝึกอบรม และจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาบุคลากร กลุ่มหรือองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งในปี พ.ศ.2543 ได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการคาทอลิกเพื่อผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้

เป็นกลไกการทำงานด้านการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายคาทอลิกที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ โดยในปี พ.ศ.2551 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของเครือข่ายคาทอลิก รวมทั้งสิ้นจำนวน 11,412 คน โดยมีรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคณะนักบวช โครงการสงเคราะห์คนชราและคนพิการที่ยากจนอาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ ผศ.ร.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ที่ได้ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ได้มีการสำรวจข้อมูลของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ตั้งอยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยจากผลการสำรวจพบว่ามีสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย รวมทั้งหมดจำนวน 138 แห่ง ในจำนวนนี้มีสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นภาคเอกชน จำนวน 113 แห่ง โดยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นประเภทสถานบริบาล (Nursing Home) ซึ่งให้บริการการดูแลอย่างครบวงจร ได้แก่ การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้หรือเป็นผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่จัดบริการมีลักษณะเป็นประเภทบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.8 * แสดงจำนวนและร้อยละของสถานบริการจำแนกตามรายการและประเภทของสถานบริการ

ประเภท/ภาค	เหนือ (แห่ง)	ตะวันออก เฉียงเหนือ(แห่ง)	กลาง (แห่ง)	กรุงเทพฯ (แห่ง)	ใต้ (แห่ง)	รวม (แห่ง)
1. บ้านพัก/ สถานสงเคราะห์คนชรา	4	9	19	7	5	44 (31.88%)
2. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	2	-	3	1	-	6 (4.35%)
3. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล	2	3	2	18	-	25 (18.12%)
4. สถานบริการ	2	-	17	41	-	60 (43.48%)
5. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	-	1	1	1	-	3 (2.17%)
รวม	10 (7.25%)	13 (9.42%)	42 (30.43%)	68 (49.28%)	5 (3.62%)	138 (100%)

ที่มา : ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552.

* ตารางที่ 3.8 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานบริการจำแนกตามรายการและประเภทของสถานบริการ ได้มีการนับรวมสถานดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐ จำนวน 25 แห่ง และสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ภายใต้คณะกรรมการคatholicเพื่อสุขภาพอนามัย สภามหาวิทยาลัยคาทอลิกแห่งประเทศไทย จำนวน 9 แห่ง รวมทั้งศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงนิवास สภาอากาศไทย ไว้แล้ว

3.3. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส

3.3.1 การดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส และประสบปัญหาความเดือดร้อนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

เป็นการดำเนินการให้ความดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส โดยดำเนินการภายใต้ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่

1) ประกาศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์

โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาคบครัว

ในปี พ.ศ.2551 ได้ดำเนินการให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือ ถูกทอดทิ้ง เป็นเงินรายละ 500 บาท จำนวน 1,138 ราย คิดเป็นงบประมาณจำนวน 569,000 บาท(ตารางที่ 3.9)

ตารางที่ 3.9 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือจากอันตราย การถูกทารุณกรรมแสวงหาประโยชน์

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือ (คน)	งบประมาณ (บาท)
2548	1,039	519,500
2549	1,138	569,000
2550	1,102	551,000
2551	1,138	569,000

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551

2) ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

เป็นการดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเรื่องที่พักอาศัยให้เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรือเข้าอยู่ในสถาน

สงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสมและมีความปลอดภัย หรือเป็นการให้ความช่วยเหลือเรื่อง อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม เป็นเงินไม่เกิน 2,000 บาท โดยผู้สูงอายุสามารถรับความช่วยเหลือได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี ในปี พ.ศ.2551 ได้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา จำนวน 5,591 คน คิดเป็นงบประมาณจำนวน 11,182,000 บาท (ตารางที่ 3.10)

ตารางที่ 3.10 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือที่ที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือ (คน)	งบประมาณ (บาท)
2548	7,633	15,266,000
2549	6,000	12,000,000
2550	5,591	11,182,000
2551	5,591	11,182,000

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551

3) ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุในการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุยากจนที่เสียชีวิต และไม่มีญาติ หรือหากมีญาติ

แต่ไม่สามารถจัดการศพ โดยให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสำหรับใช้ในการจัดการศพตามประเพณีเป็นเงินรายละ 2,000 บาท

ในปี พ.ศ.2551 ได้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุที่ยากจน จำนวน 17,962 คน คิดเป็นงบประมาณจำนวน 35,924,000 บาท (ตารางที่ 3.11)

ตารางที่ 3.11 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือค่าจัดการศพ

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือค่าจัดการศพ (คน)	งบประมาณ (บาท)
2548	13,629	27,258,000
2549	17,962	35,924,000
2550	19,814	39,628,000
2551	17,962	35,924,000

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551

3.4 การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและจิตใจผู้ต้องขังผู้สูงอายุ

กรมราชทัณฑ์ ได้มีการดำเนินโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2550 ที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ.2551 กรมราชทัณฑ์มีผู้ต้องขังสูงอายุที่ต้องโทษอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศ จำนวน 3,345 คน เป็นชาย 2,703 คน และหญิง 642 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2551) ซึ่งพบว่าผู้ต้องขังสูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านสุขภาพ และผู้ต้องขังสูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ หรือไม่ได้รับการศึกษา ทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง กรมราชทัณฑ์ได้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ต้องขังสูงอายุ รวมทั้งให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือด้านเครื่องอุปโภคบริโภค อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ต้องขังสูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น รวมทั้งมีกำลังใจที่จะมุ่งมั่นปฏิบัติตนให้เป็นพลเมืองที่ดีภายหลังพ้นโทษ

ในปีพ.ศ. 2551 กรมราชทัณฑ์ได้จัดสรรเงินงบประมาณ เป็นจำนวน 1,261,500 บาท ให้แก่เรือนจำและทัณฑสถานที่มีผู้ต้องขังสูงอายุ

จำนวน 126 แห่ง (ตารางที่ 3.12) โดยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาผู้ต้องขังสูงอายุ อาทิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนอุปกรณ์อำนวยความสะดวก การสงเคราะห์ช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุ และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้

สำหรับกิจกรรมด้านสุขภาพได้ให้การตรวจสุขภาพผู้ต้องขังสูงอายุ โดยการเชิญแพทย์จากโรงพยาบาลภายนอกปีละ 1 ครั้ง โดยมีการตรวจหาเบาหวาน ความดันโลหิต การตรวจวัดสายตา ตรวจสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ได้จัดกิจกรรมออกกำลังกาย การฝึกโยคะ กายภาพบำบัด จัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักและวิธีการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้ต้องขังสูงอายุ จัดกลุ่มครอบครัวสัมพันธ์ กลุ่มภานา การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุ เช่น อาหารพิเศษ, ฟันปลอม, ไม้เท้า, แวนตา, ฯลฯ การจัดการกิจกรรมบันเทิง กีฬา และนันทนาการ กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ ตลอดจน จัดทำเอกสารคู่มือเรื่อง การดูแลสุขภาพและการสงเคราะห์ผู้ต้องขังสูงอายุเพื่อการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ (กรมราชทัณฑ์ : 2551)

ตารางที่ 3.12 จำนวนผู้ต้องขังสูงอายุและเรือนจำ/ทัณฑสถานเพื่อดำเนินโครงการส่งเสริม คุณภาพชีวิต และพัฒนาผู้ต้องขังสูงอายุ

พ.ศ.	จำนวนผู้ต้องขังสูงอายุ (คน)	จำนวนเรือนจำ/ทัณฑสถานที่ได้รับ การสนับสนุนงบประมาณ (แห่ง)	งบประมาณ (บาท)
2550	3,055 คน (ชาย 2,345 คน หญิง 710 คน)	81	600,000
2551	3,345 คน (ชาย 2,703 คน หญิง 642 คน)	126	1,261,500

ที่มา : กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม, 2551

3.5 กองทุนผู้สูงอายุ

กองทุนผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกองทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุใน ปี พ.ศ.2548 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงาน กองทุนผู้สูงอายุได้รับงบประมาณเริ่มต้นในการดำเนินงาน จำนวน 30 ล้านบาทและได้รับเพิ่มเติมในปีต่อๆ มาตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2551 กองทุนผู้สูงอายุได้รับงบประมาณจำนวน 60 ล้านบาท ทำให้มีเงินกองทุนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 180 ล้านบาท

ปี พ.ศ.2551 กองทุนผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการกู้ยืมประกอบอาชีพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล จำนวน 1,560 ราย คิดเป็นจำนวนเงิน 23,210,109 บาท และสนับสนุนเป็นรายกลุ่ม จำนวน 10 กลุ่ม คิดเป็นจำนวนเงิน 942,560 บาท นอกจากนี้ได้ให้การสนับสนุน

โครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ จำนวน 69 โครงการ คิดเป็นจำนวนเงิน 5,504,803 บาท (ตารางที่ 3.13)

ในด้านการกู้ยืมเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลนั้น ส่วนใหญ่เป็นการกู้ยืมไปเพื่อการประกอบอาชีพส่วนตัว อาทิ การประกอบอาชีพค้าขาย และงานหัตถกรรม งานฝีมือ/ศิลปะภูมิปัญญา จำนวน 682 ราย การปศุสัตว์ จำนวน 461 ราย การเกษตรกรรม(ทำนา, ทำสวน, ทำไร่) จำนวน 351 ราย และการบริการรับจ้าง จำนวน 66 ราย

สำหรับโครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุที่ได้รับการอนุมัติเงินสนับสนุนในปี พ.ศ.2551 ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญา การส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุด้วยการฝึกอบรม การส่งเสริมทักษะอาชีพแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

ตารางที่ 3.13 จำนวนโครงการและการกู้ยืมที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ

ปี พ.ศ.	โครงการ ที่ได้รับอนุมัติ (โครงการ)	รวม เป็นเงิน (บาท)	การกู้ยืม รายบุคคล (ราย)	รวม เป็นเงิน (บาท)	การกู้ยืม รายกลุ่ม (กลุ่ม)	รวม เป็นเงิน (บาท)
2550	40	9,935,415	717	9,500,000	-	-
2551	69	5,504,803	1,560	23,210,109	10	942,560

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551

3.6 เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

3.6.1 เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ : กระทรวงมหาดไทย

การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ได้มีการถ่ายโอนจากกรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รับไปดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545

เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ จำนวนเดือนละ 500 บาท สำหรับผู้สูงอายุ 1 คน โดยผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติจะเป็นผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพนี้ จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้ดูแล เทศบาล องค์การ

บริหารส่วนตำบลจะทำหน้าที่เป็นกลไกในระดับพื้นที่ในการจัดทำทะเบียนและตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุภายใต้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 และพิจารณาให้ความเห็นชอบการจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายเดือนต่อไป

จำนวนงบประมาณสำหรับจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุนี้ ได้มีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ทั้งนี้เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อจำนวนผู้สูงอายุที่ยากจนและมีคุณสมบัติที่จะได้รับเบี้ยยังชีพ ในปี พ.ศ.2551 มีจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ 75 จังหวัดทั่วประเทศได้เบี้ยยังชีพรวมจำนวน 1,755,266 คน งบประมาณ 10,531,596,000 บาท (ตารางที่ 3.14)

ตารางที่ 3.14 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพและจำนวนงบประมาณ

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับ เบี้ยยังชีพ (คน)	งบประมาณ (บาท)
2546	399,362	1,437,703,200
2547	440,000	1,584,000,000
2548	527,083	1,897,498,000
2549	1,073,190	6,439,140,000
2550	1,755,266	10,531,596,000
2551	1,755,266	10,531,596,000

ที่มา : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2551

3.6.2 เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ : กรุงเทพฯ

ในปี พ.ศ.2551 กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน ด้อยโอกาส จำนวนรวม 28,396 คน หรือคิดเป็นงบประมาณจำนวน 170,376,000 บาท

โดยพื้นที่เขตในกรุงเทพมหานครที่มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ เขตบางกอกน้อย จำนวน 1,306 ราย รองลงมา คือ เขตสายไหม จำนวน 1,186 ราย และเขตประเวศ จำนวน 1,111 ราย ตามลำดับ (ตารางที่ 3.15)

ตารางที่ 3.15 พื้นที่เขตในกรุงเทพมหานคร 3 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มากที่สุดและพื้นที่เขต 3 อันดับแรก ที่มีจำนวนผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพมากที่สุด

พื้นที่เขตในกรุงเทพมหานคร 3 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในพื้นที่มากที่สุด (ปี พ.ศ. 2550)	พื้นที่เขตในกรุงเทพมหานคร 3 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมากที่สุด
จตุจักร	บางกอกน้อย
จำนวน 22,242 ราย	จำนวน 1,306 ราย
บางซื่อ	สายไหม
จำนวน 20,971 ราย	จำนวน 1,186 ราย
บางแค	ประเวศ
จำนวน 19,406 ราย	จำนวน 1,111 ราย

ที่มา : กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2551

3.7 บริการสาธารณะ และนันทนาการ

เป็นการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก และการให้สิทธิพิเศษเป็นการเฉพาะแก่ผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานต่างๆได้ร่วมดำเนินการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งให้สิทธิพิเศษเป็นการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวัน และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ตลอดจนการจัดบริการกิจกรรมนันทนาการ เช่น กีฬา ความบันเทิง การท่องเที่ยว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีหน่วยงานภาครัฐดำเนินการดังต่อไปนี้

3.7.1 กระทรวงมหาดไทย

กล่าวได้ว่านับตั้งแต่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ พ.ศ.

2547 เป็นต้นมา โดยที่สาระสำคัญตอนหนึ่งในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้ระบุไว้ว่า ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเกี่ยวกับการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการได้รับการดูแลด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะส่วนราชการที่มีหน้าที่ ความรับผิดชอบโดยตรงในการจัดให้มีบริการสาธารณะรูปแบบต่างๆ ให้แก่บุคคลทั่วไป ซึ่งมีความหมายรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นในปี พ.ศ.2548 กระทรวงมหาดไทยจึงได้ดำเนินการออกกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ.2548 ขึ้น สาระสำคัญของกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดให้อาคารสถานที่บางประเภท เช่น สถานพยาบาล อาคารที่ทำการของทางราชการ สถานขนส่ง สำนักงาน โรงมหรสพ โรงแรม หอประชุม สนามกีฬา

ศูนย์การค้า เป็นต้น ซึ่งมีพื้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของอาคารเปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไป จะต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการใช้อาคารสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นการเฉพาะด้วย โดยได้กำหนดให้มีการจัดทำป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ทางลาด รววจับ ลิฟท์โดยสาร บันไดเลื่อน ที่จอดรถ ทางเข้าอาคาร ทางเดิน/ทางเชื่อมระหว่างอาคาร ประตู สุขภาพ พื้นผิวต่างสัมผัส เป็นต้น ทั้งนี้ เป็นการช่วยเพิ่มความสะดวก ความปลอดภัย และช่วยป้องกันอุบัติเหตุในการเข้าใช้บริการสาธารณะภายในอาคารต่างๆ เหล่านี้ให้แก่ทั้งผู้พิการและผู้สูงอายุ ดังนั้นอาคารสาธารณะต่างๆ ที่ได้มีการก่อสร้างขึ้นใหม่ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา จึงได้มีความพยายามที่จะจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกดังกล่าวให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุตามที่ได้มีการระบุไว้ข้างต้น ในขณะที่พบว่าอาคารสาธารณะหลายแห่งซึ่งได้ทำการก่อสร้างมาก่อนปี พ.ศ.2548 อาทิ โรงพยาบาลสวนสาธารณะ เป็นต้น ได้มีความพยายามที่จะดำเนินการแก้ไขปรับปรุง และจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดให้มีทางลาด ติดตั้งราวจับ และห้องน้ำ สำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ เป็นต้น

3.7.2 กระทรวงคมนาคม

ได้มีการจัดบริการด้านการขนส่งสาธารณะแก่ผู้สูงอายุ อาทิ รถไฟ รถโดยสารประจำทาง รถไฟฟ้าขนส่งมวลชน เรือโดยสาร เครื่องบินโดยสาร ตลอดจนเส้นทางคมนาคม ได้แก่ ทางหลวง ทางพิเศษต่างๆ โดยได้มีการดำเนินการปรับปรุงหรือ

จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านโครงสร้างพื้นฐานไว้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะตัวอย่างเช่น การจัดทำทางลาด ห้องสุขา ที่นั่งเฉพาะ มุมพักผ่อน ห้องปฐมพยาบาล ลิฟท์โดยสาร ตลอดจนการจัดให้มีพนักงานคอยให้ความช่วยเหลือด้านสัมผัส และช่วยอำนวยความสะดวกด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง การให้สิทธิพิเศษด้านค่าลดหย่อนค่าพาหนะเดินทาง อาทิ

การรถไฟแห่งประเทศไทย มีการลดหย่อนค่าโดยสาร (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ให้แก่ผู้สูงอายุครึ่งราคา (ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายนของทุกปี)

การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50

บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) ลดค่าโดยสารเที่ยวบินภายในประเทศ ให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15

บริษัทขนส่ง จำกัด ลดค่าโดยสารเฉพาะรถของบริษัทให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 (ไม่รวมค่าธรรมเนียม)

องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.) ลดค่าโดยสารให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 (ไม่รวมค่าธรรมเนียม)

3.7.3 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

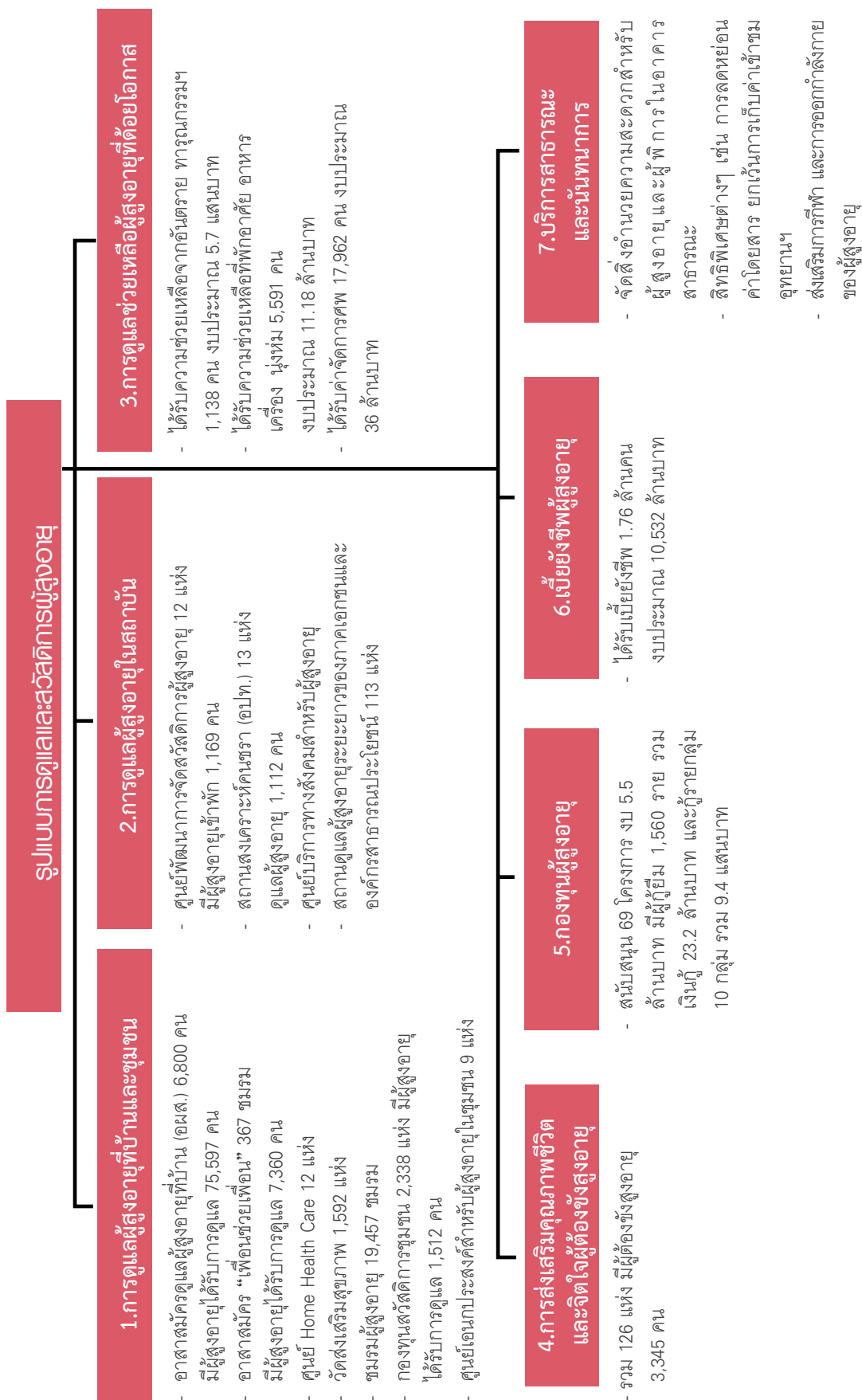
ได้ดำเนินการให้สิทธิพิเศษเป็นการเฉพาะให้แก่ผู้สูงอายุ โดยยกเว้นการเก็บค่าเข้าชมอุทยานแห่งชาติทุกแห่ง รวม 157 แห่งทั่วประเทศ และสวนสัตว์ จำนวน 3 แห่ง

3.7.4 กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

ได้มีการขอความร่วมมือในเรื่องของการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ อาทิ ห้องสุขา ทางลาด ลิฟท์โดยสาร ในแหล่งท่องเที่ยวสาธารณะต่างๆ อาทิ โรงแรม ศูนย์การจัดประชุมหรือจัดแสดงนิทรรศการ สวนสาธารณะ ร้านอาหาร ฯลฯ เพื่อส่งเสริมและยกระดับมาตรฐานบริการด้านการท่องเที่ยว ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่คนทุกวัยตามมาตรฐานสากล ขณะเดียวกันยังได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการท่องเที่ยวเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้มีการให้บริการพิเศษด้านราคา และรูปแบบของการท่องเที่ยวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้รับความร่วมมือจากภาคธุรกิจเอกชนด้านการท่องเที่ยวซึ่งได้จัดขึ้นในแต่ละโอกาสในรอบปี

สำหรับกิจกรรมด้านการกีฬา ได้มีการดำเนินโครงการส่งเสริมการกีฬาและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีชมรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในทุกจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด โดยได้จัดให้มีการเล่นกีฬาและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดทำเอกสารคู่มือแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ขณะเดียวกันในแต่ละปี ได้จัดให้มีการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุชิงชนะเลิศแห่งประเทศไทย จำนวน 9 ชนิดกีฬา ได้แก่ กรีฑา เทนนิส บาสเก็ตบอล แบดมินตัน เปตอง ฟุตบอล วอลเลย์บอล ลีลาศ และตะกร้อ ซึ่งในแต่ละปีมีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวประมาณ 100,000 คน

ภาพที่ 3.1 รูปแบบการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ



บทที่ 4
การทำงาน รายได้
และการออมของผู้สูงอายุ





การทำงาน รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ*

จากการที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งคิดเป็นประชากรสูงอายุประมาณ 7.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2551 เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีมาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลต่อโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเรื่องของภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย สวัสดิการต่างๆ การดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนบทบาทของผู้สูงอายุในครัวเรือน การที่คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการรู้จักดูแลสุขภาพ และระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพที่ดี มีความพร้อมที่จะทำงาน และต้องการทำงาน โดยไม่ต้องการพึ่งพาบุตรหลานเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะอยู่ในวัยของการพักผ่อน

การทำงานของผู้สูงอายุเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นถึงที่มาของรายได้ การพึ่งพาตนเอง และการหาเลี้ยงครอบครัว รวมถึงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการดำรงชีวิต การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน และสังคม ปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว แม้จะอายุเกินวัยเกษียณอายุแล้วก็ตาม การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานนับเป็นสิ่งที่ดี ดังนั้นรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ควรให้การสนับสนุน ส่งเสริมแรงงานผู้สูงอายุได้ทำงานต่อไป ตามความพร้อมและศักยภาพที่เหมาะสม เพื่อผู้สูงอายุจะได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณค่าทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

* เรียบเรียงโดย ปรียา มิตรานนท์, จิราวรรณ มาท่อม สำนักงานสถิติแห่งชาติ ยุพิน รอดป้อง สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกรรณิการ์ เอกเผ่าพันธุ์ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

4.1 ภาวะการทำงาน**

จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรในปี พ.ศ. 2546 – 2551 ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.9 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 37.3 ในปี พ.ศ.2551 เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค จะเห็นได้ว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่สัดส่วนการทำงานของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 49.9 และร้อยละ 27.2 ในปี พ.ศ.2551) ผู้สูงอายุในทุกภาค

มีสัดส่วนการทำงานที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนการทำงานน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ (ร้อยละ 20.6 ในปีพ.ศ. 2551) และผู้สูงอายุในภาคใต้มีสัดส่วนการทำงานสูงที่สุด (ร้อยละ 42.7) ภาวะการทำงานของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงผลที่มีต่อปัจเจกบุคคลคือ ผู้สูงอายุและภาพรวมของประเทศ (ตารางที่ 4.1) และแนวโน้มการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี ตั้งแต่ปี 2546 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปีดังกล่าว (แผนภูมิที่ 4.1 และ 4.2)

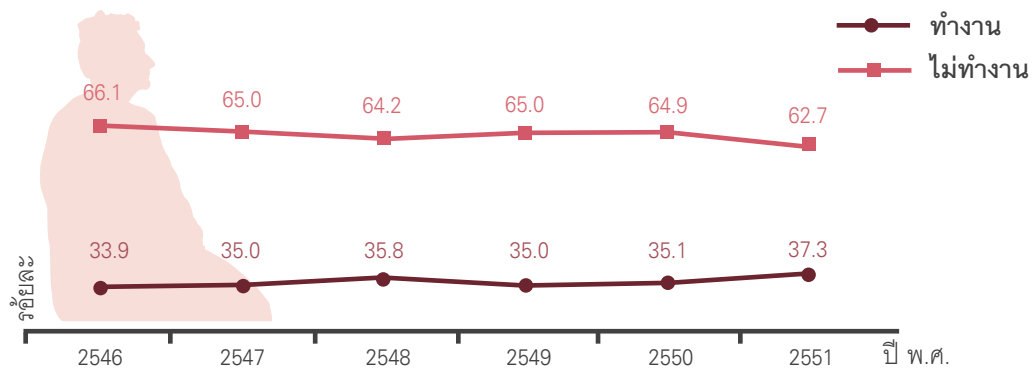
** ข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ อยู่ในภาคผนวกที่ 2 หน้า 186

ตารางที่ 4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะการทำงาน พ.ศ.2546-2551

เขต เขตปกครอง และภาค	ภาวะการทำงาน													
	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551			
	รวม	ทำ- งาน	ไม่ทำ- งาน	รวม	ทำ- งาน	ไม่ทำ- งาน	รวม	ทำ- งาน	ไม่ทำ- งาน	รวม	ทำ- งาน	ไม่ทำ- งาน	รวม	ทำ- งาน
เพศ														
รวม	100.0	33.9	66.1	100.0	35.0	65.0	100.0	35.0	65.0	100.0	35.1	64.9	100.0	37.3
ชาย	100.0	44.6	55.4	100.0	46.8	53.2	100.0	46.8	53.2	100.0	48.2	51.8	100.0	49.9
หญิง	100.0	24.6	75.4	100.0	25.0	75.0	100.0	25.4	74.6	100.0	26.8	73.2	100.0	27.2
เขตปกครอง														
ในเทศบาล	100.0	26.3	73.7	100.0	27.5	72.5	100.0	26.9	73.1	100.0	27.9	72.1	100.0	28.5
นอกเทศบาล	100.0	37.1	62.9	100.0	38.3	61.7	100.0	39.6	60.4	100.0	39.7	60.3	100.0	40.9
ภาค														
กรุงเทพฯ	100.0	20.7	79.3	100.0	20.3	79.7	100.0	17.8	82.2	100.0	18.2	81.8	100.0	20.6
กลาง	100.0	32.2	67.8	100.0	32.9	67.1	100.0	33.6	66.4	100.0	33.7	66.3	100.0	34.3
เหนือ	100.0	33.3	66.7	100.0	36.0	64.0	100.0	37.1	62.9	100.0	38.2	61.8	100.0	37.7
ตะวันออกเฉียง	100.0	35.2	64.8	100.0	37.7	62.3	100.0	39.5	60.5	100.0	39.1	60.9	100.0	41.7
ใต้	100.0	44.2	55.8	100.0	43.3	56.7	100.0	42.8	57.2	100.0	43.6	56.4	100.0	42.7

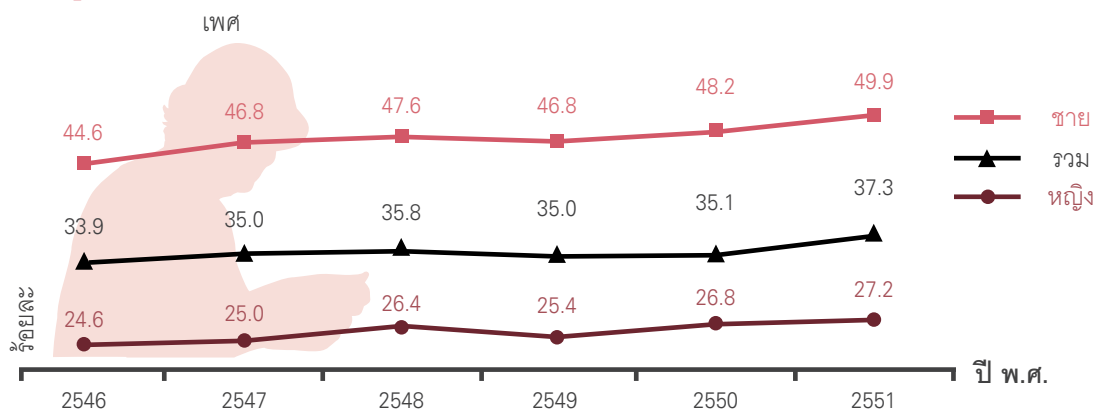
ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2546 – 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

แผนภูมิที่ 4.1 แนวโน้มของร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2546 – 2551)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546 – 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

แผนภูมิที่ 4.2 แนวโน้มของร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2546 – 2551) จำแนกตามเพศ



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546 – 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.2 กิจกรรมทางเศรษฐกิจ

แม้ว่าประเทศไทยได้มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศไทยยังคงทำงานในด้านเกษตรกรรม เมื่อแยกการทำงานของผู้สูงอายุตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ซึ่งแยกออกได้เป็นการทำงานในภาคเกษตรกรรมและนอกภาคเกษตรกรรม จากข้อมูลร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจในรอบ 6 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546–2551 พบว่า ในช่วง 6 ปีร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมสูงกว่านอกภาค

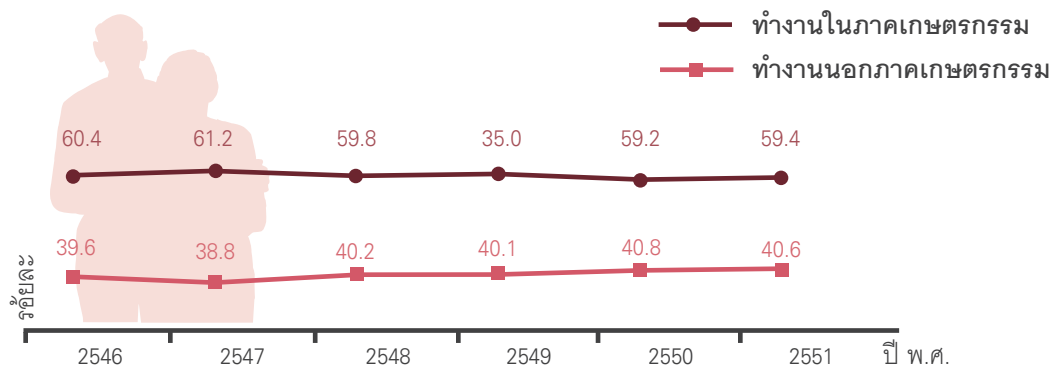
เกษตรกรรม แต่แนวโน้มในการทำงานนอกภาคเกษตรกรรมเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 39.6 ในปี พ.ศ. 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 40.6 ในปี พ.ศ.2551 แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 59.4 ในปี พ.ศ.2551 ยังคงทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม อาจเนื่องมาจากการงานในภาคเกษตรกรรมไม่มีการกำหนดอายุเกษียณ ผู้ที่เกษียณอายุจากงานประเภทอื่นที่เป็นงานนอกภาคเกษตรกรรม บางส่วนสามารถกลับเข้าทำงานในภาคเกษตรกรรมได้ ซึ่งสามารถทำงานได้จนกว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการทำงาน (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ พ.ศ.2546-2551

เพศ	กิจกรรมทางเศรษฐกิจ											
	ปี 2546			ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549		
	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร
เพศชาย	100.0	60.4	39.6	100.0	61.2	38.8	100.0	59.8	40.2	100.0	59.9	40.1
เพศหญิง	100.0	65.2	34.8	100.0	63.8	36.2	100.0	64.0	36.0	100.0	63.8	36.2
รวม	100.0	52.7	47.3	100.0	53.7	46.3	100.0	53.4	46.6	100.0	53.7	46.3
เขตปกครอง												
ในเทศบาล	100.0	23.3	76.7	100.0	24.1	75.9	100.0	23.8	76.2	100.0	23.7	76.3
นอกเทศบาล	100.0	74.5	25.5	100.0	72.3	27.7	100.0	71.8	28.2	100.0	71.8	28.2

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2546 – 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)
 หมายเหตุ : กิจกรรมทางเศรษฐกิจ หมายถึง กิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลผลิตไม่ว่าจะเป็นสินค้าหรือบริการ เช่น การปลูกข้าว การผลิตเสื้อผ้า การจักกรีด เป็นต้น

แผนภูมิที่ 4.3 แนวโน้มของร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจในรอบ 6 ปี (พ.ศ. 2546 – 2551)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546 – 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.3 สถานภาพการทำงาน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง และช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยในปี พ.ศ.2546 และปี พ.ศ.2551 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 63.4 และ ร้อยละ 62.0 ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง แต่สำหรับการทำงานอื่นๆ เช่น การเป็นลูกจ้างมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานเป็นนายจ้างมีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย คือร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ.2546 เป็นร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ.2551 หากพิจารณาผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานที่เป็นลูกจ้าง พบว่าในภาคเอกชน ผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.0 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ.2551 (ตารางที่ 4.3 และแผนภูมิที่ 4.4)

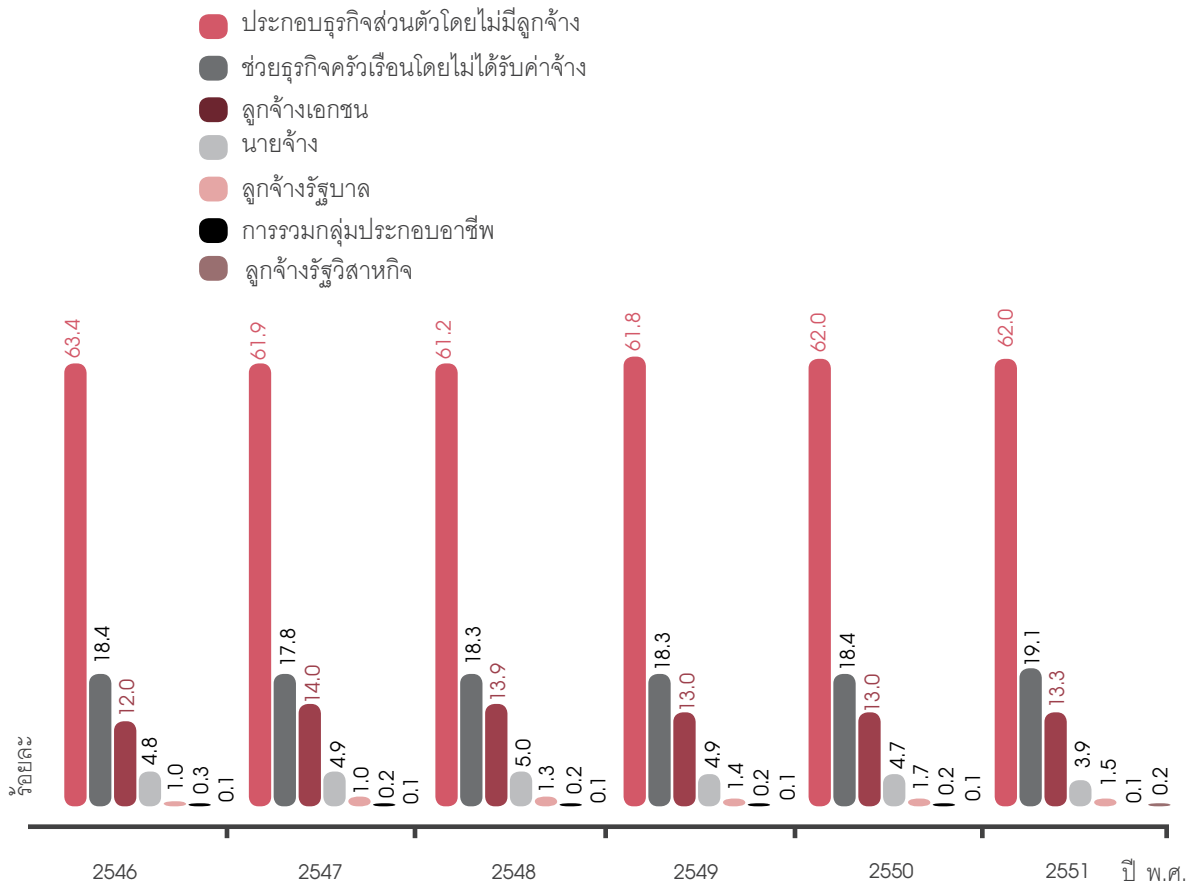
ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน พ.ศ. 2546 - 2551

เพศ เขตปกครอง	กิจกรรมทางเศรษฐกิจ													
	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551			
	รวม	นอก เขตฯ	รวม	นอก เขตฯ	รวม	นอก เขตฯ	รวม	นอก เขตฯ	รวม	นอก เขตฯ	รวม	นอก เขตฯ		
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
ชาย	4.8	8.7	3.5	4.9	8.4	3.8	5.0	7.8	4.2	4.9	8.6	3.9	6.7	3.1
หญิง	63.4	57.1	65.4	61.9	55.6	63.9	61.2	55.2	62.9	61.8	54.1	63.9	62.0	63.8
ประชากร ธุรกิจส่วนตัว โดยไม่มีลูกจ้าง	18.4	16.6	19.0	17.8	16.9	18.1	18.3	17.1	18.7	18.6	17.5	18.8	18.4	19.5
ช่วยธุรกิจ ครัวเรือน โดยไม่ได้รับ ค่าจ้าง	1.0	1.8	0.7	1.0	1.9	0.7	1.3	2.4	1.0	1.4	2.6	1.1	1.7	1.1
ลูกจ้างรัฐบาล	0.1	0.4	0.1	0.1	0.5	*	0.1	0.3	0.1	0.2	0.5	0.1	0.1	0.1
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	12.0	15.3	11.0	14.0	16.6	13.2	13.9	17.0	13.0	13.0	16.5	12.1	13.0	12.4
ลูกจ้างเอกชน	0.3	0.1	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
การรวมกลุ่ม ประกอบอาชีพ														

* น้อยกว่า 0.05

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2546 - 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

แผนภูมิที่ 4.4 แนวโน้มของสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2546 – 2551)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.4 รายได้และชั่วโมงการทำงาน

จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ในด้านรายได้และชั่วโมงการทำงาน พิจารณาจากผู้สูงอายุที่ทำงานในฐานะที่ลูกจ้าง เท่านั้น คือ เป็นลูกจ้างรัฐบาล ลูกจ้างเอกชน และ ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี พ.ศ.2546 และ พ.ศ.2551 พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยลดลง (ตารางที่ 4.4) กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย 5,379 บาทต่อเดือนในปี พ.ศ.2546 เพิ่มขึ้นเป็น 6,900 บาทต่อเดือน ในปี พ.ศ.2551 ในขณะที่

เดียวกันชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยกลับลดลงจาก 43.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในปี 2546 เป็น 41.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในปี พ.ศ.2551

เมื่อเปรียบเทียบรายได้และชั่วโมงการทำงานของผู้สูงอายุชายและหญิงในปี พ.ศ.2551 พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุชายสูงกว่าหญิงค่อนข้างมาก (7,939 บาท และ 5,326 บาท) และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของผู้สูงอายุชายก็สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงเช่นกัน (41.6 และ 40.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

ในปี พ.ศ.2551 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่านอกเขตเทศบาลกว่า สามเท่า (ในเขตเทศบาล 13,113 บาทต่อเดือน และนอกเขตเทศบาล 4,278 บาทต่อเดือน) และ ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของในเขตเทศบาลสูงกว่า นอกเขตเทศบาล (46.8 และ 39.5 ชั่วโมงต่อ สัปดาห์)

เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุระหว่างภาค ต่างๆ พบว่า ในปี พ.ศ.2551 ผู้สูงอายุในกรุงเทพ- มหานคร มีรายได้และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย สูงสุดเท่ากับ 23,781 บาทต่อเดือน และทำงาน 50.2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รองลงมาคือ ภาคใต้มี รายได้เฉลี่ย 8,762 บาทต่อเดือน ภาคเหนือมี รายได้เฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3,351 บาทต่อเดือน ในขณะที่ภาคใต้มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่ำสุด 32.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามรายได้ และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย พ.ศ.2546-2551

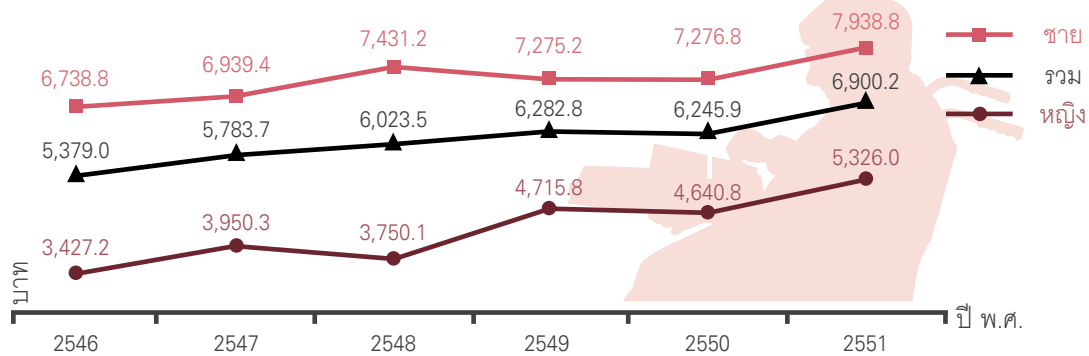
เพศ เขตการปกครอง และภาค	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์					
	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2546	2547	2548	2549	2550	2551
เพศ												
รวม	5,379.0	5,783.7	6,023.5	6,282.8	6,245.9	6,900.2	43.1	42.8	42.0	41.8	41.8	41.1
ชาย	6,733.8	6,939.4	7,431.2	7,275.2	7,276.8	7,938.8	43.7	43.5	42.8	42.6	42.7	41.6
หญิง	3,427.2	3,950.3	3,750.1	4,715.8	4,640.8	5,326.0	42.2	41.7	40.8	40.7	40.6	40.4
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	9,841.6	11,396.0	13,008.0	12,696.1	12,415.3	13,112.9	49.0	48.6	47.6	47.4	47.3	46.8
นอกเขตเทศบาล	3,277.9	3,379.1	3,241.0	3,714.9	3,722.7	4,278.1	41.2	40.9	40.4	40.3	40.3	39.5
ภาค												
กรุงเทพมหานคร	15,752.4	19,437.5	23,561.0	21,554.6	20,783.2	23,780.7	52.9	53.6	52.9	51.6	52.5	50.2
กลาง	4,936.3	5,644.1	6,373.2	6,398.3	5,666.6	5,694.1	45.5	45.8	45.1	44.7	45.1	44.9
เหนือ	3,146.8	3,003.9	2,496.2	2,973.3	3,125.7	3,351.0	43.7	42.8	41.5	42.5	42.6	42.3
ตอ.เฉียงเหนือ	3,036.2	3,816.4	3,318.5	3,922.2	4,333.1	4,175.7	42.7	42.0	41.7	41.2	41.2	40.1
ใต้	4,381.1	4,201.8	4,271.5	4,455.8	5,022.0	8,762.0	35.3	35.1	35.3	35.1	34.0	32.9

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546 – 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

จากข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุใน รอบ 6 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 – 2551 พบว่า รายได้ เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 เป็นต้นมา ส่วน

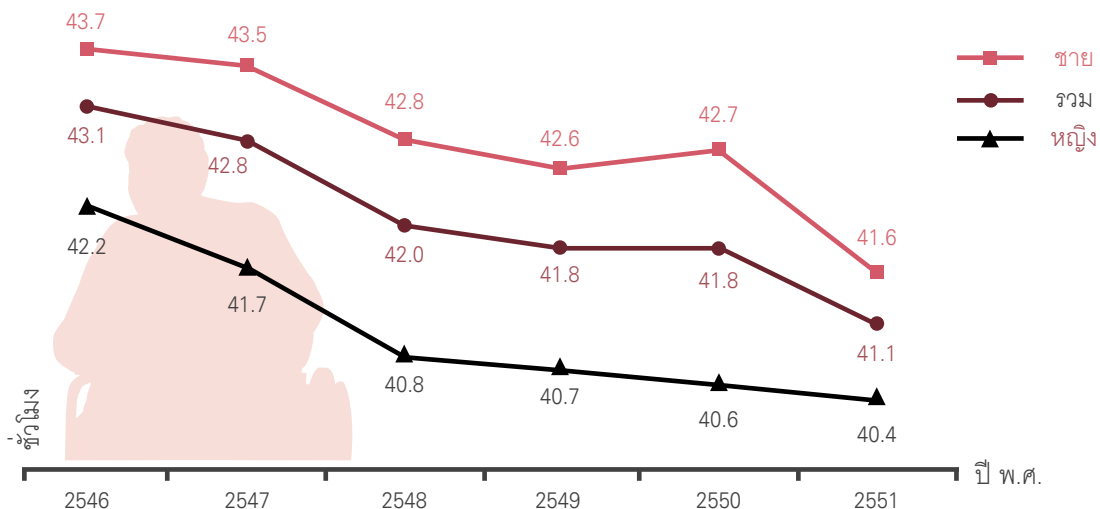
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของผู้สูงอายุ มีแนว โน้มที่ค่อนข้างจะคงที่และไม่แตกต่างกันมากนัก ดังแผนภูมิที่ 4.5 และแผนภูมิที่ 4.6

แผนภูมิที่ 4.5 แนวโน้มของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี จำแนกตามเพศ (พ.ศ.2546 – 2551)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2546 – 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

แผนภูมิที่ 4.6 แนวโน้มชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี จำแนกตามเพศ (พ.ศ.2546 – 2551)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.5 การทำงานนอกระบบ

แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่เป็น “แรงงานนอกระบบ” ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ไม่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิการต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพและความมั่นคงในชีวิต เหมือนกับ “แรงงานในระบบ” อาจจำแนกประเภทของแรงงานสูงอายุนอกระบบได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำงานรับจ้าง และได้รับเงินเดือนประจำ ได้แก่ ผู้ที่รับจ้างนำเอางานไปทำที่บ้าน รับจ้างทำของ รับจ้างทำการเกษตรตามฤดูกาล แรงงานประมง คนรับใช้ รับจ้างทำงานบ้าน รับจ้างขับรถส่วนตัว เป็นต้น

2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำอาชีพอิสระทั่วไป ได้แก่ คนขับรถรับจ้าง (แท็กซี่ สามล้อถีบ) เกษตรกร ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เมาถ่าน จักสาน หาบเร่ แผงลอย ช่างตัดผม ขายของชำ เป็นต้น

จากผลการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า แนวโน้มผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 89.7 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 90.7 ในปี พ.ศ. 2550 และในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.0 โดยแรงงานสูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นการเพิ่มขึ้นในเพศชาย ขณะที่แนวโน้มแรงงานนอกระบบที่เป็นผู้สูงอายุหญิงลดลง ผลสำรวจปี พ.ศ. 2551 พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ประมาณ 2.8 ล้านคน เป็นผู้ทำงานนอกระบบประมาณ 2.55 ล้านคน หรือคิด

เป็นร้อยละ 91.0 ที่เหลือประมาณ 2.5 แสนคน เป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในระบบ หรือคิดเป็นร้อยละ 9.0 (ตารางที่ 4.5) กล่าวคือในจำนวนผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่นั้น 9 ใน 10 คน เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับการดูแลด้านการคุ้มครองสวัสดิการและการประกันสังคม ตกอยู่ในภาวะจำยอมทำงานที่ไม่มีความปลอดภัย และต้องช่วยเหลือตนเองในด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงาน ไม่มีรายได้ที่แน่นอน เพราะขาดอำนาจการต่อรองในการเรียกร้องสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายแรงงาน

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามประเภทแรงงาน และเพศ พ.ศ.2549-2551

เพศ	แรงงานนอกระบบ (Informal Sector)			แรงงานในระบบ (Formal Sector)		
	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551
จำนวน						
รวม	2,176,844	2,513,665	2,551,808	248,722	257,235	252,658
ชาย	1,331,525	1,460,319	1,491,635	160,819	158,695	155,132
หญิง	845,319	1,053,346	1,060,174	87,903	98,540	97,526
ร้อยละ						
รวม	89.7	90.7	91.0	10.3	9.3	9.0
ชาย	89.2	90.2	91.6	10.8	9.8	9.4
หญิง	90.6	91.4	90.6	9.40	8.6	8.4

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2549-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.6 การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบร้อยละ 14.5 เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เป็นที่น่าสังเกตว่าการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.1 ในปี พ.ศ.2549 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ.2550 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 16.1 ในปี พ.ศ.2551 ลักษณะของการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่

สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งคือถูกของมีคมบาดหรือทิ่มแทง (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือ พลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 20.4) และถูกวัสดุต่างๆ ชนหรือกระแทกทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง (ร้อยละ 6.6) เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่แล้ว (พ.ศ.2550) พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ถูกของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง ถูกไฟลวก/น้ำร้อนลวก ได้รับอุบัติเหตุจากยานพาหนะ ถูกไฟฟ้าช็อต เพิ่มขึ้น ขณะที่การพลัดตกหกล้ม และการได้รับสารเคมีลดลง (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตาม ลักษณะการบาดเจ็บ และ เพศ พ.ศ.2549-2551

การได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ และลักษณะการบาดเจ็บ	พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
การได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ไม่ได้รับ	86.9	86.5	87.4	84.1	83.1	85.5	83.9	83.3	84.8
ได้รับ	13.1	13.5	12.6	15.9	16.9	14.5	16.1	16.7	15.2
ลักษณะการบาดเจ็บ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
พลัดตกหกล้ม	22.2	21.5	23.4	24.6	24.1	25.6	20.4	19.9	21.1
ของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง	61.4	60.6	62.9	61.8	61.8	61.7	62.5	63.2	61.5
ถูกไฟลวก/น้ำร้อนลวก	3.1	1.8	5.4	1.4	0.6	2.7	3.8	2.3	6.1
อุบัติเหตุจากยานพาหนะ	4.2	5.6	1.9	1.8	2.6	0.5	3.5	4.5	1.8
ไฟฟ้าช็อต	0.1	0.1	-	0.2	0.2	0.1	0.5	0.7	0.1
ชน/กระแทกโดยวัตถุทาง แนวราบและแนวดิ่ง	6.2	8.2	2.8	6.7	6.4	7.2	6.6	6.2	7.3
ได้รับสารเคมี	0.9	1.1	0.7	1.3	2.1	*	1.0	1.2	0.8
อื่นๆ	1.8	1.1	3.0	2.2	2.1	2.2	1.7	1.9	1.3

* น้อยกว่าร้อยละ 0.05

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2549-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.7 ระดับของการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ได้รับ และการใช้สวัสดิการการรักษายาบาล

เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่ามีผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (คนไข้ใน) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 12.0 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 ผู้สูงอายุชายมีส่วนของการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุรุนแรงต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชาย ร้อยละ 13.5 และหญิง ร้อยละ 11.7) โดยผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัว

เป็นคนไข้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 64.3) จ่ายเอง (ร้อยละ 18.5) ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 7.7) บริษัทประกันภัย (ประกันสุขภาพ) เป็นผู้จ่ายค่ารักษายาบาลร้อยละ 1.3 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทนเพิ่มสูงขึ้น (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ จำแนกตามระดับความรุนแรง ของการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ การใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลกรณีที่ต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพศ พ.ศ.2549-2551

ระดับความรุนแรงของการ ได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุและ การใช้สวัสดิการการรักษาฯ	พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ระดับความรุนแรงของการ ได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
บาดเจ็บเล็กน้อย	62.3	62.0	62.9	62.7	67.3	62.7	66.0	64.1	68.8
บาดเจ็บเล็กน้อย ชื่อยามา กินเอง	23.4	22.5	25.0	25.4	24.8	25.4	21.2	22.4	19.5
บาดเจ็บจนต้องเข้ารับ การรักษาตัวใน รพ.	14.2	15.4	12.2	12.0	7.9	12.0	12.8	13.5	11.7
สวัสดิการที่ใช้ (กรณีผู้ที่ เข้ารับการรักษาตัวใน รพ.)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
นายจ้าง	-	-	-	-	-	-	0.1	0.1	0.0
บิดา/มารดา/ญาติ/เพื่อน	-	-	-	-	-	-	0.1	0.0	0.2
จ่ายเอง	15.1	19.1	6.5	19.3	18.6	21.2	18.5	15.6	23.5
บัตรประกันสุขภาพ	70.5	70.1	71.2	63.1	67.1	53.2	64.3	65.6	62.0
ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน	1.1	-	3.4	0.9	1.3	0.2	2.9	3.1	2.7
สวัสดิการข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ	3.5	2.0	6.7	6.7	4.7	11.7	7.7	9.7	4.0
ประกันสุขภาพกับบริษัท ประกันภัย	3.3	2.9	4.3	4.2	3.4	6.2	1.3	0.6	2.5
อื่นๆ	6.5	6.0	7.8	5.7	5.0	7.5	5.2	5.3	5.0

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2549-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.8 การมีปัญจากจากการทำงานนอกระบบ

4.8.1 ปัญหาจากการทำงาน

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีแนวโน้มมีปัญหากจากการทำงานสูงขึ้น จากร้อยละ 16.9 ในปี พ.ศ.2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 ในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ.2551 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.6 ผู้สูงอายุชายมีปัญหาในการทำงานมากกว่า ผู้สูงอายุหญิง ปัญหาหลักๆ จากการการทำงานที่พบ คือ เรื่องค่าตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน รองลงมาคือ งานหนัก และงานขาดความต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องค่าตอบแทนได้ลดลง จากร้อยละ 54.7 ในปี พ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 45.9 ในปี พ.ศ. 2551 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องงานหนักเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 19.8 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 25.0 ในปี พ.ศ. 2551 รวมทั้งปัญหาเรื่องงานขาดความต่อเนื่องก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มจากร้อยละ 17.9 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ19.3 ในปี พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการทำงาน จำแนกตามประเภทของปัญหาและเพศ พ.ศ.2549-2551

การมีปัญหาจากการทำงาน และประเภทของปัญหา	พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
การมีปัญหา	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ไม่มีปัญหา	83.1	82.6	84.0	80.2	80.4	80.2	79.4	78.7	80.3
มีปัญหา	16.9	17.6	16.0	19.8	19.6	19.9	20.6	21.3	19.7
ประเภทของปัญหา	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ค่าตอบแทน	54.0	50.3	60.4	54.7	53.0	56.9	45.9	46.4	45.3
งานหนัก	20.2	20.3	20.2	19.8	20.7	18.6	25.0	25.1	25.0
ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ	0.5	0.6	0.4	1.5	1.8	1.2	1.7	1.6	1.8
งานขาดความต่อเนื่อง	17.5	20.8	11.8	17.9	18.0	17.7	19.3	19.4	19.1
ชั่วโมงทำงานมากเกินไป	1.4	1.3	1.6	1.5	1.5	1.5	1.1	0.7	1.7
ไม่มีวันหยุด	1.9	1.9	1.8	2.2	2.3	2.0	2.6	2.9	2.3
ไม่สามารถลาหยุด/ พักผ่อนได้	1.0	1.0	0.9	0.3	0.5	0.1	1.0	1.1	0.8
ไม่มีสวัสดิการ	3.4	3.8	2.7	2.1	2.2	2.0	3.3	2.8	4.2

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2549-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.8.2 ปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

แนวโน้มการมีปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.7 ในปีพ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ในปี พ.ศ.2550 และ ปี พ.ศ.2551 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.2 ปัญหาหลักๆ จากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่พบคือเรื่องของ อิริยาบถในการทำงาน รองลงมาคือฝุ่นละออง ควัน กลิ่น และแสงสว่าง ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหา เรื่องอิริยาบถในการทำงาน และเรื่องเสียงดังเกิน กว่าปกติเพิ่มสูงขึ้น สำหรับอิริยาบถในการทำงาน จากร้อยละ 40.5 ในปี พ.ศ.2549 เป็นร้อยละ 49.0

ในปี พ.ศ.2250 ล่าสุดปี พ.ศ.2551 เพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 54.7 เสียงดังจาก ร้อยละ 0.9 ในปี พ.ศ.2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ.2551 อย่างไรก็ตามร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่อง แสงสว่างและปัญหาเรื่องฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ได้ ลดลงบ้าง โดยปัญหาแสงสว่างจากเดิมร้อยละ 17.7 ในปีพ.ศ.2550 ลดลงเหลือร้อยละ 14.7 ในปี พ.ศ.2551 และปัญหาฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ลดลง เล็กน้อย จากเดิมร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ.2550 เหลือร้อยละ 12.8 ในปีพ.ศ. 2551 (ตารางที่ 4.9)

ตาราง 4.9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จำแนกตามประเภทของปัญหา และเพศ พ.ศ. 2549-2551

การมีปัญหากจาก สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และประเภทของปัญหา	พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
การมีปัญหา	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ไม่มีปัญหา	89.3	89.2	89.5	87.3	87.3	87.2	83.8	83.6	84.0
มีปัญหา	10.7	10.8	10.5	12.7	12.7	12.8	16.2	16.4	16.0
ประเภทของปัญหา	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
คับแคบ	3.6	3.0	4.6	2.3	2.8	1.6	1.6	2.0	1.0
สกปรก	7.1	9.2	3.7	9.4	10.7	7.6	8.7	9.5	7.7
อากาศไม่ถ่ายเท	2.1	2.1	2.0	1.2	1.3	1.1	1.1	1.0	1.3
อริยาบถในการทำงาน	40.5	34.8	49.8	49.0	45.4	54.1	54.7	51.3	59.6
ฝุ่นละออง ครั่น กลิ่น	20.3	20.6	19.8	13.3	12.1	15.0	12.8	14.1	10.9
เสียงดัง	1.1	1.1	1.0	0.9	1.4	0.3	1.7	2.3	0.8
แสงสว่าง	17.4	19.9	13.3	17.7	20.3	14.0	14.7	14.5	15.0
อื่นๆ	7.9	9.3	5.8	6.2	6.0	6.3	4.7	5.4	3.6

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2549-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.8.3 ปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

ความปลอดภัยในการทำงานของผู้สูงอายุ คือ สิ่งที่น่ายจ้างควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุ เพราะลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ด้อยกว่าคนหนุ่มสาว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเคลื่อนไหว อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การทำงานของระบบประสาทสัมผัสที่เสื่อมสภาพไปตามวัย สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากเครื่องจักรกล/วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

แนวโน้มการมีปัญหาคความไม่ปลอดภัยในการทำงานเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 5.8 ในปี

พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.9 ในปี พ.ศ.2550 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ.2551 สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่มีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 9.7 และร้อยละ 7.9) ตามลำดับโดยที่มาของปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากสารเคมี (ร้อยละ 62.8) เกิดจากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย (ร้อยละ 14.3) เกิดจากทางหู/ทางตา (การไม่ได้ยินเสียงหรือได้ยินเสียงไม่ชัดเจน/มองเห็นเลือนลางไม่ชัดเจน ทำให้กะระยะผิด) ร้อยละ 12.5 ผู้สูงอายุชายมีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานที่เกิดจากสารเคมี เครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย และที่เกิดจากการทำงานในที่สูง/ใต้น้ำ/ใต้ดิน สูงกว่าหญิง (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานจำแนกตามที่มาของปัญหา และ เพศ พ.ศ. 2549-2551

การมีปัญหความ ไม่ปลอดภัยในการทำงาน และที่มาของปัญหา	พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
การมีปัญหา	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ไม่มีปัญหา	94.2	93.5	95.3	93.1	92.1	94.5	91.0	90.3	92.1
มีปัญหา	5.8	6.5	4.7	6.9	7.9	5.5	9.0	9.7	7.9
ที่มาของปัญหา	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
สารเคมี	55.1	54.5	56.4	52.3	56.5	43.9	62.8	63.4	61.8
เครื่องจักร	17.5	18.7	15.0	13.9	13.8	14.1	14.3	14.8	13.5
เครื่องมือที่เป็นอันตราย									
ทางหุ/ทางตา	15.5	13.7	19.3	18.6	13.0	30.0	12.5	10.2	16.5
ทำงานในที่สูง/ ใต้น้ำ/ใต้ดิน	4.1	5.9	-	4.2	4.9	3.0	3.3	4.5	1.2
อื่นๆ	7.8	7.2	9.3	11.0	11.9	9.1	7.1	7.2	7.0

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2549-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.9 การคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุน ผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่ เหมาะสม

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11(3) กำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนด้านการประกอบ อาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม กระทรวงแรงงาน ได้มีประกาศกระทรวง ลงวันที่ 16 กันยายน 2547 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการ คุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุใน การประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม ซึ่งได้ รวบรวมผลการดำเนินงานดังนี้

1) กิจกรรมด้านการส่งเสริมการประกอบ อาชีพและอาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้แรงงาน ผู้สูงอายุได้มีงานทำ มีรายได้ ไม่เป็นภาระต่อสังคม และลดภาระการพึ่งพิงหรือภาระผู้ทำงานต้อง

เลี้ยงดูผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริหารจัดการงาน การส่งเสริมการประกอบอาชีพ และการฝึกอาชีพ

2) กิจกรรมด้านการส่งเสริม คุ้มครอง คุณภาพชีวิต และการออม เพื่อให้แรงงานได้เตรียม ความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและเป็น ทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคมรวมถึงระบบการออม ในช่วงวัยทำงานที่เพียงพอสำหรับวัยชรา ประกอบ ด้วย การส่งเสริมและพัฒนาแรงงานหญิงเพื่อเตรียม ความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยดำเนิน การให้ความรู้ในหัวข้อต่างๆ ใน 11 หัวข้อวิชา ซึ่งได้ สอดแทรกความรู้ในหัวข้อการเตรียมความพร้อมที่ เป็นประโยชน์ต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ระยะ เวลาอบรม 3 ชั่วโมง และ การคุ้มครองผู้ประกัน ตนที่อายุเกิน 55 ปี จ่ายประโยชน์ทดแทนกรณี ชราภาพจากกองทุนประกันสังคม โดยจ่ายเป็น บำเหน็จชราภาพแก่ผู้ประกันตน (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 การคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม พ.ศ.2550 -2551

กิจกรรม	พ.ศ.2550	พ.ศ.2551
1) กิจกรรมด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพและอาชีพที่เหมาะสม		
1.1) ด้านบริหารจัดการงาน		
- ตำแหน่งงานว่าง	1,997 อัตรา	1,556 อัตรา
- ผู้สมัครงาน	1,563 อัตรา	1,515 อัตรา
- ผู้ได้รับการบรรจุงาน	956 อัตรา	780 ราย
1.2) ด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพ		
- ให้คำปรึกษาแนะนำด้านการประกอบอาชีพ	7,531 ราย	6,523 ราย
- เผยแพร่เอกสารอาชีพ	21,466 ฉบับ	26,792 ฉบับ
	3,690 เล่ม	3,720 เล่ม
- ฝึกอาชีพอิสระ (โครงการต่าง ๆ)	1,126 ราย	2,237 ราย
- ผู้ผ่านการฝึกอบรมที่ได้ประกอบอาชีพ	388 ราย	671 ราย
1.3) กิจกรรมด้านส่งเสริมการฝึกอาชีพ		
- อบรมหลักสูตรเตรียมเข้าทำงาน	33 จังหวัด	15 จังหวัด
	91 ราย	31 ราย
- อบรมหลักสูตรยกระดับ	33 จังหวัด	73 จังหวัด
	348 ราย	567 ราย
- อบรมหลักสูตรเสริมทักษะ	33 จังหวัด	76 จังหวัด
	1,042 ราย	765 ราย
2) กิจกรรมด้านการส่งเสริม คุ้มครองคุณภาพชีวิตและการออม		
2.1) ด้านส่งเสริมและพัฒนาแรงงาน		29 จังหวัด
- อบรมลูกจ้างแรงงานหญิงเพื่อ	73 จังหวัด	2 เขตพื้นที่
เตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	8,197 ราย	3,118 ราย
2.2) ด้านการคุ้มครองผู้ประกันตนที่อายุเกิน 55 ปี	69,494 ราย	89,897 ราย
- การจ่ายบำนาญชราภาพแก่ผู้ประกันตน	1,489 ล้านบาท	2,163 ล้านบาท

4.10 ภาวะความยากจนของผู้สูงอายุ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำเส้นความยากจน (Poverty Line) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับวัดภาวะความยากจนของประชากร โดยคำนวณจากต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลในการ

ได้มาซึ่งอาหารและสินค้าบริการจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต โดยเส้นความยากจนเพิ่มขึ้นจาก 1,242 บาทต่อคนต่อเดือน ในปี พ.ศ.2547 เป็น 1,383 และ 1,443 บาทต่อคนต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ.2550

ตารางที่ 4.12 สัดส่วนและจำนวนคนจน จำแนกตามเขตพื้นที่และอายุตามกลุ่มวัยปีพ.ศ.2547, พ.ศ.2549 และพ.ศ.2550

เขตพื้นที่	อายุตามกลุ่มวัย	สัดส่วนคนจน (ร้อยละ)			จำนวนคนจน (พันคน)		
		พ.ศ.2547	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550	พ.ศ.2547	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550
เขตเมือง	วัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี)	6.56	5.09	5.01	264.7	190.3	179.9
	วัยแรงงาน (15-59 ปี)	3.56	2.64	2.35	491.8	337.0	305.0
	วัยสูงอายุ	7.76	6.76	6.36	176.2	150.6	151.0
	- (60-69 ปี)	6.73	6.12	5.73	85.0	75.9	77.1
	- (70 ปีขึ้นไป)	9.05	7.56	7.16	91.2	74.8	73.9
รวม		4.64	3.62	3.36	932.7	677.9	635.9
เขตชนบท	วัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี)	17.28	14.72	12.71	1,970.8	1,712.1	1,458.4
	วัยแรงงาน (15-59 ปี)	12.17	9.66	8.54	3,109.3	2,590.5	2,285.2
	วัยผู้สูงอายุ	17.23	17.29	15.63	1,005.7	1,076.1	1,042.2
	- (60-69 ปี)	16.25	15.19	14.46	532.0	514.2	528.0
	- (70 ปีขึ้นไป)	18.48	19.80	17.04	473.7	561.9	514.2
รวม		14.22	12.04	10.66	6,085.8	5,378.7	4,785.8
ทั่วประเทศ	วัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี)	14.48	12.38	10.87	2,235.5	1,902.4	1,638.3
	วัยแรงงาน (15-59 ปี)	9.15	7.39	6.52	3,601.2	2,927.6	2,590.2
	วัยผู้สูงอายุ	14.58	14.51	13.21	1,181.9	1,226.7	1,193.3
	- (60-69 ปี)	13.60	12.76	12.11	617.0	590.1	605.1
	- (70 ปีขึ้นไป)	15.82	16.64	14.53	564.9	636.6	588.2
รวม		11.16	9.55	8.49	7,018.6	6,056.7	5,421.7

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สศช.

หมายเหตุ : **สัดส่วนคนจน** คำนวณจากจำนวนประชากรที่มีรายจ่ายเพื่อการบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจน หารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมด คูณด้วย 100

จำนวนคนจน หมายถึง จำนวนประชากรที่มีรายจ่ายเพื่อการบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจน

สถานการณ์ความยากจนของประชากรไทย ในช่วงปี พ.ศ.2547-2550 มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2547 มีจำนวนคนจนทั้งสิ้น 7.02 ล้านคน ลดลงเป็น 6.05 ล้านคน และ 5.42 ล้านคน ในปี พ.ศ.2549 และปี พ.ศ.2550 ตามลำดับหรือสัดส่วนคนจนลดลงจากร้อยละ 11.16 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 9.55 ในปี พ.ศ.

2549 และร้อยละ 8.49 ในปี พ.ศ.2550 โดยคนจนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท และเมื่อพิจารณาความยากจนตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนคนจนสูงที่สุด รองลงมาคือประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) และประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี)

สำหรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน ในปี พ.ศ.2550 มีจำนวน 1.19 ล้านคน แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 60-69 ปี จำนวน 0.61 ล้านคน และกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 0.59 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนคนจนร้อยละ 12.11 และ 14.53 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ยากจนอยู่ในชนบท 1.04 ล้านคน และอยู่ในเมือง 0.15 ล้านคน หรืออยู่ในชนบทมากกว่าในเมืองถึง 7 เท่า โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นเกษตรกร และไม่มีรายได้จากการทำงาน (ตารางที่ 4.12)

เมื่อพิจารณาครัวเรือนยากจนตามอายุหัวหน้าครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้สูงอายุ มีฐานะยากจนกว่ากลุ่มที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นวัยแรงงาน สาเหตุประการหนึ่งนั้นอาจมาจากการสูงอายุมีโอกาสในการทำงานและหารายได้ที่ลดลง รวมทั้งขาดโอกาสเข้าถึงแหล่งเงินทุนในการประกอบอาชีพ โดยเกือบครึ่งของครัวเรือนยากจนทั้งหมดในปี พ.ศ.2550 เป็นครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนสูงอายุที่ยากจนเทียบกับปี พ.ศ.2547 ที่มีร้อยละ 38.86 ของครัวเรือนยากจนทั้งหมด หรือมีจำนวน 718,200 และ 726,500 ครัวเรือน ในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้จำนวนครัวเรือนผู้สูงอายุที่ยากจนอยู่ในเขตชนบทมากกว่าในเมืองถึงกว่า 6 เท่า (ตารางที่ 4.13)

อย่างไรก็ตาม แนวโน้มโครงสร้างครัวเรือนยากจนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้สูงอายุและยากจน จะยังมีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ จึงควรมีมาตรการรองรับเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ยากจนด้านอาชีพ การรวมกลุ่ม และแหล่งเงินทุนในการประกอบอาชีพ เพื่อลดภาระความยากจนของหัวหน้าครัวเรือนสูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้น้อยลง

4.11 สถานการณ์รายได้และการออมของประเทศ

เศรษฐกิจไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยร้อยละ 5.6 ต่อปี เนื่องจากอุปสงค์ภายในและต่างประเทศเพิ่มขึ้น ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) เพิ่มขึ้นเป็น 8,493,311 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2550 จาก 5,917,369 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2546 ส่งผลให้รายได้พึงจ่ายใช้สอยส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นเป็น 5,325,480 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2550 หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 9.5 ต่อปี และรายได้พึงจ่ายใช้สอยส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อคนเพิ่มขึ้นเป็น 80,639 บาท จาก 57,698 บาท ในช่วงเวลาเดียวกัน

จากสถานการณ์ความไม่แน่นอนทางการเมืองและเศรษฐกิจที่มีสัญญาณว่าอาจจะชะลอตัวลง รวมทั้งมีความวิตกเกี่ยวกับปัญหาค่าครองชีพทำให้ประชาชนชะลอการใช้จ่ายลง ส่งผลให้การออมส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นเป็น 661,124 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2550 จาก 423,532 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2549 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.0 และการออมส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อคนเพิ่มขึ้นจาก 6,459 บาท ในปี พ.ศ.2549 เป็น 10,011 บาท ในปี พ.ศ.2550 รวมทั้งอัตราการออมส่วนบุคคลต่อรายได้พึงจ่ายใช้สอยก็เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.7 เป็นร้อยละ 12.4 ในช่วงเวลาเดียวกัน เมื่อพิจารณาถึงการออมของประเทศ พบว่า การออมสุทธิของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 867,530 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2546 เป็น 1,626,971 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2550 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2550 การออมสุทธิเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดถึงร้อยละ 30.2 และ 20.3 ตามลำดับ เนื่องจากการออมสุทธิของภาคครัวเรือน สถาบันที่ไม่แสวงหากำไร ธุรกิจนิติบุคคล เอกชน และสหกรณ์เพิ่มขึ้น สาเหตุมาจากรายได้ของ

ตารางที่ 4.13 สัดส่วนและจำนวนครัวเรือนยากจน จำแนกตามอายุหัวหน้าครัวเรือนและเขตพื้นที่ ปี พ.ศ.2547-2550

เขตพื้นที่	กลุ่มอายุ หัวหน้าครัวเรือน	สัดส่วนคนจน (ร้อยละ)			จำนวนคนจน (พันครัวเรือน)		
		พ.ศ.2547	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550	พ.ศ.2547	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550
เขตเมือง	อายุไม่เกิน 19 ปี	6.04	2.86	2.63	4.6	1.5	1.4
	อายุ 20-29 ปี	2.29	0.66	0.57	18.5	5.0	4.1
	อายุ 30-39 ปี	2.60	1.84	1.97	37.3	22.8	24.5
	อายุ 40-49 ปี	3.17	2.51	2.15	50.8	37.0	31.3
	อายุ 50-59 ปี	4.61	3.06	2.36	52.6	37.1	30.6
	อายุ 60-69 ปี	6.85	6.07	5.60	51.4	43.6	44.2
	อายุ 70 ปีขึ้นไป	10.85	9.65	8.11	59.2	51.3	47.0
	รวม	4.32	3.31	2.98	274.5	198.2	182.9
เขตชนบท	อายุไม่เกิน 19 ปี	5.86	7.72	3.47	2.6	7.0	2.8
	อายุ 20-29 ปี	6.12	6.16	6.68	32.6	38.6	37.1
	อายุ 30-39 ปี	13.62	10.00	7.87	287.0	224.7	161.3
	อายุ 40-49 ปี	9.63	7.89	7.57	301.4	262.4	249.9
	อายุ 50-59 ปี	13.37	9.64	7.95	355.4	286.0	247.4
	อายุ 60-69 ปี	15.79	14.72	13.30	318.5	306.6	299.4
	อายุ 70 ปีขึ้นไป	19.89	20.00	18.20	297.4	339.8	327.7
	รวม	13.31	11.24	10.08	1,594.8	1,465.1	1,325.5
ทั่วประเทศ	อายุไม่เกิน 19 ปี	5.98	5.94	3.14	7.2	8.4	4.1
	อายุ 20-29 ปี	3.81	3.15	3.24	51.1	43.6	41.1
	อายุ 30-39 ปี	9.16	7.10	5.64	324.4	247.6	185.7
	อายุ 40-49 ปี	7.44	6.23	5.92	352.2	299.4	281.3
	อายุ 50-59 ปี	10.74	7.74	6.31	407.9	323.1	278.0
	อายุ 60-69 ปี	13.36	12.50	11.30	369.9	350.1	343.5
	อายุ 70 ปีขึ้นไป	17.47	17.53	15.74	356.6	391.1	374.7
	รวม	10.19	8.74	7.82	1,869.3	1,663.3	1,508.5

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สศช.

หมายเหตุ : **สัดส่วนครัวเรือนยากจน** คำนวณจากจำนวนครัวเรือนที่สมาชิกครัวเรือนมีรายจ่ายเพื่อการอุปโภค/บริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนต่ำกว่าเส้นความยากจน หารด้วย จำนวนครัวเรือนทั้งหมด คูณด้วย 100

ผู้ประกอบการและค่าตอบแทนแรงงานเพิ่มขึ้นจากการที่เศรษฐกิจของประเทศขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้สัดส่วนการออมสุทธิต่อจีดีพีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 19.2 ในปี พ.ศ.2546 และพ.ศ. 2550 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.14)

แม้ว่าการออมส่วนบุคคลจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยพิจารณาจากการออมส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อคน และสัดส่วนการออมส่วนบุคคลต่อรายได้พึงจ่ายใช้สอย แต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อน

ถึงพฤติกรรมของคนไทยที่ไม่ให้ความสำคัญกับการออม และการออมในระดับต่ำจะกระทบต่อความมั่นคงในชีวิตโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงควรสร้างความตระหนักให้กับครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน ในการสร้างวินัยการออมตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยทำงาน และสูงอายุ และนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิต

ตารางที่ 4.14 รายได้และการออมของประเทศ

ปี พ.ศ.	2546	2547	2548	2549	2550
รายได้พึงจ่ายใช้สอยส่วนบุคคล (Disposable Personal Income)					
- รวม (ล้านบาท)	3,691,646	4,090,863	4,457,665	4,892,526	5,325,480
- เฉลี่ยต่อคน (บาท)	57,698	63,394	68,475	74,611	80,639
ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล (Personal Outlay)					
- รวม (ล้านบาท)	3,441,650	3,771,332	4,128,926	4,468,994	4,664,356
- เฉลี่ยต่อคน (บาท)	53,791	58,442	63,425	68,152	70,628
การออมส่วนบุคคล (Personal Savings)					
- รวม (ล้านบาท)	249,996	319,531	328,739	423,532	661,124
- เฉลี่ยต่อคน (บาท)	3,907	4,952	5,050	6,459	10,011
ร้อยละการออมส่วนบุคคล	6.8	7.8	7.4	8.7	12.4
บุคคลต่อรายได้พึงจ่ายใช้สอย					
การออมสุทธิ (ล้านบาท)	867,530	984,320	1,038,276	1,352,612	1,626,971
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) (ล้านบาท)	5,917,369	6,489,476	7,092,893	7,841,297	8,493,311
ร้อยละการออมสุทธิต่อ GDP	14.7	15.2	14.6	17.2	19.2

ที่มา : สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

4.12 การออมสำหรับวัยผู้สูงอายุ

4.12.1 ระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุในปัจจุบัน

ประเทศไทยได้ริเริ่มให้มีเครื่องมือการออมระยะยาวซึ่งเป็นการออมเพื่อวัยสูงอายุอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีรายได้ที่มั่นคงในวัยสูงอายุ เครื่องมือการออมระยะยาว มีทั้งการออมภาคบังคับและการออมภาคสมัครใจ โดยเริ่มจากการจัดให้มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพขึ้นในปี พ.ศ.2530 ซึ่งเป็นกองทุนการออมเพื่อการเกษียณอายุภาคสมัครใจ เพื่อส่งเสริมการออมภาคครัวเรือนในการส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจ และเพื่อการเกษียณอายุ อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ.2530 ต่อมาได้มีระบบกองทุนประกันสังคมขึ้นในปี พ.ศ.2533 อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนประกันสังคม พ.ศ.2533 ซึ่งให้ความคุ้มครองในรูปแบบสวัสดิการยังไม่จัดเป็นเครื่องมือการออมระยะยาว โดยในปี พ.ศ. 2541 ได้เพิ่มเครื่องมือการออมระยะยาวขึ้นในกองทุนประกันสังคม เป็นกรณีชราภาพ เพื่อเป็นการออมขั้นพื้นฐานในการประกันรายได้ขั้นต่ำให้กับลูกจ้าง และต่อมาได้มีการจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการในปี พ.ศ.2540 โดยมีพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2540 ครอบคลุมข้าราชการ 14 ประเภทนอกจากนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมการออมภาคสมัครใจในรูปแบบที่ออมฝ่ายเดียวของผู้มีรายได้ จึงเกิดกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพขึ้นในปี พ.ศ.2544

โครงสร้างระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุของประเทศไทย เป็นแบบการออมหลายระดับชั้น (Multi Pillar) ดังนี้

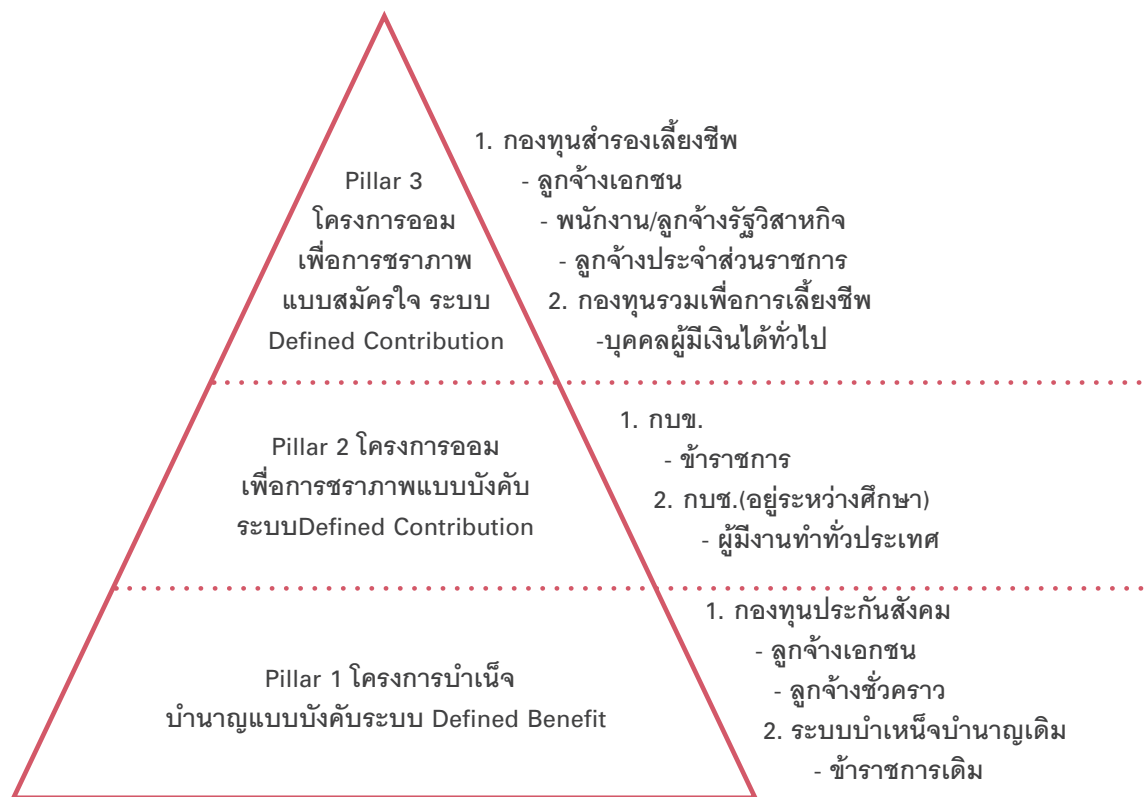
ขั้นที่ 1 (Pillar1) เป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่รัฐจัดให้กับแรงงานทุกคนเพื่อสร้าง หลักประกันและความมั่นคงในการดำรงชีวิต โดยการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข จึงควรมีระดับรายได้หลังเกษียณอย่างน้อยไม่ให้ตกไปสู่ความยากจน ดังนั้น จึงเป็นระบบกำหนดผลประโยชน์ทดแทน (Defined benefit) ที่ควรอิงกับเส้นความยากจน (Poverty Line) และควรจะเป็น Minimum Benefit ในระดับที่ใช้ชีวิตอยู่ได้โดยพิจารณาจากปัจจัยพื้นฐาน

ขั้นที่ 2 (Pillar 2) เป็นการออมภาคบังคับ (Compulsory Savings) เพื่อให้แรงงาน ทั่วประเทศได้มีรายได้หลังเกษียณ เมื่อรวมกับ Pillar 1 แล้ว ควรอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ร้อยละ50-60 ของเงินเดือนเดือนสุดท้าย โดยมีระบบบัญชีรายบุคคล สมาชิกจะได้รับผลประโยชน์ตามจำนวนเงินในบัญชี

ขั้นที่ 3 (Pillar3) เป็นการออมภาคสมัครใจ (Voluntary Savings) เพื่อให้แรงงานที่มีความสามารถออมเงินและสมัครใจที่จะเพิ่มรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มเติมจาก Pillar 1 และ Pillar 2 โดยมีนโยบายการลงทุนที่เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เลือกลงทุนในหลายนโยบาย (Employee's Choices) และบริหารจัดการลงทุนโดยภาคเอกชน

ภาพที่ 4.1

โครงสร้างระบบการออมเพื่อการชราภาพแบบหลายชั้น (Multi-Pillar)



1.1 กองทุนชั้นที่ 1 (Pillar1) เป็นการออมเพื่อการเกษียณอายุภาคบังคับ (Compulsory Savings) ที่มุ่งให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานกับผู้เกษียณอายุ กำหนดอัตราผลประโยชน์ทดแทนแน่นอน (Defined Benefit) ประกอบด้วย

1.1.1 ระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (แบบเดิม)

เป็นกองทุนการออมภาคบังคับแบบกำหนดผลประโยชน์ทดแทนแน่นอน (Defined Benefit) โดยตัดจ่ายจากงบประมาณในรูปบำนาญ เป็นการให้สวัสดิการโดยภาครัฐภายใต้พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2449 มีลักษณะที่รัฐบาลรับภาระชำระเงินให้แก่ข้าราชการแต่ละ

คนด้วยเงินจำนวนหนึ่งเมื่อเกษียณอายุ (Pay-as-you-go) ตามสูตรการคำนวณที่อิงจากเงินเดือนสุดท้าย และอายุงานเป็นหลัก และจัดตั้งงบประมาณไว้ครั้งละ 1 ปี ตามแต่การคำนวณยอดของผู้ครบเกษียณอายุในปีนั้น ๆ มีโครงสร้าง ดังนี้

1) ความครอบคลุม ข้าราชการ

2) การจ่ายผลประโยชน์ทดแทน รัฐบาลรับภาระจ่ายให้ตามอัตราที่กำหนดเมื่อเกษียณอายุ ตามสูตรการคำนวณที่อิงจากเงินเดือนสุดท้ายและอายุงาน

บำเหน็จ = เงินเดือนเดือนสุดท้าย*อายุราชการ(ปี)

บำนาญ = (เงินเดือนเดือนสุดท้าย*อายุราชการ(ปี))/50

3) การบริหารจัดการ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

1.1.2 กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ*
กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ (Old Age Pension: OAP) เป็น 1 ใน 7 กรณีของกองทุนประกันสังคม¹ ซึ่งบริหารจัดการและกำกับดูแลโดยสำนักงานประกันสังคม กองทุนชราภาพเป็นระบบกำหนดผลประโยชน์ทดแทน (Defined Benefit System) กองทุนมีโครงสร้างหลัก ดังนี้

1) ครอบคลุม

ครอบคลุมแรงงานในสถานประกอบการ เอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป และลูกจ้าง

ชั่วคราว/พนักงานราชการของรัฐบาล จากตารางที่ 1 พบว่าจำนวนผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2551 มีผู้ประกันตนจำนวน 9,293,600 ราย ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ซึ่งเป็นผู้ประกันตนภาคบังคับ จำนวน 8,779,131 ราย ผู้ประกันตนตามมาตรา 392 และ 403 เป็นผู้ประกันตนภาคสมัครใจ จำนวน 514,422 ราย และ 47 ราย ส่วนสถานประกอบการเพิ่มขึ้นเป็น 382,170 แห่ง และเงินกองทุนเพิ่มขึ้นเป็น 567,906.4 ล้านบาท

ตารางที่ 4.15 จำนวนผู้ประกันตนและจำนวนสถานประกอบการของกองทุนประกันสังคม

ปี พ.ศ.	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
ผู้ประกันตน (ราย)	5,983,441	7,047,642	7,609,378	8,031,768	8,467,410	8,860,183	9,182,170	9,293,600
มาตรา 33	5,865,208	6,900,223	7,434,237	7,831,463	8,225,477	8,537,801	8,781,262	8,779,131
ตามมาตรา 39	118,231	147,415	175,131	200,298	241,929	322,379	400,905	514,422
ตามมาตรา 40	2	4	10	7	4	3	3	47
สถานประกอบการ (แห่ง)	110,814	301,518	324,079	346,936	362,559	375,705	381,506	382,170
เงินกองทุน (ล้านบาท)	132,285.2	163,391.2	211,922.5	270,857.6	344,603.6	403,281.4	499,912.3	567,906.4

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

* กองทุนประกันสังคมคุ้มครอง 7 กรณี ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน
มาตรา 39 กำหนดให้ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง จะสมัครเป็นผู้ประกันตนต่อไปก็ได้
มาตรา 40 บุคคลซึ่งไม่ใช่ลูกจ้างตามมาตรา 33 สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนได้

2) การจ่ายเงินเข้ากองทุน

กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ กำหนดให้ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงิน ฝ่ายละ ร้อยละ 3 ของค่าจ้าง โดยมีเพดานค่าจ้างที่ 15,000 บาท

3) การจ่ายผลประโยชน์ทดแทน

กำหนดจ่ายผลประโยชน์ทดแทนทั้งในรูปบำนาญและบำเหน็จ โดยจะได้รับผลประโยชน์ทดแทนเมื่อเกษียณอายุ 55 ปี ภายใต้เพดาน 15,000 บาท ดังนี้

บำนาญชราภาพ จ่ายเป็นรายเดือนตลอดชีวิตในอัตราร้อยละ 20 ของ
ค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย บวกอีกร้อยละ 1.5 ในทุก 12 เดือนที่จ่ายเงินสมทบเกิน 180 เดือน

บำเหน็จชราภาพ จ่ายเป็นเงินก้อนครั้งเดียวในกรณีผู้ประกันตนอายุ 55 ปี
จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน หรือในกรณีที่ผู้รับบำนาญชราภาพถึงแก่ความตายภายใน 60 เดือน นับแต่เดือนที่มีสิทธิได้รับบำนาญ ดังนี้

- จ่ายเงินสมทบน้อยกว่า 12 เดือน ได้รับเงินคืนเฉพาะในส่วนเงินสมทบ ของลูกจ้าง
- จ่ายเงินสมทบ 12 เดือนขึ้นไป แต่ไม่ถึง 180 เดือน ได้รับเงินคืนในส่วนเงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้าง และผลตอบแทน
- กรณีผู้รับบำนาญชราภาพถึงแก่ความตายภายใน 60 เดือน นับแต่เดือนที่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพจำนวน 10 เท่าของเงินบำนาญชราภาพรายเดือนที่ได้รับคราวสุดท้ายก่อนถึงแก่ความตาย

1.2 กองทุนชั้นที่ 2 (Pillar 2) เป็นการออมเพื่อการเกษียณอายุภาคบังคับ กำหนดการจ่ายอัตราสะสม/สมทบแน่นอน (Defined Contribution)

ปัจจุบันมีเพียง 1 กองทุน คือ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ ซึ่งมีรูปแบบ ดังนี้

กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)

กบข. เป็นกองทุนการออมระยะยาวภาคบังคับ มีระบบกำหนดอัตราสะสม/สมทบในการจ่ายเงินเข้ากองทุน (Defined Contribution) มีคณะกรรมการ กบข. เป็นผู้กำกับดูแล และบริหารจัดการเงินกองทุน มีสถานะเป็นองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเฉพาะ เป็นระบบเสริมระบบบำเหน็จบำนาญเดิม เพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำเหน็จบำนาญ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมการออมทรัพย์ของสมาชิก กองทุนมีโครงสร้างหลัก ดังนี้

1) ครอบคลุม

กบข. ครอบคลุมข้าราชการ 14 ประเภท ได้แก่ 1) ข้าราชการพลเรือน 2) ข้าราชการตุลาการ 3) ข้าราชการอัยการ 4) ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา 5) ข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา 6) ข้าราชการรัฐสภาสามัญ 7) ข้าราชการตำรวจ 8) ข้าราชการทหาร 9) ข้าราชการสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ 10) ข้าราชการศาลปกครอง 11) ข้าราชการสำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ(ป.ป.ช.) 12) ข้าราชการสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน 13) สมาชิก กบข. ที่โอนไปปฏิบัติงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีที่มีกฎหมายหรือมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะ ที่รัฐดำเนินการอยู่แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2549 และ 14) สมาชิกที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย และมี ความประสงค์จะเป็นสมาชิก

กบข.ต่อไป ในกรณีที่มิมีกฎหมายกำหนดให้มหาวิทยาลัยหรือสถาบันอุดมศึกษาของรัฐเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม พ.ศ.2549

ทั้งนี้ ข้าราชการที่รับราชการอยู่ก่อนวันที่ 27 มีนาคม 2540 (พระราชบัญญัติฯ มีผลใช้บังคับ) จะเป็นสมาชิก กบข. หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ แต่ข้าราชการที่เข้ารับราชการตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2540 ทุกคนต้องเป็นสมาชิก กบข.

2) การจ่ายเงินสะสม

สมาชิกออมเงินจากเงินเดือนตามอัตราที่กฎหมายกำหนด คือ ร้อยละ 3 ของเงินเดือน และรับเงินสมทบจากรัฐเป็นรางวัลสำหรับการออมเงินในอัตราที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 3 ของเงินเดือน ปัจจุบัน กบข. ได้เปิดให้สมาชิกออมเงินมากกว่าร้อยละ 3 แต่ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินเดือน

กบข. มีการดำเนินงานกองทุนที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิก 1,168,085 คน และมีเงินกองทุนจำนวน 392,290 ล้านบาท ตามตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 จำนวนสมาชิกและจำนวนเงินกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2544-2551

ปี พ.ศ.	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
สมาชิก (ราย)	1,113,696	1,161,009	1,170,681	1,149,245	1,162,741	1,176,514	1,176,321	1,168,085
เงินกองทุน ล้านบาท)	158,630	190,947	239,058	246,861	286,749	320,763	375,586	392,290

ที่มา : กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ

3) ผลประโยชน์ทดแทน

เมื่อข้าราชการออกจากงานจะได้รับเงิน 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เงินบำเหน็จบำนาญ (สิทธิในบำเหน็จหรือบำนาญเป็นเช่นเดิม คือขึ้นอยู่กับระยะเวลาการทำงาน) จากเงินงบประมาณ ซึ่งคำนวณจาก

บำเหน็จ = เงินเดือนเดือนสุดท้าย X อายุราชการ (ปี)

บำนาญ = เงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย

X อายุราชการ (ปี) / 50

ทั้งนี้ เงินจำนวนนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 70 ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย

ส่วนที่ 2 สมาชิกจะได้รับเงินก่อนจากกองทุนภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน นับแต่

เกษียณอายุหรือลาออกจากราชการซึ่งเงินก้อนนี้จะประกอบ

- เงินสะสม หรือเงินออมของสมาชิกที่ถูกหักจากเงินเดือนทุกเดือน
- เงินสมทบ หรือรางวัลการออมที่รัฐให้
- เงินประเดิม และเงินชดเชย เป็นเงินที่รัฐให้กับสมาชิกเพื่อชดเชยสูตรบำนาญที่จะได้น้อยลง (ชดเชยเพื่อไม่ให้ผู้เป็นสมาชิก กบข. เสียเปรียบคนที่ไม่ได้เป็นสมาชิก) เงินนี้มีเงื่อนไขว่าจะจ่ายให้สมาชิกเมื่อสมาชิกสิ้นสุดสมาชิกภาพและเลือกรับบำนาญเท่านั้น หากสมาชิกที่เลือกรับบำเหน็จจะไม่ได้รับเงินประเดิมและเงินชดเชย เพราะไม่มีการเปลี่ยนสูตรบำเหน็จ
- ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารเงินดังกล่าว

4) หน่วยงานกำกับดูแล
คณะกรรมการ กบข. เป็นผู้กำหนด
นโยบายและกำกับดูแลเพื่อให้การบริหารที่เป็น
ไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมาย

1.3 กองทุนชั้นที่ 3 (Pillar 3) เป็นการ
 ออมเพื่อการเกษียณอายุภาคสมัครใจ (Voluntary
 Savings) กำหนดการจ่ายอัตราสะสม/สมทบ
 แนนอน (Defined Contribution) เป็นการเสริม
 คุณภาพชีวิต เพิ่มจากกองทุนชั้นที่ 1 และ 2 ได้แก่

1.3.1 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (กสล.)
 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพจัดตั้งขึ้นภายใต้
 พระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ.2530
 โดยลูกจ้างและนายจ้างร่วมกันจัดตั้งขึ้นด้วยความ
 สมัครใจ เป็นแบบกำหนดอัตราเงินสะสม/สมทบ
 แนนอน (Defined Contribution) ประกอบด้วยเงินที่
 ลูกจ้างจ่ายเงินสะสมและนายจ้างจ่ายเงินสมทบ
 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้าง
 เมื่อยามลูกจ้างเกษียณหรือออกจากงาน นอกจากนี้

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพยังถือเป็นการออมที่สำคัญ
 อีกแหล่งหนึ่ง มีโครงสร้างกองทุน ดังนี้

1) ความครอบคลุม

- ลูกจ้างภาคเอกชน : ลูกจ้างและนายจ้าง
 ร่วมกันจัดตั้งกองทุนด้วยความสมัครใจ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ : จัดตั้งตามมติ
 คณะรัฐมนตรี วันที่ 29 กรกฎาคม 2539
- ลูกจ้างประจำส่วนราชการ : จัดตั้งตาม
 มติคณะรัฐมนตรีภายใต้

การควบคุมของกระทรวงการคลัง ตาม
 กฎกระทรวงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2532 ตามความใน
 พรบ. กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ.2530

2) อัตราเงินสะสม / สมทบ: 2 – 15%

ของค่าจ้างกองทุนสำรองเลี้ยงชีพมีเงินกองทุนและ
 จำนวนสมาชิกเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบัน
 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพมีสมาชิกมากถึงจำนวน
 2,013,674 คน และมีเงินกองทุนจำนวน 465,296
 ล้านบาท ตามตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 สถานะกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ.2544-2551

ปี พ.ศ.	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
จำนวนสมาชิก (ราย)	1,221,663	1,298,267	1,419,187	1,518,955	1,665,709	1,801,753	1,923,034	2,013,674
จำนวนนายจ้าง (ราย)	4,630	5,166	5,464	6,068	6,792	7,461	8,187	9,101
จำนวนกองทุน (กองทุน)	620	594	575	556	542	525	513	511
มูลค่าทรัพย์สินสุทธิ (ล้านบาท)	222,916.58	244,822.56	287,329.31	305,462.27	345,895.94	386,656.94	441,720.26	465,296.45

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์

3) โครงสร้างการบริหารจัดการ

(1) คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการกองทุนฝ่ายลูกจ้าง และฝ่ายนายจ้างดำเนินการขอจดทะเบียนจัดตั้งกองทุนฯ ออกข้อบังคับกองทุน จัดทะเบียนแก้ไขข้อบังคับกองทุน จัดทะเบียนการแต่งตั้งบริษัทจัดการ ฯลฯ และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผลประโยชน์ (Trustee)

(2) การนำเงินไปลงทุน บริษัทจัดการลงทุน (ผู้จัดการกองทุน) จะทำหน้าที่นำเงินไปลงทุนภายใต้กรอบการลงทุนที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งปัจจุบันบริษัทจัดการได้มีการกำหนดรูปแบบการลงทุนที่หลากหลาย (ภายใต้กรอบการลงทุน) เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถเลือกรูปแบบการลงทุนได้ ตามความเหมาะสมของตนเองมากขึ้น (Employee's Choice) รวมทั้งเปลี่ยนรูปแบบการลงทุนได้เมื่อเวลาเปลี่ยนไป

(3) การเก็บรักษาทรัพย์สินของกองทุน จะมีผู้รับฝากทรัพย์สิน (Custodian) ซึ่งเป็นบุคคลที่ 3 แยกต่างหากจากบริษัทจัดการ ทั้งนี้ บริษัทจัดการลงทุนและผู้รับฝากทรัพย์สิน ต้องมีคุณสมบัติตามที่สำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ด. ประกาศกำหนด และต้องได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานคณะกรรมการ ก.ล.ด.

4) เงินผลประโยชน์ทดแทนจะได้รับเท่ากับยอดเงินสะสม + เงินสมทบ + ผลตอบแทนของเงินสะสมและเงินสมทบ โดยอาจเลือกรับเป็นก้อนครั้งเดียวหรือรับเป็นรายงวด

5) สิทธิประโยชน์ทางภาษี

(1) ลูกจ้าง

- เงินสะสมที่ลูกจ้างจ่ายเข้ากองทุนสามารถนำมาหักลดหย่อนในการคำนวณเงินได้เพื่อ

เสียภาษีตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินปีละ 10,000 บาท สำหรับส่วนที่เกิน 10,000 บาท แต่ไม่เกินปีละ 290,000 บาท ได้รับยกเว้นไม่ต้องนำไปรวมคำนวณเงินได้เพื่อเสียภาษี

- เงินก้อนที่ลูกจ้างได้รับจากกองทุนเมื่อเกษียณอายุหรือด้วยเหตุอื่นตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดได้แก่ ทุพพลภาพ ตาย ซึ่งประกอบด้วยเงินสะสม เงินสมทบและผลประโยชน์ของเงินสะสมและ เงินสมทบ ที่ได้รับยกเว้นไม่ต้องนำไปรวมคำนวณเงินได้เพื่อเสียภาษี เงินก้อนที่ลูกจ้างได้รับจากกองทุนในกรณีอื่นๆนอกเหนือจากที่ได้กล่าวมาแล้วจะต้องเสียภาษี โดยนำเงินดังกล่าวมาแยกหรือรวมกับเงินได้อื่น เพื่อเสียภาษีก็ได้ ซึ่งกรณีทำงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปีให้นำเงินดังกล่าวมาหักค่าใช้จ่ายได้ 7,000 บาท X จำนวนปีที่ทำงาน เหลือเท่าใดให้หักค่าใช้จ่ายได้อีกครั้งหนึ่ง

(2) นายจ้าง

- เงินสมทบที่นายจ้างจ่ายเข้ากองทุน จะถือเป็นรายจ่ายในการคำนวณกำไรสุทธิเพื่อเสียภาษีตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าจ้างของลูกจ้าง

(3) กองทุน

- ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียภาษีเงินได้ โดยผลประโยชน์จากการนำเงินกองทุนไปลงทุน ทั้งในรูปของดอกเบี้ย เงินปันผล กำไรและส่วนเกินทุน ไม่ต้องคำนวณเงินได้เพื่อเสียภาษี ทั้งนี้ เงินก้อนที่ลูกจ้างได้รับกรณีออกจากงานเพราะเกษียณอายุ ทุพพลภาพหรือตาย จะได้รับยกเว้นไม่ต้องนำไปรวมคำนวณเงินได้เพื่อเสียภาษี ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 52) เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการสำหรับกรณีลูกจ้างออกจากงานเพราะเกษียณอายุ ทุพพลภาพ หรือตาย

1.3.2 กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ

กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Retirement Mutual Fund: RMF) เป็นกองทุนรวมรูปแบบหนึ่งบริหารจัดการโดยบริษัทจัดการที่ได้รับใบอนุญาตประกอบธุรกิจหลักทรัพย์ประเภทการจัดการกองทุนรวมจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นเครื่องมือการออมระยะยาวเพื่อการเกษียณอายุ โดยเป็นช่องทางให้ผู้ที่ต้องการออม

เพิ่มขึ้นจากการออมในกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ รวมทั้งให้ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ หรือลูกจ้างที่นายจ้างไม่ได้จัดให้มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ได้ออมเงินด้วยตนเองเพื่อใช้จ่ายในยามพัวพันทำงาน

กองทุน RMF มีจำนวนเงินกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2551 มีเงินกองทุน จำนวน 39,529.61 ล้านบาท และมีจำนวนกองทุนทั้งสิ้น 80 กองทุน ตามตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 สถานกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ พ.ศ.2545-2551

ปี พ.ศ.	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
เงินกองทุน (ล้านบาท)	2,836.21	7,281.59	12,237.88	18,455.88	25,475.24	38,016.85	39,529.61
จำนวนกองทุน (กองทุน)	42	46	58	64	70	75	80

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์

3.2.1 เงื่อนไขการลงทุน

1) ผู้ลงทุนต้องซื้อหน่วยลงทุนของ RMF ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง และต้องไม่ระงับการซื้อหน่วยลงทุนเกินกว่า 1 ปีติดต่อกัน โดยต้องซื้อหน่วยลงทุนของ RMF ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของเงินได้ในแต่ละปี หรือไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อปี (กรณีผู้ลงทุนซื้อหน่วยลงทุนใน RMF หลายกองทุน ให้รวมการซื้อหน่วยลงทุนใน RMF ทุกกองทุน)

2) กรณีที่ผู้ลงทุนปฏิบัติไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการลงทุนข้างต้น หรือถอนหน่วยลงทุนบางส่วนก่อนกำหนดในปีใด โดยผู้ลงทุนได้ชำระคืนสิทธิประโยชน์ทางภาษีที่ได้รับไปในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลังแล้ว และผู้ลงทุนได้ถอนหน่วยลงทุนใน RMF ที่ยังคงเหลืออยู่ หากผู้ลงทุนประสงค์จะ

ลงทุนต่อ โดยได้ลงทุนต่อเนื่องทันที ในปีที่ได้ชำระคืนสิทธิประโยชน์ทางภาษี และผู้ลงทุนได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามเงื่อนไขการลงทุนด้วยแล้ว ผู้ลงทุนสามารถนับระยะเวลาการถือหน่วยลงทุนใน RMF ใหม่ได้ ต่อเนื่องกับระยะเวลาการลงทุนเดิมได้

3) กรณีที่ผู้ลงทุนมีการลงทุนใน RMF มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และผู้ลงทุนมีอายุไม่น้อยกว่า 55 ปี หรือทุพพลภาพ ผู้ลงทุนสามารถถอนหน่วยลงทุนต่อไปได้ โดยจะซื้อหน่วยลงทุนเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้ จะซื้อเป็นจำนวนเงินเท่าไรก็ได้ และหากเงินได้ที่นำมาซื้อหน่วยลงทุนเพิ่มเติมอยู่ในประเภทเงินได้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ทางภาษี ผู้ลงทุนก็จะได้รับสิทธิประโยชน์ทางภาษีของเงินลงทุนดังกล่าวด้วย

4.12.2 นโยบายส่งเสริมการออมเพื่อวัยสูงอายุที่อยู่(ระหว่างดำเนินการ)

กระทรวงการคลังได้ดำเนินการส่งเสริมการออมระยะยาวเพื่อวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบไปด้วยนโยบายต่างๆ ดังนี้

1) นโยบายการออมภาคบังคับแรงงานในระบบโครงการกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบข.)

กระทรวงการคลัง โดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) ได้ดำเนินโครงการจัดตั้ง กบข. มาอย่างต่อเนื่อง ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 25 เมษายน พ.ศ.2543 เห็นชอบในหลักการให้ประเทศไทยมีระบบบำเหน็จบำนาญแบบหลายชั้น (Multi-Pillar) และมอบหมายให้กระทรวงการคลังรับไป ดำเนิน การ จัดตั้งกองทุนการออมเพื่อการเกษียณอายุแบบบังคับ (Pillar 2: P2) ปัจจุบัน สศค. ได้นำเสนอหลักการ และโครงสร้าง กบข. ต่อกระทรวงการคลังให้ความเห็นชอบโครงการ โดย กบข. เป็นกองทุนการออมเพื่อการเกษียณอายุภาคบังคับ ชั้นที่ 2 (Pillar2) กำหนดการจ่ายเงินเข้ากองทุน (Defined Contribution) ของนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละร้อยละ 3 ของค่าจ้าง โดยกำหนดค่าจ้างขั้นต่ำ 6,000 บาท และเพดานค่าจ้าง 40,000 บาท สำหรับลูกจ้างที่มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาท ให้นายจ้างจ่ายฝ่ายเดียว กองทุนมีความครอบคลุมแรงงานในระบบและนอกระบบทั่วประเทศ (ยกเว้นผู้ที่เป็สมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ) สมาชิกมีบัญชีรายตัว และจะได้รับผลประโยชน์ตามบัญชีของตนเอง กองทุนจะมีการบริหารจัดการแบบผสมโดยสำนักงาน กบข. และและบริษัทจัดการที่ได้รับการคัดเลือกจาก

สำนักงาน กบข. ซึ่งจะคัดเลือกผู้จัดการกองทุนที่ได้รับใบอนุญาตประกอบธุรกิจจัดการกองทุนส่วนบุคคลจากสำนักงานก.ล.ต. มาร่วมบริหารกองทุน ส่วนการกำกับดูแลจะดำเนินการโดยองค์กรอิสระ (สำนักงาน กบข.)

กบข. นอกจากจะเป็นแหล่งรายได้ให้บุคคลเมื่อถึงวัยเกษียณ ซึ่งคาดว่าจะได้รับประมาณร้อยละ 17 ของเงินเดือนเดือนสุดท้ายแล้วยังสามารถลดความเสี่ยงของประเทศจากวิกฤตของการสูงวัยของประชากรในอีก 25 ปีข้างหน้า ในการลดภาระรัฐซึ่งงบประมาณมีจำนวนจำกัดแต่จะต้องจัดสรรเลี้ยงดูผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ทำให้เงินออมระยะยาวโดยรวมของประเทศเพิ่มขึ้น ปีแรกประมาณ 22,950 ล้านบาท ซึ่งจะเป็นแหล่งเงินทุนที่มีความมั่นคง ในการส่งเสริมการลงทุนเพิ่มมากขึ้น ลดการกู้ยืมจากต่างประเทศที่สูงเกินไป และการลงทุนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ การเพิ่มปริมาณเงินออมใน กบข. เป็นการเพิ่มการลงทุนสถาบัน นำมาซึ่งการส่งเสริมนวัตกรรมทางการเงิน และการพัฒนาตลาดทุนของประเทศ

2) นโยบายการออมสำหรับแรงงานนอกระบบ

ปัจจุบันสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการเรื่องระบบการออมเพื่อการเกษียณอายุสำหรับแรงงานนอกระบบ โดยมีข้อเสนอแนวทางการออมของแรงงานนอกระบบไว้หลายรูปแบบ และระบบการออมที่อยู่ระหว่างดำเนินการในปัจจุบัน ได้แก่

(1) กองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบข.) สศค. ได้เสนอโครงสร้าง กบข.

สำหรับแรงงานนอกระบบ ให้แรงงานนอกระบบได้ออมเงินในกองทุนอย่างถ้วนหน้า และได้รับการดูแลและรับประกันรายได้ขั้นต่ำจากภาครัฐ ปัจจุบันอยู่ระหว่างนำเสนอโครงการต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ ก่อนจะนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ตามลำดับ เพื่อคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนดำเนินการต่อไป

(2) การขยายประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ สำนักงานประกันสังคมอยู่ระหว่างดำเนินการแก้ไขปรับปรุงมาตรา 40 ของ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ.2533 เพื่อขยายประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบในกรณีชราภาพ

(3) องค์การการเงินชุมชน และกลุ่มออมทรัพย์ชุมชน สศค. ได้ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ปรณรงค์เพื่อให้มีการจัดระบบการ

ออมเพื่อการเกษียณอายุสำหรับแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชน (Area – Base) โดยเป็นการดำเนินการในลักษณะสวัสดิการชุมชน ซึ่งปัจจุบันดำเนินการอยู่แล้ว จำนวน 48,774 องค์กร มีสมาชิก 9,043,869 คน มีเงินออมจำนวน 13,126 ล้านบาท

การดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมการออมสำหรับวัยสูงอายุ ซึ่งมีเป้าหมายหลัก คือ การสร้างระบบการออมระยะยาวให้ครอบคลุมแรงงานทั่วประเทศ และแรงงานทั่วประเทศมีระดับรายได้ในวัยสูงอายุอย่างน้อยไม่ตกสู่ความยากจน เป็นการสร้างช่องทางการออมอย่างเป็นระบบให้กับวัยแรงงานอย่างทั่วถึง และมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิตช่วงวัยสูงอายุ นอกจากนี้ การออมดังกล่าวจะช่วยบริหารภาระทางการเงิน คลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเงินออมของแรงงานจะเป็นแหล่งเงินทุนในประเทศที่มั่นคง สำหรับการส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจได้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5
การเข้าถึงข้อมูล
การศึกษาและส่งเสริม
การเรียนรู้ตลอดชีวิต





การเข้าถึงข้อมูล การศึกษาและการส่งเสริม การเรียนรู้ตลอดชีวิต*

ภายใต้สังคมฐานความรู้ (Knowledge-Based Society) ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และความรู้ได้หลากหลายรูปแบบยิ่งขึ้น สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐ และเอกชนได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนี้ภาครัฐยังได้ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ตลอดจนการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในขณะเดียวกันภาคเอกชนได้จัดกิจกรรมการศึกษาพิเศษต่างๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้ด้านอาชีพ ด้านสุขภาพ ด้านธรรมะ เป็นต้น นอกเหนือจากการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ชีวิตแล้ว อีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญ คือ การรับรู้ข้อมูลเพื่อเข้าถึงบริการด้านสิทธิ ผู้สูงอายุ รายละเอียดมีดังนี้

5.1 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ คือ การที่ผู้สูงอายุได้

เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ได้แก่ โฆษณาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม กับวัย การสังเกตอาการตนเองเมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือเจ็บป่วย การรับประทานยาอย่างถูกวิธี รวมทั้ง การเก็บรักษาพยาบาลและการสังเกตเมื่อยาหมดอายุ หรือเสื่อมคุณภาพ การระมัดระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ช่องทางพิเศษที่จะอำนวยความสะดวกและรวดเร็ว เมื่อไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐ การมีกองทุนผู้สูงอายุที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์อย่างผิดกฎหมาย ถูกทอดทิ้ง รวมถึงการให้ความช่วยเหลือให้กู้ยืมเงินเพื่อเป็นทุนในการประกอบอาชีพ ฯลฯ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีหลายช่องทางด้วยกัน ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ การรับรู้จากการฟังวิทยุ ชมโทรทัศน์ และการอ่านหนังสือพิมพ์

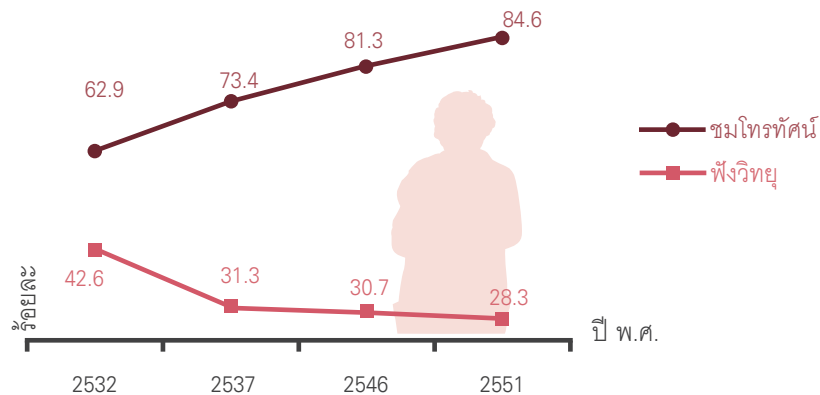
* เรียบเรียงโดย รุติพร จินตะเกษกรณ์ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย จีราวรรณ มาท่อม สำนักงานสถิติแห่งชาติ และณัฐพงษ์ ณ พัทลุง กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ

5.1.1 การฟังวิทยุและการชมโทรทัศน์

ปัจจุบันวิทยุและโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีราคาถูกลงและมีบทบาทสำคัญอันดับต้นๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ ทำให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันเหตุการณ์ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว จากผลการสำรวจสื่อมวลชน (วิทยุและโทรทัศน์) ทั้ง 4 ครั้งของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราร้อยละของการฟังวิทยุของผู้สูงอายุในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2532 - 2551) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 42.6 ในปี พ.ศ.2532 เหลือร้อยละ 31.3

ในปี พ.ศ.2537 และ ร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ.2546 ล่าสุดปี พ.ศ.2551 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 28.3 (ในจำนวนผู้สูงอายุ 10 คน มีผู้ที่ฟังวิทยุ 3 คน) ขณะที่อัตราร้อยละของการชมโทรทัศน์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 62.9 ในปีพ.ศ.2532 เป็นร้อยละ 73.4 ในปี พ.ศ.2537 และ ร้อยละ 81.3 ในปี พ.ศ.2546 ล่าสุดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 84.6 ในปี 2551 (ในจำนวนผู้สูงอายุ 10 คน มีผู้ที่ชมโทรทัศน์ 9 คน) (แผนภูมิที่ 5.1)

แผนภูมิที่ 5.1 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการฟังวิทยุและชมโทรทัศน์ พ.ศ.2532-2551

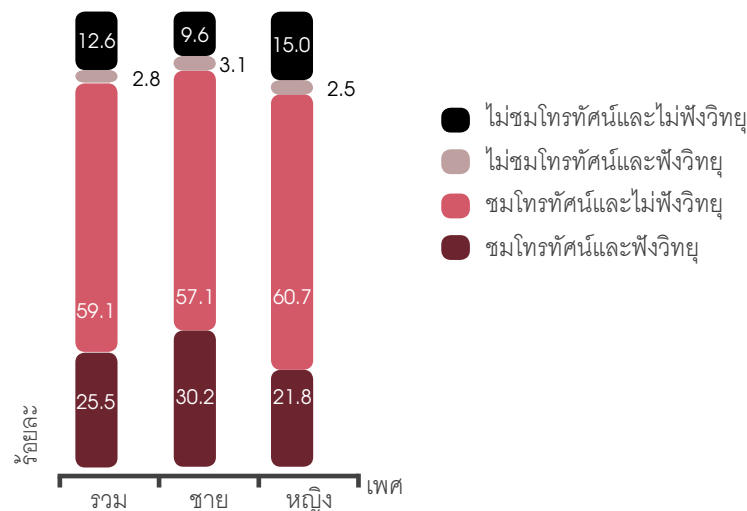


ที่มา : การสำรวจสื่อมวลชน (วิทยุและโทรทัศน์) พ.ศ.2532-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาภาพรวมของผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 5 คน (ร้อยละ 25.5) ที่ทั้งชมโทรทัศน์และฟังวิทยุด้วย ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (6 ใน 10 คน หรือ ร้อยละ 59.1) ชมโทรทัศน์อย่างเดียวไม่ฟังวิทยุ ร้อยละ 2.8 ไม่ชมโทรทัศน์แต่ฟังวิทยุ ร้อยละ 12.6 เป็นผู้ที่ทั้งไม่ชมโทรทัศน์และไม่ฟังวิทยุ พบความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องการฟังวิทยุและชมโทรทัศน์ สัดส่วนของ

ผู้สูงอายุชายที่ทั้งชมโทรทัศน์และฟังวิทยุสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชาย ร้อยละ 30.2 และหญิง ร้อยละ 21.8) ผู้สูงอายุหญิงที่ชมโทรทัศน์อย่างเดียวและไม่ฟังวิทยุสูงกว่าชาย (หญิง ร้อยละ 60.7 และชาย ร้อยละ 57.1) ผู้สูงอายุหญิงที่ทั้งไม่ชมโทรทัศน์และไม่ฟังวิทยุสูงกว่าชาย (หญิง ร้อยละ 15.0 และชาย ร้อยละ 9.6) (แผนภูมิที่ 5.2)

แผนภูมิที่ 5.2 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการฟังวิทยุและชมโทรทัศน์ พ.ศ.2551



ที่มา : การสำรวจสื่อมวลชน (วิทยุและโทรทัศน์) พ.ศ.2532-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1) ประเภทรายการวิทยุที่ฟังและรายการโทรทัศน์ที่ชม

สำหรับประเภทรายการวิทยุที่ผู้สูงอายุนิยมฟังมากที่สุด คือ รายการข่าว (ร้อยละ 65.2) รองลงมาเป็นรายการประเภทที่ให้ความบันเทิง และรายการสารคดี/ความรู้ทั่วไป (ร้อยละ 28.5 และ ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ เพียงส่วนน้อยที่ชอบฟังรายการที่แสดงความคิดเห็น/วิเคราะห์ และ

รายการเพื่อการศึกษา (ร้อยละ 0.4 และร้อยละ 0.3) ตามลำดับ รายการโทรทัศน์ที่ผู้สูงอายุชอบชมคล้ายกันกับรายการวิทยุ กล่าวคือชอบชมรายการข่าวมากที่สุด (ร้อยละ 67.3) รองลงมาคือรายการบันเทิง (ร้อยละ 30.7) แต่มีผู้สูงอายุที่ชอบดูรายการประเภทสารคดี/ความรู้ทั่วไปมากกว่า รายการที่แสดงความคิดเห็น/วิเคราะห์ (ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 0.2) ตามลำดับ (ตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ฟังวิทยุ และหรือชมโทรทัศน์ จำแนกตามประเภทรายการที่ฟังและชม พ.ศ.2551

ประเภทรายการที่ฟัง/ชม	ฟังวิทยุ			ชมโทรทัศน์		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ข่าว	65.2	70.2	59.6	67.3	79.8	56.7
สารคดี/ความรู้ทั่วไป	5.5	4.0	7.1	1.7	1.7	1.7
ความคิดเห็น/วิเคราะห์	0.4	0.6	0.2	0.2	0.3	0.2
บันเทิง	28.5	24.9	32.6	30.7	18.2	41.3
รายการเพื่อการศึกษา	0.3	0.2	0.4	0.0	0.0	0.1
ธุรกิจ/โฆษณา	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0

ที่มา : การสำรวจสื่อมวลชน (วิทยุและโทรทัศน์) พ.ศ.2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) วันและช่วงเวลาสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ฟังวิทยุ ชมโทรทัศน์

พฤติกรรมกรรมการฟังวิทยุของผู้สูงอายุในช่วงวันจันทร์-ศุกร์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นอัตราร้อยละ 32.2 จะฟังวิทยุช่วงเวลา 04.01-10.00 น. รองลงมา ร้อยละ 21.1 ฟังช่วงเวลา 10.01-13.00 น. และร้อยละ 14.6 ฟังช่วงเวลา 13.01-16.00 น. ส่วนวันหยุดเสาร์และอาทิตย์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.6 ฟังวิทยุช่วงเวลา 04.01-10.00 น. รองลงมา ร้อยละ 21.2 ฟังช่วงเวลา 10.01-13.00 น. และร้อยละ 14.4 ฟังช่วงเวลา 13.01-16.00 น.

พฤติกรรมกรรมการดูโทรทัศน์ของผู้สูงอายุในระหว่างวันจันทร์-ศุกร์นั้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.2) จะชมโทรทัศน์ช่วงเวลา 16.01 - 20.00 น. รองลงมา ร้อยละ 16.5 ชมช่วงเวลา 20.01 - 24.00 น. และร้อยละ 12.2 ชมช่วงเวลา

เวลา 04.01 - 10.00 ส่วนวันหยุดเสาร์และอาทิตย์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.7 จะชมโทรทัศน์ช่วงเวลา 16.01 - 20.00 น. รองลงมา ร้อยละ 16.4 ชมช่วงเวลา 20.01 - 24.00 น. และร้อยละ 11.1 ชมช่วงเวลา 04.01 - 10.00 น. ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องของช่วงเวลาการฟังวิทยุและชมโทรทัศน์ (ตารางที่ 5.2)

ดังนั้นหากต้องการให้ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุเอง เช่น การดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การสังเกตอาการตนเองเมื่อเจ็บป่วย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ฯลฯ รวมทั้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุ ก็ควรที่จะออกอากาศในช่วงเวลาสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฟังวิทยุและชมโทรทัศน์

ตารางที่ 5.2 ร้อยละของผู้สูงอายุชมโทรทัศน์และหรือฟังวิทยุ จำแนกตามประเภทรายการที่ฟังและชมพ.ศ.2551

วัน และ ช่วงเวลา	ฟังวิทยุ			ชมโทรทัศน์		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
จันทร์-ศุกร์						
00.01 - 04.00	0.7	0.7	1.4	0.2	0.1	0.3
04.01 - 10.00	32.2	28.3	60.6	12.2	10.6	22.8
10.01 - 13.00	21.1	19.4	40.5	4.4	6.1	10.5
13.01 - 16.00	14.6	14.3	28.9	3.7	5.1	8.8
16.01 - 20.00	6.7	6.5	13.2	37.2	43.4	80.7
20.01 - 24.00	3.8	3.0	6.8	16.5	21.8	38.2
ต้นชั่วโมง / รายการ	6.1	5.0	11.1	2.3	3.0	5.3
เสาร์-อาทิตย์						
00.01 - 04.00	0.6	0.6	1.2	0.2	0.1	0.2
04.01 - 10.00	30.6	26.6	57.2	11.1	10.7	21.8
10.01 - 13.00	21.2	19.2	40.4	5.4	6.8	12.2
13.01 - 16.00	14.4	14.5	28.8	4.7	5.3	10.0
16.01 - 20.00	7.3	6.9	14.2	36.7	42.5	79.1
20.01 - 24.00	3.8	3.2	7.0	16.4	21.9	38.3
ต้นชั่วโมง / รายการ	6.2	5.1	11.3	2.5	3.1	5.6

ที่มา : การสำรวจสัอมวลชน (วิทยุและโทรทัศน์) พ.ศ.2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5.1.2 การอ่านหนังสือและการอ่านหนังสือพิมพ์

อัตราร้อยละของผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2546 มีผู้สูงอายุอ่านหนังสือร้อยละ 24.4 ปี พ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.3 ในปี พ.ศ.2551 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมอ่านหนังสือพิมพ์และหนังสือหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคำสอนทางศาสนา (ร้อยละ 64.9 และร้อยละ 63.2) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังอ่านวารสาร/เอกสารประเภทอื่นๆ ที่ออกเป็นประจำ (ร้อยละ 17.1) อ่านนิตยสารและตำราหรือเอกสารที่ให้ความรู้ในสัดส่วนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 16.8) สำหรับเนื้อหาสาระของหนังสือที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อ่านคือสารคดี/ความรู้ทั่วไป (ร้อยละ 40.9) รองลงมาคือข่าว (ร้อยละ 53.7) ความรู้ทางวิชาการ (ร้อยละ 12.5) ความคิดเห็น/วิเคราะห์ (ร้อยละ 4.8) โดยผู้สูงอายุจะใช้เวลาในการอ่านหนังสือเฉลี่ยประมาณวันละ 39 นาที

เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลที่อ่าน พบว่าเกือบ 3 ใน 4 คนที่อ่านหนังสือ หรือคิดเป็นร้อยละ 73.0 อ่านเพราะความสนใจ/อยากรู้ ร้อยละ 27.5 อ่านเพราะมีเวลาว่างมาก/ฆ่าเวลา คือไม่รู้จะทำอะไรก็อ่านหนังสือ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่อ่านหนังสือส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.6) ให้เหตุผลว่าชอบดูโทรทัศน์มากกว่า รองลงมาเพราะสายตาไม่ดี (ร้อยละ 36.9) อ่านหนังสือไม่ออก (ร้อยละ 29.3)

แนวโน้มผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือพิมพ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ.2546 เป็นร้อยละ 19.4 ในปี พ.ศ.2551 เนื้อหาที่อ่านส่วนใหญ่คือข่าว (ร้อยละ 94.7) รองลงมาคือ สารคดี/ความรู้

ทั่วไป (ร้อยละ 39.5)บันเทิง และความคิดเห็น/วิเคราะห์ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 11.7 และร้อยละ 11.5) ตามลำดับ

5.2 การศึกษาและการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

5.2.1 การศึกษาและการส่งเสริมการเรียนรู้โดยภาครัฐ

1) กิจกรรมบริการทางการศึกษา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

กระทรวงศึกษาธิการได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัด ดำเนินการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับภารกิจหลักและอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานทั้งการจัดบริการข้อมูลข่าวสาร การจัดบริการการศึกษาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย การจัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา การสนับสนุนสื่อ การส่งเสริมให้หน่วยงานสถานศึกษามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ การคุ้มครองการผลิตสื่อความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจในประกาศกระทรวงศึกษาธิการ* ดังนี้

ก. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (สป.)

(1) สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอก

* ข้อมูลรายละเอียดภารกิจตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการอยู่ในภาคผนวกที่ 4 หน้า 195

ระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (สำนักงาน กศน.***) มีหน่วยงานทางการศึกษาดำเนินการ จัดกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

- สถาบันพัฒนาการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยภาค 6 แห่ง

- ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาจังหวัด 13 แห่ง

- ศูนย์ฝึกและพัฒนาอาชีพราษฎรไทย บริเวณชายแดนจังหวัด 9 แห่ง

- สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัด 76 แห่ง

- สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยกรุงเทพมหานคร

- ศูนย์การศึกษานอกระบบและการ ศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ/เขต 927 แห่ง

- ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน 8,555 แห่ง

- ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง 854 แห่ง

- ห้องสมุดประชาชนอำเภอ 698 แห่ง

- ห้องสมุดประชาชนจังหวัด 72 แห่ง

- ห้องสมุดประชาชนเฉลิมราชกุมารี 79 แห่ง

- หอสมุดรชมังคลาภิเษก 1 แห่ง

ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านการศึกษา และข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตด้าน การศึกษาจากสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอก ระบบและการ ศึกษาตามอัธยาศัย นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ยัง สามารถเข้ารับการการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อพัฒนา

อาชีพและทักษะชีวิตให้สอดคล้องกับ ความ ต้องการของผู้รับบริการอีกด้วย โดยทุกกิจกรรม สอดแทรกอยู่ในโครงการการเรียนรู้ตลอดชีวิต สำหรับผู้สูงอายุ และโครงการเสริมสร้างคุณค่า และการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ โดยมี รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

• การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต

เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ให้มีความรู้ ความ สามารถและความชำนาญการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้ สามารถจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งมี เนื้อหาหลายด้าน ดังนี้คือ

• ด้านสุขภาพอนามัย เช่น ความรู้การดูแล

สุขภาพ การออกกำลังกาย อาหารและโภชนา การ การลีลาศเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

• ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

เพื่อให้ตระหนักในภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวัน รู้จักวิธีป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น เช่น การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า เป็นต้น

• ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เพื่อให้ตระหนักในภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต ประจำวัน รู้จักวิธีป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น เช่น การปลูกป่าลดภาวะโลกร้อน เป็นต้น

• ด้านคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม และ

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ในสังคมไทย เพื่อเป็น แบบอย่างที่ดีของครอบครัวและชุมชน เช่น ธรรม กับชีวิต การฝึกสมาธิ การศึกษาดูงานศิลป วัฒนธรรมไทย เป็นต้น

• การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและ

ชุมชน เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ลักษณะ ของกิจกรรมมีดังนี้

** วัจันทรเกษม ถนนราชดำเนินนอก เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2281-6364, 0-2281-6461, 0-2628-5068-72 สายด่วน กศน. (Call Center) 1660 Web cite : www.nfe.go.th

- กิจกรรมด้านนันทนาการ ในชมรมผู้สูงอายุ และในชุมชน เช่น การทัศนศึกษาสถานที่สำคัญต่าง ๆ การเล่นเปตอง เป็นต้น

- กิจกรรมด้านสุขภาพ ในชมรมผู้สูงอายุ และในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย รำไทเก็ก ไม้พลอง เป็นต้น

- กิจกรรมด้านประเพณีและวัฒนธรรม เช่น ร่วมอนุรักษ์ประเพณีพื้นบ้าน โครงการบุญบั้งไฟ เป็นต้น

- กิจกรรมเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุ เช่น การรดน้ำขอพรผู้สูงอายุ ประกาศเกียรติคุณ ผู้สูงอายุที่เป็นภูมิปัญญาของชุมชน เป็นต้น

- การเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาในระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เช่น การร่วมประชาสัมพันธงาน กศน. การร่วมพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษาในสังกัดสำนักงาน กศน. เป็นต้น

- การศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมการอ่าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ดังนี้

- ร่วมเรียนรู้โดยการอ่าน เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองไม่ให้เสื่อมโดยท่านสามารถศึกษาจากสื่อต่างๆ ในห้องสมุดได้ โดยมีแหล่งบริการ คือ ห้องสมุดประชาชนอำเภอ ห้องสมุดประชาชนจังหวัด ห้องสมุดเฉลิมราชกุมารี เป็นต้น

- รับชมรายการโทรทัศน์ได้ทางสถานีโทรทัศน์ EYV และรับฟังรายการวิทยุทางคลื่นความถี่ระบบ FM 92 และระบบ AM1661 ได้ทุกวัน เพื่อเป็นผ่อนคลายทางจิตใจที่ดีได้ทุกวัน

- การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ (หลักสูตรอาชีพระยะสั้น) เพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นหลักสูตรที่มีความยืดหยุ่นด้านเนื้อหา และระยะเวลาเรียน โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ

เช่น การทำจักสาน การทอผ้า การทำของชำร่วย ความรู้พื้นฐานคอมพิวเตอร์ และการใช้อินเตอร์เน็ต ได้แก่

- การฝึกทักษะอาชีพ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในอาชีพนั้นๆ เช่น การทำยาหม่อง การนวดแผนโบราณ การทำลูกประคบสมุนไพร การปลูกผักปลอดสารพิษ เป็นต้น

- การพัฒนาอาชีพด้วยเทคโนโลยี เพื่อให้มีความเข้าใจในการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาอาชีพ เช่น การทำปุ๋ยจุลินทรีย์ใช้ในการเกษตร การแปรรูปอาหาร เป็นต้น

- การศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นการจัดการศึกษาตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สูงขึ้น ประกอบด้วย ระดับประถมศึกษา (ป.6) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)

- ส่งเสริม สนับสนุนงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ เน้นส่งเสริม สนับสนุนงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ทุกรูปแบบ

(2) สำนักกิจการพิเศษ (สภพ.) ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้หน่วยงานสถานศึกษา จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ ได้แก่ โครงการครอบครัวสุขสันต์แบ่งปันความสุขเพื่อสังคมไทย โดยจัดกิจกรรมแรลลี่ส่งเสริมสร้างสรรค์ครอบครัวไทยให้มีความอบอุ่น ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจระหว่าง พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย เสริมสร้างความเป็นสถาบันครอบครัวที่เข้มแข็งซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันได้มีโอกาสได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการทำกิจกรรมต่างๆ

ข. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา(สกอ.) ดำเนินการส่งเสริมให้หน่วยงาน/สถานศึกษาในสังกัดมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ รูปแบบต่างๆ ดังนี้

(1) กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เยี่ยมบำรุงขวัญให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ที่บ้านพักคนชรา กิจกรรมรดน้ำขอพรผู้สูงอายุในเทศกาลสงกรานต์ และแสดงมุทิตาจิตให้แก่ผู้เกษียณอายุทุกปี กิจกรรมแห่เทียนเข้าพรรษา การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ

(2) ดำเนินการร่วมกับเครือข่าย องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดอบรมดูแลสุขภาพการจัดทำวิสัยทัศน์ แผนงานของชมรมผู้สูงอายุ

(3) จัดมุมห้องสมุด และจัดตั้งชมรมผู้อาวุโสเพื่อให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน

(4) หน่วยงานในสังกัดระดับอุดมศึกษา ดำเนินการจัดกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

- จัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นประสบการณ์จริงและการมีส่วนร่วมในชุมชน ตลอดจนจัดโครงการออกค่ายอาสาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุส่งเสริมคุณภาพชีวิต การจัดกิจกรรมดูแลด้านสาธารณสุขของชุมชน เช่นวิชาการพยาบาล และให้บริการแนะนำการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ การนวดตนเอง 41 ท่า การทำลูกประคบสมุนไพรและการนวดประคบ สาธิตการทำยาหม่อง

- จัดกิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้ เรื่องการพัฒนาผลิตภัณฑ์ จัดสัมมนาด้านคุณธรรมจริยธรรม และค่าที่นิยมที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพแก่ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “อยู่อย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ” เช่น เรื่องเล่าจากปราชญ์บุคคล “รักและห่วงใยใส่ใจผู้สูงอายุ”

- จัดโครงการรักษาสภาพจิต เพื่อชีวิตที่ดีกว่า มีการบริการทดสอบวัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การมองรูปภาพ การร้องเพลง รำวง การให้ความรู้สุขภาพจิต เล่าสิ่งที่ชอบ แจกของที่ระลึกและเอกสารผู้สูงอายุ

ค. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สทศ.) จัดทำเนียบภูมิปัญญา และจัดโครงการชุมชนแห่งการเรียนรู้ต้นแบบ จัดพิมพ์เอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทำเนียบภูมิปัญญา และโครงการชุมชนแห่งการเรียนรู้ต้นแบบ โดยมีการคัดเลือกชุมชนแห่งการเรียนรู้ต้นแบบ เป็นต้น

ตารางที่ 5.3 สรุปผลการดำเนินงานการจัดการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย สำหรับผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2551 ของกระทรวงศึกษาธิการ

ที่	หน่วยงานหลักสังกัด กระทรวงศึกษาธิการ	การจัดบริการ	ผลการดำเนินงาน
1	สนง.ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (สป.)		
1.1	สำนักงาน กศน.	1. การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน 2. การศึกษาตามอัธยาศัย 3. การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต 4. การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ 5. การศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย	- ผู้รับบริการการศึกษาจาก กศน. รวม 596,379 คน - เป็นอายุ 45-59 ปี จำนวน 425,514 คน - เป็นอายุ 60-70 ปี จำนวน 170,865 คน
1.2	สำนักกิจการพิเศษ (สกพ.)	- จัดโครงการแรลลี่ให้ผู้สูงอายุ/ ครอบครัว	- จัด 3 ครั้ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 280 คน
1.3	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม การศึกษาเอกชน (สช.)	- หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ	- ผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4,720 คน จาก ร.ร. 28 แห่ง
1.4	สำนักงานคณะกรรมการการ ส่งเสริมสวัสดิภาพครูและบุคลากร ทางการศึกษา (สกสค.)	- ให้บริการหอพักผู้สูงอายุ และ บริการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลครูสภา	- ผู้พัก จำนวน 165,623 คน และเข้ารักษาพยาบาล ครูสภาจำนวน 43,211 คน
2	สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)	- เพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในหลักสูตรระดับประถม และมัธยมศึกษา	- ใช้ในโรงเรียนสังกัด สพฐ. ทุกแห่ง ทั้ง 3 ระดับ
3	สำนักงานคณะกรรมการ การอาชีวศึกษา (สอศ.)	- จัดสอนอาชีพระยะสั้น	- ผู้สูงอายุรับบริการ 20,000 คน จาก 98 วิทยาลัย
4	สำนักงานคณะกรรมการ อุดมศึกษา (สกอ.)	- เปิดสอนหลักสูตรระดับอุดมศึกษา	- ผู้สูงอายุเข้าเรียนจำนวน 2,950 คน
5	สำนักงานเลขาธิการสภา การศึกษา (สกศ.)	- จัดทำเนียบภูมิปัญญาและ จัดโครงการชุมชน แห่งการเรียนรู้ต้นแบบ	- จัดทำเนียบภูมิปัญญา รวม 282 คน และคัดเลือกชุมชนแห่งการเรียนรู้ ต้นแบบ จำนวน 27 แห่ง

ที่มา: สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2551

2) ผลการจัดการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2551 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐานระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีจำนวน 13,501 คน เพิ่มขึ้นมากจากปี พ.ศ.2550 ที่มีจำนวนเพียง 1,119 คน ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเข้ารับการศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐานมากกว่าภาคอื่นๆ จำนวน 7,022 คน หรือร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 29.2 ภาคกลาง ร้อยละ 9.4 ภาคใต้ ร้อยละ 5.3 และภาคตะวันออก ร้อยละ 4.1 (ตารางที่ 5.4)

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาศาตามอัธยาศัยในหลักสูตรการศึกษาอาชีพ(ระยะสั้น) มีจำนวนทั้งสิ้น 148,941 คน เพิ่มขึ้นจากเดิม ในที่นี้เป็นผู้เข้ารับการศึกษเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชนมากกว่าหลักสูตรอื่นๆ จำนวน 71,004 คน หรือร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต ร้อยละ 33.1 และการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ ร้อยละ 19.2 (ตารางที่ 5.5) ส่วนใหญ่ที่เข้าศึกษาในหลักสูตรระยะสั้นอยู่ในภาคกลาง และภาคเหนือ ร้อยละ 24.0 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 20.1 ภาคตะวันออก ร้อยละ 17.1 และภาคใต้ ร้อยละ 14.8 (ตารางที่ 5.6)

ตารางที่ 5.4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐานระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำแนกตามรายการภาค ปีงบประมาณ 2550-2551

ภาค	พ.ศ.2550	ร้อยละ	พ.ศ.2551	ร้อยละ
ภาคกลาง	106	9.5	1,274	9.4
ภาคเหนือ	787	70.3	3,938	29.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	155	13.9	7,022	52.0
ภาคตะวันออก	61	5.5	559	4.1
ภาคใต้	10	0.8	708	5.3
รวม	1,119	100.0	13,501	100.0

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2551

หมายเหตุ : การศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐาน หมายความว่า กิจกรรมการศึกษาที่มีกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ที่ชัดเจน ระยะเวลาเรียนหรือฝึกอบรมที่ยืดหยุ่นหลากหลายตามสภาพความต้องการและศักยภาพในการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายนั้น และมีวิธีการวัดผลและประเมินผลการเรียนรู้ที่มีมาตรฐานเพื่อรับคุณวุฒิทางการศึกษาหรือเพื่อจัดระดับผลการเรียนรู้

ตารางที่ 5.5 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษิตตามอัยยาศัย จักแนกตามประเภทของกิจกรรมทางการศึกษา ปีงบประมาณ 2549-2551

หลักสูตรการศึกษาอาชีพ(ระยะสั้น)	พ.ศ.2549	ร้อยละ	พ.ศ.2550	ร้อยละ	พ.ศ.2551	ร้อยละ
การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ	4,993	14.6	17,234	15.6	28,550	19.2
การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต	17,342	50.6	17,918	16.3	49,387	33.1
การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน	11,942	34.8	75,073	68.1	71,004	47.7
รวม	34,276	100.0	110,234	100.0	148,941	100.0

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัยยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2551

หมายเหตุ : การศึกษาต่อเนื่อง หมายความว่า การศึกษาที่จัดตามหลักสูตรการศึกษาสายอาชีพ เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้เรียน สอดคล้องตามสภาพความต้องการและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย โดยจัดการเรียนรู้เป็นหลักสูตรระยะสั้น ตั้งแต่ 1-100 ชั่วโมง

: การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ หมายความว่า การศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถและ ทักษะในการประกอบอาชีพของบุคคลและกลุ่มบุคคล ซึ่งมี จุดหมายในชีวิตที่แตกต่างกัน

: การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต หมายความว่า การศึกษาเพื่อสร้างเสริมความรู้ความสามารถ และความชำนาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งของบุคคล เป็นการกระตุ้นให้เกิดวิธีคิด เพื่อให้สามารถจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรี ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

: การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน หมายความว่า การศึกษาที่บูรณาการความรู้และทักษะการศึกษาที่ผู้เรียนมีอยู่ หรือได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษานอกระบบโรงเรียน โดยรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย ใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาการเรียนรู้ และทุนทางสังคม เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาสังคม และชุมชนให้มีความเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ตามแนวทางทางเศรษฐกิจพอเพียง

ตารางที่ 5.6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษิตตามอัยยาศัยจักแนกตามรายภาค ปีงบประมาณ 2550-2551

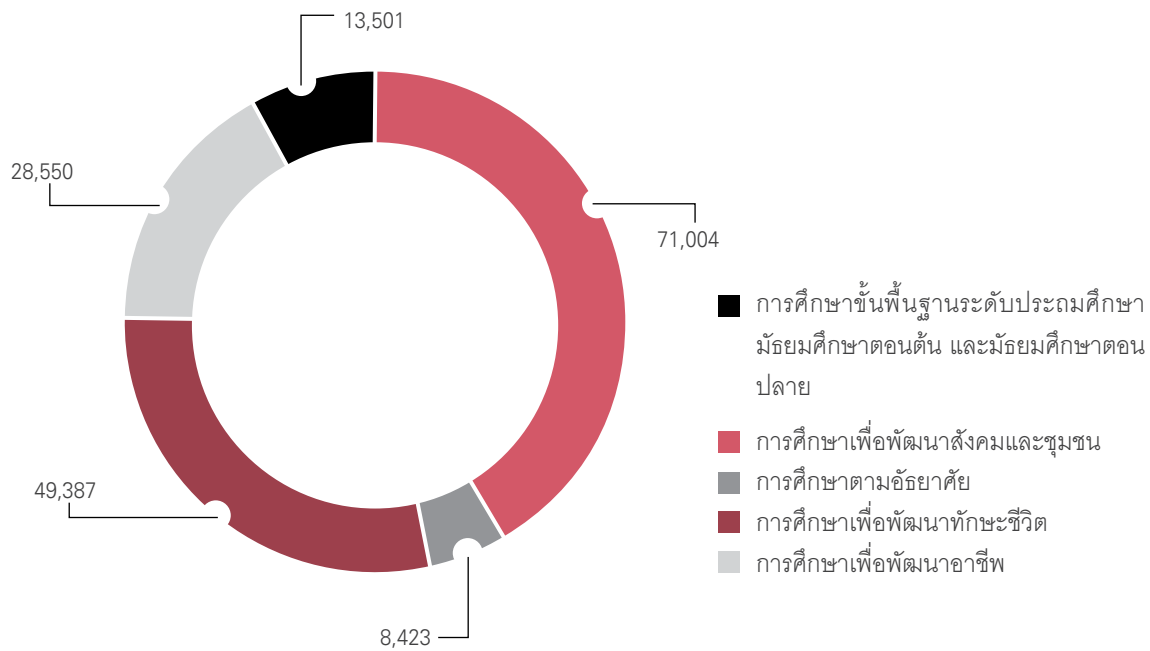
หลักสูตรการศึกษาอาชีพ(ระยะสั้น)	พ.ศ.2550	ร้อยละ	พ.ศ.2551	ร้อยละ
ภาคกลาง	10,887	24.4	2,022	24.0
ภาคเหนือ	10,636	23.8	2,022	24.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	15,914	35.6	1,691	20.1
ภาคตะวันออก	2,255	5.0	1,443	17.1
ภาคใต้	4,993	11.2	1,245	14.8
รวม	44,685	100.0	8,423	100.0

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัยยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2551

หมายเหตุ : การศึกษาตามอัยยาศัย หมายความว่า กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในวิถีชีวิตประจำวันของบุคคล ซึ่งบุคคลสามารถเลือกที่จะทำกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ตามความสนใจ ความความต้องการ โอกาส ความพร้อม และศักยภาพในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

สรุปกิจกรรมการศึกษานอกระบบและนอกระบบและการศึกษาตามอัยยาศัย ทั้ง 5 การศึกษาตามอัยยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ.2551 ประเภท จากสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอก ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี มีจำนวนทั้งระบบและการศึกษาตามอัยยาศัย (แผนภูมิ 5.3) ล้น 170,865 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษา

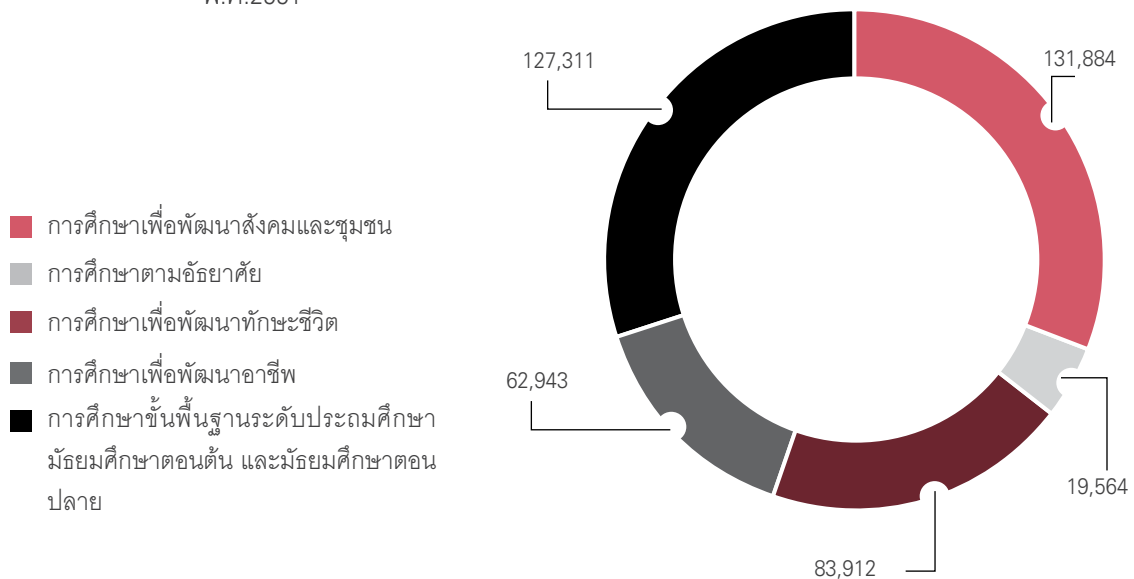
แผนภูมิที่ 5.3 กิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ.2551



ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ

สำหรับกลุ่มเตรียมการก่อนวัยสูงอายุ ซึ่งมีอายุระหว่าง 45 - 59 ปี มีจำนวนทั้งสิ้นจำนวน 425,514 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ทั้ง 5 ประเภท จากสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (แผนภูมิที่ 5.4)

แผนภูมิที่ 5.4 กิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับวัยก่อนผู้สูงอายุ พ.ศ.2551



ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ

3) กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ในด้านการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ให้กับผู้สูงอายุ มีหน่วยงานหลักคือกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวัฒนธรรม ได้ดำเนินสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งในส่วนของการกระทรวงศึกษาธิการได้มีการประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ลงวันที่ 28 กันยายน 2547 มีภารกิจที่ต้องดำเนินการ 8 ภารกิจ โดยมีหน่วยงานหลักของกระทรวงศึกษาได้ดำเนินการจัดการศึกษาผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับภารกิจหลักและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน 5 หน่วยงาน ได้แก่

(1) สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (สป.) มีหน่วยงานในสังกัดที่จัดส่งเสริมสนับสนุนการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (สำนักงาน กศน.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช) สำนักงานกิจการพิเศษ (สภพ.) พร้อมทั้งหน่วยงานในกำกับสำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษา (สสสค.)

(2) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)

(3) สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.)

(4) สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

(5) สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สกศ.)

นโยบายและจุดเน้นการดำเนินงานการศึกษา ในปีงบประมาณ พ.ศ.2552 ได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ซึ่งมีกฎหมายและนโยบายการพัฒนาโดยเฉพาะ ให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงมีแผนการดำเนินงานส่งเสริมการเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ดังนี้

(1) เน้นผู้สูงอายุที่เป็นภูมิปัญญาเป็นผู้ถ่ายทอดการเรียนรู้ และร่วมจัดกิจกรรม เนื่องจากเป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้สูงอายุเปรียบเหมือนธนาคารสมองสามารถจัดกิจกรรมตามความต้องการและความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้

(2) หน่วยงานหลักของกระทรวงศึกษาธิการ จัดโครงการ/กิจกรรมสร้างการเรียนรู้ด้านผู้สูงอายุในกลุ่มนักเรียนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เช่น เยี่ยมเยือนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน เป็นต้น

(3) ปรับการดำเนินงานเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งที่รวมกลุ่มและยังไม่รวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุ โดยหาวิธีการเชื่อมโยงกิจกรรมเข้าด้วยกัน

(4) ผู้สูงอายุได้รับการบริโภคข้อมูล/สารสนเทศด้านการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นภูมิปัญญาของชุมชนและสังคมสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

(5) เน้นวิธีการจัดการศึกษามีความยืดหยุ่นตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

(6) เน้นวิธีการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกับชุมชน

(7) เน้นการนำเทคโนโลยีไปใช้ในการจัดการศึกษา

(8) เน้นการจัดการศึกษาร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วน

4) การศึกษาและการเรียนรู้ในระดับอุดมศึกษาของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2551 พบว่า ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษานในสถาบันอุดมศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 2,950 คน เพิ่มขึ้นจากเดิม ส่วนใหญ่ศึกษาต่อใน

ระดับปริญญาตรี 2,306 คน หรือร้อยละ 78.2 รองลงมา คือ ระดับสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 20.7 และระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 1.1 (ตารางที่ 5.7) ส่วนใหญ่ศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยของรัฐจำนวน 2,833 คน และศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยเอกชน 117 คน (ตารางที่ 5.8)

ตารางที่ 5.7 จำนวนนักศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา จำแนกตามปีการศึกษา 2549 - 2551 และระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา 2549		ปีการศึกษา 2551	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าปริญญาตรี	53	2.6	33	1.1
ปริญญาตรี	1,751	81.3	2,306	78.2
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	346	16.1	611	20.7
รวม	2,150	100.0	2,950	100.0

ที่มา : การรายงานข้อมูลรายบุคคล สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา พ.ศ.2551

ตารางที่ 5.8 จำนวนนักศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแบ่งตามกลุ่มมหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2551

ประเภทสถาบันอุดมศึกษา		ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี	รวม
มหาวิทยาลัยของรัฐ	จำนวน	33	2,238	562	2,833
	ร้อยละ	1.2	79.0	19.8	100.0
กลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ	จำนวน	10	1,596	389	1,995
	ร้อยละ	0.5	80.0	19.5	100.0
กลุ่มมหาวิทยาลัย ราชภัฏ	จำนวน	7	615	173	795
	ร้อยละ	0.9	77.3	21.8	100
กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	จำนวน	16	27	-	43
	ร้อยละ	37.2	62.8	-	100.0
มหาวิทยาลัยเอกชน	จำนวน	-	68	49	117
	ร้อยละ	-	58.1	41.9	100.0
รวม	จำนวน	33	2,306	611	2,950
	ร้อยละ	1.1	78.2	20.7	100.0

ที่มา : การรายงานข้อมูลรายบุคคล สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา พ.ศ.2551

หมายเหตุ กลุ่มมหาวิทยาลัยรัฐ จำนวน 29 แห่ง กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล จำนวน 9 แห่ง กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 40 แห่ง และกลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 58 แห่ง

5.2.2 การส่งเสริมการศึกษา และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโดยภาคเอกชน

นอกจากการส่งเสริมการศึกษาโดยการศึกษาระบบการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยของกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า มี

หน่วยงานภาคเอกชน ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมการศึกษาให้กับผู้สูงอายุโดยสมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมการศึกษาพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2550 ดังนี้

ตารางที่ 5.9 รายชื่อการบรรยายให้ความรู้กับผู้สูงอายุโดย โครงการเสริมศึกษาพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2550

ที่	วันที่ดำเนินกิจกรรม	ชื่อหัวข้อบรรยาย	จำนวนผู้เข้าร่วม
1.	18 ตุลาคม 2549	ทางเลือกใหม่โดยศาสตร์การแพทย์จีน	78
2.	22 พฤศจิกายน 2549	ทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	84
3.	14 กุมภาพันธ์ 2550	สมองเสื่อมกับการทดสอบความจำ	88
4.	28 มีนาคม 2550	ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข	78
5.	28 เมษายน 2550	ธรรมชาติสุขภาพผู้สูงวัยในยุคโลกาภิวัตน์	254
6.	23 พฤษภาคม 2550	รู้วิธีตายหาหนทาง รู้วิธีเกิดประเสริฐนัก	87
7.	24 กรกฎาคม 2550	กระดูกพรุนและภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ	86
8.	6 กันยายน 2550	กินยาอย่างไรจะหายโรค	87

ที่มา : รายงานประจำปี 2550 สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย

5.2.3 ข้อมูลและการเข้าถึงบริการด้านสิทธิของผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 นอกจากจะมีสิทธิต่างๆ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปที่บัญญัติไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยแล้ว ยังบัญญัติไว้ชัดเจนใน 2 มาตรา ดังนี้

ส่วนที่ 4 สิทธิในกระบวนการยุติธรรม

มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม ดังต่อไปนี้

(6) เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ หรือทุพพลภาพ ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางเพศ

ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ

มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

การปฏิบัตินั้นเป็นไปตามขั้นตอนการดำเนินการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายและรับเรื่องราวร้องทุกข์ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้ที่คลินิกยุติธรรมจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งมีสถานที่ตั้งแตกต่างกันไปตามแต่ละจังหวัด ได้แก่ สำนักงานยุติธรรมจังหวัด สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด เรือนจำกลางจังหวัด อาคาร

จำหน่ายผลิตภัณฑ์เรือนจำจังหวัด ศาลากลาง
จังหวัด ศูนย์ราชการจังหวัด องค์การบริหารส่วน
จังหวัด และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กฯ ในช่วงปี

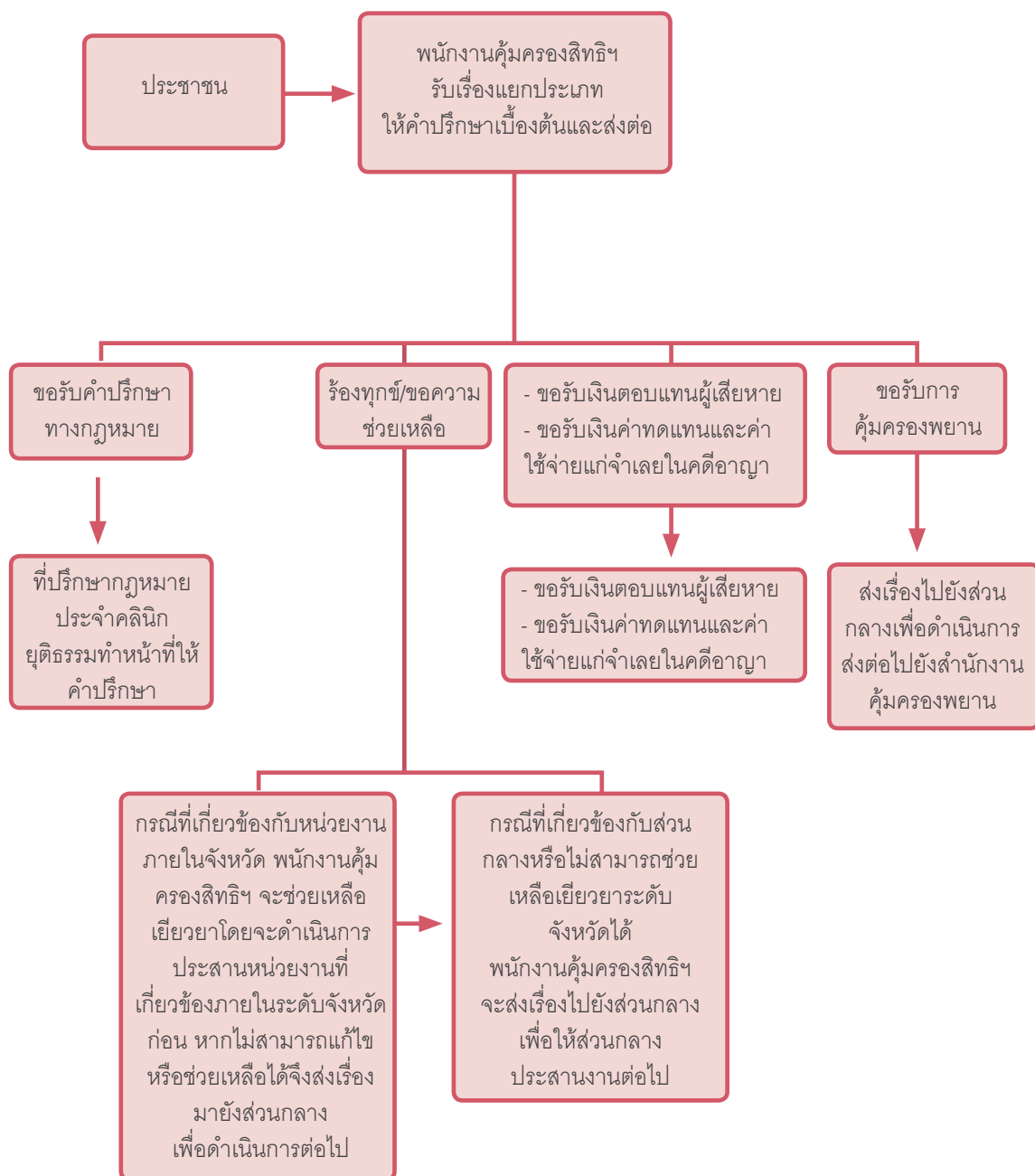
งบประมาณ 2551 (ตุลาคม 2550-กันยายน2551)
มีผู้สูงอายุมาใช้บริการคลินิกยัติธรรมรวม 488 ราย
โดยผู้สูงอายุชายมาใช้บริการมากกว่าผู้สูงอายุหญิง
(ตารางที่ 5.10)

ตารางที่ 5.10 สรุปรายงานการให้บริการคลินิกยัติธรรมของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)
ปีงบประมาณ 2551

เพศ	พ.ศ.2550			พ.ศ.2551									รวม
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
ชาย	30	21	19	24	32	26	30	22	26	35	23	21	309
หญิง	19	13	22	11	18	9	27	16	9	15	7	13	179
รวม (ราย)	49	34	41	35	50	35	57	38	35	50	30	34	488

ภาพที่ 5.1

ขั้นตอนการดำเนินการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายและรับเรื่องราวร้องทุกข์ของผู้สูงอายุ การดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่มาขอรับบริการของคลินิกยุติธรรมจังหวัด



บทที่ 6
ศักยภาพของผู้สูงอายุ





ศักยภาพของผู้สูงอายุ*

“ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” (Active Ageing) จากแนวคิดของนักวิชาการไทย 5 คน ได้แก่ บรรลุ ศิริพานิช สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ศรีสว่าง พัววงแพทย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และประเวศ วะสี ระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี มีความคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลตนเองได้ พึ่งตนเองได้ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม ได้รับความเคารพสนับสนุนจากครอบครัวมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ชุมชน และสมาชิกอื่นในสังคม

ศักยภาพของผู้สูงอายุอาจพิจารณาได้จากกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ ได้แก่ การทำกิจกรรมหรือเป็นผู้นำทาง การเมือง วัฒนธรรม กิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม การเป็นวิทยากรเพื่อเผยแพร่ภูมิปัญญาและความรู้

ของตนสู่บุคคลที่สนใจ การให้คำแนะนำปรึกษา ซึ่งการที่ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขได้นั้น จะต้องพยายามรักษาระดับของกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ กิจกรรมและบทบาทใดๆ ของบุคคลที่ถูกผลักดันให้เลิกกระทำ จะต้องมียุทธศาสตร์ใหม่ๆ มาทดแทน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้แสดงศักยภาพของตนเพื่อพัฒนาตน และพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป

ดังนั้น หากนำความหมายนี้ มาพิจารณานำเสนอในประเด็นของศักยภาพผู้สูงอายุแล้ว ศักยภาพผู้สูงอายุจึงมีความหมายครอบคลุมความสามารถด้านการบริหาร การมีส่วนร่วมทางสังคม และกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญา ที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและประเทศชาติในที่สุด รายละเอียดของศักยภาพผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ.2551 ที่ผ่านมามีดังนี้

* เรียบเรียงโดย ธิดา ศรีไพพรรณ และคณะ สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และพรณทิพย์ เพชรมาก สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

6.1 ศักยภาพผู้สูงอายุด้านการบริการ

6.1.1 ระดับประเทศ

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีศักยภาพในทางการ

เมือง โดยเข้าดำรงตำแหน่งทางการเมืองระดับประเทศได้แก่ สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และคณะรัฐมนตรี โดยมีจำนวนดังนี้

ตารางที่ 6.1 สถิติผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และคณะรัฐมนตรี

ตำแหน่ง	ผู้ดำรงตำแหน่งทั้งหมด	ผู้สูงอายุ 60 ปี	
		จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกวุฒิสภา	150	78	52.00
สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร	465	80	17.20
คณะรัฐมนตรี	21	2	9.52
รวม (คน)	636	160	25.16

ที่มา : สภาผู้แทนราษฎร, วุฒิสภา , 2551.

6.1.2 ผู้สูงอายุที่เป็นกรรมการระดับชาติ

ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความสามารถส่วนหนึ่งได้รับหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุทั่วประเทศในการดำเนินงานเชิงนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยเข้าเป็นคณะกรรมการระดับชาติ เป็นที่ปรึกษาทางการเมือง และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มาจาก

หลากหลายสาขาอาชีพ ได้แก่ เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุข ด้านสังคมศาสตร์ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านเศรษฐศาสตร์ รวมทั้งนักธุรกิจที่มีชื่อเสียงและเป็นผู้ที่มีจิตสาธารณะ ในปี พ.ศ.2551 มีจำนวนทั้งสิ้น 426 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 6.2 จำนวน ผู้สูงอายุที่เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาตำแหน่งทางการเมืองและคณะกรรมการระดับชาติจำแนกตามกระทรวง

หน่วยงาน	รวม	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ดำรงตำแหน่งทางการเมือง	คณะกรรมการระดับชาติ
1. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	3	-	1	2
2. กระทรวงการคลัง	8	2	-	6
3. กระทรวงพลังงาน	2	-	1	1
4. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	58	17	5	36
5. สำนักนายกรัฐมนตรี	294	24	13	257
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	23	19	-	4
7. กระทรวงอุตสาหกรรม	21	14	-	7
8. กระทรวงวัฒนธรรม	8	-	-	8
9. กระทรวงยุติธรรม	9	9	-	-
รวม (คน)	426	85	20	321

6.1.3 ระดับภูมิภาค-ท้องถิ่น

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพส่วนใหญ่สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมโดยผ่านกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งนี้ มีสถิติผู้สูงอายุที่รวมตัวกันเพื่อแบ่งทุกข์ แบ่งสุข มีการเรียนรู้ร่วมกัน หรือประสานเชื่อมโยงกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และพัฒนาไปสู่ความร่วมมือทำกิจกรรมอื่นร่วมกัน ได้แก่ การทำกิจกรรมอันเป็นการเสริมศักยภาพให้กับตนเอง และให้ผู้สูงอายุในชุมชน จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้มีการดำเนินการสนับสนุน/พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ตามแผนปฏิบัติการ 4 ปี (พ.ศ.2551-2554) มีชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุที่ได้รับประกาศเกียรติคุณในการดำเนินกิจกรรมดีเด่น จำนวน 281 ชมรม จาก 75 จังหวัด นอกจากนี้ จากการรายงานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 ระบุว่า มีจำนวนเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ 19,473 ชมรม โดยชมรมเหล่านี้ ได้มีผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นประธานและคณะกรรมการเพื่อบริหารชมรม ชมรมละไม่น้อยกว่า 10 คน จึงประมาณว่ามีผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่บริหารระดับภูมิภาคและท้องถิ่น จำนวน 194,730 คน ซึ่งนับว่า ผู้สูงอายุได้พัฒนาและใช้ศักยภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและส่วนรวมเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ ตามที่ได้กล่าวไปแล้วในเนื้อหาบทที่ 3 เรื่อง การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุว่า กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีการดำเนินการเพื่อสนับสนุน/พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ทั้งด้านวิทยากร คู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ซึ่งได้การคัดเลือกชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมดีเด่น ในปี พ.ศ.2551 มีชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุระดับเขตที่ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณทั้งสิ้น จำนวน 76 ชมรม จาก

ตารางที่ 6.3 จำนวนชมรมเครือข่ายปี พ.ศ.2551

ภูมิภาค	ปี พ.ศ.2551 จำนวน/ ชมรม	ผู้บริหาร เฉลี่ย 10 : 1 ชมรม
กรุงเทพมหานคร	327	3,270
ภาคกลาง	1,939	19,390
ตะวันออกเฉยงเหนือ	8,876	88,760
ภาคเหนือ	6,954	69,540
ภาคใต้	1,377	13,770
รวม	19,473	194,730

ที่มา : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ, 2551.

69 จังหวัด และมีชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับโล่เกียรติคุณแล้ว รวมทั้งสิ้น จำนวน 281 ชมรม จาก 75 จังหวัด ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสามารถขยายผลการเรียนรู้ไปสู่ชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ในแต่ละจังหวัดและภูมิภาคได้ต่อไป

6.2 ศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ในลักษณะของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ริเริ่มหรือเข้าร่วมการใช้ความรู้และการเผยแพร่ความรู้ให้เป็นประโยชน์นั้น สามารถกระทำได้ในหลากหลายลักษณะ ตั้งแต่การใช้ความรู้เพื่อสร้างองค์ความรู้ ได้แก่ การเป็น ราชบัณฑิตซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาใดวิชาหนึ่ง และได้แสดงความสามารถในการปฏิบัติงานจนมีชื่อเสียงเกียรติคุณเป็นที่ประจักษ์ในวิชาการ ศิลปะหรือวิชาชีพนั้น จนได้รับการคัดเลือกให้เป็น ราชบัณฑิต ในปี พ.ศ.2551 มีผู้สูงอายุที่เป็นราชบัณฑิต จำนวน 85 คน ในสาขาวิชาต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้มีบทบาทและใช้ศักยภาพใน

การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล ให้เกิดประโยชน์ด้านการศึกษาศึกษาของประเทศ ดังนี้

ตารางที่ 6.4 จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นราชบัณฑิต จำแนกตามสาขาวิชา

สาขา	จำนวน
1. ปรัชญา	7 คน
2. สังคมศาสตร์	17 คน
3. วิทยาศาสตร์กายภาพ	11 คน
4. วิทยาศาสตร์ชีวภาพ	5 คน
5. วิทยาศาสตร์ประยุกต์	10 คน
6. วิทยาศาสตร์สุขภาพ	15 คน
7. วรรณศิลป์	11 คน
8. สถาปัตยกรรมศาสตร์	4 คน
9. วิศวกรรมศาสตร์	5 คน
รวม	85 คน

ที่มา: ราชบัณฑิตยสถาน

6.3 ศักยภาพด้านการอนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญา

การอนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ ได้ปรากฏตามโครงการของหน่วยงานต่างๆ ดังนี้

6.3.1 วุฒิสภาและสภาวัฒนธรรม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) มีฐานะเป็นหน่วยทะเบียนกลางธนาคารสมอง มีหน้าที่รวบรวมข้อมูล จัดทำบัญชีหรือทำเนียบผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกเป็นรายสาขา ให้ตรงตามความต้องการในการพัฒนาประเทศ

ปี พ.ศ.2551 มีผู้เกษียณอายุจากภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนผู้ทรงภูมิปัญญา (ท้องถิ่น) แสดงความจำนงค์สมัครเป็นวุฒิสภาและสภาวัฒนธรรม

จำนวน 3,236 คน สศช. ได้บันทึกข้อมูลประวัติ วุฒิสภา โดยจำแนกตามประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญและความสนใจที่จะให้ความช่วยเหลือสาขาการพัฒนาต่างๆ รวม 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการเกษตร ด้านการศึกษา ด้านพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านการปกครอง การเมือง กฎหมาย ด้านบริหารจัดการ และบริหารธุรกิจ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ด้านศิลปวัฒนธรรมและศาสนา

บทบาทวุฒิสภาธนาคารสมองที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นวิทยากร การเป็นที่ปรึกษาในโครงการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงภาคประชาชน เป็นคณะทำงาน เป็นผู้ประเมินภายนอก เพื่อประเมินคุณภาพของโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ เป็นอาสาสมัคร เป็นอาจารย์พิเศษ การรับบทบาทเป็นผู้รณรงค์เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ เป็นผู้พิพากษาสมทบ เป็นกรรมการและประธานกรรมการการเลือกตั้งในพื้นที่เขตการเลือกตั้ง

6.3.2 โครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ

ในภาคชนบทมีผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาในด้านต่างๆ อาทิ การพัฒนาสังคมและจัดสวัสดิการชุมชน เกษตรกรรม งานอาชีพ ศิลปหัตถกรรม งานประดิษฐ์ ด้านศาสนา วัฒนธรรม ภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ตลอดจนนวัตกรรมจากภูมิปัญญาอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุได้คิดค้นหรือประมวลทักษะชีวิตขึ้นจากสภาพแวดล้อมเป็นจำนวนมาก สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุมีภารกิจด้านการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุน สถานภาพบทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาต่างๆ ขึ้นเป็นทะเบียนกลางของ

ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อเป็นคลังปัญญา ผู้สูงอายุซึ่งจะนำไปสู่การถ่ายทอดแก่ชุมชน ภูมิปัญญาก็จะไม่สูญหาย สามารถอนุรักษ์ศิลปะ ความชำนาญ พื้นฟูความรู้สืบต่อยังคนรุ่นต่อไป ไม่สิ้นสุด ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ ชุมชนจะได้รับประโยชน์ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนา สังคม

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในสาขาความรู้ต่างๆ พร้อมมีจิตอาสาสมัครช่วยพัฒนาสังคม โดยขึ้นทะเบียน ถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่ชุมชน 13 จังหวัด เป็นหญิง 1,279 คน เป็นชาย 3,811 คน รวมทั้งสิ้น 5,090 คน ใน 22 สาขาองค์ความรู้เกิดกลุ่มเรียนรู้ภูมิปัญญา จำนวน 194 โครงการ และจัดระบบไว้ในฐานข้อมูล wisdom.opp.go.th

6.3.3 กรมตรวจบัญชีสหกรณ์

กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ได้เริ่มรับสมัคร อดีตข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ที่เกษียณอายุราชการแล้ว และมีคุณสมบัติเป็นไปตามที่ กรมตรวจบัญชีสหกรณ์กำหนดมาอบรม และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ชำนาญงานตรวจสอบบัญชีตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 เพื่อสามารถรับงานตรวจสอบบัญชี สหกรณ์ที่จัดจ้างผู้สอบบัญชีภาคเอกชน อัน เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพ ความรู้ ประสบการณ์ สร้างรายได้ให้ตนเองและครอบครัว รวมทั้งจะได้รับการอบรม สัมมนา เป็นประจำทุกปี เพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการประกอบ อาชีพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่เป็นอดีต ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ได้รับการส่งเสริม การใช้ความรู้ ประสบการณ์ ภูมิปัญญา สร้างรายได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดการองค์

ความรู้ การสร้างอาชีพของผู้สูงอายุอย่างเป็น ระบบจำนวน 32 ราย ซึ่งแยกตามปีได้ดังนี้

ตารางที่ 6.5 จำนวนผู้สูงอายุที่ผ่านการขึ้นทะเบียน เป็นผู้สอบบัญชีสหกรณ์

ปี พ.ศ.	จำนวน
2540	24 ราย
2548	12 ราย
2551	4 ราย

ที่มา : กรมตรวจบัญชีสหกรณ์

6.3.4 กระทรวงศึกษาธิการ

- ข้าราชการเกษียณของกระทรวง ศึกษาธิการได้ร่วมกันถ่ายทอดความรู้ และ ประสบการณ์ให้กับผู้เรียน ในระดับประถมศึกษา (ป.6) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) ระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ในการศึกษาชั้น พื้นฐานของกระทรวงศึกษาธิการ

- ข้าราชการเกษียณของกระทรวง ศึกษาธิการได้ร่วมในการจัดทำหลักสูตรสถาน ศึกษา โดยมีบทบาทเป็นวิทยากรในหลักสูตรที่ ผู้สูงอายุมีความชำนาญเชี่ยวชาญ ได้แก่ การเล่น ดนตรีพื้นเมือง เพลงพื้นเมือง ร่วมกับสำนักงาน คณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)

- ข้าราชการเกษียณของกระทรวง ศึกษาธิการได้ร่วมในการจัดทำหลักสูตรระยะสั้น และร่วมเป็นวิทยากรในหลักสูตรที่ผู้สูงอายุมี ความชำนาญ เช่น การต่อเรือจิว การสานปลา ตะเพียน เป็นต้น ของสำนักงานคณะกรรมการ การอุดมศึกษา (สกอ.)

6.3.5 กรุงเทพมหานคร

ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาและถ่ายทอดภูมิปัญญา โดยแต่ละเขตในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกมาเพียงเขตละ 1 คน ดังนั้น ในปี

พ.ศ.2551 จึงมีผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการถ่ายทอดภูมิปัญญา จำนวน 50 คน

โดยภาพรวมปี พ.ศ.2551 มีผู้สูงอายุเข้าร่วมถ่ายทอดภูมิปัญญา ดังรายละเอียดตามตารางดังนี้

ตารางที่ 6.6 จำนวนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุจำแนกตามหน่วยงานในปี พ.ศ.2551

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวน (คน)	หมายเหตุ
1	วุฒิสภาสภานาครสมอง	3,236	ตั้งแต่เริ่มต้นถึงปัจจุบัน
2	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	1,265	
3	กรุงเทพมหานคร	50	เขตละ 1 คน
4	กระทรวงศึกษาธิการ	282	
5	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ	5,090	194 โครงการ (ข้อมูล ณ วันที่ 25 ก.พ. 52)
6	สมาคมคลังปัญญาอาวุโส	117	
7	กรมตรวจบัญชีสหกรณ์	4	ตั้งแต่ปี 2540 รวม 32 ราย

6.4. การได้รับการยกย่องเชิดชูจากสังคม

6.4.1 การได้รับการประกาศสดุดีเกียรติคุณเป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ วันผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มีการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม โดยผู้สูงอายุท่านนั้นต้องเป็นผู้มีความประพฤติดี มีคุณธรรม จริยธรรม ยึดมั่นและเทิดทูนในสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ มีการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง สนใจใฝ่เรียนรู้อยู่เป็นนิจ วางตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมโดยธรรม และปฏิบัติหน้าที่เป็นประโยชน์เป็นที่ ประจักษ์แก่สังคมและเป็นตัวอย่างแก่สาธารณชนได้ ซึ่ง นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว เป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ ในปีพ.ศ.2551

6.4.2 การเป็นศิลปินแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติได้จัดทำโครงการศิลปินแห่งชาติมาตั้งแต่พุทธศักราช 2527 เพื่อสรรหา ส่งเสริมสนับสนุนและช่วยเหลือศิลปินผู้สร้างสรรค์ ผลงาน ศิลปะล้ำค่า อันทรงคุณค่าของแผ่นดินยกย่องเชิดชูเกียรติเป็นศิลปินแห่งชาติโดยมีสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติเป็นผู้พิจารณาบุคคลผู้เป็นศิลปินแห่งชาติล้วนเป็นผู้สูงอายุทั้งสิ้นถือเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญทางด้านศิลปะ ที่ได้สืบสานงานศิลปะของชาติ เป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาของบรรพบุรุษในอดีตให้มีความรุ่งโรจน์มาสู่ปัจจุบันสืบไปยังอนาคตข้างหน้าสาขาศิลปินแห่งชาติ มี 4 สาขา ได้แก่ สาขาศิลปะทัศนศิลป์ (Visual Art) สาขาศิลปะสถาปัตยกรรม (Architecture) สาขาวรรณศิลป์ (Literature) และ สาขาศิลปะ

การแสดง (Performing Art) โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้วันที่ 24 กุมภาพันธ์ ของทุกปี เป็น “วันศิลปินแห่งชาติ” ปี พ.ศ.2551 มีศิลปินแห่งชาติ 7 คน ใน 3 สาขา (<http://art.culture.go.th/index.php?case=aboutUs>) ดังนี้

ตารางที่ 6.7 ศิลปินที่ได้รับรางวัลในวันศิลปินแห่งชาติ

สาขา	ศิลปินแห่งชาติ
1. สาขาทัศนศิลป์	รศ.อิทธิพล ตั้งโฉลก (จิตรกรรม)
2. สาขาวรรณศิลป์	นายอดุล จันทศักดิ์
3. สาขาศิลปะการแสดง	
- ดนตรีไทยสากล - ขับร้อง	หม่อมราชวงศ์ถนัดศรี สวัสดิวัตน์
- นาฏศิลป์-โขน	นายประสิทธิ์ ปิ่นแก้ว
- ดนตรีสากล	พลเรือตรีวระพันธ์ วอกลาง
- คีตกศิลป์	นายศิริ วิชเวช
- นักแสดงภาพยนตร์ และละครโทรทัศน์	นายกรังศักดิ์ เทียมเสวต (สรพงศ์ ชาตรี)

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม

6.4.3 การได้รับรางวัลระดับนานาชาติ

การส่งเสริม ยกย่องเชิดชูเกียรติคุณผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่ได้ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ ถือได้ว่าเป็นให้เกียรติและเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้สูงอายุและอนุชนรุ่นหลัง โดยผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลแมกไซไซประจำปี พ.ศ.2551 คือ รศ.นายแพทย์เทอดชัย ชีวะเกตุ วัย 68 ปี เลขาธิการมูลนิธิชาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จากผลงานแขนขาเทียมราคาถูก เป็นหนึ่งในผู้ได้

รับรางวัลอันทรงเกียรติสาขาศาณิการัฐกิจ จากความพยายามอุทิศตนเพื่อจัดหาแขนเทียมขาเทียมที่ราคาไม่แพง สามารถใช้งานได้ และสะดวกสบายแก่ผู้พิการที่ยากจนในประเทศไทย ซึ่งนับว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพคนหนึ่งเช่นกัน

6.5. คุณค่าและศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน

มุมมองต่อผู้สูงอายุในชุมชนมีทั้งที่มองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้อาวุโสที่มีคุณค่าของครอบครัวและชุมชน เป็นคลังปัญญาที่คอยให้คำแนะนำปรึกษาในกิจการต่างๆ ถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ให้กับคนรุ่นหลัง ในขณะที่ในอีกด้านหนึ่งผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นภาระที่ครอบครัวและสังคมต้องดูแล และโดยเฉพาะปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ยากไร้หรืออยู่ตามลำพัง ขาดผู้ดูแลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวทางการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในช่วงที่ผ่านมาส่วนใหญ่นำมาใช้ในการจัดสวัสดิการโดยหน่วยงานด้านการสงเคราะห์ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากลำบาก ผ่านเกณฑ์การพิจารณาว่าสมควรได้รับการช่วยเหลือ รวมทั้งการจัดให้ผู้สูงอายุที่ยากไร้เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ต่อมาการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มีกว้างขึ้นผ่านช่องทางเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้จัดสรร ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และเพิ่มจาก 300 บาทเป็น 500 บาทต่อเดือน จนกระทั่งปัจจุบันที่รัฐบาลได้มีนโยบายจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอย่างทั่วหน้า โดยไม่ต้องมีผู้มาตัดสินว่าจะให้หรือไม่ให้ใคร ซึ่งถ้าสามารถจัดได้อย่างต่อเนื่องก็จะทำให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศได้มีหลักประกันรายได้พื้นฐานในการดำรงชีพ แต่ก็มีคำถามถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ทางการเงินงบประมาณ ในขณะที่เดียวกันก็ได้มีการศึกษาเรื่องระบบบำนาญหรือหลักประกันด้านรายได้ของ

ผู้สูงอายุกันอย่างหลากหลายเพื่อที่จะพัฒนาเป็น
ข้อเสนอระดับนโยบายกันต่อไป

จากประสบการณ์ในช่วงที่ประเทศไทย
ประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี พ.ศ.2540
ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้อาวุโสในชุมชน และหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง ได้หันมาทบทวนเรื่องระบบการช่วย
เหลือเกื้อกูลที่เคยมีอยู่ในชุมชน หรือโครงข่ายการ
คุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net) ที่มีอยู่ใน
สังคมไทยก็พบว่ามีความเป็นเครือญาติ ชุมชน
ทุนทางสังคมในด้านต่างๆ สามารถช่วยรองรับแรง
กระแทกจากภายนอกได้เป็นอย่างดี ทำให้มีการ
ฟื้นฟูระบบคุณค่าทุนทางสังคมที่มีอยู่มาช่วยเหลือ
เกื้อกูลกันในลักษณะของการจัดสวัสดิการชุมชน
จากฐานทุนด้านต่างๆ ที่มีอยู่ของชุมชน เช่น การ
จัดสวัสดิการจากฐานกลุ่มออมทรัพย์/ องค์การการ
เงิน วิสาหกิจชุมชน หลักการทางศาสนา การจัดการ
ทรัพยากร ฯลฯ ซึ่งผู้อาวุโสหรือผู้สูงอายุในชุมชน
เป็นผู้ที่ช่วยถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีคุณค่าเหล่านี้

ในช่วงปี พ.ศ.2543 สำนักงานพัฒนา
ชุมชนเมือง ได้รับงบประมาณ 80 ล้านบาท จาก
โครงการแก้ไขปัญหาคนจนในเมืองในภาวะวิกฤต
ซึ่งได้นำมาจัดเป็นกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ
จังหวัดละ 1 ล้านบาท กองทุนดังกล่าวได้ทำให้
เครือข่ายผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ ได้มีการประสาน
เชื่อมโยง คิดค้นรูปแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ
อย่างหลากหลาย ได้แก่ การจัดเป็นกองทุน
หมุนเวียนให้ผู้สูงอายุหรือลูกหลานกู้ยืมไปลงทุน
ไปลงทุนนำดอกผลมาจัดเป็นสวัสดิการผู้สูงอายุ
การเปลี่ยนจากกองทุนเป็นสินทรัพย์ โดยนำเงิน
กองทุนไปซื้อสวนยาง สวนปาล์ม ลงทุน ทำหอพัก
ร้านค้า ทำให้สามารถนำรายได้/ผลกำไรมาจัด
สวัสดิการผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน และพื้นที่ดังกล่าว
ได้กลายเป็นศูนย์กลางที่ทำให้ผู้สูงอายุ เยียวชน

และกลุ่มวัยต่าง ๆ ไม่มาทำกิจกรรมร่วมกัน เกิด
การถ่ายทอดภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุสู่ลูกหลาน
รวมทั้งนำบางส่วนมาเป็นเงินให้เปล่าสำหรับผู้
สูงอายุที่ยากไร้ ฯลฯ ซึ่งผลการจัดกองทุนผู้สูงอายุ
ใน 71 จังหวัด ได้ทำให้มีผู้สูงอายุได้รับประโยชน์
โดยตรง 28,667 ราย และรับประโยชน์โดยอ้อมใน
ฐานสมาชิกเครือข่าย 104,495 คน ประโยชน์ที่ได้
รับ ได้แก่ เบี้ยยังชีพ เงินกู้ยืมเพื่อการลงทุน การ
จัดกิจกรรมผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆ ซึ่งจากการ
ดำเนินการกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้สะท้อน
ให้เห็นว่าการสนับสนุนงบประมาณที่เป็นกองทุน
แบบยืดหยุ่น ได้ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกลุ่มคนมา
ร่วมกันคิดรูปแบบการจัดสวัสดิการได้อย่างหลาก
หลาย เกิดการทำงานร่วมกันทั้งในส่วนของ
ผู้สูงอายุและลูกหลาน

จากประสบการณ์ดังกล่าวได้ทำให้
ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มาคิดร่วมกัน
ต่อว่าถ้าหากชุมชนได้ร่วมกันจัดสวัสดิการชุมชน
โดยใช้พื้นที่ตำบล หมู่บ้านเป็นตัวตั้งจะทำให้เกิด
สวัสดิการกับคนทุกกลุ่มในชุมชน เกิดการทำงาน
ร่วมกันโดยไม่แยกช่วงวัย เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูล
กันภายในชุมชน ผู้นำชุมชนอาวุโสและเครือข่าย
สวัสดิการผู้สูงอายุหลายแห่งจึงได้มีบทบาทสำคัญ
ในการไปหนุนให้เกิดกองทุนสวัสดิการชุมชนใน
ระดับตำบล ซึ่งปัจจุบันได้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการ
ชุมชนระดับตำบลแล้ว 3,076 ตำบล ซึ่งจากข้อมูล
กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล 2,507 แห่ง มี
สมาชิกรวม 855,702 ราย เงินกองทุนรวม 659.86
ล้านบาท แยกเป็นเงินที่มาจากสมาชิก 544.92 ล้าน
บาทหรือร้อยละ 82 มีการจัดสวัสดิการสำหรับ
สมาชิกและผู้ยากลำบากในชุมชน ครอบคลุม
ตั้งแต่การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ได้แก่ เด็กเกิดใหม่
ทุนการศึกษา ค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วย อาชีพ

บำนาญ ฌาปนกิจ และสวัสดิการด้านต่างๆ ตามข้อตกลงร่วมกันและความพร้อมของกองทุนที่มี ซึ่งผู้มีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดกองทุนเหล่านี้ ขึ้นมาส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ จากติดตามความ คืบหน้าของสวัสดิการผู้สูงอายุระดับจังหวัดเดิม และการขับเคลื่อนสวัสดิการชุมชนโดยที่ผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญ สามารถประมวลภาพคุณค่าและ ศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างเช่น

สรุป ยอดแก้ว กับกองทุนสวัสดิการลดรายจ่ายวันละบาทเพื่อสร้างระบบบำนาญภาคประชาชน

ครูชบ ยอดแก้ว ซึ่งปัจจุบันอายุ 75 ปี เป็นผู้สูงอายุที่มีความมุ่งมั่นว่าจะทำอะไรที่จะ ทำให้คนในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในภาคเกษตร และคนยากจนที่ไม่มีโอกาสได้รับสวัสดิการจากราชการ หรือประกันสังคมได้มีสวัสดิการ และ บำนาญเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป จึงได้เริ่มส่งเสริมให้ คนทุกช่วงวัยได้ร่วมกันลดรายจ่ายวันละบาทเพื่อ จัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนในระดับตำบล จาก ปี พ.ศ.2548 จนถึงปี พ.ศ.2552 ได้มีการจัดตั้ง กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลในจังหวัดสงขลาไป แล้ว 131 ตำบล/เทศบาล จากจำนวนตำบล/เทศบาล ทั้งหมด 140 แห่ง สมาชิกกองทุนรวมกันถึง 109,414 รายเงินกองทุนรวม 52 ล้านบาท ซึ่งการ มีกองทุนสวัสดิการชุมชนในระดับตำบลและการ เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายในระดับจังหวัดที่มีการ ประชุมพบปะกันทุกวันที่ 16 ของเดือนเป็นผลงาน ที่มาจากคณะทำงานสวัสดิการซึ่งเป็นผู้สูงอายุ เกินครึ่งหนึ่งของจำนวนคณะทำงานทั้งหมด ครู ชบเล่าให้ฟังว่าการที่ผู้อาวุโสหรือผู้สูงอายุเป็นผู้ไป ชักชวนให้จัดตั้งกองทุนสวัสดิการจะสามารถทำได้ ง่ายเพราะผู้สูงอายุมีลูกหลานและความน่าเชื่อถือ

รวมทั้งเป็นการชวนคุยให้เกิดการเตรียมการเป็น ผู้สูงอายุโดยให้มีการออมตั้งแต่วัยเด็กและวัย ทำงาน ซึ่งครูชบเห็นว่าการออมเพื่อการชราภาพ หรือการสร้างหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุ ในชุมชนไม่ควรแยกส่วนจากกองทุนสวัสดิการ ชุมชน เพราะถ้าแยกส่วนออกไปอาจมีผู้สูงอายุที่ ยากจนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าสู่ออมในระบบ อื่นได้ แต่ถ้าเป็นการลดรายจ่ายเพียงวันละบาท รวมทั้งการนำเอาเงินเบี้ยยังชีพมาจ่ายเข้ากองทุน สวัสดิการจะทำให้ผู้สูงอายุที่ ยากจนได้รับ สวัสดิการด้านต่างๆ ตามข้อตกลงร่วมกันของ สมาชิกกองทุน รวมทั้งผู้สูงอายุจะได้มีการทำ กิจกรรมร่วมกับคนช่วงวัยอื่นๆ ช่วยถ่ายทอด ประสบการณ์ ภูมิปัญญา สู้ลูกหลาน เกิดความ ภาคภูมิใจและถือเป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง

ในพื้นที่จังหวัดสงขลาได้มีปราชญ์ชาว บ้านอาวุโส ซึ่งได้คิดค้นสิ่งดีๆ เพื่อชุมชนอีกหลาย ท่าน เช่น ลุงอัมพร ด้วงปาน แห่งกลุ่มออมทรัพย์ คลองเปียะซึ่งมีเงินออมกว่าสองร้อยล้านบาท และมีการจัดสวัสดิการที่ครอบคลุมในทุกๆ เรื่อง ได้ริเริ่มโครงการปลูกต้นไม้ไว้ให้ลูกหลาน ซึ่งทำให้ ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายโดยการปลูกต้นไม้แทรก ในสวน เพิ่มพื้นที่สีเขียวในชุมชน และสะสมทุนที่ เป็นต้นไม้ให้ลูกหลานได้นำไว้ใช้ต่อไป ลุงเคล้า แก้วเพชร ที่ได้ตั้งกลุ่มออมทรัพย์ที่มีการเติบโต อย่างต่อเนื่องและกองทุนสวัสดิการด้านต่างๆ ที่ ครอบคลุมวิถีชีวิต ได้นำเงินผลกำไรจากกลุ่มออม ทรัพย์มาสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุปลูกผัก เลี้ยง วัว ฯลฯ ที่ทำให้ได้ออกกำลังกาย และมีกิจกรรม ร่วมกันเช่นจ่ายเงินสวัสดิการเพียงเล็กน้อยแต่ให้ มารับในวันพระและนำอาหารมาถวายพระและรับ ประทานร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วม กัน

ชมรมผู้สูงอายุสิงห์บุรีกับการหนุนช่วย การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเดิมจังหวัด สิงห์บุรี

ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสิงห์บุรีเป็นเครือข่ายผู้สูงอายุในจังหวัดเล็กๆ แต่มีสมาชิกถึง 16,000 คน เครือข่ายผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นมุ่งมั่นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุและขยายเรื่องกองทุนสวัสดิการชุมชนให้ครอบคลุมทุกตำบล ใน จ.สิงห์บุรี โดยคุณศิวกรวิศิษฐ์ อ่วมปวนผู้ประสานงานชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนนำสำคัญที่เปิดบทบาทกรรมการชมรมผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุตำบลต่างๆ ตำบลละ 2 คนให้เป็นผู้ไปส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนระดับตำบลขึ้น โดยเริ่มดำเนินการประมาณปลายปีพ.ศ.2547 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนอำเภอละ 1 ตำบล เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบ และขยายการทำงานไปยังตำบลอื่นๆ ปัจจุบันสามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนได้ 43 ตำบลและหนึ่งเทศบาลซึ่งครอบคลุมทุกตำบลในจังหวัด จากการที่ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการส่งเสริมการพัฒนาสวัสดิการในตำบล จึงทำให้หลายตำบลมีฐานการพัฒนาสวัสดิการหรือการก่อเกิดของกองทุนมาจากกลุ่มกิจกรรมหรือชมรมผู้สูงอายุ แล้วขยายสู่กลุ่มช่วงวัยต่างๆ ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลาน นอกจากการจัดสวัสดิการสมาชิกโดยใช้เงินกองทุนสวัสดิการ ยังได้มีการเชื่อมโยงการทำงานในระดับจังหวัด เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รายงานผลการทำงานของกองทุนต่างๆ รวมทั้งการหนุนเสริมการทำงานระหว่างกัน โดยมีผู้แทนจากตำบลละ 2 คน มาเป็นคณะกรรมการ และกองทุนในระดับตำบลจะตัดเงินกองทุนส่วนหนึ่งมาสมทบเป็นกองทุนกลางของจังหวัด เพื่อใช้ในการดำเนินงาน

ของคณะกรรมการ และจากที่ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในคณะกรรมการระดับจังหวัด จึงทำให้เรื่องการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการเป็นเรื่องหนึ่งที่ถูกนำมาหารือในการประชุมร่วมกัน เนื่องจากยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพจาก อบต. เพราะไม่มีทะเบียนบ้านในตำบล ดังนั้น ทางคณะกรรมการระดับจังหวัดจึงขอให้กองทุนสวัสดิการชุมชนในระดับตำบลจัดสวัสดิการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ตามความสามารถของแต่ละกองทุน รวมถึงการไปประสานกับผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และ อบต. เพื่อให้การรับรองว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นจริง ซึ่งที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ได้รับการรับรองและได้รับเบี้ยยังชีพจาก อบต. แล้วตำบลละ 3-4 ราย การร่วมกับ อบต. ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำเงินเบี้ยยังชีพมาฝากออมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการด้านจากกองทุนในทุกเรื่อง การรับฝากเงินออม/เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ นอกจากการจัดสวัสดิการที่เป็นเงินทุนต่างๆแล้ว ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสิงห์บุรี ยังมีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาให้กับลูกหลานด้วย โดยแต่ละอำเภอของจังหวัดสิงห์บุรี จะมีศูนย์ปราชญ์ชาวบ้านที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการจักสานไม้ไผ่/ของจิว ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของคนตำบลอินทร์บุรี การทำอาหารประจำท้องถิ่น ตามตำนานแม่ครัวหัวป่า ของตำบลหัวป่า สอนการทำเกษตรผสมผสานของตำบลไม้ดัด เป็นต้น

บทที่ 7
| สถานการณ์เด่น
| ของผู้สูงอายุ พ.ศ.2551 |





สถานการณ์เด่น ของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2551

7.1 ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2551 : ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว *

ประกาศสดุดีเกียรติคุณ

ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว

ผู้สูงอายุแห่งชาติ พุทธศักราช 2551

ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เกิดเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พุทธศักราช 2454 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 6 ที่เขตรองเมือง คุณพ่อรับราชการเป็นนักปกครอง ส่วนคุณแม่รับราชการในวังอยู่กับสมเด็จพระพันวษา คนในวังมักเรียกว่า ลูกแม่จ้อย มากกว่าจะเรียก “เสม” คุณหมอเสมเป็นบุตรคนสุดท้องในจำนวนพี่น้อง 5 คน

เมื่อสำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 8 ได้เข้าเรียนต่อในคณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาลแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 8 จากนั้นได้เข้ารับราชการในกรมสาธารณสุข สังกัดกองสุขภาพ ซึ่งต่อมาท่านเป็นคุณหมอเพียงคนเดียวที่ได้รับการคัดเลือกให้ไปปราบอหิวาตกโรค ที่อำเภอสังขละ จังหวัดกาญจนบุรี และที่นั่นเองท่านเป็นคนไทยคนแรกที่ผลิตน้ำเกลือขึ้นเพื่อรักษาคนไข้แก้ไข้ปัญหาอหิวาตกโรค แทนการสั่งซื้อและนำเข้าจากต่างประเทศ ตั้งแต่พุทธศักราช 2460 เมื่อย้ายมาปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ผู้ปกครองที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่ ก็ได้จัดตั้งธนาคารเลือดเป็นแห่งแรกของประเทศ

ปีพุทธศักราช 2494 ท่านได้ย้ายมารับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหญิงหรือโรงพยาบาลราชวิถีในปัจจุบัน และมุ่งมั่นที่จะพัฒนาการแพทย์การสาธารณสุขแก่เด็กและสตรี

* เรียบเรียงโดย ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

ปีพุทธศักราช 2505 ได้ลาออกจากราชการ และมีโอกาสกลับมารับใช้ชาติอีกครั้ง ในฐานะรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยรัฐบาล ฯพณฯ นายสัญญา ธรรมศักดิ์ และในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลต่อๆ มา อีก 5 สมัย ท่านได้วางรากฐาน เพื่อการพัฒนาวงการแพทย์การสาธารณสุขไทย จนเป็นที่ยอมรับในระดับโลก และยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศโดยตรง แม้พ้นจากตำแหน่งรัฐมนตรีแล้ว ท่านยังมีบทบาทในการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษา การเมือง และมูลนิธิต่างๆ

96 ปีที่ผ่านร้อนผ่านหนาว ท่านยังมีสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจที่ดีเยี่ยม หมั่นเรียนรู้ ติดตาม ข่าวสารและแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ต่อสังคมตลอดมา ปัจจุบันท่านใช้ชีวิตอย่างพอเพียงกับลูกหลานในบ้านที่เรียบง่าย โดยมีลูกศิษย์ และผู้ที่รักเคารพท่าน แวะเวียนมาเยี่ยมเยียนอยู่เสมอ ผลงานมากมายที่ฝากไว้ให้แผ่นดินประจักษ์ ได้ด้วยเกียรติคุณที่สังคมมอบไว้ เช่น ปริญญา ดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากสถาบันการศึกษาต่างๆ ได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์จาก พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งครั้งหนึ่งท่านได้ ถวายงานรับใช้ใต้เบื้องพระยุคลบาทอย่างใกล้ชิด

คณะกรรมการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม ประจำปี พ.ศ.2551 ภายใต้ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นายสุธา ชันแสง เป็นประธาน นายแพทย์ บรรลุ ศิริพานิช เป็นรองประธาน จึงมีมติเป็นเอกฉันท์ ในการประชุม เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2551 พิจารณาเห็นสมควรประกาศสดุดีเกียรติคุณแด่ ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ในฐานะผู้สูงอายุแห่งชาติ พุทธศักราช 2551 เพื่อเป็นแบบอย่างให้อนุชนรุ่นหลังเจริญรอยตามสืบไป

7.2 การสร้างระบบการติดตามและประเมินผล แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) **

ระหว่างเดือนธันวาคม 2549 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2551 ได้มีการจัดทำโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ดำเนินงานโดยคณะทำงานของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามดัชนีที่กำหนดไว้ในมาตรการและยุทธศาสตร์ของแผนดังกล่าว (2) เพื่อประเมินกระบวนการทำงานด้านผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ที่ 4 (การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ) (3) วางระบบการติดตามและประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินแผนในระยะต่อไป กรอบระยะเวลาในการติดตามประเมินผลครั้งนี้ คือช่วง 5 ปีแรกของแผน คือ ปี พ.ศ.2545-2549

ผลที่ได้จากการดำเนินโครงการ ประกอบด้วยรายงาน 3 ชิ้น ได้แก่ (1) รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งเป็นการนำเสนอผลการประเมินเป็นรายดัชนี

ทั้ง 60 ดัชนี และผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน (2) คู่มือการสร้างดัชนีเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เป็นคู่มือสำหรับหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในการสร้างและประเมินดัชนีต่างๆ ตามที่กำหนดในแผน ที่มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตน โดยคู่มือจะให้รายละเอียดของแต่ละดัชนีในเรื่องแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสร้างดัชนีและวิธีการคำนวณ และ (3) ระบบกลไกติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เป็นคู่มือที่จะใช้ติดตามประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในภาพรวม สำหรับระยะต่อไปของแผนฯ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานภายในของแต่ละหน่วยงานที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากทั้งแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพประกอบกัน โดยข้อมูลเชิงปริมาณมี 2 ระดับ คือ ระดับจุลภาคและระดับมหภาค

ข้อมูลระดับจุลภาคเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ.2550 แบ่งกลุ่มประชากรเป้าหมายในการจัดเก็บข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ 1) กลุ่มประชากรอายุ 18-59 ปี จำนวน 9,000 ราย เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ 2) กลุ่มประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 30,427 ราย และ 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3,324 ราย

** เรียบเรียงโดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ, อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลในระดับมหภาคประกอบด้วย การสำรวจหมู่บ้านหรือชุมชน การสำรวจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสำรวจเทศบาลนครและเทศบาลเมือง การสำรวจองค์กรทางศาสนา การสำรวจองค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์ การสำรวจการมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ การสำรวจติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ของหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับกลางในส่วนภูมิภาค (องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และเทศบาล) การประชุมระดมความคิดผู้ปฏิบัติงานหลักในกลุ่มงานด้านสุขภาพ ด้านระบบเศรษฐกิจ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านการจัดการศึกษา การวิจัย และระบบฐานข้อมูล และนักวิชาการที่ศึกษาด้านผู้สูงอายุ และจากการสนทนากลุ่มผู้บริหารส่วนท้องถิ่นและผู้สูงอายุ ส่วนข้อมูลทุติยภูมินั้นเป็นข้อมูลจากหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งหมดที่มีการเก็บรวบรวมถูกนำมาใช้สร้างตัวชี้วัดต่างๆ ตามที่มีการกำหนดเป้าหมายในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในช่วง 5 ปีแรก (พ.ศ.2545-2549) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาใช้วิเคราะห์ประเมินกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

7.2.1 ผลการประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามดัชนีชี้วัดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในช่วง 5 ปีแรก (พ.ศ.2545 - 2549) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวลและพัฒนาศักยภาพด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ในแต่ละยุทธศาสตร์จะมีมาตรการต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้โดยมีตัวชี้วัดตามมาตรการต่างๆ ของทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ 57 ดัชนี และดัชนีรวมของแผนผู้สูงอายุอีก 3 ดัชนี รวมทั้งหมด 60 ดัชนี ผลการประเมินดัชนีรวมยุทธศาสตร์ของแผนฯ ซึ่งเป็นดัชนีที่จะวัดผลกระทบของแผนฯ ในรูปของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า โดยรวมแม้ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่นานขึ้น อาจจะไม่ได้อยู่ในภาวะที่ดีหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น กล่าวคือ ระหว่างปี พ.ศ.2545-2550 จำนวนปีที่จะมีชีวิตอยู่อย่างพึ่งพาของประชากรอายุ 80 ปี เพิ่มขึ้น 0.5 ปี เป็น 0.6 ปี ในเพศชาย และ จาก 0.9 ปี เป็น 1.1 ปี ในเพศหญิง และดัชนีคุณภาพภาวะประชากรสูงอายุ (Population Ageing Quality Index, PAX) ซึ่งเป็นผลรวมของจำนวน 12 ดัชนีนั้น พบว่าคุณภาพประชากรสูงอายวยังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ผ่านผลการประเมินเพียง 7 ดัชนี คิดเป็นร้อยละ 58.3

สำหรับผลการประเมินดัชนีตาม 5 ยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุที่ตั้งเป้าผลสรุปในตารางด้านล่างพบว่า จากทั้งหมด 57 ดัชนี จำนวนดัชนีที่ผ่านการประเมินมีร้อยละ 57.9 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่างานด้านผู้สูงอายุในช่วง 5 ปีที่ผ่านมายังมีระดับความ น่าพอใจที่ต่ำ และควรต้องมีการปรับปรุง โดยเฉพาะมาตรการต่างๆ ของยุทธศาสตร์ที่มีจำนวนดัชนีที่ผ่านการประเมินในร้อยละที่ค่อนข้างต่ำ และรายดัชนีที่ยังไม่ผ่านการประเมิน เช่น อัตราการครอบคลุมการประกันยามชราภาพของประชากรอายุ 30-59 ปี ซึ่งอยู่ในมาตรการหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ และสัดส่วนที่มีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุของประชากรอายุ 18-59 ปี ในมาตรการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ในยุทธศาสตร์ที่ 1 (ด้านการเตรียมความพร้อมของ

ประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ) ต่างมีระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายของแผน หรือสัดส่วนผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีแหล่งพึ่งพิงเพียงพอที่ไม่ได้รับสวัสดิการรายได้ ภายใต้มาตรการการคุ้มครองรายได้ของยุทธศาสตร์ที่ 3 (ระบบการคุ้มครองทางสังคม) ซึ่งมีค่าสูงกว่าเป้าหมายของแผนฯ มาก สะท้อนว่าผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวยังมีผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการเกินระดับที่กำหนด อนึ่ง ภาพรวมของการประเมินแผนผู้สูงอายุตามดัชนีของทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ให้ผลที่ค่อนข้างสอดคล้องกับภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 1 (ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ) และยุทธศาสตร์ที่ 3 (ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ) ซึ่งพบว่ายังมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนผู้สูงอายุค่อนข้างมาก

ตารางที่ 7.1 สรุปผลการประเมินดัชนีตาม 5 ยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุ มีดังนี้

ลำดับที่ยุทธศาสตร์	จำนวนดัชนี	จำนวนดัชนีที่:			% ผ่าน
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	มีเงื่อนไข/ ไม่แน่ใจ	
1. การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ	10	5	5	0	50.0
2. การส่งเสริมผู้สูงอายุ	10	6	3	1	60.0
3. ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	26	15	10	1	57.7
4. การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	5	4	0	1	80.0
5. การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลฯ	6	3	1	2	50.0
รวม	57	33	19	5	57.9

7.2.2 ผลการประเมินกระบวนการทำงานด้านผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ที่ 4 (การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ)

การประเมินกระบวนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้น ใช้วิธีการวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อม (SWOT analysis) ซึ่งวิเคราะห์ถึงจุดอ่อน จุดแข็ง ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงาน ตลอดจนการมีข้อเสนอแนะการแก้ไข ปัญหา โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้เสีย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อม (SWOT analysis) ของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้นแยกการวิเคราะห์การประเมินกระบวนการดำเนินงานตามประเภทของงานกับตามหน่วยงานที่ให้บริการ การวิเคราะห์ประเมินตามประเภทของงาน ได้แบ่งประเภทของงานเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านการศึกษาวิจัยและการพัฒนาระบบข้อมูล ส่วนการวิเคราะห์ประเมินตามหน่วยงาน ได้ประเมินกระบวนการดำเนินงานเฉพาะของหน่วยงานหลักในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น หน่วยงานหลักในส่วนกลางที่มีการวิเคราะห์ประเมิน มี 3 หน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ส่วนหน่วยงานหลักในระดับท้องถิ่นที่มีการวิเคราะห์ประเมิน คือ กรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ผลการประเมินการดำเนินงานและวิเคราะห์ศักยภาพในการดำเนินงานตามประเภท

ของงาน 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และด้านการจัดการศึกษา การวิจัยและฐานข้อมูล พบว่า งานส่งเสริมและให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ มีผลการดำเนินงานที่น่าพึงพอใจและมีความก้าวหน้าไปมากกว่างานด้านอื่นๆ จุดเด่นของการดำเนินงานด้านสุขภาพ คือ มีบุคลากรที่เข้าใจในกระบวนการสูงอายุและมีความสามารถสร้างเครือข่าย โดยมีปัจจัยเอื้อหลักต่อการดำเนินงานด้านสูงอายุ ได้แก่ การให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประกอบกับการที่รัฐจัดให้มีระบบประกันสุขภาพแบบทั่วถึง ในขณะที่ด้านเศรษฐกิจเพิ่งจะเริ่มได้รับความสนใจจากรัฐและสังคมมากขึ้นในระยะหลัง จากการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ทำให้มีการตรากฎหมายลูกเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองผู้สูงอายุในมิติทางเศรษฐกิจ ในด้านมิติทางสังคมและวัฒนธรรมนั้น การดำเนินงานอยู่ในระยะเริ่มต้นยังไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น ยังมีผู้สูงอายุและประชากรทั่วไปเพียงส่วนน้อยทราบถึงสิทธิและการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุ สำหรับด้านการจัดการศึกษา การวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูล ในช่วง 5 ปีแรกของแผนผู้สูงอายุนั้น เน้นหนักไปในการจัดบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบ แต่ขาดการพัฒนาหลักสูตรในด้านการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สำหรับชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สำหรับการดำเนินงานด้านการศึกษานั้นพบว่า งานวิจัยด้านผู้สูงอายุมีปริมาณเพิ่มขึ้นมาก รวมทั้งหน่วยงานที่ให้ทุนก็ให้ความสนใจและให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยด้านผู้สูงอายุมากขึ้น งานวิจัยในระยะแรกจะเป็นมิติ

ทางสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ในช่วงหลังเริ่มมีงานวิจัยในมิติทางเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จุดด้อยสำคัญของการดำเนินงานของประเภทงาน 4 กลุ่ม คือการขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานหรือแม้แต่ภายในกระทรวงเดียวกัน แต่ละหน่วยไม่ได้ประสานกัน รองลงมาคือการขาดแคลนบุคลากร งานพัฒนาระบบข้อมูลก็เช่นกัน พบว่า แม้จะมีข้อมูลผู้สูงอายุจำนวนมากแต่ขาดการบูรณาการ ข้อมูลไม่ทันสมัย ขาดการเชื่อมโยง ไม่สามารถนำมาใช้อ้างอิงได้อย่างเป็นระบบ

ผลการวิเคราะห์ประเมินการดำเนินงานของหน่วยงานระดับชาติ คือ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) และระดับหน่วยงานหลักที่รองรับ คือ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาสำคัญของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คือ การให้ความสำคัญเรื่องผู้สูงอายุของทั้งฝ่ายการเมืองและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เท่าที่ผ่านมายังให้ความสำคัญเรื่องผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ส่งผลต่อความสำเร็จและความก้าวหน้าของงานผู้สูงอายุอย่างมาก

ในส่วนของหน่วยงานรองรับภายในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) นั้น มีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) ในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (พส.) และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ทำงานด้านผู้สูงอายุ โดยสทส. ทำหน้าที่เลขานุการของ กผส. และปฏิบัติการกิจด้านวิชาการของกระทรวง พม. ส่วน พส. และ

พมจ. เป็นหน่วยงานที่นำแนวคิดและนโยบายไปปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า ในทางปฏิบัติการแบ่งแยก 3 หน่วยงานดังกล่าวเป็นจุดด้อยของการทำงานด้านผู้สูงอายุ เพราะขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โครงการต่างๆ เป็นโครงการที่ต่างฝ่ายต่างคิด ต่างฝ่ายต่างทำ ในส่วนของพมจ. นั้น เห็นว่าควรจะมีการตั้งกรรมการผู้สูงอายุระดับจังหวัด เป็นหน่วยเชื่อมประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม การมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 นับเป็นปัจจัยเอื้อต่อการทำงานของ สทส. ให้มีทิศทางดีขึ้น อนึ่ง อุปสรรคหนึ่งต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของสทส. คือ การเปลี่ยนแปลงผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการบ่อยครั้ง ทำให้ต้องมีการเรียนรู้ใหม่ ทำให้งานขาดความต่อเนื่อง สำหรับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการของ กผส. ยังมีบทบาทค่อนข้างน้อยในการทำงานรองรับงานประจำของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

สำหรับการประเมินศักยภาพของหน่วยงานหลักในระดับท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นกรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือเทศบาล พบว่า ประเด็นด้านผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจ คือ เรื่องเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ก็มีการดำเนินการตามวาระโอกาส เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คือ นโยบายของผู้บริหารระดับสูง ถ้าผู้บริหารสนใจด้านผู้สูงอายุ งานก็เดินไปได้ด้วยดี ส่วนปัจจัยเอื้อ คือ การมีและสามารถจัดสรรงบประมาณได้ในระดับท้องถิ่นเอง อย่างไรก็ตาม การขาดระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัยของผู้สูงอายุใน

ระดับท้องถิ่นนับเป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้บริการ และการคุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยงานสำคัญในระดับท้องถิ่นที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้บริหาร อบต. และผู้สูงอายุ พบว่า อบต. เป็นองค์กรที่อยู่ในพื้นที่ ใกล้ชิดชาวบ้าน จึงเข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่และผู้สูงอายุได้ดี สามารถทำงานตอบสนองความต้องการได้ดีกว่าหน่วยอื่น หากมีการกำหนดแผนปฏิบัติงานชัดเจน จะทำให้ข้าราชการประจำของ อบต. ดำเนินการด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการบริหารจัดการคือ การจัดลำดับความสำคัญของงานด้านผู้สูงอายุในลำดับท้ายๆ อบต. ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับงานโครงสร้างพื้นฐานมากกว่างานด้านคุณภาพชีวิตและด้านผู้สูงอายุ นอกจากนี้การมีงบประมาณไม่เท่ากัน ระหว่าง อบต. ต่างๆ ทำให้การจัดสวัสดิการหรือการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุทำได้ไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะเรื่องการให้เบี้ยยังชีพ จุดด้อยในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของ อบต. คือ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุที่ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง และการขาดข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลในรายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การทำงาน รายได้ การพึ่งพาตนเอง การได้รับการดูแลจากครอบครัว และภาวะสุขภาพ ฯลฯ การเปลี่ยนตัวผู้บริหารด้วยกระบวนการทางการเมืองก็เป็นจุดอ่อนอีกประการหนึ่งของการดำเนินงานผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น เพราะทำให้แผนงานและนโยบายของผู้บริหารขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ อบต. บางแห่งสนใจประเด็น

ผู้สูงอายุในแง่ของการเป็นฐานเสียงมากกว่าจะมุ่งแก้ไขปัญหา และ อบต. ขาดการทำงานเชิงรุกสนใจแต่ประเด็นเรื่องเบี้ยยังชีพมากกว่าเรื่องอื่นๆ

ภาพรวมของการประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุซึ่งพิจารณากระบวนการดำเนินงานใน 5 มิติ คือ การบริหารจัดการ งบประมาณ บุคลากร ระบบฐานข้อมูล เครือข่ายความร่วมมือ พบว่า จุดเด่นของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความตั้งใจจริง มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากทำให้พัฒนางานด้านผู้สูงอายุได้ในหลายมิติ และสามารถสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ เข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่ นายกและสมาชิก อบต. มาจากการเลือกตั้ง จึงเข้าถึงปัญหาได้ง่าย แก้ไขปัญหาได้ตรงจุดกว่าหน่วยงานอื่น ส่วนจุดด้อยคือ การขาดการบูรณาการในการบริหารจัดการทั้งในแนวดิ่งและแนวนอน ขาดการบูรณาการทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน การทำงานขาด “เอกภาพ” ในแนวดิ่ง การเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น ขาดการประสานในการจัดสรรงบประมาณ การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปอย่างไม่จริงจัง และที่สำคัญคือ การขาดการทำงานเชิงรุก ทั้งยังขาดการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานหรือองค์กรเป็นที่รู้จักของประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุ แม้จะมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุที่กำหนดสิทธิต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ แต่การขาดการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับทราบสิทธิและเข้าถึงสิทธิได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนงบประมาณและกำลังคน

7.2.3 การวางระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุสำหรับช่วง 5 ปีแรกของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ก่อนถึงกำหนดเวลาที่ต้องทำการติดตามและประเมินแผนประมาณ 2 ปี สทส. ในฐานะฝ่ายเลขานุการของกผส. จัดเตรียมหาประมาณการดำเนินงานการติดตามและประเมินแผนให้เพียงพอ กำหนดบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่จะทำหน้าที่ประสานงานการดำเนินงานประเมินแผนผู้สูงอายุ ทำแผนการดำเนินงานติดตามและประเมินผลฯ (work plan)

2. ก่อนถึงกำหนดเวลาที่ต้องทำการติดตามและประเมินแผนประมาณ 1 ปี เลขานุการของกผส. นำเรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเข้าที่ประชุมกผส.

3. คณะอนุกรรมการฯ และสทส. จัดหาหน่วยงานหรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญการประเมินผลและมีความรู้เรื่องผู้สูงอายุ มาเป็นคณะทำงานติดตามและประเมินผลฯ

4. คณะทำงานติดตามและประเมินผลฯ ทำข้อเสนอและแผนงานการทำงานติดตามและประเมินผลฯ (work plan) เสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ และ สทส. แผนงานการทำงานฯ ควรมีระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี คณะทำงานฯ เสนอผลความก้าวหน้าการทำงานต่อคณะอนุกรรมการฯ อย่างน้อย 3 ครั้ง และเสนอผลการติดตามและประเมินผลต่อที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานที่ทำงานด้านผู้สูงอายุและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เพื่อให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะผลการศึกษาวิจัยสำหรับการปรับปรุงรายงานผลการติดตามและประเมินผลฯ

5. คณะอนุกรรมการฯ และสทส. นำรายงานผลการศึกษาเสนอต่อที่ประชุมกผส. เพื่อกผส. นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

โดยสรุป งานด้านผู้สูงอายุ แม้จะมีการกำหนดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ หากในทางปฏิบัติ ยังขับเคลื่อนไปไม่ได้มาก เพราะไม่มีการกำหนดเป็น “วาระแห่งชาติ” ประกอบกับ พรบ. ผู้สูงอายุ ไม่มีการกำหนดบทลงโทษหากไม่มีการปฏิบัติตาม ผู้ปฏิบัติอาจทำได้ไม่ทำก็ได้ ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อยๆ ทำให้นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง ทั้งนักการเมืองในระดับชาติและระดับท้องถิ่นยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และผู้สูงอายุเองก็ขาดพลังในการต่อรองให้รัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องดำเนินการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของตน ภาพรวมผลการประเมินมีข้อเสนอแนะ ต่อไปนี้

1. ควรทำงานเป็นเชิงรุกโดยผลักดันให้แผนผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้ประเด็นผู้สูงอายุได้รับความสนใจ แปลงแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยหน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ โดยมี สทส. เป็นแกนกลาง

2. การกำหนดนโยบายเพื่อผู้สูงอายุทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ไม่ควรเน้นการให้ในรูปของวัตถุ เพราะทรัพยากรของประเทศมีจำกัด อาจไม่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุซึ่งนับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองและดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

3. ควรมีการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เป็นฐาน และกำหนดให้มีเจ้าภาพหลักของการปรับแผน เพื่อเร่งกระบวนการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ด้วยการดึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการคิดและนำไปปฏิบัติ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้สูงอายุโดยผ่านสภาผู้สูงอายุ และองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

4. ในระดับชาตินั้น ควรมีการติดตาม ประเมินผลแผนผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ทุกระยะ 5 ปีของแผน และควรมีการติดตามการ ประเมินผลของหน่วยงานหลัก เช่น กผส. สทส.

5. ควรมีการพัฒนาให้มีการจัดทำระบบ ฐานข้อมูลภายในหน่วยงานหลัก และควรมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สะท้อนถึงลักษณะทาง ประชากรและปัญหาและความต้องการที่สำคัญๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งฐาน ข้อมูลนี้ควรมีในทุกชุมชน และเชื่อมโยงเข้าสู่ส่วน กลางเพื่อให้ได้ภาพรวมของทั้งประเทศ และควร กำหนดให้มีหน่วยงานหนึ่งรับผิดชอบเป็นศูนย์รวม ของข้อมูล เพื่อจะได้เห็นภาพทั้งหมดของผู้สูงอายุ ทั่วประเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการ กำหนดและปรับเปลี่ยนนโยบายและแผนด้าน ผู้สูงอายุ

6. กผส. และหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุ ควรเร่งประชาสัมพันธ์บทบาท อำนาจหน้าที่ และ ผลงานของตนให้สาธารณชนรับทราบ เน้นประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าถึงสิทธิประโยชน์

ต่างๆ ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด ปรับปรุงการทำงานของเลขานุการ กผส. โดยการจัดเป็นคณะเลขานุการ หรือ อนุกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานหลัก อาจ เป็น สทส. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทยร่วมกันเป็นคณะเลขานุการ และช่วยกัน ทำงานติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ประจำและงานตามมติของ กผส. เป็นระยะๆ

7. งานผู้สูงอายุที่ควรเน้นการดำเนินการ ในช่วง 5 ปี ข้างหน้า คือ การสร้างหลักประกันทาง เศรษฐกิจ ส่งเสริมการออมและระบบบำนาญแห่ง ชาติ ให้การศึกษาเกี่ยวกับการสูงอายุ (ageing) ทั้ง ในระบบและนอกระบบโรงเรียน ส่งเสริมให้คนใน สังคมเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ รัฐควร ปรับปรุงสถานที่ต่างๆ ติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้สูงอายุให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถี ชีวิตของผู้สูงอายุไทย เน้น “ความพอเพียง” และ “ความยั่งยืน” ของระบบบริการ

8. ส่งเสริมศักยภาพการทำงานด้าน ผู้สูงอายุของท้องถิ่น โดยจัดให้มีพี่เลี้ยงหรือคณะ ที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเชิงวิชาการและการ บริหารจัดการ

7.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุในรอบปี พ.ศ.2551 จากสื่อมวลชน *

สื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อวิธีคิด วิธีมอง ปัญหาของผู้คนในสังคมอย่างปฏิเสธไม่ได้ ในขณะเดียวกันสื่อก็เป็น ตัวสะท้อนสถานการณ์ และความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในสังคมได้ระดับหนึ่ง การเพิ่ม ขึ้นของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่เกิดขึ้น โดยฝ่ายต่างๆ ในสังคมอาจไม่รับรู้โดยตรง หรือ อาจมีประสบการณ์ร่วมแต่ไม่อาจมองเห็น ภาพรวม การติดตามข่าวที่มีการรายงานในสื่อมวลชน ประเภทต่างๆ จึงอาจสะท้อนทั้งประเด็น และวิธีที่ กลุ่มต่างๆ ในสังคม รับรู้หรือมองสังคมไทยที่ ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

เนื่องจากข้อจำกัดทางเงื่อนไขเวลา และ ทรัพยากรรายงานในปีนี้จะรวบรวมและวิเคราะห์ ข่าวต่างๆ ที่ปรากฏในสื่อมวลชนเฉพาะส่วนที่เป็น หนังสือพิมพ์ที่ตีพิมพ์ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งนับได้ ว่าเป็นส่วนใหญ่ของหนังสือพิมพ์ที่ตีพิมพ์จำหน่าย และมีการเผยแพร่ไปในส่วนต่างๆ ของประเทศ รวมถึงข่าวบางส่วนจากหนังสือพิมพ์ออนไลน์ แม้ จะมีข่าวหรือเรื่องราวเกี่ยวกับผู้สูงอายุปรากฏใน สื่อมวลชนที่เป็นวิทยุ หรือโทรทัศน์ หรือแม้กระทั่ง ในสื่อสมัยใหม่อย่าง อินเทอร์เน็ต แต่ยังไม่สามารถ รวบรวมนำเสนอได้สำหรับรายงานในปีนี้

7.3.1 ประเภทข่าว และสถานการณ์ ผู้สูงอายุ

จากการรวบรวมข้อมูลข่าวเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุรวม 101 ชิ้น ที่ตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์

และหนังสือพิมพ์ออนไลน์ฉบับภาษาไทยรวมทั้งสิ้น 13 ฉบับ ในช่วงรอบปี พ.ศ.2551 (ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึงธันวาคม พ.ศ.2551) ** โดยมูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยปรากฏว่า มีการวิเคราะห์ข่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ปรากฏใน หน้าหนังสือพิมพ์ โดยภาพรวมมีประเด็น และ รายละเอียด ที่น่าสนใจ สามารถแบ่งประเภทข่าว ได้เป็น 6 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นข่าวเกี่ยวกับสถิติผู้สูงอายุ ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นข่าวที่ออกมาใน ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นเดือนที่มีวัน ผู้สูงอายุแห่งชาติและวันครอบครัว สารหลักของ ข่าว คือ การนำเสนอข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ ของสังคมไทยนั้นได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” แล้ว จากข้อมูลภาวะอัตราการเกิด หรือจำนวนเด็ก ลดลง ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในที่ นี้เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ยากจน ไม่มีบุตรหลานดูแล อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ร้อยละ 17 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด (กรุงเทพ ธุรกิจ, 8 เมษายน 2551) ซึ่งเป็นการนำเสนอ ตัวเลขที่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทครอบครัวในการ ดูแลผู้สูงอายุลดลง

“...เผยแพร่การย้ายถิ่นของลูกวัยแรงงานไม่ได้ทำให้พ่อแม่สูงอายุที่อยู่ในชนบทถูกทอดทิ้ง ลูก ส่วนใหญ่ยังใช้โทรศัพท์ติดต่อพ่อแม่ ระบุลูกที่มี การศึกษาสูง และไปทำงานในกรุงเทพฯ หรือเมือง ใหญ่จะส่งเงินกลับมาช่วยเหลือพ่อแม่ได้มากกว่า ขณะที่ลูกที่อาศัยอยู่ด้วยหรืออยู่ใกล้กันจะช่วย

* เรียบเรียงโดย นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

** เป็นจำนวนข่าว และฉบับหนังสือพิมพ์ส่วนหนึ่งจากทั้งหมด โดยไม่นับจำนวนข่าวที่มีเนื้อหาซ้ำกันจากหลายฉบับ

เหลือเรื่องอาหารการกินและดูแลความเป็นอยู่ได้ดีกว่า...” (ผู้จัดการออนไลน์, 30 เมษายน 2551)

ในช่วงปลายปี พ.ศ.2551 ก็ได้มีข่าวออกมาตอกย้ำสถานการณ์ดังกล่าวอีกครั้ง จากการจัดงานประชุม”ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย” โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.)มีการรายงานสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยว่ากำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 9.4 ในปีพ.ศ.2545 และ 10.7 ในปี พ.ศ.2550 (ผู้จัดการออนไลน์, 21 กันยายน 2551)

ข่าวข้อมูลสถิติผู้สูงอายุมักมาจากนักวิชาการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงข้อมูลสถิติจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นหลัก

กลุ่มที่ 2 เป็นชาวเกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ ที่ออกมาในลักษณะต่างๆ กัน เช่นพูดถึงเกี่ยวกับผู้สูงอายุของนักการเมือง ซึ่งมีทั้งที่ให้ข่าวโดยนักการเมืองท้องถิ่น (ผู้สมัครฯ ผู้ว่ากทม.) และนักการเมืองในส่วนกลาง (รมต.ในรัฐบาล) นำสังเกตว่ามีข่าวเกี่ยวกับเรื่องนี้มาจากทุกรัฐบาลที่มีอำนาจในช่วงปี 2551 แม้กระทั่งรัฐบาลที่เพิ่งเข้ามาใหม่ในช่วงปลายปี และมาจากรัฐบาลทั้งสองข้างตรงข้าม (รัฐบาลที่เป็นฝ่ายค้านมาก่อน พอมาเป็นรัฐบาลก็มึนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แม้จะมีเนื้อหาสาระของนโยบายที่แตกต่างกัน นอกจากนี้มีข่าวเกี่ยวกับนโยบายหรือโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ) และที่น่าสนใจคือ มีข่าวเกี่ยวกับ

การออกมาเสนอแนะเชิงนโยบายโดยองค์กรวิชาการ (นักวิชาการในมหาวิทยาลัย) และองค์กรสาธารณะประโยชน์ เช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

ด้านข้อเสนอแนะนโยบายจากองค์กรวิชาการ และองค์กรสาธารณะประโยชน์ ได้มุ่งเน้นไปที่การผลักดันนโยบายด้านหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปีพ.ศ.2551 ที่ได้กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายเรื่อง “การเพิ่มรายได้ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญผู้สูงอายุไทย” ไว้ด้วยเช่นกัน การนำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่งว่ต้นปี มีข่าวออกมาให้ข้อมูล และข้อเสนอแนะนโยบายจากภาควิชาการว่า

“แนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่ม เร่งออมเพื่อวัยเกษียณ ระบบการออมเพื่อการชราภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมถึงแรงงานในระบบการจ้างงานทั้งหมด และแรงงานที่มีการออมเพื่อการชราภาพส่วนใหญ่ประมาณ 8.7 ล้านคน มีเพียงหลักประกันขั้นพื้นฐานผ่านกองทุนประกันสังคมซึ่งกำหนดผลประโยชน์ทดแทนไว้ตายตัวประมาณ 13% ของเงินเดือนเดือนสุดท้าย ซึ่งไม่น่าจะเพียงพอกับมาตรฐานการครองชีพหลังเกษียณ และแรงงานที่เหลืออีกเกือบ 2 ใน 3 ของผู้มีงานทำยังไม่มีระบบการออมเพื่อการชราภาพใดๆ นอกจากนี้การออมในภาคครัวเรือนยังมีแนวโน้มลดลง ซึ่งจะทำให้เกิดช่องว่างการออมและการลงทุนเพิ่มขึ้นได้ในอนาคต และส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว ซึ่งถือเป็นโจทย์สำคัญของรัฐบาลใหม่ที่จะผลักดันนโยบายเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการออม

ภายใต้เงื่อนไขของการใช้จ่ายแต่พอเพียง สนับสนุนให้มีการออมในระดับครัวเรือนเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม” (ข่าวสด, 11 กุมภาพันธ์ 2551)

เดือนเมษายน พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นช่วงจัดงานสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติประจำปี และวันผู้สูงอายุแห่งชาติ นพ.บรรลุ ศิริพานิช ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุไทย ได้ออกแถลงข่าวเสนอนโยบายต่อรัฐบาลว่า “ภาพใหญ่ระดับประเทศการเงินเพื่อการยังชีพของผู้สูงอายุก็คือ...ระบบบำนาญแห่งชาติ เพื่อคลี่คลายวิกฤติผู้สูงอายุในประเทศ เหมือนกับที่หลายประเทศเผชิญมาแล้ว รัฐควรขับเคลื่อนระบบบำนาญแห่งชาติด้วยการออมภาคบังคับ แต่ละเดือนผู้ออมจะต้องจ่ายเงินสมทบ เพื่อให้รัฐเอาไปบริหารจัดการ และได้คืนเมื่อเกษียณ” (ไทยรัฐ, 15 เมษายน 2551)

ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น รัฐบาลอยู่ระหว่างเสนอเสนอแนะนโยบาย “การปรับขยายฐานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” ต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์รับผิดชอบไปดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายนี้ให้ชัดเจน และเหมาะสม ทำให้มีนักวิชาการออกมาให้ข้อมูลความรู้ต่อเรื่องนี้ ดังที่ ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา จากคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำเสนอตัวเลขที่สะท้อนให้เห็นสถานะของการจ่ายเบี้ยยังชีพไว้ว่า

“...หากพิจารณาสถิติผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา (เฉพาะส่วนงบประมาณเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) จะพบว่าในปีงบประมาณ 2550 มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศรับเบี้ยยังชีพสูงถึง 1,755,266 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจาก

ปีงบประมาณ 2548 และ 2549 ที่มีจำนวน 527,083 และ 1,073,190 คน ตามลำดับ อีกทั้งสัดส่วนผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพมีมากถึงร้อยละ 31.6 หรือเกือบ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศกำลังรับเบี้ยยังชีพ ในปีงบประมาณ 2550 มีผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพในภาคเหนือ 355,154 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 863,794 คน ภาคกลาง 348,589 คน และภาคใต้ 187,729 คน สัดส่วนของผู้รับเบี้ยยังชีพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมากถึงร้อยละ 45.0 เท่ากับว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งในภาครับเบี้ยยังชีพ ขณะที่ภาคอื่นๆ สูงไม่ถึงร้อยละ 30 จำนวนของผู้รับเงินสงเคราะห์รายจังหวัดก็เพิ่มขึ้นอย่างถ้วนหน้าทุกจังหวัด ส่วนในระดับประเทศ อัตราการเพิ่มจำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพเฉลี่ยต่อปีระหว่างปีงบประมาณ 2548-2550 สูงถึงร้อยละ 116.5 ทั้งๆ ที่เคยมีการประมาณการโดยทีดีอาร์ไอไว้ว่า ปี 2549 มีจำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือนยากจนประมาณ 1.2 ล้านคน คำถามสำคัญจึงมีว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุยากไร้หรือด้อยโอกาสเพิ่มขึ้นมากมายขนาดนี้จริงหรือ

นอกจากนี้ ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา ยังได้นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) พบว่าปัญหาของระบบเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุมีหลายจุด ตั้งแต่คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับที่กำหนดไว้ในระเบียบไปจนถึงกระบวนการคัดเลือกมีความแตกต่างกันในระดับปฏิบัติ ก่อให้เกิดปัญหาว่าผู้สูงอายุที่ยากไร้เหมือนกันได้รับการปฏิบัติไม่เหมือนกันในแต่ละพื้นที่ แนวคิดการขยายฐานเบี้ยยังชีพไปสู่ผู้สูงอายุทุกคนจึงไม่เหมาะสม เพราะเป็นการ

ละเลยต่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างแท้จริง
งบประมาณผูกพันจำนวนมหาศาล รวมถึงอาจมี
ผลลดแรงจูงใจให้คนที่กลายเป็นผู้สูงอายุใน
อนาคตไม่เห็นความสำคัญของการออม...” (มติชน,
24 พฤษภาคม 2551)

หลังจากนั้นในช่วงปลายปี 2551 มูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม
สุขภาพ (สสส.) ได้ผลักดันนโยบายระบบบำนาญ
แห่งชาติต่อรัฐบาลผ่านกระบวนการสื่อสาร
สาธารณะ โดยให้ความรู้ความเข้าใจกับสื่อมวลชน
มากขึ้น และจัดเวทีระดมความเห็นเรื่อง “บำนาญ
ชราภาพโดยชุมชน : การเปลี่ยนแปลงเพื่อความ
ยั่งยืน” (เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2551) อัมมาร สยาม-
วาลา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
(TDRI) เป็นประธาน ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา
อาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ได้นำเสนอผลการวิจัยว่า

“การจัดให้มีสวัสดิการบำนาญในกองทุน
ชุมชนนั้น ควรต้องแยกส่วนออกจากสวัสดิการ
ประเภทอื่นๆ และหากชุมชนต้องการจัดทำบำนาญ
ชุมชนในรูปแบบสมัครใจต่อไป ก็ควรจะส่งเสริม
ให้จัดทำในลักษณะแบบสะสมทรัพย์แบบมีบัญชี
รายตัว คล้ายกับการจัดทำกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
ของบริษัทเอกชน เพราะระบบดังกล่าวจะอยู่บน
หลักการของการมีวินัยในการออม และไม่เกี่ยวข้อง
กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร หาก
ดำเนินการเช่นนี้การจัดทำกองทุนบำนาญชุมชน
ในลักษณะดังกล่าวจะยังคงอยู่บนฐานคิดของ
ชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีได้หลัก
หนี้ออกจากจิตวิญญาณของการพึ่งพาตนเอง
อย่างพอเพียง อีกทั้งยังนำไปสู่ความยั่งยืนทางการเงิน
การคลังของกองทุนบำนาญชุมชนในยุคการ

เปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริงด้วย”
(มติชนรายวัน, 13 ธันวาคม 2551)

ในขณะที่ข้อเสนอจากภาคประชาชน
โดยครูชบ ยอดแก้ว จากมูลนิธิ ดร.ครูชบ-ปราณี
ยอดแก้ว ยังเห็นว่า ชุมชนสามารถบริหารจัดการ
กองทุนสวัสดิการชุมชนได้เองโดยใช้รูปแบบสัจจะ
ลดรายจ่ายวันละหนึ่งบาทเพื่อสวัสดิการตั้งแต่เกิด
จนตาย และมีข้อเสนอเชิงนโยบายว่า “รัฐบาล
กลางน่าจะสมทบกองทุนหนึ่งบาทผ่านทางกองทุน
สวัสดิการสังคม แต่ต้องไม่ทำแบบกองทุนหมู่บ้าน
เพราะจะไม่มั่นคงเนื่องจากคนไม่ถูกพัฒนา ต้อง
เปลี่ยนมาใช้คนเป็นตัวตั้ง ไม่ใช่เงินเป็นตัวตั้ง จ่าย
เงินออมวันละบาทครบ 180 วันถึงจะมีสิทธิได้รับ
สวัสดิการ 9 เดือน การทำเช่นนี้รัฐบาลลงทุนน้อย
แต่ได้พัฒนาคน” (เดลินิวส์, 15 ธันวาคม 2551)

การขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวนี้ นาย
แพทย์บรรลุ ศิริพานิช ได้แถลงข่าวถึงทวนก่อนสิ้น
ปี พ.ศ.2551 ว่า “อยากให้รัฐบาลทบทวนจ่ายเบี้ย
ยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งจะสร้างนิสัยแบมือขอ อีกทั้งรัฐ
ต้องแบกภาระงบกว่า 42,000 ล้านบาท และใน
อนาคตอาจไม่มีงบจ่าย และสนับสนุนให้จัดตั้ง
กองทุนบำนาญแห่งชาติขึ้น เพื่อใช้จ่ายยามชรา
อย่างมีศักดิ์ศรี” (คมชัดลึก, 27 ธันวาคม 2551)
ท่ามกลางกระแสการกระตุ้นการออมเพื่อวัย
ชราภาพนี้ ระบบทางการที่มีอยู่แล้วอย่างกองทุน
บำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ก็มีความตื่น
ตัวเช่นกัน โดยมีการให้ข่าวว่า กบข. จะเร่งส่งเสริม
ให้สมาชิก กบข. มีวินัยทางการออม ทั้งออม
ด้วยตนเอง และออมผ่านระบบบังคับตั้งแต่อยู่ใน
วัยทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงในการเผชิญปัญหา
ทางเศรษฐกิจเมื่อถึงวัยสูงอายุ

ด้านนโยบายรัฐบาล

หลังจากที่มีการเปลี่ยนรัฐบาลชุดใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ (นายวิฑูรย์ นามบุตร) ได้ออกแถลงข่าวนโยบายสังคมสำหรับผู้สูงอายุว่า “...นโยบายของรัฐบาลให้ความสำคัญกับงานของกระทรวง พม. มาก โดยจะต้องสร้างความมั่นคงให้มนุษย์ และทำให้เป็นสังคมไม่ทอดทิ้งกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุต้องดูแลและจัดสวัสดิการให้เป็นพิเศษ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ รัฐบาลจะช่วยจัดหางานให้ตามศักยภาพ...มีโครงการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายเบี้ยยังชีพถ้วนหน้า 500 บาท ให้กับผู้สูงอายุ 7.8 ล้านกว่าคน การจ่ายเงินช่วยเหลือค่าจัดการศพให้รายละ 2,000 บาท การขยายเพดานเงินกู้ยืมผู้สูงอายุเป็น 30,000 บาทต่อราย รวมถึงการเพิ่มเบี้ยตอบแทนเป็น 600 บาท ให้กับ อสม. ที่มีอยู่ 8 แสนกว่าคน ซึ่งถือเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมาก ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในช่วงกลางปี 2552 เป็นต้นไป...” (มติชนออนไลน์, 24 ธันวาคม 2551 และ 28 ธันวาคม 2551)

สำหรับนโยบายเบี้ยยังชีพถ้วนหน้า ฝ่ายรัฐบาลได้ออกมาชี้แจงกับเสียงวิพากษ์วิจารณ์ที่ว่า “ทำไมต้องจ่ายทุกคน และจะเอาเงินมาจากไหน ซึ่งก่อนหน้านี้ ทางพรรคประชาธิปัตย์ ดูตัวเลขกันมาเรียบร้อยแล้ว เชื่อว่าสามารถทำได้ โดยจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งที่มีฐานะยากจน หรือแม้จะมีฐานะอยู่บ้าง แต่ถ้าต้องการรับสิทธิสวัสดิการนี้ให้ลงทะเบียน จากนั้น รัฐบาลก็จะดำเนินการเพื่อจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนไว้ให้ครบทุกคน ในส่วนของ

ผู้สูงอายุที่พิการ และใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว หรือผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิทางอื่นแล้วจะพิจารณาให้ใช้สิทธิเพียงอย่างเดียวหนึ่ง โดยข้อมูลที่ได้รับมา ณ ขณะนี้ มีประมาณ 4 ล้านคน จากยอดผู้สูงอายุกว่า 7 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับบำนาญอยู่แล้วก็จะได้รับสิทธินั้นไป ก็ไม่ต้องมาใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ เป็นต้น”(สำนักข่าวไทย, 30 ธันวาคม 2551)

การที่รัฐบาลมีนโยบายแจกเบี้ยยังชีพออกมาในช่วงกระแสการเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ย่อมทำให้มีนักการเมืองจากพรรคอื่นออกข่าวได้ว่า กระทรวง พม. แจกเงินผู้สูงอายุแลกกับการสนับสนุนผู้สมัครจากพรรคการเมืองนั้น (คมชัดลึก, 8 กันยายน 2551) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นการเมืองระดับชาติมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการเมืองท้องถิ่น โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุเป็นฐานคะแนนเสียงสำคัญ

นอกเหนือจากนโยบายผู้สูงอายุของกระทรวง พม. แล้ว กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ก็ได้พยายามผลักดันให้เรื่อง “ผู้สูงอายุ” เป็นวาระแห่งชาติด้วยเช่นกัน “เมกะโปรเจกต์เจ็ด 1 หมื่นล้าน ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ สธ. วันที่ 3 พฤศจิกายน ที่กระทรวงสาธารณสุข นายวิชาญ มีนชัยนันท์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า สธ.ได้ร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2552-2555) พร้อมเสนอให้รัฐบาลประกาศเป็นวาระแห่งชาติ เรื่องผู้สูงอายุในปี 2552 โดยเสนอเป็นโครงการลงทุนภาครัฐด้านสาธารณสุขสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ 9,199 ล้านบาท จากงบประมาณทั้งหมด 105,000 ล้านบาท ดังนี้ 1.จัดตั้งศูนย์

ความเป็นเลิศด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2.ตั้งศูนย์แพทย์ด้านผู้สูงอายุครบวงจรระดับภูมิภาค ในโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง 3.ตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง 4.ตั้งสถานบริบาลผู้สูงอายุระยะยาว 5.พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิรองรับการดูแลรักษา และฟื้นฟูโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับชุมชน 6.พัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการและพัฒนาหลักสูตร 7.พัฒนาการช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ กรณีฉุกเฉินและกรณีปกติ และ 8.จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน โดยจะเสนอให้ที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติพิจารณาในวันที่ 11 ธันวาคม นายวิชาญ กล่าวว่า จะมีการเสนอให้มีการแก้ไข พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ ให้แก้ไขคำนิยามผู้สูงอายุใหม่จากเดิมที่กำหนดอายุ 60 ปี ต้องเกษียณอายุ จะขยับขึ้นเป็น 65 ปี และอาจขยับให้เป็น 70 ปี ในอนาคต เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี มีความสมรรถภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถที่จะทำงานต่อไปได้แม้จะมีอายุ 60 ปี โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัญหาขาดแคลน หากขยายอายุเป็น 65 ปี จะสามารถมีแพทย์เพิ่มถึง 3,000 อัตรา” (มติชนรายวัน, 4 พฤศจิกายน 2551, น. 10)

ด้านการเมืองท้องถิ่น

ปลายปี พ.ศ.2551 เป็นช่วงการเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้สมัครรับเลือกตั้งจากพรรคการเมืองต่างๆ ได้ออกหาเสียงไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุบ้านบางแค และเสนอนโยบายการดูแลผู้สูงอายุหลายโครงการผ่านสื่อข่าวหนังสือพิมพ์ รวมแล้วสามารถแบ่งได้ 7 เรื่อง ดังนี้

1) การจัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุ มีทั้งข้อเสนอรูปแบบการจัดตั้งศูนย์แบบแยก และแบบ

รวมกิจกรรม รูปแบบแยกกิจกรรมเฉพาะ แบ่งเป็นการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละเขตให้ทั่วถึง และจัดตั้งศูนย์กีฬาเพื่อให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกาย และปรับใช้เป็นอุปกรณ์กายภาพบำบัดด้วยอีกรูปแบบหนึ่งเป็นการใช้ศูนย์ชุมนุมของกทม. เป็นศูนย์รวมกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ ทั้งจัดกิจกรรมฝึกงานฝีมือ งานศิลปะ และกิจกรรมออกกำลังกาย

2) บ้านพักคนชรา มีทั้งข้อเสนอให้มีการปรับปรุงบ้านพักคนชราบางแคทั้ง 2 แห่ง ให้มีแพทย์ประจำ 1 คน รวมทั้งเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่และพยาบาลให้มากขึ้น และร่วมมือกับมูลนิธิต่างๆ เพื่อนำเงินมาใช้จ้างเจ้าหน้าที่ หรือพยาบาลอีกข้อเสนอหนึ่ง คือ การขยายสถานที่พักผู้สูงอายุเช่นเดียวกับบ้านพักผู้สูงอายุบางแคขึ้นอีก 3-4 แห่ง ให้ครอบคลุมพื้นที่ 4 มุมเมือง โดยขอให้รัฐบาลอนุมัติการขยายจำนวนข้าราชการและลูกจ้าง เพื่อเข้ามาดูแลเพิ่มขึ้นด้วย และเห็นว่าควรโอนภารกิจบ้านบางแคมาให้ กทม. ดูแล ตามแนวนโยบายการโอนถ่ายภารกิจให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การบริหารงานไปในทิศทางเดียวกัน

3) การให้บริการทางการแพทย์ อนามัย เพื่อเป็นการลดภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีช่วงเวลายาวนานถึง 12-15 ปี ก่อนเสียชีวิตให้น้อยลง มีข้อเสนอเรื่อง การจัดหน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ไว้บริการผู้สูงอายุตามบ้านที่ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้สะดวก หรือถูกลูกหลานทอดทิ้ง

4) การจัดอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุ ให้กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงทำงานตามสถานที่ราชการ สวนสาธารณะ และพิพิธภัณฑ

5) การส่งเสริมกิจกรรมผู้เกษียณอายุ เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์และคุณธรรม

จริยธรรมให้แก่บุตรหลาน ซึ่งถือเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม หรือสร้างทุนมนุษย์รุ่นใหม่ ๆ ขึ้นมา

6) การส่งเสริมการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต โดยมีเว็บไซต์ของผู้สูงอายุ ที่มีเว็บบอร์ดเพื่อให้แลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

7) การสนับสนุนให้เอกชนประกอบธุรกิจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยกทผ.จะมีนโยบายกระตุ้นใช้ผลประโยชน์ด้านภาษี (มิตชนออนไลน์, 2 มกราคม 2551 และ 8 ธันวาคม 2551 โลกวันนี้, 10 กันยายน 2551 มติรายวัน และคมชัดลึก, 19 ธันวาคม 2551)

กลุ่มที่ 3 เป็นข่าวเกี่ยวกับการพูดถึงความพร้อม หรือการเตรียมความพร้อมของสังคมไทยในการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ ข่าวในกลุ่มนี้ก็เช่นการพูดถึงสิ่งแวดล้อมว่าเป็นมิตรกับผู้สูงอายุมากน้อยเพียงไร (อาคารสาธารณะที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก หรือ การออกแบบอาคารโดยคำนึงถึงการใช้งานของผู้สูงอายุ) รวมไปถึงการประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่ช่วงต้นปีจนถึงกลางปี 2551 มีการนำเสนอข่าวที่สะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับ “สังคมผู้สูงอายุ” ของประเทศไทยในเวทีระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ ดังนี้

“ทีเซลส์ชูไทยเป็นต้นแบบโลก ดูแลผู้สูงอายุผสาณเมดิคัล ฮับ นพ.ธงชัย ทวีชาชาติ ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ของประเทศไทย (TCELS) กล่าวถึง การประชุม

APEC Life Sciences Innovation Forum (APEC LSIF) ที่จะจัดขึ้นเป็นครั้งที่ 6 ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2551 ที่ประเทศเปรู ว่า ทีเซลส์ร่วมกับคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้สรรหานวัตกรรมด้านชีววิทยาศาสตร์ที่โดดเด่น ได้แก่ นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ไปนำเสนอเพื่อให้เห็นถึงความพร้อมในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความสุขในการดำเนินชีวิตในช่วงวัยหลังเกษียณ ประเทศไทยมีความพร้อมในทุกๆ ด้านที่จะเชื่อมโยงกับโครงการเมดิคัล ฮับ ที่ประสบความสำเร็จจนเป็นที่ยอมรับจากทั่วโลก” (มติชนรายวัน และแนวหน้า, 5 พฤษภาคม 2551)

“สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (สสปน.) ร่วมกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ได้จัดกิจกรรมนำเสนอผลงานวิจัยและสิ่งประดิษฐ์ของนักวิจัย-นักศึกษาไทย เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและผู้สูงอายุ พร้อมเตรียมจัดงานประชุมวิชาการนานาชาติด้านวิศวกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ระหว่างวันที่ 13-14 พฤษภาคม ภายใต้ชื่อ “ไอ-ครีเอท 2008” (i-CREATE 2008) เป็นงานที่จัดขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายจะให้เป็นที่แลกเปลี่ยนความรู้และการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาและฟื้นฟูคนไข้ คนชรา และผู้พิการ และเทคโนโลยีอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชีย” (สำนักข่าวไทย, 19 เมษายน 2551 และมติชนรายวัน, 8 พฤษภาคม 2551)

หลังจากนั้นในช่วงปลายปี พ.ศ.2551 มีข่าวจากงานวิจัยและพัฒนาด้านการเตรียมพร้อมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อต่อการดำเนินชีวิต

ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ข้อมูลความรู้ ควบคู่ไปกับ กระบวนการสื่อสารสาธารณะ ผ่านงานรณรงค์ กระตุ้นกับสังคมให้ใส่ใจต่อเรื่องนี้

“วิจัยตลาดสด - ไปรษณีย์ อันตราย สำหรับผู้สูงอายุ” มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์ อาจารย์ประจำภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า จากการสำรวจอาคาร สถานที่สาธารณะที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ปี 2550 ในพื้นที่ กทม. 4 เขต ได้แก่ จตุจักร ราชเทวี บางแค และลาดกระบัง จำนวน 29 แห่ง สำรวจทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งภายนอกและภายในอาคาร ตามเกณฑ์ที่กฎกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคาร สำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ.2548 กำหนด โดยพิจารณาตัวชี้วัด 7 ตัว ได้แก่ 1.ที่จอดรถ 2.ทางลาด 3.ราวจับ 4.บันได 5.ป้ายสัญลักษณ์ 6.ทางเดิน และทางเชื่อม และ 7.ประตู พบว่าอาคารขนส่งมวลชนผ่านเกณฑ์มากที่สุด ส่วนไปรษณีย์และตลาดสดไม่ผ่านเกณฑ์ ขณะที่ห้างสรรพสินค้าผ่านเกณฑ์มากที่สุด รวมถึงสวนสันติชัยปราการ และวัดร่องขุน จ.เชียงราย เป็นสถานที่ที่เป็นมิตรผู้สูงวัย หากไม่ปรับปรุงไปรษณีย์และตลาดสด จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมากถึง 6 ล้านคนและ 2 ล้านคน อยู่ในเขตเมืองอาจจะเกิดอันตรายได้ ดังนั้นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และจุฬาฯ ร่วมกันจัดโครงการประกวดอาคาร สถานที่ที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ประจำปี 2551 ซึ่งรางวัลมูลค่า 6 หมื่นบาท” (คมชัดลึก, 14 พฤศจิกายน 2551)

กลุ่มที่ 4 เป็นชาวเกี่ยวกับสินค้าและบริการทางธุรกิจ ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุทั้งในแง่ของสินค้าและบริการ ซึ่งที่พบบ่อยที่สุดเป็นบริการดูแลสุขภาพไม่ค่อยพบชาวเกี่ยวกับกิจกรรมหรือบริการที่มองผู้สูงอายุเป็นผู้บริโภคที่มีสุขภาพดี หลายองค์กรธุรกิจได้ออกข่าวประชาสัมพันธ์สินค้าและบริการของตนเอง เพื่อเป็นทางเลือกให้ประชาชนตัดสินใจใช้สินค้าและบริการดังกล่าว จากข่าวที่นำเสนอ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

- **บริการรับฝากเลี้ยง ดูแลผู้สูงอายุ** มีทั้งรูปแบบกิจกรรมการให้บริการแบบชั่วคราวตามเทศกาล เช่น โรงพยาบาลมหารมย์ จัดทำโครงการ “Together we care ฝากผู้สูงอายุที่คุณรักไว้กับโรงพยาบาล” ในช่วงวันสงกรานต์สำหรับครอบครัวที่มีความจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ต่างประเทศ แล้วอาจจะต้องปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพังนานๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา ซึมเศร้า และ ว้าวุ่น อันส่งผลต่อสุขภาพจิต และภาวะเสื่อมต่างๆ ตามมา (สยามธุรกิจ, 15 มีนาคม 2551)

นอกจากนี้ยังมีการให้บริการแบบถาวรเป็นธุรกิจประกอบการด้านนี้โดยตรง เช่น โรงพยาบาลผู้สูงอายุกล้วยน้ำไท 2 ได้ขยายกิจการเปิดสถานดูแลเพิ่มขึ้น “...ล่าสุดได้เปิดเฟสใหม่มูลค่า 50 ล้านบาท บนพื้นที่เกือบไร่ครึ่งที่สุขุมวิท 70 แบ่งออกเป็น 2 เฟส เฟสแรกจะเริ่มเปิดให้บริการในเดือน ส.ค. 2551 และเฟส 2 ในเดือน ธ.ค. 2551 รวมห้องพัก 48 ห้อง” โพล ทูเดย์, 8 กรกฎาคม 2551)

สำหรับการสร้างอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นก็มีชาวแจ้งประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมวิชาชีพให้กับประชาชนผู้สนใจ ดังเช่นที่ “ศูนย์พัฒนา

ฝีมือแรงงานกรุงเทพมหานคร (ศพร.กทม.) ร่วมกับโรงเรียนปิยะมหาราชาธิราช ฝึกอบรมสาขา การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้อนตลาดแรงงานที่กำลัง ขาดแคลน และเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุใน อนาคต หลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็น หลักสูตรที่เปิดขึ้นเพื่อผลิตบุคลากรในการดูแล ผู้สูงอายุที่กำลังเป็นที่ต้องการอย่างมากในตลาด แรงงานปัจจุบัน และจะยังมีความต้องการเพิ่มสูง ขึ้นในอนาคตอันใกล้ ในจุดนี้ต้องเตรียมพร้อม รับรองรับ หลักสูตรดังกล่าวจะฝึกให้ผู้เข้ารับการฝึ กอบรมสามารถดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรในการ ดำรงชีวิตประจำวันได้ สามารถจัดเตรียมอาหาร และโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนสามารถ จัดกิจกรรมนันทนาการ และการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุได้ โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรม ทั้งสิ้น 4 เดือน” (มติชนรายวัน, 12 กันยายน 2551)

นอกเหนือจากการมีข่าวประชาสัมพันธ์ ให้กับธุรกิจประเภทนี้แล้ว ก็มีข่าวเตือนประชาชน ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการรับฝากเลี้ยงเด็ก และผู้สูงอายุว่า ควรมีการศึกษาให้ดีก่อน ซึ่งใน ช่วงปลายปี 2551 นักวิชาการ และหน่วยงานที่ สนับสนุนได้ออกมาให้ข้อมูล ความรู้ต่อเรื่องนี้ “นักวิชาการชี้ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุส่อแววรุ่ง จากเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแล ผู้สูงอายุ” จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) โดยนางอุบล หลิมสกุล รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุ แบ่ง เป็น 2 กลุ่ม คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยคนใน ครอบครัวและญาติ และการดูแลผู้สูงอายุโดย กลุ่มวิชาชีพ ในกลุ่มหลังนี้มีการทำ เป็นธุรกิจ

เนิร์สซิงโฮม และมีแนวโน้มเป็นที่ต้องการมากขึ้น เนื่องจากประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ แต่ก็มีปัญหาการร้องเรียนมาก เนื่องจาก บุคลากรที่จัดส่งไปส่วนใหญ่ขาดความรู้และ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ละทิ้งสัญญา และม ีการกระทำที่ไม่สมควรทำ จึงเป็นประเด็นที่ต้องมา หารื้อพุดคุดเพื่อวางมาตรฐานร่วมกัน” (กรุงเทพ ธุรกิจ, 31 ตุลาคม 2551)

- **กรมธรรม์ประกันภัย ประเภท บำนาญ** มีข่าวประชาสัมพันธ์สินค้าใหม่นี้จาก บริษัทธุรกิจ ประกันภัยของไทยที่มีการออกแบบ กรมธรรม์ประเภทบำนาญที่เหมาะสมกับคนไทย ไม่อิงรูปแบบต่างชาติ โดยสร้างตารางคำนวณเงิน บำนาญ (Annuity Table) เพื่อจัดบำนาญรายปี (Annuity) ทั้งนี้ต้องการให้ลูกค้ารู้จักเก็บออม เพื่อ เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลตัวเอง ทั้งด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ซึ่งการประกันชีวิต จะเข้าไปมีส่วนช่วยในเรื่องของการเก็บออม ดังกล่าวด้วย (สยามธุรกิจ, 19 เมษายน 2551)

- **บริการการท่องเที่ยว** ดังเช่นที่ ททท. ร่วมกับนิตยสาร Season Change จัด**โครงการ โบนัสแห่งวัย** (Season Change) ประชาสัมพันธ์ การท่องเที่ยวในประเทศไทย โดยมุ่งเจาะตลาด กลุ่มนักท่องเที่ยวสูงอายุในเส้นทางท่องเที่ยวอัน หลากหลาย โครงการนี้มีระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน มีเป้าหมายจำนวนสมาชิก 5,000-10,000 คน กลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มผู้ได้รับสิทธิ ประโยชน์โดยตรง คือ กลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 50-65 ปี สำหรับกลุ่มผู้สูงวัย ก่อนเกษียณ กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 65-75 ปี สำหรับกลุ่มวัยเกษียณ กลุ่ม ผู้สูงอายุตั้งแต่ 76 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มที่ลูกหลาน ต้องการเที่ยวเป็นการเปิดหูเปิดตา ส่วนกลุ่ม เป้าหมายรอง คือ กลุ่มที่มีอำนาจในการตัดสินใจ

สมัครสมาชิกบุตรหลานของผู้สูงอายุที่ต้องการให้
บุพการี ได้มีโอกาสพักผ่อนด้วยการท่องเที่ยว
และกลุ่มผู้สูงอายุที่สนใจสมัครสมาชิกบัตรผู้สูงวัย
หรือต่ออายุสมาชิกบัตร (ผู้จัดการออนไลน์ , 31
กรกฎาคม 2551)

**กลุ่มที่ 5 เป็นข่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
เป็นรายบุคคล** ซึ่งในปี พ.ศ.2551 มีผู้สูงอายุที่ตก
เป็นข่าวดัง รวม 3 คน ได้แก่ คนแรก เป็นผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการยกย่องในฐานะผู้สูงอายุแห่งชาติได้แก่
ศาสตราจารย์ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว จาก
การคัดเลือกโดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
(กผส.) ในที่ประชุมครั้งที่ 1/2551 เมื่อวันที่ 20
มีนาคม 2551

คนที่สอง คือ ปู่เย็น ซึ่งมีฉายาว่า “เฒ่า
พระนางแห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี” เป็นผู้สูงอายุที่เคยได้
รับการยอมรับว่า เป็นผู้ที่เป็นตัวอย่างของการพึ่ง
ตนเองมีสุขภาพดี น้ำใจงาม แต่ข่าวที่ปรากฏใน
ปีนี้ เป็นข่าวการเสียชีวิตของปู่เย็นด้วยวัย 108 ปี
เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2551 หลังจากที่ ไม่ได้มีข่าว
เกี่ยวกับท่านมาหลายปี ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข
ได้ให้ข้อมูลว่า ปู่เย็น เป็น “ศตวรรษิกชน” 1 ใน
4,000 คน ที่มีอายุเกิน 100 ปี นอกจากนี้ผู้ว่า
ราชการจังหวัดเพชรบุรียังได้เตรียมทูลขอเรือ
พระราชทานของปู่เย็น จากสมเด็จพระนางเจ้าฯ
พระบรมราชินีนาถ มาจัดทำเป็น “อนุสรณ์สถาน”
แก่นุชนรุ่นหลังได้มาเรียนรู้กัน

ผู้สูงอายุที่เป็นข่าวคนที่สามเป็นคุณยาย
วัย 72 ปี จาก จ. ตรังที่ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ
เพราะกินหนอนไหมทอด (ผู้จัดการออนไลน์, 5
มกราคม 2551) เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่ค่อยมีข่าว
เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ถูกทอดทิ้ง หรือ
ถูกทำร้าย ออกข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์มากนัก

**กลุ่มที่ 6 เป็นข่าวเกี่ยวกับการให้ความรู้
หรือพูดถึงกิจกรรม หรือการทำงานเพื่อบริการ
ผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ กัน** ทั้งที่จัดโดย
หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรสาธารณประโยชน์
หรือการออกมาให้ความรู้ โดยหน่วยราชการหรือ
หน่วยงานวิชาการ

**1) การให้ข้อมูล และความรู้ทั่วไป
เกี่ยวกับผู้สูงอายุ** ข่าวที่ออกมาในช่วงเดือน
เมษายน ได้สอดแทรกการกระตุ้นจิตสำนึกของ
คนในสังคมให้ตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ
และความกตัญญูรู้คุณอันเป็นวัฒนธรรมไทย
เข้าไปด้วย ดังเช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน
ผู้สูงอายุแห่งชาติ ดอกไม้สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ
 เป็นต้น

“วันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็นวัน
สงกรานต์ หรือวันปีใหม่ตามประเพณีไทย ซึ่งทุก
วันนี้คนส่วนใหญ่มักนึกถึงผู้สูงอายุเฉพาะวัน
สงกรานต์เท่านั้น...ในรัฐบาลในสมัย พล.อ.เปรม
ติณสูลานนท์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของ
ผู้สูงอายุ และปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น คณะ
รัฐมนตรีในขณะนั้นจึงได้มีมติเมื่อ ปี 2525 ให้
วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็น ‘วันผู้สูงอายุ
แห่งชาติ’ และได้เลือก ‘ดอกคำءดวน’ เป็น
สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ สำหรับสาเหตุที่เลือก
ดอกคำءดวน เนื่องจากคำءดวนเป็นพืชยืนต้นที่มีอยู่
มากในสวนสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมาชนนี
เป็นต้นไม้ที่ให้ร่มเงา มีอายุยืน มีใบเขียว
ตลอดปี ให้ร่มเงาดีและดอกมีสีนวล กลิ่นหอม
กลีบแข็งไม่ร่วงง่าย เหมือนกับผู้ทรงวัยวุฒิที่คง
คุณธรรมความดีงามไว้ให้เป็นแบบอย่างแก่ลูก
หลานตลอดไป นอกจากนั้นทางด้านพฤกษศาสตร์
ต้นไม้ยังใช้เป็นยาบำรุงหัวใจได้อีกด้วย ประการ
สำคัญ สมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมาชนนีทรง

ดำริให้จัดสวนนี้ขึ้น เพื่อให้เป็นตัวอย่างที่ดีของผู้สูงอายุ” (ผู้จัดการออนไลน์, 1 เมษายน 2551)

นอกจากนี้ยังมีข่าวที่น่าสนใจอีกเรื่อง ใน การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุจากผู้อาวุโสในสังคม ด้วย อาทิเช่น “นพ.บรรลพ ศิริพานิช กล่าวปาฐกถา พิเศษเรื่อง “อนาคตผู้สูงอายุไทย” เนื่องในงาน เฉลิมฉลอง 55 ปี บ้านบางแค ว่า ในอนาคตคน ทุกคนต้องเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรต้องมี **หลักการที่จะใช้ชีวิตในบ้านปลายให้มีความสุข ด้วยหลัก 4 ประการ คือ 1. สุขภาพ ควรเตรียม ตัวตั้งแต่บัดนี้ ไม่ว่าจะอยู่วัยใด ด้วยหลักง่าย ๆ คือ กินอาหารที่มีประโยชน์ คิดเสมอว่า “คุณกิน อะไร คุณเป็นอย่างนั้น” หรือ you are what you eat ควรออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อยืดหยุ่น ตลอดเวลา ไม่ควรเครียด 2. เงินหรือเศรษฐกิจ ทุกคนต้องเก็บเงินออมให้ได้ร้อยละ 10 ของรายได้ ทุกเดือนเป็นอย่างน้อย เพราะว่าคนสูงอายุที่ไม่มี เงินเป็นคนลูกหลานไม่ต้องการ หากมีเงินเก็บจะ เอื้อประโยชน์กับตนเองและลูกหลาน 3. การ ทำงาน เมื่อเกษียณอายุแล้วควรหาอะไรทำ เพื่อ ไม่ให้ตัวเองว่างงาน 4. สิ่งแวดล้อมและครอบครัว ควรหาสถานที่ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่ดี มี สามีและภรรยาที่ดี เพื่อความมั่นคงในครอบครัว นอกจากนี้ยังได้ระบุว่าประเทศที่มีระบบการเมือง ดีจะเอื้อประโยชน์ถึงผู้สูงอายุด้วย” (สำนักข่าว ไทย, 2 มิถุนายน 2551)**

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสิทธิ ของผู้สูงอายุ มีข่าวที่น่าสนใจผลงานวิจัยของ รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร อาจารย์ประจำคณะ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง การเข้าถึงสิทธิผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 จากการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ และกลุ่มที่ต้องมี ผู้ช่วยดูแล หรือต้องพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม พบว่า ผู้สูงอายุ 91.2% รับรู้สิทธิตนเอง ตามกฎหมาย แต่ผู้สูงอายุได้ใช้บริการตามสิทธิ ในพ.ร.บ.ผู้สูงอายุเพียง 19.1% นอกจากนั้นไม่ได้ ใช้บริการ 0.4% และมีถึง 80.5% ระบุว่า ไม่มีการ จัดบริการตามสิทธิที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ใช้บริการตามสิทธินั้น 33.1% ใช้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ให้ความสะดวก และรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ และ 23% ใช้บริการด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ (กรุงเทพ ธุรกิจ, 15 กรกฎาคม 2551)

3) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และข่าว กิจกรรมการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีข่าวประเภทนี้ออกมาตลอดทั้งปี เริ่มจากต้น เดือนมกราคม มีข่าวเรื่องสุขภาพฟัน จากกระทรวง สาธารณสุข ได้เปิดเผยผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 45 เหลือฟันเคี้ยวอาหารไม่ถึง 20 ซี่ ต่ำกว่าเกณฑ์องค์การอนามัยโลก เหตุส่วนใหญ่เกิดจากฟันผุ เหงือกอักเสบ และฟันโยก จึงมี โครงการใส่ฟันเทียมพระราชทานเพิ่มให้ผู้สูงอายุ อีก 90,000 ราย ภายใน 3 ปี พร้อมนำร่อง 32 ชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้สมเด็จพระเทพรัตนราช สดุดาฯ ได้พระราชทานรากฟันเทียมจำนวน 2 หมื่น ราก เพื่อนำไปใส่ให้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ด้อย โอกาสที่ไม่มีฟันเคี้ยวอาหารตามโครงการ **“รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว”** โดยในปี 2551 ตั้งเป้าไว้ จำนวน 5,000รายทั่วประเทศ (ผู้จัดการออนไลน์, 14 มกราคม 2552 และผู้จัดการรายวัน, 8 กุมภาพันธ์ 2551)

อีกเรื่องเป็นข่าวการขยายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จึงได้จัดสรรงบประมาณกว่า 200 ล้านบาท ร่วมกับองค์การเภสัชกรรม (อภ.) จัดทำ**โครงการข้อเข่าเทียมช่วยผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม** สามารถเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคาดว่าจะช่วยสร้างกลไกการตลาดจัดระบบการจัดซื้ออุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้ผู้สูงอายุนำร่อง ปีแรก 4,000 ราย เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องรอคิวนาน และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการอีกด้วย (ผู้จัดการออนไลน์, 15 มกราคม 2551)

ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มออกมามีข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังว่า ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุขัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคพบมากได้แก่ โรคข้อเสื่อม โรคปวดหลัง มีผู้ป่วยสูงอายุนอนรักษาในโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 28 และได้กระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรคภัย หรือชะลอการเจ็บป่วยในวัยชรา ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี (ผู้จัดการออนไลน์, 5 กุมภาพันธ์ 2551)

สืบเนื่องมาจนถึงเดือนมีนาคม แพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้ออกมาให้ข่าวโรคใหม่ที่เพิ่งระงับ คือ แนวโน้มผู้สูงอายุเป็น **“โรคเลือดไมอีโลดิสพลาสติคซินโดรม” หรือที่เรียกกันว่า “โรคเลือด MDS”** จากสถิติทั่วโลกปีละ 87,000 ราย เพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูง และเตือนให้หมั่นตรวจร่างกาย หากไขกระดูกผิดปกติให้รีบปรึกษาแพทย์ อาจเจ็บป่วย

ลุกลามถึงโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้ (มติชนรายวัน, 24 มีนาคม 2551)

หลังจากนั้นในช่วงกลางปี กระทรวงสาธารณสุขก็ให้ข่าวข้อมูลเน้นย้ำอีกครั้งว่า มีผู้สูงอายุเพียง 900,000 กว่าคนเท่านั้นที่ไม่มีโรคประจำตัว ในขณะที่มีผู้สูงอายุสูงถึง 87% ที่มีโรคประจำตัว พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง (กรุงเทพธุรกิจ, 19 พฤษภาคม 2551) จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลดังกล่าว เป็นการกระตุ้นเตือนให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นมา

เมื่อกล่าวถึงเรื่องการป้องกันโรคในปี พ.ศ.2551 ย่อมต้องนึกถึง**โครงการ “วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ฟรีให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง”** ณ เดือนมกราคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อนุมัติงบประมาณ 103 ล้านบาทเพื่อดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ให้กับผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) และมีโรคประจำตัวซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด ได้แก่ โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดจำนวนประมาณ 400,000 คน เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนชนิดนี้ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม (อภ.) ซึ่งมีการทดลองผลิตวัคซีนนำร่อง โดยความร่วมมือกับคณะเภสัชศาสตร์ ม.ศิลปากร ทางรัฐมนตรี และคณะผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้ออกตรวจเยี่ยมโครงการดังกล่าวในช่วงเดือนมีนาคม และมีการรณรงค์ฉีดพร้อมกันทั่วประเทศในเดือนมิถุนายน โดยในปีแรกนี้ มีเป้าหมายดำเนิน

การนำร่องจำนวน 120,000 ราย ซึ่ง สปสช.ได้ขยายสิทธิประโยชน์การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปก่อน และได้นักวิจัย (พญ. จงกล เลิศเลียร) จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขมาทำการศึกษาเรื่อง ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการฉีดวัคซีนนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 2,000 คน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลในอุดรธานีและพิษณุโลก ใช้เวลาในการติดตามผล 1 ปี เริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2551-2552 ทั้งนี้เพื่อต้องการศึกษาความคุ้มค่าของการฉีดวัคซีนในผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยไม่เคยมีข้อมูลในเรื่องนี้มาก่อน ดังนั้นหากสรุปผลงานวิจัยแล้วพบว่ามีความคุ้มค่า สปสช.ก็สามารถตัดสินใจขยายกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้นได้ และเตรียมพร้อมกับการวางแผนการสั่งวัคซีนเพื่อใช้ในอนาคตได้ (คมชัดลึก, 22 มกราคม 2551 มติชนรายวัน, 6 มีนาคม 2551 และ 11 เมษายน 2551 และผู้จัดการออนไลน์, 8 สิงหาคม 2551)

ข่าวได้นำเสนอเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับโรคต่างๆ มาตลอดปี และก่อนสิ้นปีก็ได้ทั้งทำด้วยข่าวโรคอัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุไทย ซึ่งคาดว่าจะมีผู้สูงอายุไทยเป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 2.1 ล้านคน และมีผู้ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ประมาณ 1 ล้านกว่าคน จากการศึกษาาระบาดวิทยาถึงสถิติความชุกของโรคอัลไซเมอร์ในประชากรโลกพบว่า มีอัตราสูงประมาณร้อยละ 10 ของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี และจะมีอัตราเป็นโรคสูงถึงประมาณร้อยละ 20 ถ้าอายุเกิน 90 ปี ขณะนี้ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ประมาณ 26 ล้านกว่าคน ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือยารักษาให้หายขาด มีเพียงการ

ชะลออาการไม่ให้เสื่อมเร็วขึ้นเท่านั้น ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากต่อผู้ดูแล ซึ่งขณะนี้ในประเทศไทยยังมีความรู้เรื่องนี้ไม่เพียงพอ จึงต้องมีการลงทุนศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยทางศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ของประเทศไทย (TCELS) ได้สนับสนุนให้มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทยทำ **การศึกษาวินิจฉัยเรื่อง การป้องกันโรคอัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุไทย รวมทั้งให้เป็นศูนย์พัฒนาฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย** นอกจากนี้องค์การเภสัชกรรม (อภ.) ยังได้ผลิตสารสกัดจากขมิ้นชันที่ได้มาตรฐานเพื่อนำไปทดลองผลิตยารักษาโรคนี้โดยมหาวิทยาลัยยูซีแอลเอ ซึ่งในอนาคตจะมีความร่วมมือกับนานาชาติต่อไป จุดเริ่มต้นของโครงการนี้ มูลนิธิได้ร่วมกับกรุงเทพมหานคร จัด**โครงการสร้างสรรค์สังคมไทย ห่างไกลอัลไซเมอร์** ที่สวนลุมพินี เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2551 เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และมีการป้องกันโรคดังกล่าว (เดลินิวส์, 17 ธันวาคม 2551)

ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง หรือสังเกตอาการของโรคในเบื้องต้น จะมีข่าวประเภทนี้ออกมาเป็นระยะๆ ตามฤดูกาล หรือสถานการณ์ระบาดของโรค โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาว อากาศเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2551 มีการนำเสนอข่าว อาทิเช่น

“แนะเคล็ดผู้สูงอายุดูแลผิวพรรณ
จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถาบันโรคผิวหนังในเดือนตุลาคม 2549 ถึง กันยายน 2550 พบว่า มีผู้สูงอายุ มารับบริการตรวจรักษา

โรคผิวหนังจำนวน 6,528 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 78,456 คน นพ.เรวัต วิศรุตเวช อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบายเสริมว่า ผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดผิวหนังได้บ่อย ผิวหนังมีโอกาสแตกปริหรือเป็นแผลได้ง่ายกว่าผิวทั่วไป โดยเฉพาะที่เท้า มือ ใบหน้าและขาบริเวณหน้าแข้ง ซึ่งเป็นส่วนที่มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมมากกว่าส่วนอื่น นอกจากนี้เนื้องอกที่ผิวหนังเป็นภาวะที่พบได้บ่อยๆ มีทั้งที่เป็นเนื้องอกธรรมดาและมะเร็งผิวหนัง การรักษาทั้งการผ่าตัด การจี้ด้วยไฟฟ้า การใช้แสงเลเซอร์ อย่างไรก็ตาม สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่วะยะเริ่มแรก ดังนั้น ผู้สูงอายุควรหมั่นสำรวจความผิดปกติของผิว หากพบว่ามีผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา” (ผู้จัดการออนไลน์, 22 ตุลาคม 2551)

“แนะผู้สูงอายุดูแลสุขภาพรักษามะเร็งผิวหนังระวังโรคเกี่ยวกับระบบหายใจ นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา อธิบดีกรมอนามัยแนะผู้สูงอายุดูแลสุขภาพรักษามะเร็งผิวหนัง ชี้สร้างความปลอดภัยแก่ร่างกาย หลีกเลี่ยงอาบน้ำกลางคืน เตือนระวังโรคเกี่ยวกับระบบหายใจ ใช้หวัด อาจส่งผลลุกลามจนเป็นปอดบวม พร้อมทั้งดูแลรักษาผิวหนัง ทาโลชั่น น้ำมันมะกอก ป้องกันผิวแห้งจนอาจนำไปสู่การติดเชื้อทางผิวหนัง ระวังออกกำลังกายเบาๆ กินอาหารร้อนๆ เพิ่มอุณหภูมิให้ร่างกาย โดยการใส่เสื้อผ้าอย่างมิดชิด หลีกเลี่ยงการอาบน้ำในเวลากลางคืน แต่หากจำเป็นต้องอาบก็ให้บริหารร่างกายโดยการยืดเส้นยืดสายก่อน เพราะน้ำเย็นจะทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัวเล็กน้อย” (ผู้จัดการออนไลน์, 13 พฤศจิกายน 2551)

“ผลวิจัยชี้ผู้สูงอายุกินยาหลายขนานพร้อมกันเสี่ยงอันตราย คณะนักวิจัยมหาวิทยาลัยชิคาโกเผยผลการศึกษาว่าผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา 57-85 ปี มากกว่าครึ่งที่รับประทานยาไม่ต่ำกว่า 5 ขนานพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นยาที่แพทย์สั่งจ่าย ยาซื้อเองจากร้านขายยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากยาทำปฏิกิริยากัน โดยชาวอเมริกันวัย 65 ปีขึ้นไปต้องเข้าห้องฉุกเฉินปีละไม่ต่ำกว่า 175,000 คน เพราะยาทำปฏิกิริยากัน ในจำนวนนั้น 1 ใน 3 เป็นยาทั่วไปที่แพทย์สั่งจ่าย” (มติชนออนไลน์, 24 ธันวาคม 2551)

ด้านการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ นับเป็นอีกประเด็นใหญ่ของสังคม และมีข่าวตลอดปี พ.ศ.2551 เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน เนื่องในโอกาสวันผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงได้มอบหมายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัดร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชนในพื้นที่จัดกิจกรรมในช่วงระหว่างวันที่ 4-11 เมษายน 2551 เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนในสังคมไทยได้ระลึกถึงคุณความดีและคุณประโยชน์ที่ผู้สูงอายุเคยปฏิบัติต่อประเทศชาติ สังคม และครอบครัวตลอดมา (กรุงเทพธุรกิจ, 1 เมษายน 2551)

ในช่วงเวลาต่อมา ข่าวดำเนินเสนอผลงานวิจัยเรื่อง **“ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ”** ของ ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เครือข่ายวิจัยสุขภาพ โดยการสนับสนุนของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ระบุถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุในด้านสถานบริบาล ว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2558 จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และต้องการญาติดูแล

จำนวนมากถึง 79,888 คน ในจำนวนนี้เป็นการรับจ้างดูแล 31,955 คน และต้องอยู่ในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งต้องการการดูแลปานกลาง 25,298 คน และต้องการการดูแลใกล้ชิดอีก 75,894 คน (ไทยรัฐออนไลน์, 22 เมษายน 2551)

นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันแล้ว ยังมีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชนที่ภาครัฐ และท้องถิ่นได้สนับสนุนให้ดำเนินการขยายเพิ่มขึ้น กระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ซึ่งมีข่าวเผยแพร่กิจกรรมออกมาเป็นระยะ เช่น “พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดภูเก็ตได้สร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ที่ไม่มีผู้ดูแล และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้สามารถเข้าถึงบริการของรัฐและเอกชน โดยจัดการอบรมหลักสูตรขั้นพื้นฐานให้กับอาสาสมัครจากองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน” (ผู้จัดการออนไลน์, 23 พฤษภาคม 2551)

“เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2551 กระทรวงสาธารณสุข ได้เปิด “ศูนย์เรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิถีชนบท” ที่สถานีนามัยบ้านนาเวียง ต.ภูจาน อ.คำเขื่อนแก้ว เพื่อใช้เป็นสถานที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งกายและใจ ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณค่า เป็นที่พบปะทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้านและพื้นที่ใกล้เคียง โดยใช้ภูมิปัญญาที่เหมาะสมกับท้องถิ่น ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” (กรุงเทพธุรกิจ, 30 มิถุนายน 2551)

“คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลลงนามร่วมกับกรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปิดศูนย์บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน นำร่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ เขตหนองแขม” (มติชนรายวัน, 27 มิถุนายน 2551)

ในภาคราชการส่วนกลาง กรมอนามัยได้สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ อาทิ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ละ เลิก เว้น เลิก อบายมุข เช่น บุหรี่ สุรา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูลในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อให้มีการพัฒนาสุขภาพกาย จิตใจและสังคม เป็นต้น (สำนักข่าวไทย, 29 กรกฎาคม 2551)

นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างกรณีศึกษาที่ทำงานในระดับภูมิภาคได้ถูกนำเสนอผ่านสื่อข่าวด้วย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ศูนย์ส่งเสริมและวิจัยสุขภาพผู้สูงอายุ) จ.นครราชสีมา ได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบล โคกกรวด อำเภอเมือง พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 1,249 คน ชาย 38.9% หญิง 61.1% ช่วยเหลือตนเองได้ 89.99% ทำกิจวัตรได้ แต่ออกนอกบ้านไม่ได้ 8.8% นอนติดเตียง 1.9% ไม่มีคนดูแล 38% ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ 14.7% และไม่มีรายได้ต้องอาศัยลูกหลาน 46.4% จากการสำรวจดังกล่าว ทำให้พบความต้องการของผู้สูงอายุว่า ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดบริการตามบ้านเพื่อช่วยเหลือเรื่องสุขภาพและการดำรงชีพ เบี้ยยังชีพสิทธิการรักษา จัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน และลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ (เดลินิวส์, 18 สิงหาคม 2551)

ในภาคราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร (กทม.) มีแนวคิดที่จะทำโครงการ **ศูนย์ชะลอความแก่** โดยใช้คณะแพทย์ และพยาบาล

จากโรงพยาบาลที่สังกัด กทม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากศูนย์บริการสาธารณสุข มาร่วมทำงาน ให้ ความรู้กับบุคคลที่กำลังจะเข้าสู่วัยชราในการ เตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตน ในการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นในโรงพยาบาล กทม.จะตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามาได้รับการรักษา พยาบาลในช่วงที่ป่วยหนัก เพื่อให้คนไข้ได้รับการ ดูแลอย่างดี ก่อนที่จะเสียชีวิต (มติชนออนไลน์, 28 ตุลาคม 2551) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแล ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว ภาควิชาวิสัญญีวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเคยเสนอไว้ว่า จำเป็น ต้องมีเหตุปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ คือ การมี สุขภาพกายใจที่ดี การสื่อสารความคิดในการดูแล ล่วงหน้า ไม่ใช่การเขียนเจตจำนงเรื่องสิทธิการ ตาย (Living will) แต่เป็นการพูดคุยกันเองใน ครอบครัวและการเกื้อกูลดูแลจากเครือข่าย ครอบครัวและสังคม (มติชนรายวัน, 27 มีนาคม 2551)

ด้านกำลังคน หรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี ชาวจากเวทินโยบายสาธารณะที่จัดโดยมูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ นักวิจัยสำนักงานวิจัยและ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) ได้นำเสนอ**ผลการวิจัย “ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการ ดูแลผู้สูงอายุ”** ว่า ในปี พ.ศ.2553 ความต้องการ กำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุจะแบ่ง เป็น 2 ประเภท คือ กำลังคนที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ กำลังคนในครอบครัวและญาติ ซึ่งในอนาคต บุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเริ่มขาดแคลน เนื่องจากการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าเมือง และอาส

สมัครดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการมากถึง 71,410 คน ขณะที่ปัจจุบันมีเพียง 4,000 คน ซึ่งองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องให้ความสำคัญและ เข้ามาสนับสนุนอย่างจริงจังมากขึ้น ส่วนกำลังคน ที่เป็นทางการ ได้แก่ พยาบาล มีความต้องการ 23,888 คน ขณะที่ปัจจุบันผลิตพยาบาลเพิ่มได้ เพียงปีละ 6,000 คน นักจิตวิทยาคลินิกมีเพียง 230 คน ทั้งที่มีความต้องการถึง 1,528 คน นัก กายภาพบำบัดมีความต้องการ 2,499 คน จาก การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สำหรับให้บริการผู้สูงอายุในอีก 2 ปีข้างหน้า พบ ว่ายังขาดแคลน รัฐจึงควรประกาศเป็นวาระแห่ง ชาติ เพื่อบรรณคดีให้ประชาชนตระหนักตื่นตัวใน การดูแลผู้สูงอายุ และควรวางแผนการผลิตกำลัง คนด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการมาก ขึ้น (1 พฤศจิกายน 2551)

ในประเด็นกำลังคนทางด้านการแพทย์นี้ มีข่าวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เปิดเผยถึงแนวทางการแก้ไขปัญห ขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท จาก ปัญหาการดึงแพทย์เข้าสู่ระบบเอกชนเพื่อรักษา ผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติ โดยเห็นว่า ควรมีการจัด เก็บภาษีสุขภาพกับชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการ รักษาพยาบาลใน ประเทศ เพื่อนำเงินมาใช้แก้ไข ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในระบบภาครัฐ ทั้งนี้มา ใช้ในการผลิตแพทย์เพิ่ม มอบทุนเรียนต่อ การ เพิ่มเงินเดือนค่าตอบแทน และสร้างสวัสดิการเพิ่ม เต็มเพื่อให้แพทย์อยู่ในระบบได้ (กรุงเทพธุรกิจ, 29 ตุลาคม 2551) นอกจากนี้ยังมีข่าวจากกระทรวง สาธารณสุขว่า กระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย พร้อมสนับสนุนรับบุคลากรทางการแพทย์ ของไทย ร่วมฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ทำวิจัย แลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี เน้น

เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตด้วย (11 พฤศจิกายน 2551)

4) สถิติการผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชาวส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับเรื่องการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ชาวภาพรวมของประเทศ เช่น “สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แห่งประเทศไทย ได้เปิดเผยว่า ปัจจุบันเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้สุ่มสำรวจการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของอบต.และเทศบาลต่างๆ ในประเทศ โดยพบการจ่ายเบี้ยยังชีพสงเคราะห์ผู้สูงอายุผิดกฎระเบียบเป็นจำนวนมาก ดังนั้นเจ้าหน้าที่สตง.เตรียมเรียกเงินคืนจากอบต.ที่จ่ายเบี้ยสงเคราะห์ผู้สูงอายุผิดระเบียบ...” (มติชนรายวัน, 22 มิถุนายน 2551) และชาวท้องถิ่น เช่น กทม. ประชาสัมพันธ์ชาวลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กทม. จัดงานมหกรรมเชิดชูคุณค่าผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2551 (ผู้จัดการออนไลน์, 5 และ 28 เมษายน 2551) อบต. จำปาศาย อ.เมือง จ.พะเยาเปิดเผยผลสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ามีผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90) ถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ลูกหลานไปทำงานต่างถิ่นซึ่งจะนำข้อมูลนี้มาจัดทำแผนเตรียมการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำตำบลต่อไป (แนวหน้า, 21 กรกฎาคม 2551)

นอกจากนี้ยังมีข่าวกิจกรรม/โครงการผู้สูงอายุอื่นๆ ในท้องถิ่น เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา จ.มหาสารคาม ร่วมกับ อบจ. หน่วยงานราชการ เหล่ากาชาด และภาคเอกชน จัดพิธีทำบุญเลี้ยงพระใหญ่ เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ เลี้ยงดูอุปการะผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น (ผู้จัดการออนไลน์, 28 เมษายน 2551) อบจ.สงขลา นำ

รายได้ส่วนเกินมาจัดทำโครงการ “เฝ้าระวังผู้สูงอายุ” ให้บริการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีในแต่ละตำบล (มติชนรายวัน, 31 สิงหาคม 2551) เทศบาลตำบลคลองด่าน จ.สมุทรปราการ นำผู้สูงอายุ 150 คน จาก 13 ชุมชนเข้าอบรมโครงการ “อยู่อย่างไรให้ใจเป็นสุขในวัยชรา” เพื่อนำหลักธรรมไปใช้ในการดำเนินชีวิต (คมชัดลึก, 1 สิงหาคม 2551) ทั้งหมดที่กล่าวมา เป็นเพียงส่วนหนึ่งของกิจกรรม/โครงการผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายไปตามสถานการณ์ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่นั้นๆ

7.3.2 แหล่งที่มาของข่าวผู้สูงอายุ

จากลักษณะเนื้อหาข่าวทั้ง 6 ประเภทที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ข่าวเหล่านี้มีแหล่งที่มาหลากหลาย ทั้งจากกลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่ออกมาพูดถึง หรือให้ข่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้ 7 กลุ่ม ดังนี้

1. นักการเมืองที่มีอำนาจในรัฐบาล พบว่า มีการพูดถึงนโยบายสำคัญๆ ได้แก่ นโยบายเบี้ยยังชีพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2552-2555)

2. นักการเมืองที่กำลังรณรงค์หาเสียงปรากฏเป็นข่าวชัดเจนเนื่องจากปี 2551 เป็นปีแห่งการเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และผู้สมัครหลักในการแข่งขันต่างมีนโยบายว่าด้วยผู้สูงอายุที่ชัดเจน

3. นักการเมืองท้องถิ่น มีการออกมาให้ข่าวเกี่ยวกับนโยบาย หรือบริการที่ได้จัดทำขึ้น

4. ข้าราชการและหน่วยงานของรัฐ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมฯ

และกระทรวงการคลังต่างออกมาพูดกับสื่อมวลชน ถึงนโยบายและผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

5. นักวิชาการ และองค์กรสาธารณะประโยชน์ออกมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบายผู้สูงอายุ

6. ภาคธุรกิจออกมาให้ข่าวเกี่ยวกับโอกาสทางธุรกิจและบริการที่มีกลุ่มลูกค้าเป็นผู้สูงอายุ ที่น่าสนใจคือ มีหน่วยงานส่งเสริมการวิจัยออกมาให้ข่าวเกี่ยวกับโอกาสทางธุรกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อย่างน้อย 3 ครั้งในปี 2551 (ทีเซลส์ สวรส. และ NECTEC)

7. นักข่าว เป็นผู้นำเสนอข่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้วยตนเอง ค่อนข้างน้อยที่ชัดเจนว่าน่าจะมาจากการคิด และตัดสินใจนำเสนอ หรือเจาะ

ข่าวโดยนักข่าวเอง มีเพียงสองข่าว คือ ข่าวการเสียชีวิตของปู่เย็น และข่าวคุณยายวัย 72 ป่วย

7.3.3 สื่อมวลชนกับความสนใจในข่าวผู้สูงอายุ

จากการประเมินข่าวจากจำนวน 101 ชิ้นข่าว ที่ปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์รวม 13 ฉบับในปี 2551 พบการกระจายในแง่ของหนังสือพิมพ์ และเนื้อหาข่าวที่ปรากฏดังนี้

มีข้อน่าสังเกตเกี่ยวกับการเสนอข่าวของสื่อหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุในปี 2551 ดังนี้

1. ข่าวเกือบทั้งหมดที่ปรากฏเป็นการให้ข่าว โดยหน่วยงานต่างๆ มากกว่า การเจาะข่าวหรือการริเริ่มของนักข่าวเอง
2. น่าจะยังมีข่าว รวมทั้งคอลัมน์ต่างๆ ในหนังสือพิมพ์อีกที่พูดถึงเรื่องผู้สูงอายุ

ประเภท นสพ.	สถิติ	นโยบาย	เตรียมความพร้อม ธุรกิจ	สินค้า/ บริการ สาธารณะ	รายบุคคล บริการ	ความรู้/	รวม
มติชน	2	11	2	2	2	12	31
ข่าวสด	-	2	-	1	1	1	5
ไทยรัฐ	-	2	-	-	-	2	4
เดลินิวส์	-	1	-	1	-	2	4
ผู้จัดการ	3	-	-	1	2	20	26
คมชัดลึก	-	4	-	-	-	2	6
กรุงเทพธุรกิจ	-	1	1	1	1	6	10
สยามธุรกิจ	-	-	-	2	-	-	2
โลกวันนี้	-	3	-	-	-	-	3
แนวหน้า	-	-	1	-	-	1	2
โพสต์ทูเดย์	-	-	-	1	-	-	1
ไทยโพสต์	-	1	-	-	-	1	2
สำนักข่าวไทย	-	2	1	-	-	11	5
รวม	5	27	5	9	6	49	101

3. การนำเสนอข่าว มักเป็นการนำเสนอเฉพาะเท่าที่ผู้ให้ข่าว ให้ข้อมูลมาน้อยมากที่มีการเจาะข่าวเพิ่มเติม แม้จะเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่น่าจะมีการสอบถาม หรือมองอย่างวิเคราะห์เจาะลึก

4. สื่อมวลชน ให้ความสำคัญกับหน่วยงานที่เป็นองค์กรวิชาการและองค์กรสาธารณะประโยชน์มากถึง 48.5% ของข่าวทั้งหมดที่ปรากฏในปี 2551 และมีข่าวจากภาคธุรกิจเอกชนด้วย แม้จะมีข่าวจากหน่วยงานหรือนักการเมืองเป็นส่วนใหญ่ถึง 26.7 % ของจำนวนชิ้นข่าวทั้งหมด

สำหรับประเด็นข่าวที่มีการพูดถึงมากในหนังสือพิมพ์ในปี พ.ศ.2551 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่

1. ข่าวเกี่ยวกับการให้บริการ หรือการจัดโครงการในรูปแบบต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุ ทั้งโครงการในลักษณะเชิดชู ให้ความสำคัญ ไปจนถึงการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ ที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข

2. ข่าวเกี่ยวกับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีการให้ข่าวทั้งจากนักการเมือง ธุรกิจ และฝ่ายวิชาการ

โดยรวมเป็นการพูดถึงความจำเป็นในการเพิ่มจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (มักเป็นข่าวจากนักการเมือง) การให้ข่าวทำนองชี้ให้เห็นถึงศูนย์ที่ดำเนินการโดยภาคธุรกิจเอกชนหรือแม้กระทั่งการออกมารายงานผลการวิจัยว่าด้วยช่องว่างของการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในขณะนี้ (ทั้งในเชิงบริการและคุณภาพ)

3. เรื่องรายได้ และการช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีตั้งแต่ข่าวการแจกเบี้ยยังชีพ ข่าวการทุจริตแจกเบี้ยยังชีพ ข่าวการสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับนโยบายแจกเงินผู้สูงอายุ ไปจนถึงการทำข้อเสนอให้จัดระบบบำนาญแห่งชาติ

มีข้อสังเกตว่า มีข่าวน้อยมากที่จะทำให้ประชาชนมองเห็นถึงพลังของผู้สูงอายุตามแนวคิดการสร้างสังคมพหุศักยภาพ (active aging) ข่าวที่อาจจัดเข้าในทำนองนี้มีข่าวเดียวในปีพ.ศ. 2551 คือ ข่าวผู้สูงอายุแห่งชาติ อาจทำให้ผู้คนตระหนักถึงคุณภาพและศักยภาพในการสร้างสรรค์เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ ของศาสตราจารย์ นายแพทย์ เสรม พริ้งพวงแก้ว (ดูรายละเอียดในหัวข้อ 7.1)

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

งานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1.1 โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการ โดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นโครงการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภายใต้ความสนับสนุนทางวิชาการจาก องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) ประจำประเทศไทย ในลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โครงการดังกล่าวนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคมภายในชุมชนที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม โครงการนี้ได้เริ่มดำเนินการเมื่อปลายปี พ.ศ.2550 มีระยะเวลาในการดำเนินโครงการฯ เป็นเวลา 4 ปี (ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึง เดือนตุลาคม 2554) โดยได้มีการดำเนินการใน 4 พื้นที่นำร่อง คือ

- ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

- ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

- ตำบลบางศรีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

- ตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2550- 2551 คณะทำงานโครงการฯ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสองกระทรวงในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องของโครงการฯ ได้มีการประชุมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และได้ร่วมกันสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุใน 4 พื้นที่นำร่อง มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่โดยมีข้อมูลโดยสรุป ที่สำคัญ ดังนี้

การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุเป็นการสำรวจผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่นำร่องทั้ง 4 ตำบล รวมจำนวน 4,066 คน โดยมีผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 2,249 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 55.31 มีผู้สูงอายุชายจำนวน 1,817 คน คิดเป็นร้อยละ 44.68 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมี

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น และยังคงอาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัวของตน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่ โรคกระดูกและข้อ และมีปัญหาทางสายตา โดยระบุว่าปัญหาทางด้านสายตาหรือปัญหาที่เกี่ยวกับการมองเห็นหรือตาพร่ามัว เป็นปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับการรักษามากที่สุด ขณะเดียวกันบริการสุขภาพเคลื่อนที่หรือบริการสุขภาพที่สะดวกและเข้าถึงผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนก็เป็นบริการด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีขึ้นภายในชุมชนของตนเอง สำหรับบริการด้านสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างต้องการได้รับความสนับสนุนช่วยเหลือด้านรายได้และค่าใช้จ่าย หรือการได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึง รองลงมาคือการได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ รวมกับข้อมูลการวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนทั้ง 4 พื้นที่นำร่องดังกล่าว จะนำไปสู่การร่วมกันพิจารณาและร่วมกันวางแผน ในปี พ.ศ.2552 เพื่อบูรณาการภารกิจการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ การพัฒนา

ทักษะความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แก่อาสาสมัคร การสร้างและพัฒนาเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การดำเนินงานระหว่างพื้นที่นำร่อง เป็นต้น

1.2 การประเมินผลการดำเนินงาน โครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง

สมสุดา ผู้พัฒนา และ จุฬารัตน์ วัฒนะมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การประเมินผลการดำเนินงาน โครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง” ใน พ.ศ.2551 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง โดยศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเข้าใจและกระบวนการดำเนินงานของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เกี่ยวกับระเบียบ หลักเกณฑ์ ขั้นตอน ดำเนินงานตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 3 ฉบับ เพื่อนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการคุ้มครอง พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุตามประกาศกระทรวงฯ 3 ฉบับ ซึ่งบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 (8) (9) (10) และ (12) นั้น มีการดำเนินงานอย่างทั่วถึงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิเพียง 2 ประกาศกระทรวงฯ ที่ออกตามมาตรา 11(8)(9) และ(10) เท่านั้น คือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง ในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาคือครอบครัว และการจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้

ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง ส่วนประกาศกระทรวงฯ ที่ออกตามมาตรา 11(12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ยังดำเนินการไม่ครอบคลุม เพราะผู้สูงอายุที่มีสิทธิมีการรับรู้สิทธิไม่เพียงพอ ใ้แก่ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อ การให้บริการช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) มีความรู้ความเข้าใจ กฎระเบียบตามประกาศกระทรวงฯ 3 ฉบับ และมีความเห็นว่าสาระสำคัญของประกาศฯ มีความเหมาะสมดีแล้ว สำหรับปัญหาที่พบในการดำเนินงานโครงการฯ คือ การกำหนด หลักเกณฑ์ และคุณสมบัติผู้มีสิทธิในประกาศกระทรวงฯ ยังขาดความรัดกุม เนื่องจากยังสามารถ เปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิตามประกาศกระทรวงฯ ดังกล่าว ทั้ง 3 ฉบับ เข้ามาใช้สิทธิได้

ผู้ศึกษาได้มีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ให้มีการจัดทำสำมะโนประชากรผู้สูงอายุทั้งที่มีสิทธิและไม่มีสิทธิตามประกาศกระทรวงฯ 3 ฉบับ เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลเชื่อมโยงกับทุกหน่วยงานในประเทศ ขณะเดียวกันควรมีการแก้ไขประกาศกระทรวงฯ ที่ออกตามมาตรา 11(12) ด้านคุณสมบัติผู้มีสิทธิให้ชัดเจน รวมทั้งจัดให้มีคณะกรรมการกลางดูแลพิทักษ์สิทธิในระดับหมู่บ้าน ที่ทำหน้าที่กลั่นกรอง คัดเลือก และรับรองคุณสมบัติผู้สูงอายุที่มีสิทธิ และมีการปฏิบัติงานแบบบูรณาการภารกิจและบุคลากรจากทุกภาคส่วน และในท้ายที่สุดควรมีการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรับไปดำเนินการ

1.3 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันของประเทศไทย

รายงานการวิจัยเรื่อง “สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันของ ประเทศไทย” โดย ผศ.รศ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้ดำเนินการศึกษาสถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร ที่แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ บ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชรา (Residential Home), สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living Setting), สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long - stay Hospital), สถานบริบาล (Nursing Home), และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) จำนวนรวม 138 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุสูงที่สุดถึงร้อยละ 49.28 โดยมีผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นผู้ใช้บริการร้อยละ 61.3 ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี และมีสถานภาพเป็นหม้าย เกือบครึ่งของผู้สูงอายุที่ใช้บริการเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร และยังสามารถในการช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้ สำหรับสาเหตุสำคัญของการเข้าอยู่หรือใช้บริการในสถานบริการผู้สูงอายุคือ ไม่มีผู้ดูแล สำหรับผู้ทำหน้าที่ให้บริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.5 มีอายุระหว่าง 15-30 ปี โดยมีสถานะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยดูแลและเคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงศึกษาธิการมากที่สุด

ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า รัฐควรมีนโยบายสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคเอกชน มูลนิธิ องค์กรศาสนา มีบทบาทในการจัดบริการดูแลระยะยาว พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ครอบคลุมทุกสภาวะ กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ และมีองค์กรกำกับดูแลสถานบริการที่ชัดเจน สำหรับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการนั้นจะต้องพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ และส่งเสริมให้สถานบริการมีการจัดบริการที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ให้สอดคล้องกับความต้องการ และเพื่อสนับสนุนการดูแลในชุมชน

1.4 ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย

รองศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ศึกษาเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุของครอบครัว และการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนที่ได้รับบริการคัดเลือกกว่ามีการจัดบริการที่ดี โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ศึกษาเชิงลึกกับกรณีตัวอย่าง ซึ่งได้จากการคัดเลือกครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลและการจัดบริการที่ดี จากทั้ง 4 ภาคทั่วประเทศ คือ อบต.แม่พริก อ.แม่สรวย จ.เชียงราย, อบต. เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น, อบต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร และอบต. ปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระดับ 3 และ 4 จำนวน 8 ราย เป็นเพศหญิง 6 คน ชาย 2 คน มีสถานภาพหม้าย 7 คน และยังอยู่กับคู่สมรส 1 คน ซึ่งผู้สูงอายุที่กรณี

ตัวอย่างทุกรายมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งตนเองไม่ได้เลย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก

ผลการศึกษาที่จากการวิเคราะห์ข้อมูล การสนทนาเชิงลึก พบว่าวิธีการและเทคนิค การดูแลผู้สูงอายุที่ดีต้องประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในด้านของชุมชนที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ต้องประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีคณะทำงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบการประเมินบริการ

ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ ระดับนโยบายควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและสังคมที่บ้าน และการสร้างระบบบริหารการดูแลผู้สูงอายุ ระดับปฏิบัติงาน ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการระดับท้องถิ่น โดยสร้างกลุ่มการดูแลที่สามารถให้บริการดูแลระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ การเพิ่มบริการสนับสนุนบริการในครอบครัว การบริการทางเลือกสำหรับอุปกรณ์การดูแล การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการดูแลที่ดีอย่างเป็นองค์รวม ของชุมชน และการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุ ในระดับครอบครัว สมาชิกควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

ภาคผนวกที่ 2

ตารางแสดงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะการทำงาน พ.ศ.2546 - 2551

(จำนวน : พันคน)

เพศ เขตการปกครอง และภาค	จำนวน									
	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550	
	รวม	ทำงาน	ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน	ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน	ไม่ทำงาน	รวม
ปี 2551										
		ทำงาน	ไม่ทำงาน		ทำงาน	ไม่ทำงาน		ทำงาน	ไม่ทำงาน	
จำนวน										
เพศ										
รวม	6,174.6	2,090.3	4,084.3	6,415.4	2,243.1	4,172.3	6,601.0	2,365.3	4,235.7	6,888.7
ชาย	2,818.4	1,258.0	1,560.4	2,929.6	1,371.8	1,557.8	2,986.5	1,422.6	1,563.9	3,066.1
หญิง	3,356.1	824.1	2,532.0	3,485.8	871.3	2,614.5	3,614.7	955.0	2,659.7	3,795.2
เขตการปกครอง										
ในเขตเทศบาล	1,923.6	506.7	1,416.8	1,998.1	549.4	1,448.7	1,960.2	527.4	1,432.9	1,947.7
นอกเขตเทศบาล	4,251.0	1,575.4	2,675.6	4,417.3	1,693.7	2,723.6	4,640.8	1,838.0	2,802.8	4,911.0
ภาค										
กรุงเทพมหานคร	647.4	134.1	513.3	669.3	135.6	533.7	641.3	114.0	527.3	624.8
กลาง	1,583.2	509.4	1,073.8	1,650.3	543.6	1,106.8	1,631.9	548.0	1,083.9	1,637.9
เหนือ	1,285.5	427.5	857.9	1,348.1	484.8	863.3	1,397.5	518.5	879.0	1,447.8
ตะวันออก	1,917.5	675.7	1,241.8	1,969.6	742.3	1,227.4	2,106.1	832.5	1,273.6	2,286.2
ใต้	759.1	335.5	423.6	778.1	336.8	441.3	824.1	352.4	471.7	877.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะการทำงาน พ.ศ.2546 - 2551 (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

เพศ เขตการปกครอง และภาค	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551	
	รวม	ทำงาน ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน ไม่ทำงาน
ร้อยละ												
เพศ												
รวม	100.0	33.9 66.1	100.0	35.0 65.0	100.0	35.8 64.2	100.0	35.0 65.0	100.0	35.1 64.9	100.0	37.3 62.7
ชาย	100.0	44.6 55.4	100.0	46.8 53.2	100.0	47.6 52.4	100.0	46.8 53.2	100.0	48.2 51.8	100.0	49.9 50.1
หญิง	100.0	24.6 75.4	100.0	25.0 75.0	100.0	26.4 73.6	100.0	25.4 74.6	100.0	26.8 73.2	100.0	27.2 72.8
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	100.0	26.3 73.7	100.0	27.5 72.5	100.0	26.9 73.1	100.0	26.5 73.5	100.0	27.9 72.1	100.0	28.5 71.5
นอกเขตเทศบาล	100.0	37.1 62.9	100.0	38.3 61.7	100.0	39.6 60.4	100.0	38.3 61.7	100.0	39.7 60.3	100.0	40.9 59.1
ภาค												
กรุงเทพมหานคร	100.0	20.7 79.3	100.0	20.3 79.7	100.0	17.8 82.2	100.0	18.2 81.8	100.0	20.3 79.7	100.0	20.6 79.4
กลาง	100.0	32.2 67.8	100.0	32.9 67.1	100.0	33.6 66.4	100.0	32.4 67.6	100.0	33.7 66.3	100.0	34.3 65.7
เหนือ	100.0	33.3 66.7	100.0	36.0 64.0	100.0	37.1 62.9	100.0	35.7 64.3	100.0	38.2 61.8	100.0	37.7 62.3
ตะวันออก	100.0	35.2 64.8	100.0	37.7 62.3	100.0	39.5 60.5	100.0	38.1 61.9	100.0	39.1 60.9	100.0	41.7 58.3
ใต้	100.0	44.2 55.8	100.0	43.3 56.7	100.0	42.8 57.2	100.0	41.7 58.3	100.0	43.6 56.4	100.0	42.7 57.3

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ พ.ศ.2546-2551

(จำนวน : พันคน)

เพศ	เขตการปกครอง	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551							
		รวม	ในภาค เกษตรฯ	นอกภาค เกษตรฯ	รวม	ในภาค เกษตรฯ	นอกภาค เกษตรฯ	รวม	ในภาค เกษตรฯ	นอกภาค เกษตรฯ	รวม	ในภาค เกษตรฯ	นอกภาค เกษตรฯ						
จำนวน																			
เพศ	รวม	2,082.1	1,258.0	824.1	2,243.1	1,371.8	871.3	2,365.3	1,415.3	950.0	2,398.3	1,436.2	962.1	2,560.1	1,514.9	1,045.2	2,734.5	1,624.4	1,110.2
	ชาย	1,292.1	842.0	450.1	1,357.6	884.7	472.9	1,445.0	924.2	520.8	1,473.5	939.5	534.0	1,560.8	986.1	574.6	1,672.6	1,056.0	616.5
	หญิง	790.0	416.0	374.0	885.4	487.1	398.3	920.3	491.1	429.2	924.8	496.7	428.2	999.3	528.8	470.5	1,062.0	568.3	493.6
เขตการปกครอง																			
	ในเขตเทศบาล	506.7	118.3	388.5	549.4	132.4	417.0	527.4	125.6	401.8	516.6	122.6	394.0	562.5	133.4	429.1	607.9	146.3	461.6
	นอกเขตเทศบาล	1,575.4	1,173.9	401.5	1,693.7	1,225.2	468.4	1,838.0	1,319.5	518.5	1,881.7	1,350.9	530.8	1,997.6	1,427.3	570.2	2,126.7	1,526.3	600.4
ร้อยละ																			
เพศ																			
	รวม	100.0	60.4	39.6	100.0	61.2	38.8	100.0	59.8	40.2	100.0	59.9	40.1	100.0	59.2	40.8	100.0	59.4	40.6
	ชาย	100.0	65.2	34.8	100.0	63.8	36.2	100.0	64.0	36.0	100.0	63.8	36.2	100.0	63.2	36.8	100.0	63.1	36.9
	หญิง	100.0	52.7	47.3	100.0	53.7	46.3	100.0	53.4	46.6	100.0	53.7	46.3	100.0	52.9	47.1	100.0	53.5	46.5
เขตการปกครอง																			
	ในเขตเทศบาล	100.0	23.3	76.7	100.0	24.1	75.9	100.0	23.8	76.2	100.0	23.7	76.3	100.0	23.7	76.3	100.0	24.1	75.9
	นอกเขตเทศบาล	100.0	74.5	25.5	100.0	72.3	27.7	100.0	71.8	28.2	100.0	71.8	28.2	100.0	71.5	28.5	100.0	71.8	28.2

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน พ.ศ.2546-2551

(จำนวน : พันคน)

สถานภาพการทำงาน	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551							
	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ						
จำนวน																		
รวม	2,181.6	520.3	1,661.4	2,341.9	563.3	1,778.6	2,462.1	539.0	1,923.1	2,488.2	527.7	1,960.5	2,639.3	572.0	2,067.3	2,734.5	607.9	2,126.7
นายจ้าง	103.8	45.2	58.6	115.3	47.4	67.9	123.4	41.8	81.6	121.3	45.4	75.8	124.6	45.5	79.1	106.2	40.9	65.3
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	1,384.0	297.2	1,086.8	1,449.3	313.2	1,136.1	1,506.6	297.6	1,209.0	1,538.2	285.4	1,252.8	1,635.3	311.6	1,323.7	1,694.6	338.8	1,355.8
โดยไม่มีลูกจ้าง																		
ช่วยธุรกิจครัวเรือน	401.8	86.4	315.4	417.5	95.2	322.3	451.1	92.4	358.7	461.8	92.4	369.4	485.1	102.1	383.0	521.5	107.6	413.9
โดยไม่ได้รับค่าจ้าง																		
ลูกจ้างรัฐบาล	20.9	9.3	11.6	24.1	10.9	13.3	31.7	13.0	18.6	34.8	14.0	20.8	43.6	15.2	28.4	39.9	17.0	22.9
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	2.9	2.0	0.9	3.4	2.6	0.8	2.9	1.8	1.0	3.9	2.6	1.3	3.1	1.9	1.1	3.0	1.8	1.2
ลูกจ้างเอกชน	261.9	79.4	182.5	328.4	93.5	234.9	341.9	91.4	250.5	324.3	87.0	237.3	342.8	94.5	248.3	364.5	100.9	263.6
การรวมกลุ่มประกอบอาชีพ	6.3	0.7	5.7	3.8	0.5	3.3	4.5	0.9	3.6	3.9	0.9	3.1	4.9	1.2	3.7	4.8	0.8	3.9
อาชีพ																		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน พ.ศ.2546-2551 (ต่อ)

(จำนวน : พันคน)

สถานภาพการทำงาน	ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551	
	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ นอกเขตฯ
ร้อยละ												
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ชาย	4.8	8.7	3.5	4.9	8.4	3.8	5.0	7.8	4.2	4.9	8.6	3.9
หญิง	63.4	57.1	65.4	61.9	55.6	63.9	61.2	55.2	62.9	61.8	54.1	63.9
ประกอบธุรกิจส่วนตัว												
โดยไม่มีลูกจ้าง												
ช่วยธุรกิจครัวเรือน	18.4	16.6	19.0	17.8	16.9	18.1	18.3	17.1	18.7	18.6	17.5	18.8
โดยไม่ได้รับค่าจ้าง												
ลูกจ้างรัฐบาล	1.0	1.8	0.7	1.0	1.9	0.7	1.3	2.4	1.0	1.4	2.6	1.1
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	0.1	0.4	0.1	0.1	0.5	0.0	0.1	0.3	0.1	0.2	0.5	0.1
ลูกจ้างเอกชน	12.0	15.3	11.0	14.0	16.6	13.2	13.9	17.0	13.0	13.0	16.5	12.1
การรวมกลุ่มประกอบอาชีพ	0.3	0.1	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามรายได้และชั่วโมงทำงานเฉลี่ย พ.ศ.2546-2551

เพศ และภาค	เขตการปกครองรายได้เฉลี่ยต่อเดือน					ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์						
	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551
เพศ												
รวม	5,379.0	5,783.7	6,023.5	6,282.8	6,245.9	6,900.2	43.1	42.8	42.0	41.8	41.8	41.1
ชาย	6,733.8	6,939.4	7,431.2	7,275.2	7,276.8	7,938.8	43.7	43.5	42.8	42.6	42.7	41.6
หญิง	3,427.2	3,950.3	3,750.1	4,715.8	4,640.8	5,326.0	42.2	41.7	40.8	40.7	40.6	40.4
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	9,841.6	11,396.0	13,008.0	12,696.1	12,415.3	13,112.9	49.0	48.6	47.6	47.4	47.3	46.8
นอกเขตเทศบาล	3,277.9	3,379.1	3,241.0	3,714.9	3,722.7	4,278.1	41.2	40.9	40.4	40.3	40.3	39.5
ภาค												
กรุงเทพมหานคร	15,752.4	19,437.5	23,561.0	21,554.6	20,783.2	23,780.7	52.9	53.6	52.9	51.6	52.5	50.2
กลาง	4,935.3	5,644.1	6,373.2	6,398.3	5,666.6	5,694.1	45.5	45.8	45.1	44.7	45.1	44.9
เหนือ	3,146.8	3,003.9	2,496.2	2,973.3	3,125.7	3,351.0	43.7	42.8	41.5	42.5	42.6	42.3
ตะวันออก	3,036.2	3,816.4	3,318.5	3,922.2	4,333.1	4,175.7	42.7	42.0	41.7	41.2	41.2	40.1
ใต้	4,381.1	4,201.8	4,271.5	4,455.8	5,022.0	8,762.0	35.3	35.1	35.3	35.1	34.0	32.9

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2546-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

ภาคผนวกที่ 3

บทบาทของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส

ความเป็นมา

- พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 16 (10) และมาตรา 17 (27) ได้กำหนดให้เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่ในการสงเคราะห์และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

- พ.ร.บ.จัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ พ.ร.บ.เทศบาล พ.ศ.2496 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ.องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2540 พ.ร.บ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ.2542 ได้กำหนดให้เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และเมืองพัทยา มีหน้าที่ในการสงเคราะห์และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ด้วยเช่นกัน

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 80 วรรคสอง บัญญัติว่า “รัฐ

ต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้

บทบาทของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส

จากบทบัญญัติของกฎหมายในข้างต้น จึงได้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ และถ่ายโอนศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา มาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เพื่อไปดำเนินการจัดสวัสดิการให้กับคนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส ในด้านต่างๆ ดังนี้

- ด้านผู้สูงอายุ
- ด้านคนพิการ
- ด้านผู้ป่วยเอดส์

ซึ่งการจัดสวัสดิการเพื่อการสงเคราะห์ผู้สูงอายุมีด้วยกัน 3 ลักษณะ คือ

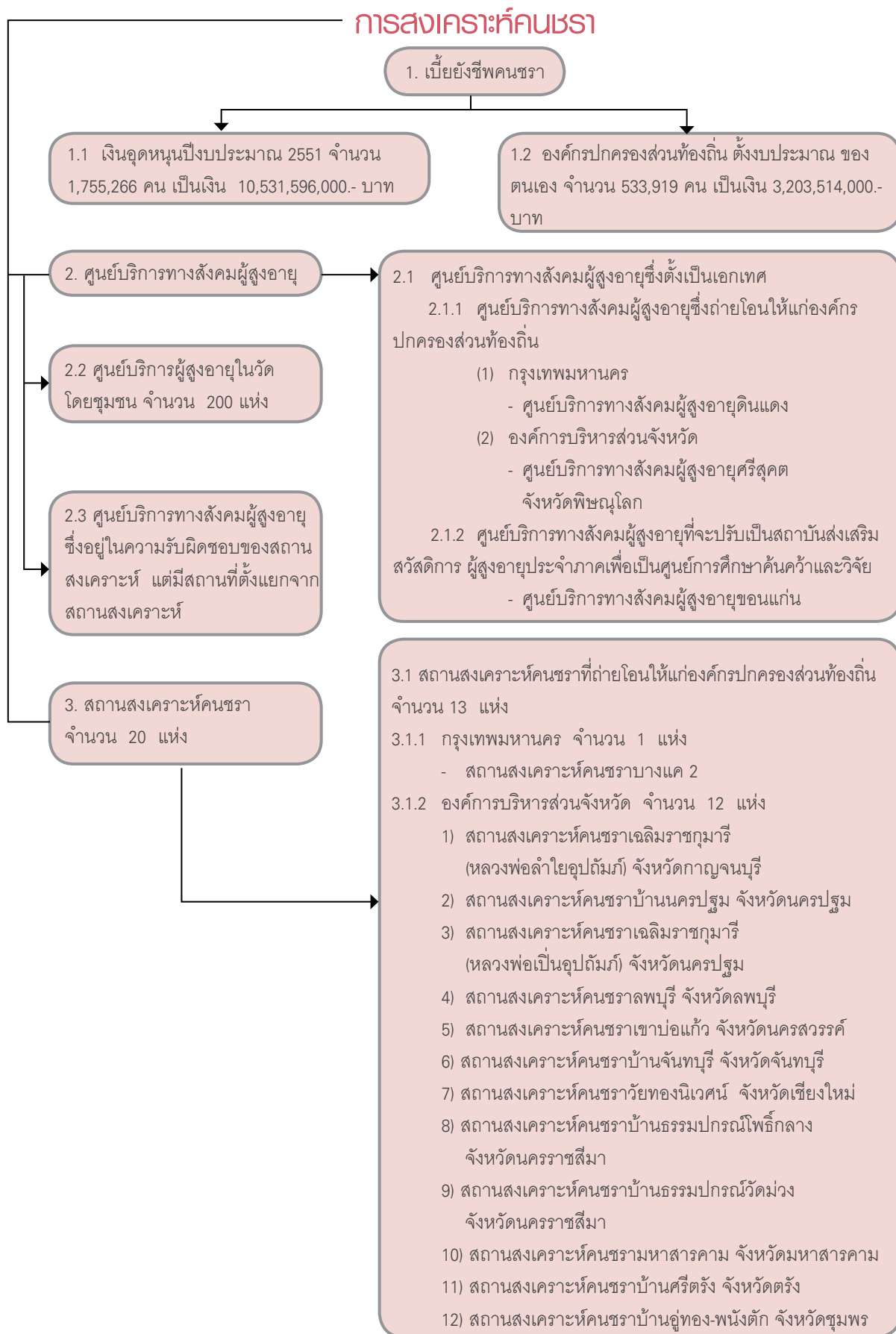
- สนับสนุนศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ
- สนับสนุนสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 12 แห่ง ใน 10 จังหวัด
- สนับสนุนเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การจัดสรรเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นมา คือ เมื่อปี พ.ศ.2546 กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดสรรเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากกรมประชาสงเคราะห์ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนับเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจสำคัญยิ่งทั้งในฐานะเป็นผู้ดำเนินการ และสนับสนุนการดำเนินการแก้ไขปัญหาและพัฒนาท้องถิ่น

นอกจากการจัดสรรเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ได้แก่ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนให้การสนับสนุน

งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้และขาดผู้อุปการะซึ่งอยู่ในการดูแลของสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 12 แห่ง โดยใช้งบประมาณ 80,302,000 บาท เป็นค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการของสถานสงเคราะห์คนชราดังกล่าว และยังมีศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง จากงบประมาณ 8,585,000 บาท เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบถึงแนวทางด้านการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุและคนพิการในพื้นที่ และในปัจจุบันกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้แจ้งหลักเกณฑ์แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุและคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ และคนพิการ อันประกอบด้วยหลักการดำเนินงาน 4 แผนงานหลัก คือ

1. แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย
2. แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กร ด้านผู้สูงอายุ และคนพิการ
3. แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุ และคนพิการ
4. แผนงานด้านการบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต



ภาคผนวกที่ 4

ภารกิจตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต กระทรวงศึกษาธิการออกประกาศ วันที่ 28 กันยายน 2547 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษา และ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

ปีงบประมาณ 2551 กระทรวงศึกษาธิการได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในภาพรวมทั้ง 5 หน่วยงานหลักของกระทรวงศึกษาธิการ โดยอาศัยภารกิจตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ 8 ข้อ มีผลการปฏิบัติงานเป็นรูปธรรม ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองส่งเสริมสนับสนุนในการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ดังนี้

ภารกิจที่ 1 จัดบริการข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุมการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย รวมทั้งการทําฐานข้อมูลทางการศึกษา การฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุ

หน่วยงานหลักในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงาน กศน. สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาและสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ได้ดำเนินการจัดบริการข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุมการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย รวมทั้งการทําฐานข้อมูลทางการศึกษาการฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

จัดบริการข้อมูลข่าวสารด้านการศึกษาขั้นพื้นฐาน การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน การศึกษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตามอัธยาศัยผ่านทางโทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ เว็บไซต์ของหน่วยงาน การจัดป้ายประชาสัมพันธ์ การจัด

นิทรรศการ “เฉลิมราชกุมารี” ห้องสมุดราชภัฏมณฑล-
ภิเชกและหอสมุดในสถาบันอุดมศึกษา

การผลิตเอกสาร/สื่อเพื่อให้ความรู้แก่
ผู้สูงอายุ เช่น จดหมายข่าว แผ่นปลิว แผ่นพับ
หนังสือ CD VCD

การจัดประชุมเสวนาเพื่อระดมความคิด
เห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุ
ได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการศึกษาและสามารถ
เข้ารับบริการการศึกษาที่สถานศึกษาที่ศึกษาจัดบริการได้

การจัดประชุมอบรมเพื่อให้ความรู้ ข้อมูล
ข่าวสารที่จำเป็นในการดำรงชีวิต หรือเพื่อการฝึก
อาชีพพระยะสั้น

นอกจากนี้ยังมีการยกย่องเชิดชูเกียรติ
ผู้ทรงภูมิปัญญา หรือปราชญ์ชาวบ้านให้เป็น “ครู
ภูมิปัญญาไทย” รวม 9 ด้าน และบริการสื่อองค์
ความรู้ โดยจัดทำเป็นหนังสือครูภูมิปัญญาไทย
และหนังสือนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาไทยในการ
จัดการศึกษา เผยแพร่แก่หน่วยงานและผู้สนใจ
ทั่วไป และยกย่องเชิดชูเกียรติหน่วยงานและชุมชน
ที่เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ต้นแบบ รวม 27 แห่ง

ภารกิจที่ 2 จัดบริการการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และ การศึกษาตามอัธยาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ โดย
สำนักงาน กศน. จัดบริการการศึกษาอย่างต่อเนื่อง
ทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ
และการศึกษาตามอัธยาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ
ดังนี้

จัดการศึกษาขั้นพื้นฐานในระดับประถม
ศึกษา (ป.6) มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) และ
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)

จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ (หลักสูตร
อาชีพพระยะสั้น) เพื่อส่งเสริมอาชีพและการมีรายได้

จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต เป็น
การเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันให้มี
คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
และสังคม

จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน
เป็นการอบรมวิทยากรแกนนำภูมิปัญญาท้องถิ่น
ให้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้คนใน
ชุมชนได้สืบสานความรู้เป็นมรดกของลูกหลานต่อ
ไป

จัดการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการส่งเสริม
การเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ด้วยตนเองตามความ
สนใจ เช่น การส่งเสริมการอ่าน การเรียนรู้จากสื่อ
ต่างๆ

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา
จัดการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้วิชาชีพพระยะสั้นที่ยืด
หยุ่นตามสภาพของสังคมและความต้องการของ
ผู้สูงอายุ

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยมีผู้สูงอายุเข้า
ศึกษาในหลายหลักสูตร เช่น ศิลปศาสตรบัณฑิต
นิเทศศาสตรบัณฑิต นิติศาสตรบัณฑิต วิทยา-
ศาสตรบัณฑิต รัฐศาสตรบัณฑิต เป็นต้น นอกจากนี้
ยังมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการผลิตอาหาร
การทำขนม ด้านการเกษตร การใช้คอมพิวเตอร์
เบื้องต้น อบรมการใช้ภาษาอังกฤษ อบรมการ
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพ
ชีวิตแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีความรู้ในเรื่อง
ต่างๆ เผยแพร่เป็นเอกสาร บทความ หรือผ่านทาง
เว็บไซต์

ภารกิจที่ 3 สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการสำหรับผู้สูงอายุ

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการโดยสำนักงาน กศน. สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาและสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาสนับสนุนให้มีรายการสำหรับผู้สูงอายุที่มีเนื้อหาความรู้แก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมเกียรติคุณของผู้สูงอายุในรายการโทรทัศน์ รายการวิทยุ เว็บไซต์ และสิ่งพิมพ์ ประเภทต่างๆ ครอบคลุมทั้งทางด้านการศึกษา ภาษา อาชีพ สุขภาพ ศาสนา และข่าว

ภารกิจที่ 4 ส่งเสริมให้หน่วยงานสถานศึกษามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการโดยสำนักงาน กศน. สกพ. และ สกสค. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ส่งเสริมให้หน่วยงานสถานศึกษามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ ในกิจกรรมเกษียณอายุราชการ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมทัศนศึกษา กิจกรรมด้านสุขภาพ กิจกรรมรณรงค์ขอพรจากผู้สูงอายุ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อผู้สูงอายุ กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องต่างๆ การจัดมุมห้องสมุดและจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ การให้ชุมชนใช้แหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับคนในท้องถิ่นซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่หน่วยงาน สถานศึกษาดำเนินการเองรวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมการพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานเอกชน

นอกจากนี้ หน่วยงาน สถานศึกษาได้เชิญผู้สูงอายุเป็นวิทยากรในสาขาที่มีความเชี่ยวชาญซึ่งเป็นการนำคุณค่าของภูมิปัญญา ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาถ่ายทอดแก่เด็กและเยาวชนรุ่นใหม่อีกด้วย

ภารกิจที่ 5 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการโดยสำนักงาน กศน. จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ พบปะ และทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุในชุมชน ปัจจุบันมีศูนย์การเรียนรู้ชุมชนทุกตำบล จำนวน 8,577 แห่ง และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ศูนย์ส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม หอศิลป์ และลานวัฒนธรรม เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านประวัติศาสตร์ของชุมชนและท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ

ภารกิจที่ 6 คุ้มครองการผลิตสื่อความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้สูงอายุ

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการโดยสำนักงาน กศน. และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จัดกิจกรรมโครงการเพื่อคุ้มครองการผลิตสื่อความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการได้รับความคุ้มครองในการผลิตสื่อ การคุ้มครองสิทธิบัตร การให้ความรู้ในการผลิตสื่ออิเล็กทรอนิกส์ รวบรวมและจดทะเบียนข้อมูลผู้รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่งตั้งที่ปรึกษาด้านวิชาการให้ผู้สูงอายุ และแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายองค์กรดำเนินงานด้านผู้สูงอายุซึ่งทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของสื่อความรู้ต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ

ภารกิจที่ 7 จัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการโดย
สำนักงาน กศน. และ สช. สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการ
การอาชีวศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการการ
อุดมศึกษา จัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน
การศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษาคือ

หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีกรอบ
เนื้อหาหรือขอบข่ายของความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ
ผู้สูงอายุในสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา
สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม การงานอาชีพ
และเทคโนโลยีและกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน

การพัฒนาหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ
หรือตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตร
ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรพัฒนาแกนนำ
ผู้สูงอายุ หลักสูตรการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุเพื่อ
ดูแลเพื่อนวัยเดียวกัน หลักสูตรอาชีพระยะสั้น
การพัฒนาหลักสูตร สื่อ และทักษะสำหรับผู้สูง
อายุ การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน
หลักสูตรสาขาต่างๆ เช่น สาขาศิลปศาสตร์ สาขา
จิตวิทยา พยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรการ
บริหาร งานสาธารณสุข หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน
 เป็นต้น

ภารกิจที่ 8 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิต งานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการโดย
สำนักงาน กศน. และ สกสศ. สำนักงานคณะ
กรรมการการอุดมศึกษา และสำนักงานเลขาธิการ
สภาการศึกษา ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการ
ผลิตงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ
โดยจัดให้มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัด
กิจกรรมการเรียนรู้ กิจกรรมการจัดการศึกษา
กิจกรรมเพื่อพัฒนาแก่ผู้สูงอายุ เช่น การทดลอง
รูปแบบการรวมกลุ่มพัฒนาทักษะชีวิต การศึกษา
สำรวจความต้องการด้านการความเป็นอยู่ ความ
จำเป็นด้านที่พักและการดูแลและบุคลากร
ทางการศึกษา การศึกษาวิจัยด้านการจัดการศึกษา
สุขภาพอนามัย และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

กล่าวโดยสรุป กระทรวงศึกษาธิการได้มี
การส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัด
ดำเนินการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้อง
กับภารกิจหลักและอำนาจหน้าที่ของแต่ละ
หน่วยงานทั้งการจัดบริการข้อมูลข่าวสาร การจัด
บริการการศึกษาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมการ
ศึกษาในระบบการศึกษานอกระบบและการศึกษา
ตามอัธยาศัย การจัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
ในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา การสนับสนุน
สื่อ การส่งเสริมให้หน่วยงานสถานศึกษามีส่วนร่วม
ในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ การส่งเสริมและ
สนับสนุนให้มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนแก่
ผู้สูงอายุ การคุ้มครองการผลิตสื่อความรู้และสื่อ
อิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุน
ให้มีการผลิตงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้าน
ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจในประกาศกระทรวง
ศึกษาธิการ

ภาคผนวกที่ 5

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำ

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551

1. นพ.บรรลุ ศิริพานิช	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	ประธาน
2. นางธิดา ศรีไพพรรณ	สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์	กรรมการ
3. นางยุพิน รอดป้อง	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
4. นายธีรพัฒน์ คัชมาตย์	สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	กรรมการ
5. นางอรวิ รมยะสมิต	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
6. น.ส.ฐิตาพร จินตะเกษกรณ์	สำนักส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
7. นายณัฐพงษ์ ณ พัทลุง	กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
8. น.ส.วนิดา นาโถกา	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	กรรมการ
9. นางอุษณีย์ ต้นสกุล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงแรงงาน	กรรมการ
10. นางบุญพา มลิณทรสุด	สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม	กรรมการ
11. น.ส.กรรณิการ์ เอกเผ่าพันธุ์	ผู้แทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง	กรรมการ
12. น.ส.ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์	กรรมการ
13. นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัฒน์	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
14. น.ส.สมจินต์ โฉมวัฒนชัย	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

15. นางปรียา มิตรานนท์	สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ	กรรมการ
16. น.ส.จิราวรรณ มาท่อม	สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ	กรรมการ
17. น.ส.พรรณทิพย์ เพชรมาก	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)	กรรมการ
18. รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
19. อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
20. รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
21. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	กรรมการ และเลขานุการ
22. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อคณะทำงานดำเนินการจัดพิมพ์หนังสือ “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551”

1. นพ.บรรลพ ศิริพานิช	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
2. รศ.นภาพร ชโยวรรณ	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
3. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ประธานคณะทำงาน
4. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	คณะทำงาน
5. น.ส.เยาวภา สันติกุล	คณะทำงาน
6. น.ส.พินธดา ธนกรทวีโชติ	คณะทำงาน
7. น.ส.จุฑารัตน์ ทน้นไชย	คณะทำงาน
7. น.ส.วริฏฐา แก้วเกตุ	คณะทำงานและเลขานุการ