ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากข้อมูลของรายงานสถานการณ์ที่ประมวลโดยหน่วยงานต่างๆทั้งหมด มีปรากฏการณ์ที่ชัดเจนมากขึ้นว่าสังคมและหน่วยงานตลอดจนนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการและการเตรียมการสำหรับสังคมสูงอายุเต็มรูปแบบมากขึ้น จึงใคร่สรุปเพื่อเสนอข้อเสนอแนะดังนี้

1. ประเด็นการสร้างระบบความคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ควรให้ความสำคัญ

1.1 หลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ(หยุดทำงาน)

การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ได้มีการถ่ายโอนจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รับไปดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่หลักในการจัดทำทะเบียน ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ และจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ จำนวนคนละ 500 บาท ต่อ 1 เดือน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้ดูแล

ในปี พ.ศ.2552 นี้เป็นปีที่รัฐบาลเริ่มดำเนินการนโยบายเบี้ยยังชีพอย่างถ้วนหน้า (ยกเว้นผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ)แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ จำนวน 500 บาทต่อเดือน นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 เป็นต้นมา ส่งผลให้จากเดิมที่มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ.2552 จำนวน 1,828,456 คน ได้เพิ่มเป็นจำนวน 5,652,893 คนที่ได้รับเบี้ยยังชีพหรือคิดเป็นประมาณกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย แม้ว่าหลักการคือการสร้างหลักประกันขั้นพื้นฐาน ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาที่ผู้สูงอายุบางส่วนยังไม่ได้รับ และในระยะยาวยังไม่มีหลักประกันว่ามาตรการนี้จะยังคงอยู่อย่างยั่งยืน แม้ว่าสภาผู้แทนราษฎรได้ลงมติผ่าน 3 วาระให้ปรับปรุงแก้ไขพรบ.ผู้สูงอายุ 2546 ให้การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นสิทธิ์ที่ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกคน แต่ก็ยังติดค้างอยู่ที่

กระบวนการทางรัฐสภาที่ยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้**หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและรัฐบาลเร่งรัดกระบวนการพิจารณาในขั้นรัฐสภาทั้งสองและประกาศใช้ให้แล้วเสร็จโดยเร็ว นอกจากนี้ควรผลักดันให้มีระบบหลักประกันสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากลำบาก ขาดที่พึ่ง ให้มีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน**

นอกจากเบี้ยยังชีพที่ยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุแล้ว การออมของแรงงานเพื่อใช้จ่ายยามชราภาพก็เป็นมาตรการสำคัญที่หนุนเสริมหลักประกันรายได้ เมื่อพิจารณาการออมของประเทศที่ผ่านมา พบว่ามูลค่าการออมสุทธิของประเทศมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากในปี พ.ศ.2546 จนถึงปี พ.ศ.2550 ยกเว้น ในปี พ.ศ.2551 การออมสุทธิของประเทศลดลงจากปี พ.ศ.2550 เนื่องจากการออมสุทธิของภาคธุรกิจลดลง และการออมสุทธิของครัวเรือนและสถาบันไม่แสวงหากำไรชะลอลงค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามการออมส่วนบุคคลยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงว่าศักยภาพและความต้องการการออมของครัวเรือนยังมี ปัจจุบันเครื่องมือการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพแม้จะมีอยู่แล้วหลายกองทุน แต่ครอบคลุมแรงงานที่มีนายจ้างซึ่งมีเพียงส่วนน้อยประมาณร้อยละ 30 ของประเทศ จึงต้องให้ความสำคัญในการจัดให้มีช่องทางการออมและการคุ้มครองแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศที่ยังไม่มีระบบการออมเพื่อการชราภาพใดๆ อีกประมาณ 24 ล้านคน หรือร้อยละ 70 ของผู้มีงานทำ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ได้จัดทำข้อเสนอโครงการกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) และได้นำเสนอโครงการ กอช. ซึ่งได้ผ่านการอนุมัติโดยหลักการจากคณะรัฐมนตรี เมื่อเดือนตุลาคม 2552 และส่งตรวจสอบยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การสร้างระบบการออมของบุคคลที่มีรัฐร่วมสมทบนี้จะเป็นมาตรการสำคัญให้ผู้สูงอายุในอนาคตมีหลักประกันรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ต้องการ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้**รัฐบาลเร่งรัดกระบวนการทางกฎหมายผ่านสภาผู้แทนราษฎรให้ลุล่วงและประกาศใช้โดยเร็ว นอกจากระบบการออมแห่งชาติที่รัฐสร้างระบบนี้ให้แล้ว ควรขยายช่องทางการออมที่มีความหลากหลาย (multi pillar) ในรูปแบบใหม่ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย เพื่อให้มีหลักประกันรายได้เพิ่มเติมที่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี**

นอกจากระบบแห่งชาติที่รัฐบาลส่วนกลางเป็นเจ้าภาพจัดให้มีแล้ว กองทุนสวัสดิการชุมชนก็เป็นเครื่องมือสำคัญของการออม ซึ่งในการดำเนินงานให้จัดตั้งกองทุนสวัสดิการนั้นเป็นไปตามข้อตกลงหรือกฎระเบียบของแต่ละกองทุนที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูระบบการดูแลและการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันระหว่างคนภายในชุมชนเดียวกัน จะสามารถรองรับผู้ที่ไม่สามารถออมในระบบการออมแห่งชาติได้ ดังนั้นรัฐบาลทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนส่งเสริมกองทุนของประชาชนเหล่านี้ทั้งในด้านวิชาการการบริหารจัดการ นอกเหนือจากการร่วมสมทบ เพื่อให้กองทุนฯจัดสวัสดิการชุมชนในพื้นที่ให้ครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิผล

1.2 การทำงานและประกอบอาชีพ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทำงานนอกระบบประมาณ 2.79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 91 เป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการดูแลด้านการคุ้มครองสวัสดิการและการประกันสังคม ขาดอำนาจการต่อรองในการเรียกร้องสิทธิ์ต่างๆ ตามกฎหมายแรงงาน มีแนวโน้มการมีปัญหาจากการทำงานสูงขึ้น คือร้อยละ 19.8, 20.6 และ

21.8 ในปี พ.ศ.2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ ปัญหาหลักๆ จากการทำงานที่พบคือสูงสุดเรื่องค่าตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน งานหนัก และงานขาดความต่อเนื่อง สถานภาพการทำงานคือมีชั่วโมงการทำงานสูงขึ้นแม้ว่ารายได้เฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นก็ตาม พบว่ายังคงมีช่องว่างระหว่างเพศในปัญหาจากการทำงาน ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าชายในด้านทำงานไม่ตรงเวลาปกติ งานขาดความต่อเนื่อง และ ไม่มีวันหยุด ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุหญิงซึ่งมีแนวโน้มอายุยืนยาวกว่าชาย แต่กลับประสบปัญหาโอกาสในการทำงานมากกว่าชาย จะยิ่งทำให้การมีรายได้เพื่อดูแลตนเองในบั้นปลายจะประสบความยากลำบากมากขึ้น ดังนั้น**รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาทบทวนและหามาตรการลดการกีดกันทางอาชีพระหว่างผู้สูงอายุกับวัยอื่นๆ และระหว่างผู้สูงอายุชายกับหญิง โดยผลักดันให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองแรงงานสำหรับผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้ผู้สูงอายุมีงานทำ มีรายได้ และมีสวัสดิการที่ได้รับการคุ้มครองอย่างต่อเนื่อง**

การเพิ่มโอกาสในการทำงานให้กับผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้เป็นแนวทางหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัว โดยไม่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานหรือภาครัฐมากนัก จากสถิติของผู้สูงอายุที่ยื่นขอกู้ยืมเงินรายบุคคลจากกองทุนผู้สูงอายุซึ่งได้รับนโยบายจากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้ขยายวงเงินการกู้ยืมเป็นสองเท่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสามเป็นการกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือค้าขายเล็กๆ น้อยๆ และได้รับการอนุมัติเพียงร้อยละ 49.19 ของผู้ขอกู้ยืม และผู้ขอกู้ยืมรายกลุ่ม ได้รับการอนุมัติเพียง ร้อยละ 38.59 แสดงว่าผู้สูงอายุยังมีปัญหาในด้านการเข้าถึงแหล่งทุน ซึ่ง**รัฐและหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งองค์กรสาธารณประโยชน์ควรส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งทุนต่างๆ ของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น**

2. ประเด็นการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 การบริการการดูแลระยะยาว

เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย และมีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทุกขนาดกิจกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ 5-10 เท่า ข้อจำกัดเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะรวมทั้งบริการสาธารณสุขและด้านสังคม และส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแล การที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.25552 ให้การรับรองมติ ในประเด็น“การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง”ซึ่งข้อเสนอได้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น จึงมีข้อเสนอให้**ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะส่วนราชการรวมทั้งภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำข้อมตินี้เป็นจุดอ้างอิงสำหรับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลักดันให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือธุรกิจเพื่อสังคม เข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ**

2.2 การบริการสุขภาพ

ปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แต่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.1 ที่ใส่ฟันทดแทน ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปต่ำสุด นอกจากนี้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะรวมทั้งบริการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ มีผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพเพียงแค่ร้อยละ 15 นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสามหลักประกันสุขภาพ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ.2549–2552 กลุ่มผู้สูงอายุ 70–79 ปีมีอัตราการใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิน 80 ปี ส่วนในด้านค่าใช้จ่าย กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าวัยอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยค่าใช้จ่ายที่สูงในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่ไม่เสียชีวิตต่ำกว่าค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตประมาณ 4 เท่า แต่มีแนวโน้มลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น

จึงมีข้อเสนอให้หน่วยบริการสาธารณสุขและรัฐ **ควรเร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และพัฒนารูปแบบบริการในชุมชนโดยชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลในบ้านและครอบครัวโดยความช่วยเหลือของชุมชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลในสถานพยาบาล**

2.3 บริการทางสังคม

การที่ลักษณะประชากรสูงอายุมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (มากกว่า 80 ปี) และมีแนวโน้มการย้ายเข้าสู่เขตเทศบาลของผู้สูงอายุสูงขึ้น ลักษณะของสังคมเมืองจะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากชนบท การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมทางสังคม การดูแลทางสังคมจะมีลักษณะที่เป็นกลุ่มย่อยมากขึ้น ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นในการประสาน **จัดตั้งและส่งเสริมกลุ่มย่อยเหล่านี้ให้สามารถดูแลกันในชุมชน สร้างกลไกย่อยในชุมชน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อการดูแลทางสังคม โดยส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคม อาสาสมัคร ในการบริการ**

ศูนย์อเนกประสงค์ที่ดำเนินการนำร่องในภูมิภาคต่างๆนั้น ผลการประเมินพบว่าการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความเหมาะสม และควรสนับสนุนให้มีการขยายผลการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลและดำเนินการ ซึ่งมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่สนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารจัดการ กล่าวได้ว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นสามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนในการเข้า

มาทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างเวลากลางวันได้ชุมชนละประมาณ 800-1,000 คนต่อเดือน อย่างไรก็ตาม ในเขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ในภูมิภาคยังมีข้อจำกัดมาก จากการที่สภาพความเป็นเมืองไม่เอื้อให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือกันในละแวกบ้านผู้สูงอายุ ดังนั้นเสนอให้หน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน ภาคประชาสังคมในชุมชน ควรริเริ่ม**การนำร่องในบริบทเขตเมืองให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่คนเดียว**อาจมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้ต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในเมืองที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายนอกจากผู้สูงอายุแล้ว จะยังสามารถขยายออกไปให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนวัยแรงงาน เพื่อให้มีการเตรียมการพร้อมรับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเพื่อปรับทัศนคติ เรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง และสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเตรียมการวางแผนสำหรับการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ

3. ประเด็นการเตรียมตัวให้พร้อมก่อนเป็นผู้สูงอายุและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของประชาชน

3.1 ส่งเสริมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพิ่มการเรียนรู้ผ่านการศึกษาตามอัธยาศัย เพิ่มสื่อการเรียนรู้ทางรายการโทรทัศน์ที่ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุนิยมรับชมสื่อทางโทรทัศน์สูงสุด ดังนั้นการสร้างสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุจึงควรมีการผลิตสื่อทั้งประเภท เนื้อหา รูปแบบ ที่ผู้สูงอายุนิยม เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้โดยไม่เบื่อ และควรเพิ่มช่องทางสื่อโทรทัศน์ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ดู และสอดแทรกสาระที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ เช่น ด้านสุขภาพ ช่องทางที่ควรเพิ่มเป็นอันดับต้นๆ คือช่องทางสื่อโทรทัศน์ของรัฐ ของสถานศึกษา และของท้องถิ่น

3.2 ส่งเสริมให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุ่มเสี่ยงทางสุขภาพทั้งการบริโภค และการออกกำลังกาย โดยปรับแบบแผนการบริโภคอาหารให้ได้คุณค่าทางโภชนาการ งดการสูบบุหรี่ และดื่มสุราลดลง ใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับวัย คลายความเคร่งเครียด มีการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นการลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคที่ป้องกันได้ทั้ง 5 ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ และมะเร็ง ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วงวัยสูงอายุ

1 ประชากรสูงอายุไทย

ประชากรสูงอายุไทย*

นิยามที่ใช้ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทยคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับประชากรสูงอายุไทยในบทนี้ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขนาดและแนวโน้มของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไประหว่างปี พ.ศ.2503-2573 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุ และการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับขนาด สัดส่วน การกระจายตัวเชิงพื้นที่ และคุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ โดยข้อมูลหลักที่นำเสนอในบทนี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประชากรสูงอายุไทยปี พ.ศ.2552 จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ทั้งนี้เพราะข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุไม่ได้มีการเก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิไว้ทุกปี สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากแหล่งข้อมูลทะเบียนราษฎร์ที่รวบรวมเสนอในบทนี้ครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์เท่านั้น ดังนั้น จึงไม่นับรวมผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย แต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน
2. ผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านกลาง (ทะเบียนซึ่งผู้อำนวยการทะเบียนกลางกำหนดให้จัดทำขึ้นสำหรับลงรายการบุคคลที่ไม่อาจมีชื่อในทะเบียนบ้าน)
3. ผู้ที่อยู่ระหว่างการย้าย (ผู้ที่ย้ายออกแต่ยังไม่ได้ย้ายเข้า)

สาระสำคัญเกี่ยวกับประชากรสูงอายุไทยในบทนี้มีเนื้อหาสรุปได้ดังนี้

1.1 ขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2503-2573

การศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุจากสำมะโนประชากรประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2503 จนถึง พ.ศ.2543 และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 ดังสถิติที่นำเสนอในแผนภูมิที่ 1.1 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ.2503 ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้น

---

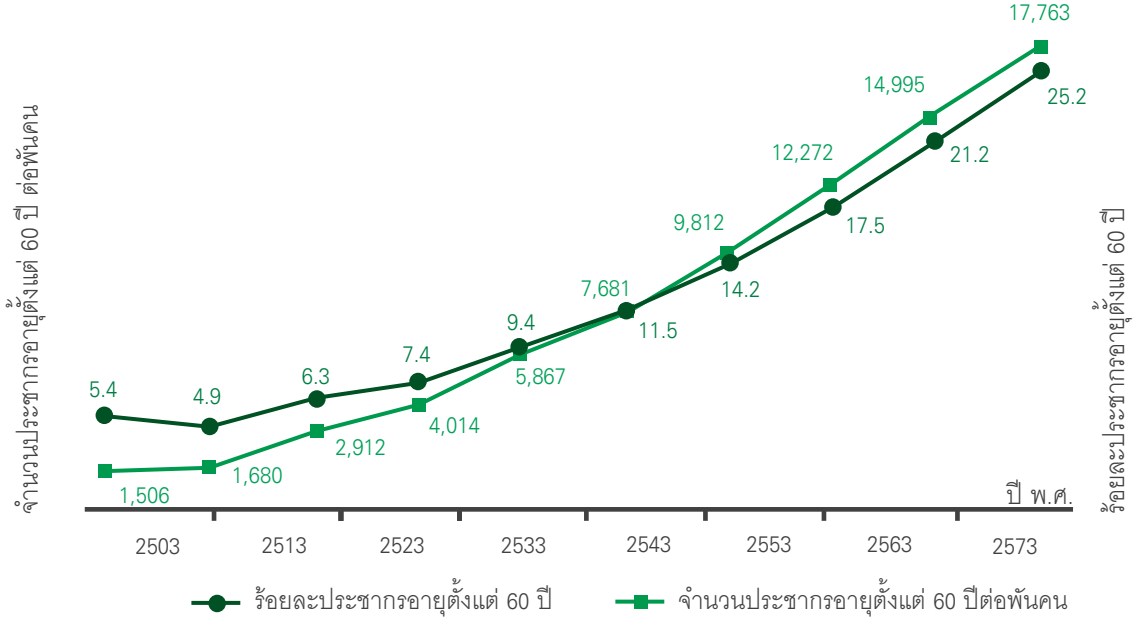
* เขียนโดยรองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ไปมีเพียง 1.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น แต่ขนาดของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 7 เท่าตัวคือประมาณ 7.6 ล้านคนในปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ปี พ.ศ.2552 เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Shryock, 2004)

การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 แสดงว่าอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2552 และในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 25 (ประมาณ 1 ใน 4) ของประชากรไทยทั้งประเทศ

ถึงแม้จะมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุ แต่สถิติในแผนภูมิที่ 1.1 ก็แสดงว่า การเพิ่มขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะเพิ่มในอัตราที่รวดเร็วในช่วงปี พ.ศ.2503 ถึง พ.ศ.2552 โดยอัตราการเพิ่มอยู่ในรูปของเส้นโค้งหรือกราฟรูปตัว J หลังจากนั้นถึงแม้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุจะยังคงเพิ่มอยู่ แต่การเพิ่มจะช้าลงกว่าช่วงแรก และมีลักษณะของการเพิ่มแบบเส้นตรง ซึ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอัตราเจริญพันธุ์ดังที่นำเสนอไว้ในส่วนที่ 1.3

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



ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ.2503-2543 สำมะโนประชากรของไทย พ.ศ.2503-2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลปี 2543-2573 การคาดประมาณประชากรของไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

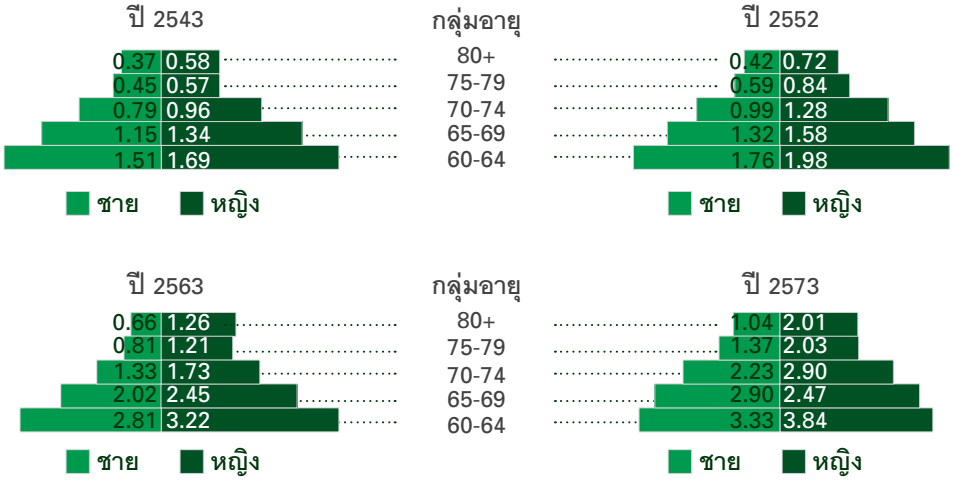
1.2 โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุ

การเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเป็นผลมาจากความจริงที่ว่าอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุสูงกว่าอัตราเพิ่มประชากรรวมของประเทศ และหากศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเพศและอายุของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไประหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 ดังที่นำเสนอไว้ในแผนภูมิที่ 1.2 จะพบว่า ประชากรสูงอายุในวัยปลายหรือที่มีอายุมากที่สุด (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีการเพิ่มขนาดและสัดส่วนเร็วกว่าประชากรสูงอายุกลุ่มอื่น หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ประเทศไทยไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่มีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเท่านั้น แต่ประเทศไทยยังมีการสูงอายุขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มของประชากรที่สูงอายุอีกด้วย

นอกจากนี้โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุยังชี้แนะให้เห็นถึงความไม่สมดุลกันทางเพศในกลุ่มของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เพราะสัดส่วนของหญิงสูงอายุจะมีมากกว่าและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าสัดส่วนของชายสูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 ถึง พ.ศ.2573 ดังนั้น จึงมักมีการกล่าวกันว่า “เรื่องของผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง” หรือ “Feminization of elderly” (จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุชี้แนะให้เห็นถึงแนวโน้มที่ประเทศไทยจะมีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากๆ (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งนับเป็นประเด็นท้าทายในการให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ หรือผู้สูงอายุวัยปลาย ในขณะเดียวกัน การมีสัดส่วนประชากรหญิงสูงอายุมากกว่าประชากรชายสูงอายุซึ่งแสดงถึงความไม่สมดุลทางเพศก็ชี้แนะให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องจัดเตรียมบริการทางด้านสุขภาพอนามัยสำหรับกลุ่มหญิงสูงอายุเป็นการเฉพาะด้วย อย่างไรก็ตาม ประเด็นในเรื่องการให้การดูแลชายผู้สูงอายุก็ไม่ควรเป็นประเด็นที่ถูกมองข้ามหรือลดความสำคัญลงเมื่อเทียบกับการให้การเกื้อหนุนหญิงสูงอายุ ทั้งนี้เพราะถึงแม้สัดส่วนของชายสูงอายุจะน้อยกว่าหญิงสูงอายุโดยเฉพาะในวัยปลาย แต่ก็พบว่าชายสูงอายุมีการเพิ่มสูงขึ้นทั้งในด้านจำนวนและสัดส่วนเช่นกัน เพียงแต่ว่าเพิ่มน้อยกว่าและช้ากว่าหญิงสูงอายุเท่านั้น

แผนภูมิที่ 1.2 โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป



ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.3 กระบวนการทางประชากรที่นำไปสู่การสูงอายุทางประชากร

1.3.1 การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์

การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ เพราะการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของจำนวนประชากรวัยเด็ก ในขณะที่การลดลงอย่างช้าๆของการตายในกลุ่มของประชากรในวัยแรงงานและวัยสูงอายุทำให้ขนาดประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้น สัดส่วนของประชากรสูงอายุจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เป็นที่น่าสังเกตว่าการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุที่นำเสนอในแผนภูมิที่ 1.1 และการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม[1] มีความสัมพันธ์กัน ข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rates หรือ TFR) ในแผนภูมิที่ 1.3 แสดงว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงอย่างรวดเร็วจาก 5.4 ในปี พ.ศ.2503 ลงมาเหลือประมาณ 2.0 ในปี 2533 ซึ่งช่วงนี้ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับระดับทดแทน[2] และอัตราเจริญพันธุ์รวมค่อยลดลงช้าๆเหลือประมาณ 1.85 ในปี 2553 ซึ่งในระหว่างที่อัตราเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วนั้น สัดส่วนของประชากรสูงอายุก็เพิ่มอย่างรวดเร็ว และเมื่ออัตรา

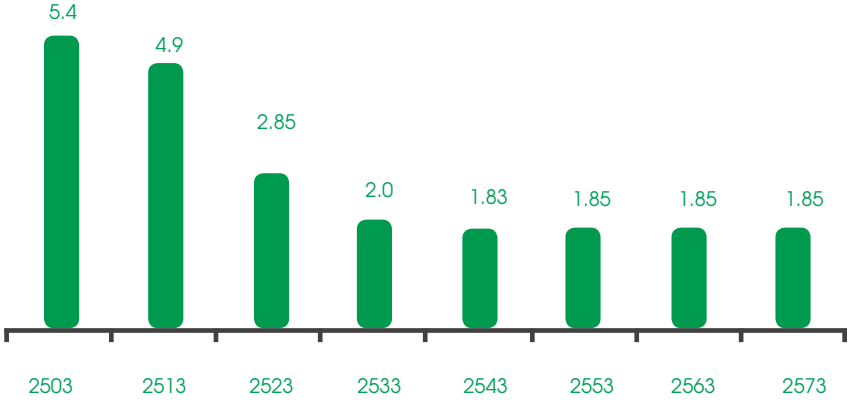
---

1 อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate หรือ TFR) หมายถึงจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีได้ตลอดวัยเจริญพันธุ์

2 ภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทน (replacement fertility) หมายถึง อัตราเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับที่สตรีคนหนึ่งจะมีบุตรมาทดแทนตนเองและสามี เช่นในกรณีของประเทศไทยภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทน อัตราเจริญพันธุ์รวมจะมีค่าประมาณ 2.2 (หรือสตรีคนหนึ่งจะมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 2.2 คน)

เจริญพันธุ์เริ่มเข้าสู่ภาวะคงที่ การเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุก็เริ่มช้าลง ด้วยเหตุนี้จึงพบว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในลักษณะของกราฟรูปตัว J คือเพิ่มอย่างรวดเร็วในระยะต้น (รูปกราฟเป็นเส้นโค้ง) และเริ่มช้าลงจนอัตราเพิ่มอยู่ในลักษณะของเส้นตรงในระยะปลาย ดังปรากฏในแผนภูมิที่ 1.1

แผนภูมิที่ 1.3 อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทย พ.ศ.2503-2573



ที่มา : จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต.Paper in Population Aging No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552

1.3.2 การลดลงของภาวะการตาย

สำหรับประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา การลดลงของภาวะการตายไม่ได้ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในทันทีดังเช่นที่พบว่าการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วมีผลต่อการลดลงของจำนวนเด็กและมีผลต่อการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุอย่างชัดเจน ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มที่ได้รับผลจากการลดลงของภาวะการตายในระยะแรกคือกลุ่มทารกและเด็ก เพราะเป็นกลุ่มที่มีการลดลงของภาวะการตายมากกว่าและเร็วกว่ากลุ่มอื่นๆ เมื่อการตายลดลงไปได้มากระดับหนึ่งแล้วจึงจะส่งผลให้เกิดการลดลงของภาวะการตายในกลุ่มประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุ สำหรับประเทศไทยในอนาคต การลดลงของการตายจะมีผลต่อการเพิ่มประชากรสูงอายุเพราะมีแนวโน้มว่าภาวะเจริญพันธุ์ของไทยได้ลดลงสู่ระดับที่ต่ำมากแล้ว

อย่างไรก็ตาม พัฒนาการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่ผ่านมา ได้ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ.2548-2553 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด[3] (life expectancy at birth) ของชายไทยคือประมาณ 68.5 ปี หญิงไทยประมาณ 75.0 ปี โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2568-2573 จะเพิ่มเป็น 73.6 ปีสำหรับชาย และ 79.1 ปีสำหรับหญิง (United Nation, 2007)

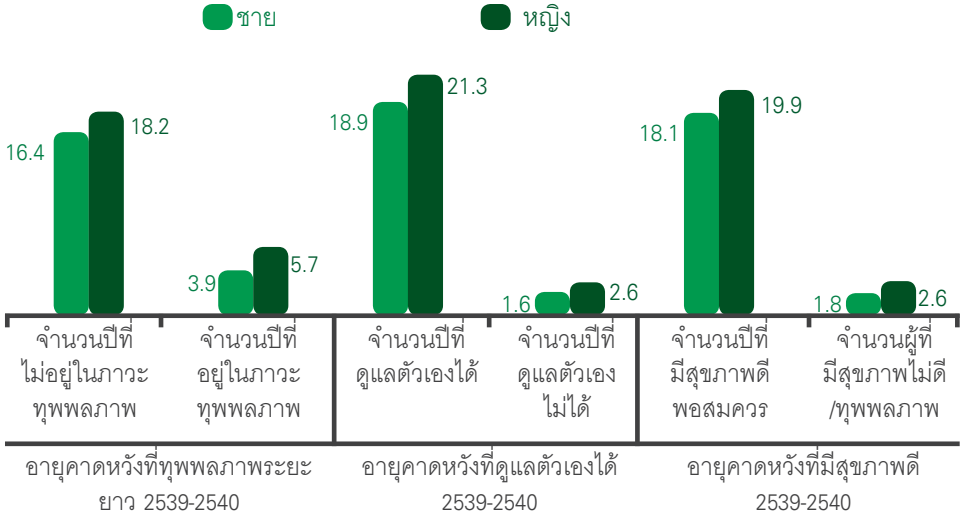
---

[3] อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e0) หมายถึง จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าประชากรเมื่อแรกเกิดจะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยเฉลี่ยจนถึงอายุประมาณเท่าใด หรือจะอยู่ต่อไปโดยเฉลี่ยอีกนานเท่าใด ซึ่งอายุคาดหมายเฉลี่ยนี้มีความหมายแตกต่างจากอายุขัย (life span) หรือระยะเวลานานที่สุดที่สิ่งมีชีวิตชนิดหนึ่งจะมีชีวิตอยู่ได้ภายใต้เงื่อนไขสภาพแวดล้อมอย่างหนึ่ง เช่นประชากรมนุษย์มีอายุขัยประมาณ 120 ปี

ปัจจุบันมีการกล่าวกันว่าการที่อายุคาดหมายเฉลี่ยหรืออายุคาดหมายการคงชีพเพิ่มมากขึ้น หรือการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น การศึกษาอายุคาดหมายการคงชีพในปัจจุบันจึงขยายความไปถึงอายุคาดหมายการคงชีพที่ยังดูแลตนเองได้ (Active life expectancy) ซึ่งจำแนกเป็นหลายรูปแบบ อาทิเช่น อายุคาดหมายที่ดูแลตนเองได้ อายุคาดหมายที่มีสุขภาพดี และอายุคาดหมายที่มีทุพพลภาพระยะยาว ฯลฯ

สถิติจากแผนภูมิที่ 1.4 แสดงอายุคาดหมายการคงชีพที่ยังดูแลตนเองได้ที่อายุ 60 ปี ซึ่งใช้นิยามแตกต่างกันและจากแหล่งข้อมูลต่างๆ แม้จะพบว่าแต่ละแหล่งแสดงขนาดความแตกต่างที่แท้จริงไม่เท่ากัน แต่มีหลายลักษณะที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกัน ทุกแหล่งชี้ว่าที่อายุ 60 ปี เพศหญิงมีอายุคาดหมายที่พึ่งพาตนเองได้ยาวนานกว่าเพศชาย แต่ก็จะมีช่วงเวลาที่จะอยู่ในสภาพที่มีสุขภาพไม่ดีหรือทุพพลภาพนานกว่าเพศชายเช่นกัน ในทั้งสองเพศ จำนวนปีที่มีชีวิตในช่วงวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีสุขภาพดีพอสมควรและไม่ต้องมีการดูแลระยะยาว (จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552)

แผนภูมิที่ 1.4 ประมาณการอายุคาดหวังที่พึ่งพาตนเองได้ที่อายุ 60 ปี จำแนกตามเพศสำหรับประเทศไทย



ที่มา : จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต. Paper in Population Aging No.5 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพฯ มีนาคม 2552 รูปที่ 4.2 หน้า 40

1.4 ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2552 (ตามทะเบียนราษฎร์)

1.4.1 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2547, 2549 และ พ.ศ.2552

จำนวนประชากรของประเทศไทยที่รวบรวมจากทะเบียนราษฎร์ของผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2552 ที่นำเสนอในตารางที่ 1.1 แสดงว่า เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2552 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นประมาณ 7.1 ล้านคน จากประชากรรวมทั้งประเทศ 62.2 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด โดยจำแนกเป็นประชากรสูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 6.3 วัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 3.8 และวัยปลาย (ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ในขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุระหว่าง 0-14 ปี) คิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) คิดเป็นประมาณร้อยละ 68 ของประชากรทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากรสูงอายุในช่วง 5 ปีก่อน (พ.ศ.2547) สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 1 โดยใช้เวลาเพียง 5 ปีเท่านั้น (ร้อยละ10.18 ในปี พ.ศ.2547 เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ.2552) นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า ในปี พ.ศ.2552 สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุมาก (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มเดียวกันของปี พ.ศ.2547 และพ.ศ.2549

ตารางที่ 1.1 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ.2546, 2549 และ พ.ศ.2552

	2547	2549	2552
จำนวนประชากร			
รวม	60,549,324	61,395,496	62,194,585
ชาย	29,863,152	30,237,466	30,557,819
หญิง	30,686,172	31,158,030	31,636,766
จำนวนประชากรตามกลุ่มอายุ			
วัยเด็ก (0-14 ปี)	13,396,954	13,105,098	12,580,551
วัยทำงาน (15-59 ปี)	40,991,198	41,756,928	42,437,251
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	6,161,172	6,533,470	7,176,819
- วัยต้น (60-69 ปี)	3,493,310	3,607,117	3,928,736
- วัยกลาง (70-79 ปี)	1,957,558	2,133,569	2,347,376
- วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	710,304	792,784	900,707
ร้อยละประชากรตามกลุ่มอายุ			
วัยเด็ก (0-14 ปี)	22.13	21.4	20.23
วัยทำงาน (15-59 ปี)	67.70	68.0	68.23
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	10.18	10.6	11.54
- วัยต้น (60-69 ปี)	5.77	5.87	6.32
- วัยกลาง (70-79 ปี)	3.23	3.47	3.77
- วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	1.17	1.29	1.45

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

1.4.2 การกระจายตัวเชิงพื้นที่ของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

การศึกษาการกระจายตัวเชิงพื้นที่ของประชากรสูงอายุโดยเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุสูงสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศไทย (ไม่นับรวมกรุงเทพมหานคร) ในช่วงปี พ.ศ.2547 พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2552 ดังสถิติที่นำเสนอในตารางที่ 1.2 พบว่าในทุกช่วงเวลาที่ศึกษา จังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด สำหรับจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุรองมาเป็นอันดับ 2 และอันดับ 3 จะมีการสลับกันไปตามช่วงเวลา คือในปี พ.ศ.2547 ได้แก่ เชียงใหม่ และนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ.2549 ได้แก่ ขอนแก่น และอุบลราชธานี และปี พ.ศ.2552 ได้แก่ ขอนแก่น และเชียงใหม่ เป็นที่น่าสังเกตว่าใน พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2552 จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 2

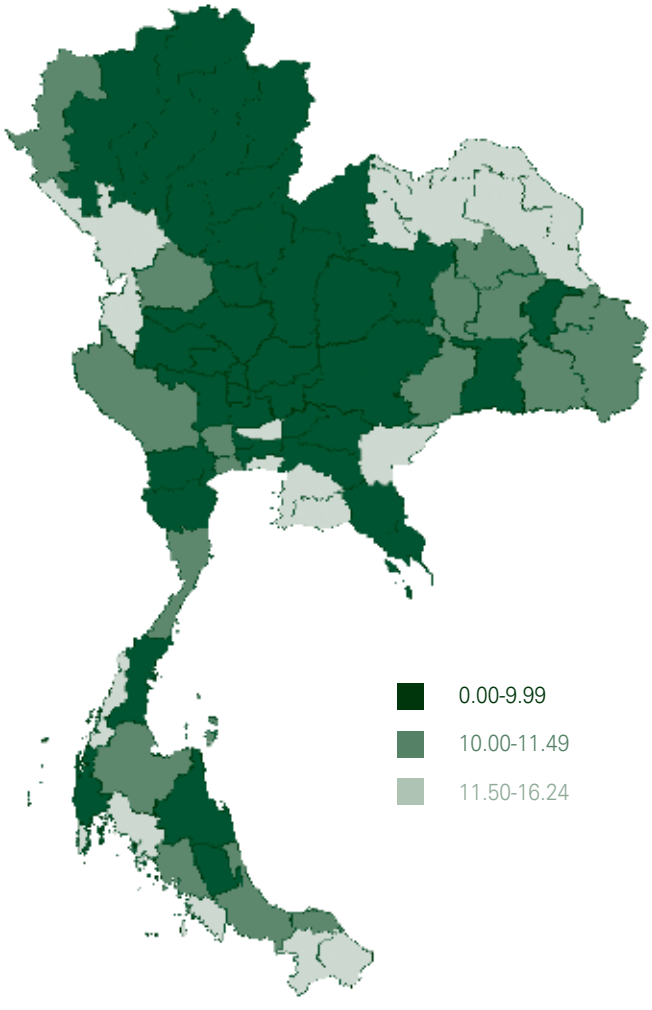
อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาจังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรกพบว่าในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2549 สิงห์บุรี ชัยนาท และอ่างทอง เป็น 3 จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด โดยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 14-15 ในขณะที่ปี พ.ศ.2552 จังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรกกลายเป็น สิงห์บุรี สมุทรสงคราม และ ชัยนาท โดยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่ร้อยละ 15-16 แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่า สิงห์บุรี เป็นจังหวัดที่ครองอันดับ 1 ตลอดช่วงเวลาที่ศึกษาหรือตลอดช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 1.2 จังหวัดที่มีประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สูงสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศไทยไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ.2546, 2549 และ พ.ศ.2552

ลำดับที่	จำนวนประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	ร้อยละของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป
		พ.ศ.2547	
1	นครราชสีมา(2,495,849)	นครราชสีมา(250,783)	สิงห์บุรี(14.81%)
2	อุบลราชธานี(1,739,992)	เชียงใหม่(181,520)	ชัยนาท(14.30%)
3	ขอนแก่น(1,725,469)	นครศรีธรรมราช(169,773)	อ่างทอง(14.28%)
กทม	5,459,332	539,711	9.89
รวมทั้งประเทศ	60,549,324	6,161,172	10.18
		พ.ศ.2549	
1	นครราชสีมา (2,512,260)	นครราชสีมา (268,205)	สิงห์บุรี (15.3%)
2	ขอนแก่น (1,733,048)	ขอนแก่น (178,536)	ชัยนาท (14.8%)
3	อุบลราชธานี (1,756,711)	อุบลราชธานี (162,830)	อ่างทอง (14.6%)
กทม	5,511,655	581,655	10.6
รวมทั้งประเทศ	61,395,496	6,533,470	10.6
		พ.ศ.2552	
1	นครราชสีมา (2,531,279)	นครราชสีมา (295,706)	สิงห์บุรี (16.2%)
2	อุบลราชธานี (1,769,915)	ขอนแก่น (202,271)	สมุทรสงคราม (15.8%)
3	ขอนแก่น (1,741,912)	เชียงใหม่ (200,057)	ชัยนาท (15.7%)
กทม	5,530,455	657,342	11.9
รวมทั้งประเทศ	62,194,585	7,176,819	11.53

หากพิจารณารายจังหวัดทั้ง 76 จังหวัดจะพบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว คือ มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด มีเพียง 17 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุต่ำกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งปรากฏในจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ดังปรากฏในแผนภูมิที่ 1.5

แผนภูมิที่ 1.5 สัดส่วนประชากรสูงอายุรายจังหวัด ปีพ.ศ.2552



จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุต่ำที่สุด 3 อันดับแรกของประเทศไทยได้แก่ ระนอง ภูเก็ต และแม่ฮ่องสอน ซึ่ง 3 จังหวัดนี้ครองอันดับ 1 ถึง 3 มาตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา เพียงแต่ว่า ในปี พ.ศ.2552 จังหวัดแม่ฮ่องสอนซึ่งถูกจัดอันดับไว้ที่อันดับ 2 ในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2549 ได้กลายเป็นอันดับ 3 ในปี พ.ศ.2552 โดยสลับตำแหน่งกับจังหวัดภูเก็ตที่เคยอยู่ในอันดับ 2 มาตลอดช่วงเวลา ดังสถิติที่นำเสนอในตารางที่ 1.3

สำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำที่สุด 3 อันดับแรกในปี พ.ศ.2552 ได้แก่ ภูเก็ต กระบี่ และสกลนคร ซึ่ง 3 จังหวัดนี้ครองอันดับจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำที่สุด 3 อันดับแรกในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552 เพียงแต่เปลี่ยนตำแหน่งเท่านั้น ทั้งนี้โดยในปี พ.ศ.2552 จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำที่สุด 3 อันดับแรกจะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 7-9

ตารางที่ 1.3 จังหวัดที่มีประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต่ำสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศไทย ไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ.2546, 2549 และ พ.ศ.2552

ลำดับที่	จำนวนประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	ร้อยละของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป
		พ.ศ.2547	
1	ระนอง(156,280)	ระนอง(13,604)	ภูเก็ต(7.1%)
2	สมุทรสงคราม(191,389)	ภูเก็ต(19,960)	สกลนคร (7.69%)
3	ตราด(205,906)	แม่ฮ่องสอน(21,938)	หนองบัวลำภู(7.8%)
		พ.ศ.2549	
1	ระนอง (160,686)	ระนอง (14,671)	กระบี่ (8.0%)
2	สมุทรสงคราม (192,032)	ภูเก็ต (21,589)	สกลนคร (8.3%)
3	ตราด (207,616)	แม่ฮ่องสอน (22,330)	ภูเก็ต (9.5%)
		พ.ศ.2552	
1	ระนอง (164,885)	ระนอง (16,448)	ภูเก็ต (7.8%)
2	สมุทรสงคราม (191,919)	แม่ฮ่องสอน (21,768)	กระบี่ (8.4%)
3	ตราด (210,298)	ภูเก็ต (25,662)	สกลนคร (9.2%)

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

1.4.3 คุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

คุณลักษณะของประชากรสูงอายุที่รวบรวมจากทะเบียนราษฎรในตารางที่ 1.4 แสดงว่าหญิงสูงอายุมีสัดส่วนสูงกว่าชายสูงอายุ ปี พ.ศ.2552 หญิงสูงอายุมีร้อยละ 56 ในขณะที่ชายสูงอายุมีร้อยละ 44 ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงปี พ.ศ.2547 พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2552

การศึกษาการกระจายตัวตามกลุ่มอายุพบว่า ในปี พ.ศ.2552 กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนสูงที่สุดโดยมีมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรสูงอายุทั้งหมดคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และประมาณร้อยละ 13 อยู่ในกลุ่มอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้โดยมีแนวโน้มว่าระหว่างปี พ.ศ.2547 พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2552 สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีแนวโน้มที่จะลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา

การกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขตที่พักอาศัยและตามภาคในช่วงเวลาที่ศึกษาเปรียบเทียบพบว่ารูปแบบของการกระจายตัวยังคงไม่เปลี่ยนแปลงคือ ประชากรสูงอายุพักอาศัยในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง(เขตเทศบาล) และภาคที่มีผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง เหนือ ใต้ และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลา โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าในปี พ.ศ.2552 มีผู้สูงอายุพักอาศัยในเขตเมืองสูงถึงร้อยละ 34 โดยมี

แนวโน้มว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตเมืองเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตลอดช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ.2547 พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2552 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า มีผู้สูงอายุย้ายเข้าพักอาศัยในเขตเทศบาลเพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข หรือขอรับสวัสดิการต่างๆ อาทิเช่น เบี้ยยังชีพ ซึ่งพบว่าในเขตเทศบาลหลายแห่งสามารถให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกคนที่อยู่ในพื้นที่ได้ ซึ่งต่างจากในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เกือบทุกแห่งไม่สามารถให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ได้ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551; ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2553)

ตารางที่ 1.4 คุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2546, 2549 และพ.ศ.2552

ลักษณะทางประชากร	ร้อยละ พ.ศ.2547	ร้อยละ พ.ศ.2549	ร้อยละ พ.ศ.2552
เพศ			
ชาย	44.82	44.67	44.38
หญิง	55.18	55.33	55.62
อายุ			
60-69 ปี	57.00	55.21	54.74
70-79 ปี	31.77	32.66	32.71
80 ปีขึ้นไป	11.53	12.13	12.55
เขตที่อยู่อาศัย			
เขตเทศบาล	29.55	29.99	34.25
นอกเขตเทศบาล	70.45	70.01	65.75
ภาค			
กรุงเทพมหานคร	8.76	8.90	9.16
กลาง	24.98	25.11	25.27
เหนือ	21.27	20.76	20.25
ตะวันออกเฉียงเหนือ	31.28	31.74	32.10
ใต้	13.71	13.49	13.22

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

1.5 ประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป พ.ศ.2552 (ตามทะเบียนราษฎร์)

การศึกษาขนาด สัดส่วน และคุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปเป็นประเด็นที่ยังไม่มีการศึกษาในรายละเอียด โดยเฉพาะการศึกษาในระดับประเทศ ทั้งนี้เพราะการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยการสำรวจส่วนใหญ่มักไม่ได้เจาะลึกในประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการสำรวจด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างมักมีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปที่จะตกเป็นตัวอย่างเป็นจำนวนน้อย ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการศึกษาประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการศึกษาระดับประเทศจึงต้องใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์

อย่างไรก็ตาม การใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องความคุ้มรวม และคุณภาพของข้อมูล เพราะข้อมูลทะเบียนราษฎรเป็นข้อมูลที่รวบรวมจากการแจ้งข้อมูลโดยประชาชน ในกรณีของผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปี การตกการจดทะเบียนการตายอาจมีผลต่อสถิติที่เกี่ยวข้องกับจำนวน

1.5.1 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป พ.ศ.2547, 2549 และพ.ศ.2552

ถึงแม้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปจะมีไม่ถึงร้อยละ 1 ในปี พ.ศ.2547 พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2552 (ตารางที่ 1.5) แต่ก็จัดว่ามีจำนวนไม่น้อย กล่าวคือในปีพ.ศ.2552 มีถึง 13,692 คน อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีในปี พ.ศ.2552 มีจำนวนและสัดส่วนน้อยกว่าข้อมูลในปี พ.ศ.2547 และ 2549 ที่เป็นเช่นนี้ไม่ได้หมายความว่าจำนวนประชากรอายุเกินกว่า 100 ปีลดลง แต่น่าจะเนื่องมาจากการปรับแก้ประชากรกลุ่มนี้ที่เสียชีวิตออกจากทะเบียนราษฎร์ เป็นผลให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนน้อยลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป การที่มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปอยู่เป็นจำนวนไม่น้อย น่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการเกื้อหนุนทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสาธารณสุขเป็นพิเศษในรูปแบบที่แตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น

ตารางที่ 1.5 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ.2546, 2549 และ พ.ศ.2552

	2547	2549	2552
จำนวนประชากรรวมทั้งประเทศ			
ชาย	29,863,152	30,237,466	30,557,819
หญิง	30,686,172	31,158,030	31,636,766
รวม	60,549,324	61,395,496	62,194,585
จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป			
ชาย	11,338	11,801	5,541
หญิง	15,906	16,669	8,151
รวม	27,244	28,470	13,692
ร้อยละประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป			
ชาย	0.02	0.02	0.01
หญิง	0.03	0.03	0.01
รวม	0.04	0.05	0.02

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

1.5.2 การกระจายตัวเชิงพื้นที่ของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป

ในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2549 จังหวัดปัตตานี นครศรีธรรมราช และเชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปสูงสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศไทย (ไม่นับรวมกรุงเทพมหานคร) แต่ในปี พ.ศ.2552 จังหวัดที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปสูงสุด 3 อันดับแรกคือ นครศรีธรรมราช ยะลา และสมุทรปราการ (ตารางที่ 1.6)

สำหรับจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปสูงสุด 3 อันดับแรกพบว่าในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2549 จังหวัดปัตตานี ยะลา และแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนที่สูงสุด 3 อันดับแรก แต่ในปี พ.ศ.2552 กลับเปลี่ยนเป็นจังหวัดยะลา พระนครศรีอยุธยา และนนทบุรี ตามลำดับ

จังหวัดที่มีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปต่ำสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศไทยในปี พ.ศ.2547 คือ ภูเก็ต อำนาจเจริญ และระนอง ปี พ.ศ.2549 คือ อำนาจเจริญ ภูเก็ต และสมุทรสงคราม และปี พ.ศ.2552 ได้แก่ ภูเก็ต ตราด และพังงา ตามลำดับ (ตารางที่ 1.7)

การจัดอันดับจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปต่ำสุดเป็น 3 อันดับแรก ไม่มีแบบแผนที่แน่นอนตายตัว ทั้งนี้เพราะจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปต่ำสุดเป็น 3 อันดับแรกในปี พ.ศ.2547 คือ อำนาจเจริญ ยโสธร และภูเก็ต แต่เปลี่ยนเป็น อำนาจเจริญ แพร่ และร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2549 และเป็น ภูเก็ต กาฬสินธุ์ และระยอง ในปี พ.ศ.2552 ตามลำดับ

ตารางที่ 1.6 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป สูงสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศไทยไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ.2546, 2549 และ พ.ศ.2552

ลำดับที่	จำนวนประชากรอายุ ตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป (คน)	ร้อยละของประชากร ตั้งแต่อายุ 100 ปีขึ้นไป
	พ.ศ.2547	
1	ปัตตานี (1,704)	ปัตตานี (0.27%)
2	นครศรีธรรมราช (1,214)	ยะลา (0.16%)
3	เชียงใหม่ (995)	แม่ฮ่องสอน (0.13%)
กทม	3,551	0.07
รวมทั้งประเทศ	27,244	0.04
	พ.ศ.2549	
1	ปัตตานี (1,506)	ปัตตานี (0.24%)
2	นครศรีธรรมราช (1,324)	ยะลา (0.16%)
3	เชียงใหม่ (1,116)	แม่ฮ่องสอน (0.15%)
กทม	3,622	0.07
รวมทั้งประเทศ	28,470	0.05
	พ.ศ.2552	
1	นครศรีธรรมราช (591)	ยะลา (0.12%)
2	ยะลา (563)	พระนครศรีอยุธยา (0.05%)
3	สมุทรปราการ (558)	นนทบุรี (0.05%)
กทม	2,097	0.04
รวมทั้งประเทศ	13,593	0.02

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 1.7 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป ต่ำสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศไทยไม่นับกรุงเทพมหานครตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ.2546, 2549 และ 2552

ลำดับที่	จำนวนประชากรอายุ ตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป (คน)	ร้อยละของประชากร ตั้งแต่อายุ 100 ปีขึ้นไป
	พ.ศ.2547	
1	ภูเก็ต,อำนาจเจริญ (37)	อำนาจเจริญ (0.01%)
2	ระนอง, อ่างทอง (59)	ยโสธร(0.01%)
3	สมุทรสงคราม, แพร่ (62)	ภูเก็ต (0.013%)
กทม	3,551	0.07
รวมทั้งประเทศ	27,244	0.04
	พ.ศ.2549	
1	อำนาจเจริญ(32)	อำนาจเจริญ(0.01%)
2	ภูเก็ต(44)	แพร่(0.01%)
3	สมุทรสงคราม(58)	ร้อยเอ็ด(0.01%)
กทม	3,622	0.07
รวมทั้งประเทศ	28,470	0.05
	พ.ศ.2552	
1	ภูเก็ต(11)	ภูเก็ต(0.003%)
2	ตราด(15)	กาฬสินธุ์(0.01%)
3	พังงา(20)	ระยอง(0.01%)
กทม	2,097	0.04
รวมทั้งประเทศ	13,593	0.02

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

1.5.3 คุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป

การจำแนกคุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปพบว่า ในปี พ.ศ.2552 หญิงสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปคิดเป็นประมาณร้อยละ 60 ของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปทั้งหมด และสัดส่วนดังกล่าวไม่เปลี่ยนแปลงมากนักระหว่างปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2549 ตามลำดับ แต่เมื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปตามเขตที่พักอาศัย กลับพบการแปรผันของสัดส่วนการพักอาศัยในเขตเมือง (เขตเทศบาล) อย่างชัดเจน โดยพบว่า ในปี พ.ศ.2552 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 47 หรือเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปทั้งหมด โดยสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 35 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 36 ในปี พ.ศ.2549 ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะเขตเมืองเป็นพื้นที่ที่มีบริการทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการทั้งทางด้านสุขภาพ สาธารณสุข และบริการสาธารณะอื่นๆ ทำได้ง่ายและสะดวกกว่าเขตชนบท

สำหรับภาคที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดและมีแบบแผนที่สอดคล้องกันทุกช่วงเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2522 คือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ ตามลำดับ

ตารางที่ 1.8 คุณลักษณะของประชากรอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป พ.ศ.2546, 2549 และ พ.ศ.2552

ลักษณะทางประชากร	2547	2549	2552
เพศ			
ชาย	41.62	41.45	40.47
หญิง	58.38	58.55	59.53
เขตที่อยู่อาศัย			
เขตเทศบาล	35.22	36.18	46.50
นอกเขตเทศบาล	64.78	63.55	53.50
ภาค			
กรุงเทพมหานคร	13.03	12.72	15.32
กลาง	25.78	26.42	29.54
เหนือ	15.75	15.67	12.79
ตะวันออกเฉียงเหนือ	21.13	20.81	21.15
ใต้	24.30	24.38	21.20

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

เอกสารอ้างอิง

จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ, 2552. "การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต" Population Aging No.5. กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว และชเนตตี มิลินทางกูร, 2551. รายงานการศึกษา โครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573.

United Nation, 2007. World Population Ageing 2007. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Shryock, Henry S. 2004. The Methods and Materials of Demography. New York: Academic Press.

2 สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานการณ์ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ*

เนื้อหาของสถานการณ์ทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและรายงานจากหน่วยบริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ปัญหา/โรคที่เกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ความสามารถในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (ADL) และความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน (IADL) รวมถึงการเกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลรายงานโรคเอดส์ของผู้สูงอายุและการเสียชีวิต ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การบริโภคบุหรี่ / เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุทั้งการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายที่หมายถึงการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ร่างกายได้ใช้พลังงาน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอดิเรก หรือการทำงานอาชีพ

2.1 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

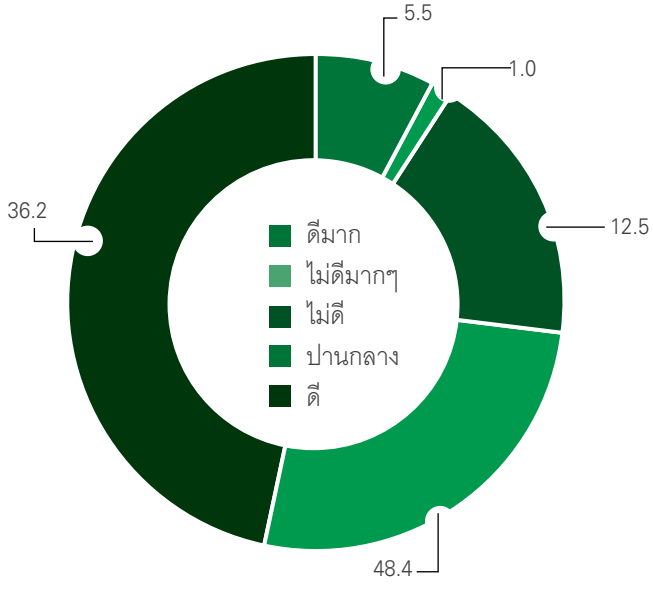
การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างดี จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 9,195 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพโดยรวมของตนเองปานกลางร้อยละ 48.4 และประเมินว่าดีถึงดีมากร้อยละ 38.1 (ดีร้อยละ 32.6 ดีมากร้อยละ 5.5) ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีเลยร้อยละ 12.5 และ 1.0 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2.1) เมื่อ

---

* เขียนโดย นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

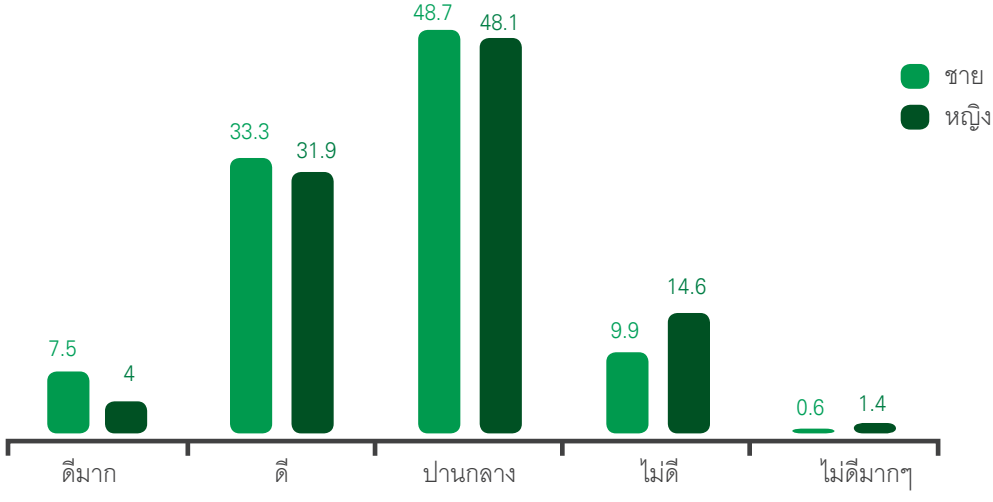
พิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าปานกลาง ดี และดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าไม่ดี และไม่ดีเลยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (แผนภูมิที่ 2.2) เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าดีลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 33.8 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 32.1 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 27.5) และประเมินว่าไม่ดีมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเช่นกัน (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 10.3 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 19.7) (แผนภูมิที่ 2.3) จากการสำรวจในเรื่องการประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองที่ผ่านมาจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพตนเองไปในทิศทางเดียวกันคือ ส่วนใหญ่จะประเมินว่ามีสุขภาพปานกลางถึงดีมากประมาณร้อยละ 70-80 และประเมินว่ามีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีเลยไม่ถึง 1 ใน 4 และมีแนวโน้มลดลง (แผนภูมิที่ 2.4)

แผนภูมิที่ 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุในการประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเอง



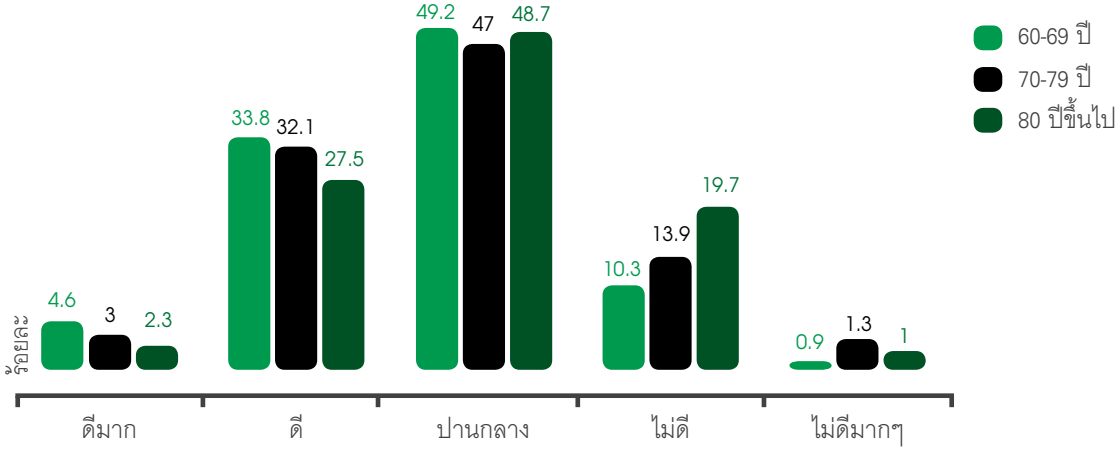
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองจำแนกตามเพศ



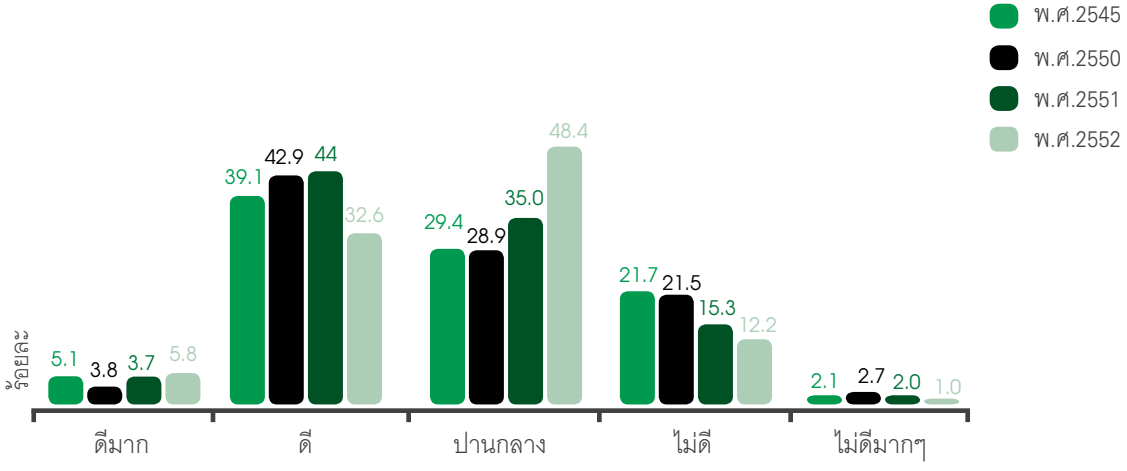
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองจำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองจำแนกตามปี พ.ศ.

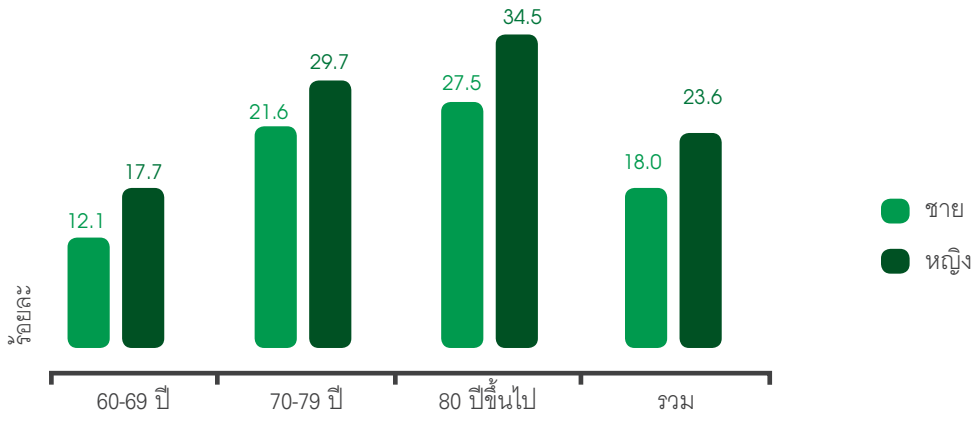


ที่มา : 1. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ.2551 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

2.1.1 ปัญหา/โรคที่เกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ

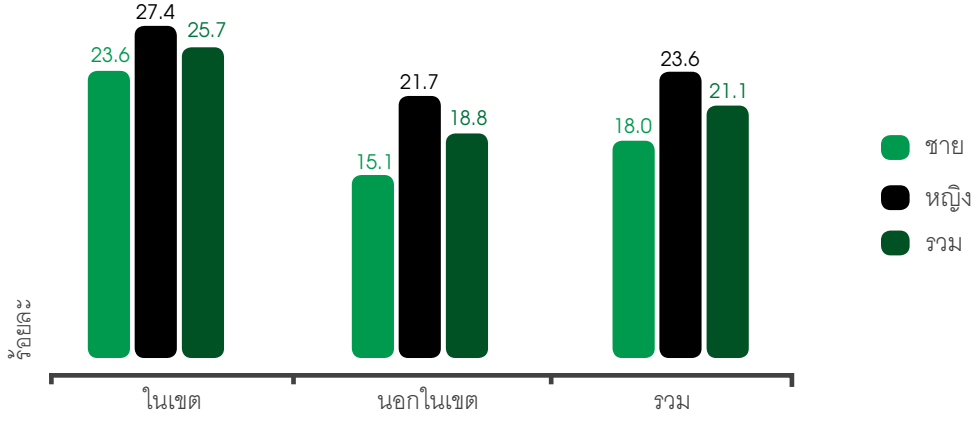
เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย โดยเฉพาะความเสื่อมของดวงตาที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการตาพร่ามัว ระคายเคืองตา น้ำตาไหล กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยืดหดเลนส์ลูกตาอ่อนกำลังทำให้ลำบากในการเพ่งดูสิ่งของโดยเฉพาะวัตถุเล็กๆ โรคที่เกิดจากความเสื่อมของดวงตาที่พบมากในผู้สูงอายุได้แก่ ต้อกระจก จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 เป็นต้อกระจก โดยผู้สูงอายุหญิงเป็นต้อกระจกสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ชายร้อยละ 18.0 หญิงร้อยละ 23.6) เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุพบว่าผู้สูงอายุจะเป็นต้อกระจกสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นทั้งชายและหญิง (แผนภูมิที่ 2.5) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตการปกครองเป็นต้อกระจกสูงกว่านอกเขต (ในเขตร้อยละ 25.7 นอกเขตร้อยละ 18.8) (แผนภูมิที่ 2.6) ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเป็นต้อกระจกสูงสุดร้อยละ 31.1 รองลงมาเป็นภาคใต้ร้อยละ 23.0 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำสุดร้อยละ 16.8 ซึ่งผู้สูงอายุหญิงเป็นต้อกระจกสูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกภาคยกเว้นกรุงเทพมหานคร (แผนภูมิที่ 2.7)

แผนภูมิที่ 2.5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



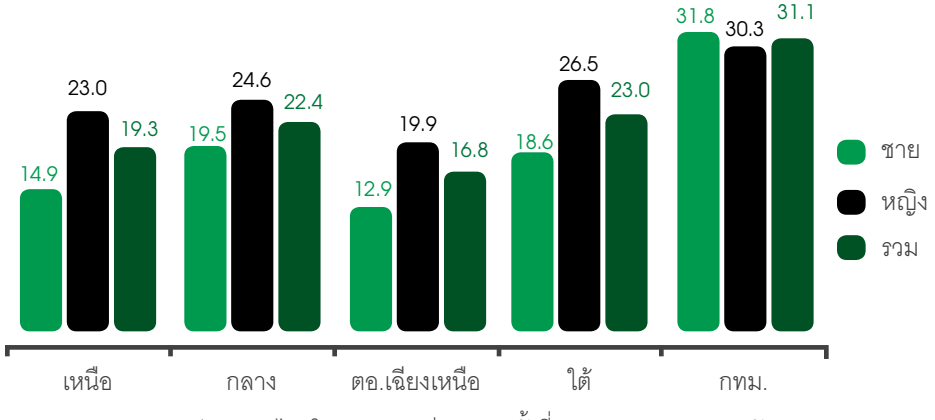
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกจำแนกตามเพศและเขตการปกครอง



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

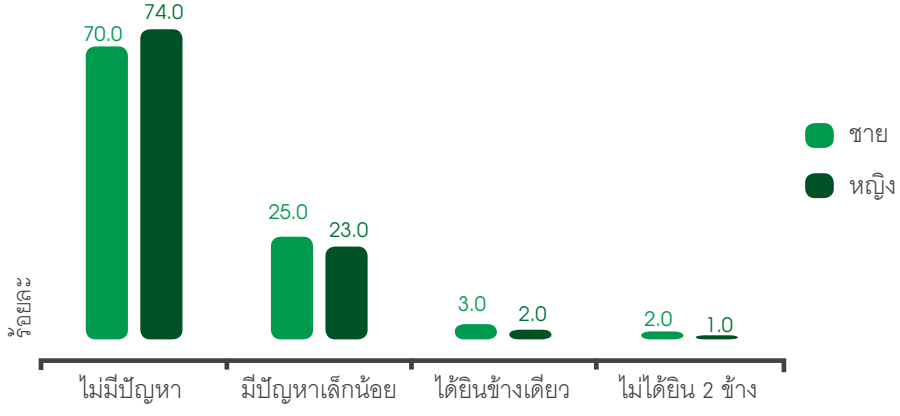
แผนภูมิที่ 2.7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกจำแนกตามเพศและภาค



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

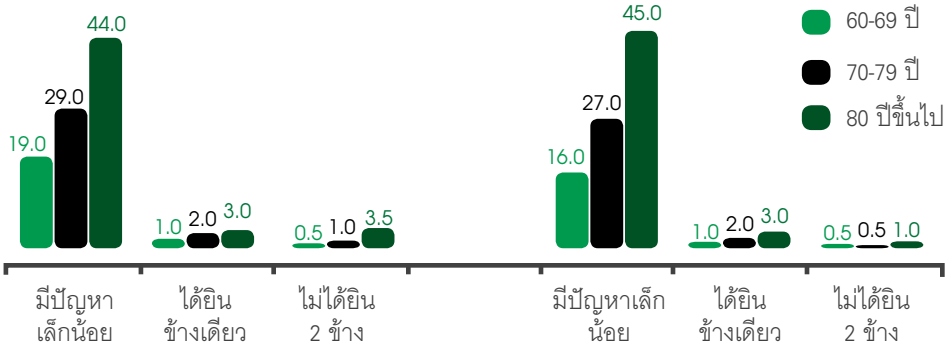
สำหรับความเสื่อมเนื่องจากการได้ยินของผู้สูงอายุนั้น สาเหตุที่พบบ่อยมักมาจากการสูงอายุ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาการได้ยิน โดยผู้สูงอายุชายมีปัญหาการได้ยินสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 30.0 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 26.0) (แผนภูมิที่ 2.8) และปัญหาการได้ยินจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งเพศชายและหญิง (แผนภูมิที่ 2.9)

แผนภูมิที่ 2.8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินจำแนกตามเพศ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

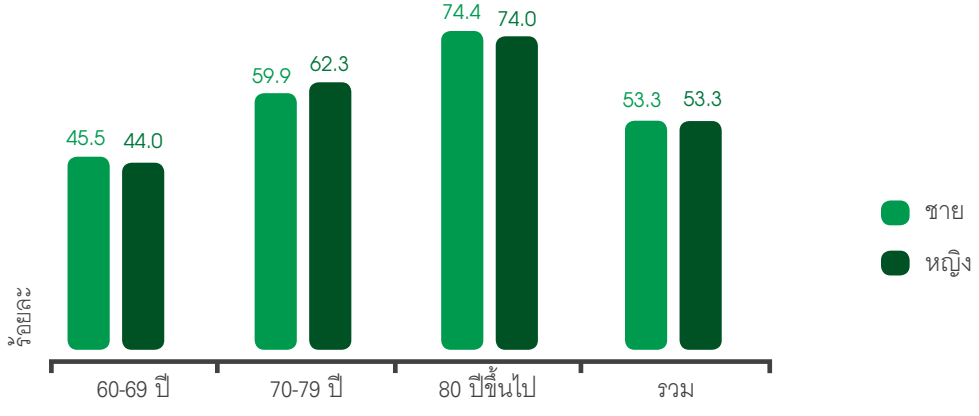
แผนภูมิที่ 2.9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

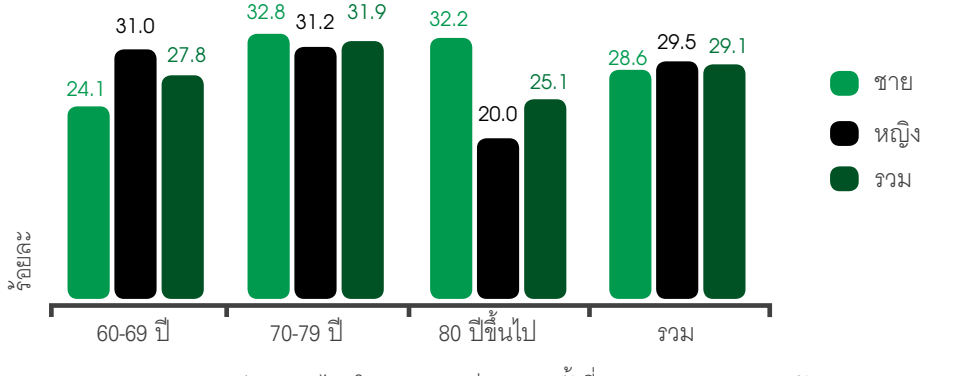
ปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะการรับประทานอาหาร การหัวเราะ ความสวยงามของใบหน้า ล้วนเกิดจากสุขภาพในช่องปากทั้งสิ้น การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดเกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เมื่อพิจารณาการมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ของผู้สูงอายุชายและหญิงพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก (แผนภูมิที่ 2.10) มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.1 ที่ใส่ฟันทดแทนซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 70-79 ปีสูงที่สุดร้อยละ 31.9 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปต่ำสุดร้อยละ 25.1 โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง 80 ปีขึ้นไปใส่ฟันทดแทนเพียงร้อยละ 20.0 (แผนภูมิที่ 2.11)

แผนภูมิที่ 2.10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ได้รับบริการใส่ฟันทดแทนจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

2.1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้านหน้าที่ของร่างกายอย่างกว้างขวาง เพราะหากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองจะรู้สึกว่ามีสุขภาพดี ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ได้แบ่งกิจกรรมประจำวันออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ที่ปรับมาจาก Barthel ADL[1] ประกอบด้วย การอาบน้ำ/ล้างหน้า การแต่งตัว การกินอาหาร การลุกนั่งจากที่นอน/เตียง การใช้ห้องน้ำ/ส้วม การเดินไป/มาภายในตัวบ้าน การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ และกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living : IADL) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร ที่ปรับมาจาก Lawton's IADL[2] ประกอบด้วย การใช้เงิน/นับเงิน/ทอนเงิน การจัดยากินเอง การทำงานบ้านอย่างเบา (กวาดบ้าน เก็บของ ทำครัว) การทำงานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน ตักน้ำ ยกของ) การตัดเล็บเท้าด้วยตนเอง การเดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง การหิ้วของหนัก การเดินไกลอย่างน้อย 400 เมตร การออกนอกบ้านโดยขับรถเอง/ขึ้นรถโดยสารสาธารณะ การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านหรือการใช้โทรศัพท์

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันได้เกือบร้อยละ 100 (แผนภูมิที่ 2.12) ยกเว้นปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหากลั้นปัสสาวะเกือบร้อยละ 30 และปัญหากลั้นอุจจาระร้อยละ 22.6 (แผนภูมิที่ 2.13) และพบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันจำนวน 1 กิจกรรมร้อยละ 7.3 จำนวน 2 กิจกรรมร้อยละ 7.6 และจำนวน 3 กิจกรรมขึ้นไปร้อยละ 1.4[3] โดยมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทุกขนาดกิจกรรม (1, 2, และ 3 กิจกรรม) โดยเฉพาะข้อจำกัด 3 กิจกรรมขึ้นไปที่พบว่าผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุ 70-79 ปีมากกว่า 5 เท่า และสูงกว่า 60-69 ปีมากกว่า 10 เท่า (ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 6.8 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 1.2 ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 0.6) (แผนภูมิที่ 2.14) ผู้สูงอายุชายและหญิงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (แผนภูมิที่ 2.15) เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเขตการปกครอง พบว่า ผู้สูงอายุนอกเขตมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตทุกขนาดกิจกรรม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง ยกเว้นผู้สูงอายุหญิงที่มีข้อจำกัด 1 กิจกรรมในเขตสูงกว่านอกเขต (ในเขตร้อยละ 6.1 นอกเขตร้อยละ 5.3) (แผนภูมิที่ 2.16)

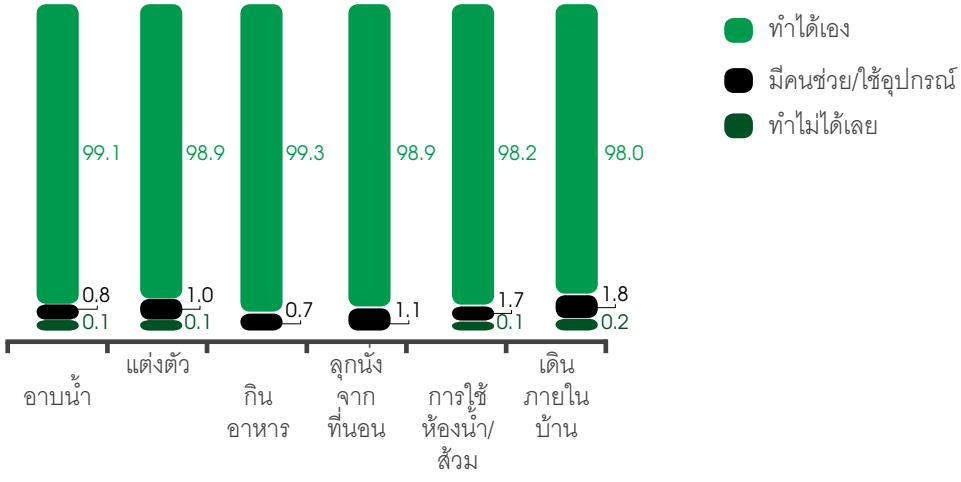
---

1 Mahony F,Barthel DW.Functional evaluation:The Barthel index. Md State Med J.1965 Feb; 14-64-5.

2 Lawton MP,Brody EM.Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.Gerontologist.1969; 179-86.

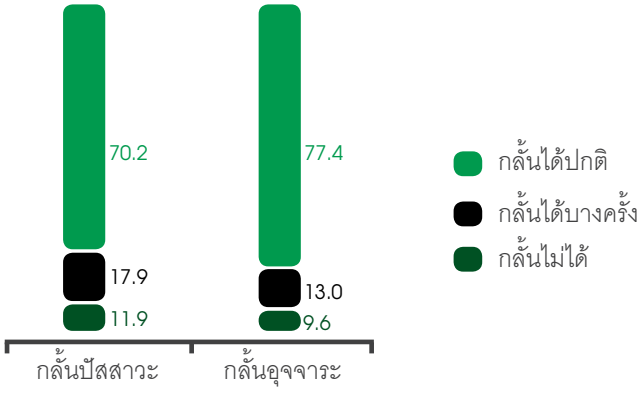
3 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

แผนภูมิที่ 2.12 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (ADL)



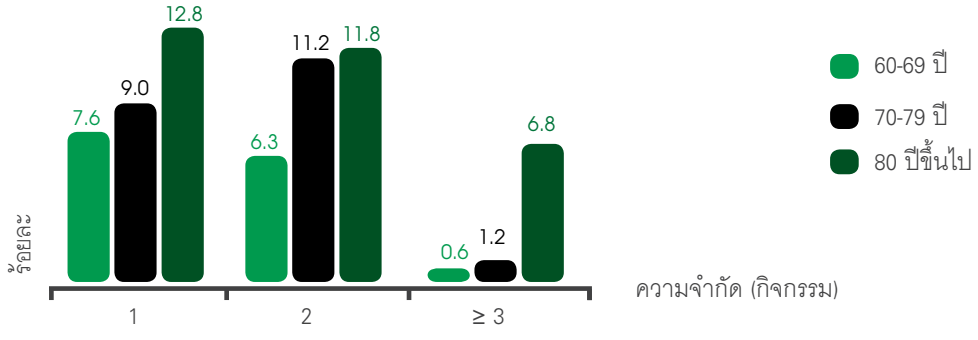
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.13 ร้อยละของความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระของผู้สูงอายุ



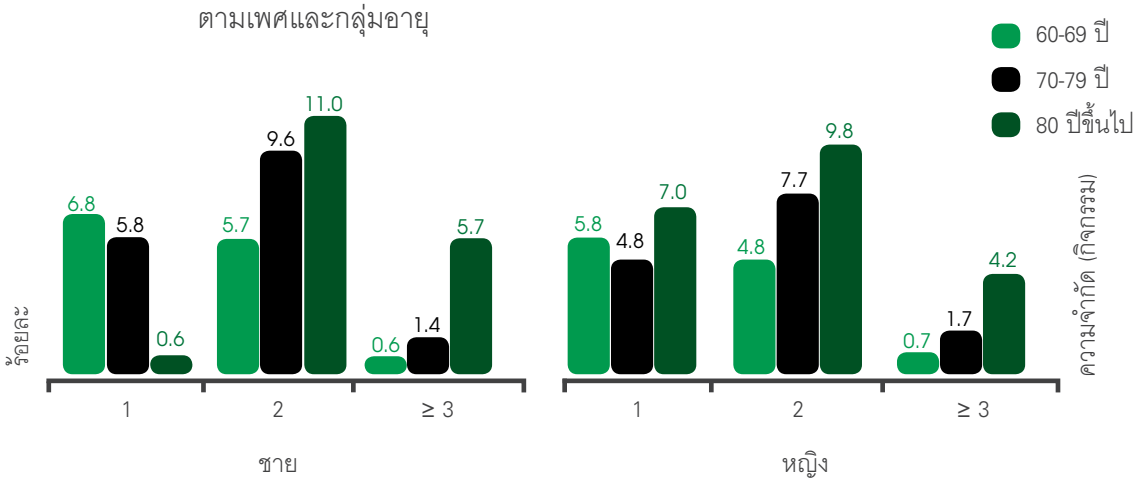
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.14 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานจำแนกตามกลุ่มอายุ



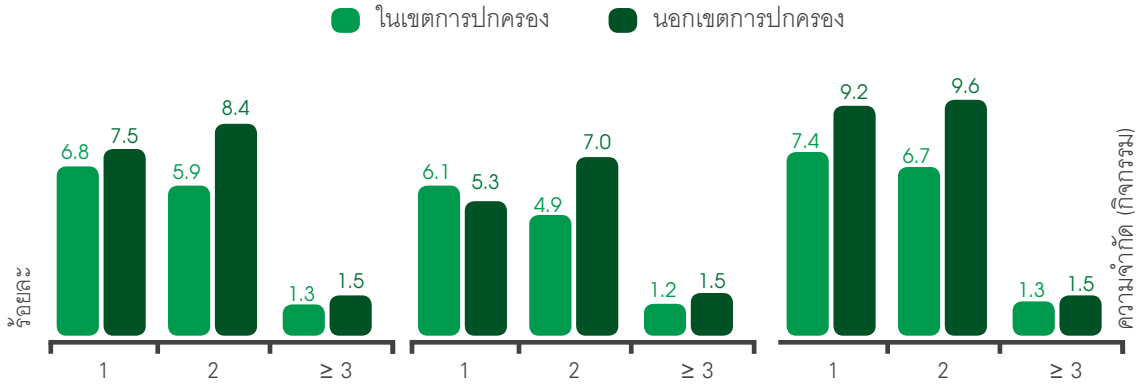
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.15 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

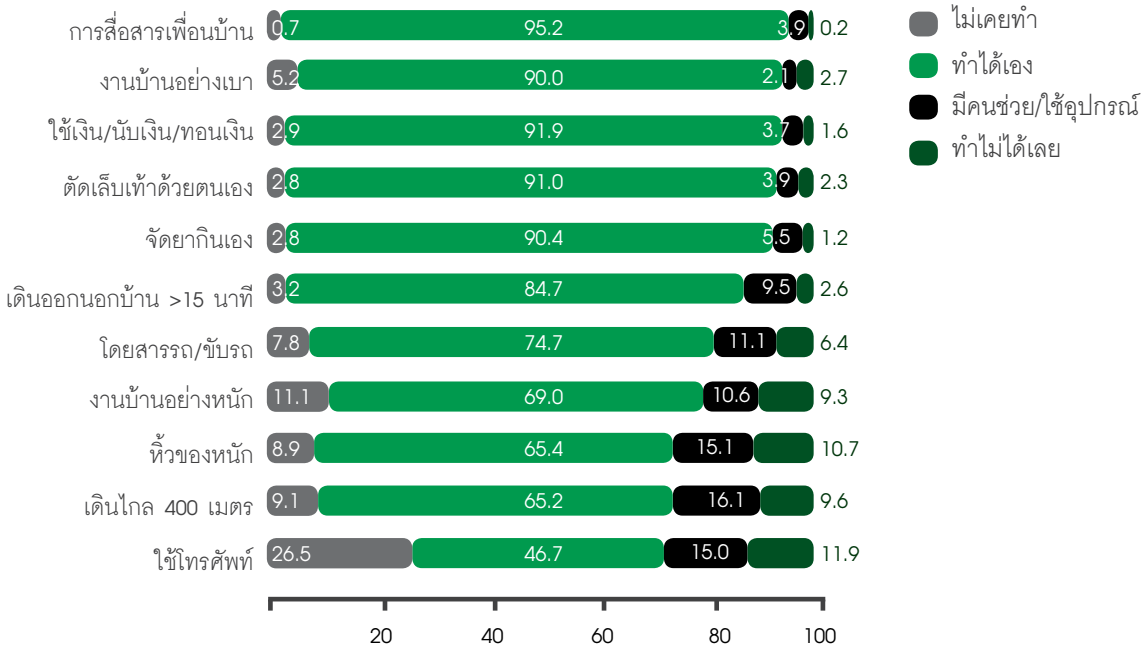
แผนภูมิที่ 2.16 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันจำแนกตามเพศและเขตการปกครอง



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

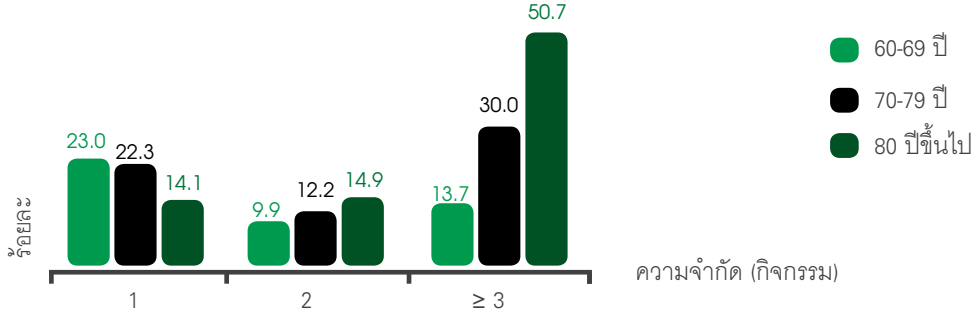
สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนได้ แต่ความสามารถในการใช้โทรศัพท์พบไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 46.7) และความสามารถในการหิ้วของหนัก การเดินไกลอย่างน้อย 400 เมตร และการทำงานบ้านอย่างหนักปฏิบัติได้เกือบ 2 ใน 3 (แผนภูมิที่ 2.17) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน 2 กิจกรรมขึ้นไปตามอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามขนาดกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นด้วย (แผนภูมิที่ 2.18) ผู้สูงอายุชายและหญิงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (แผนภูมิที่ 2.19) ผู้สูงอายุนอกเขตการปกครองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตทุกขนาดกิจกรรม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง (แผนภูมิที่ 2.20)

แผนภูมิที่ 2.17 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อน (IADL)



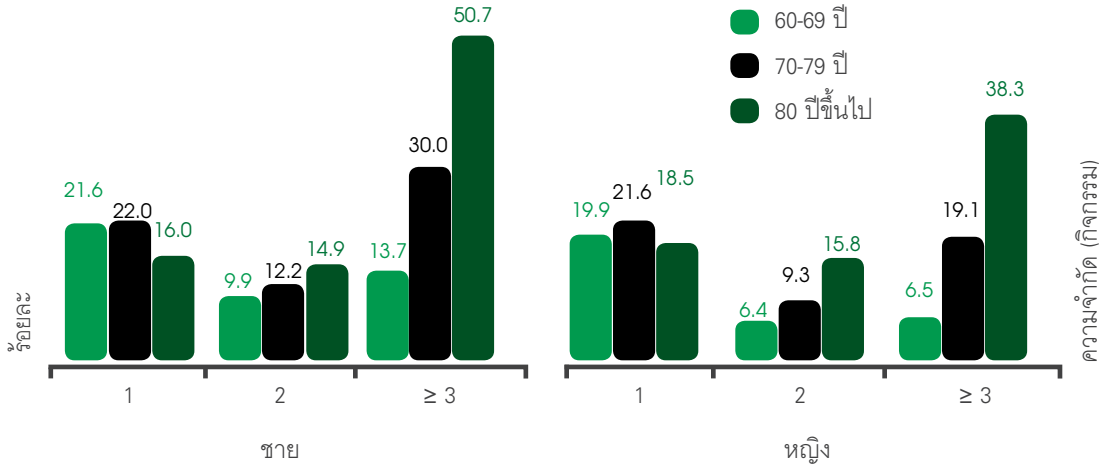
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.18 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนจำแนกตามกลุ่มอายุ



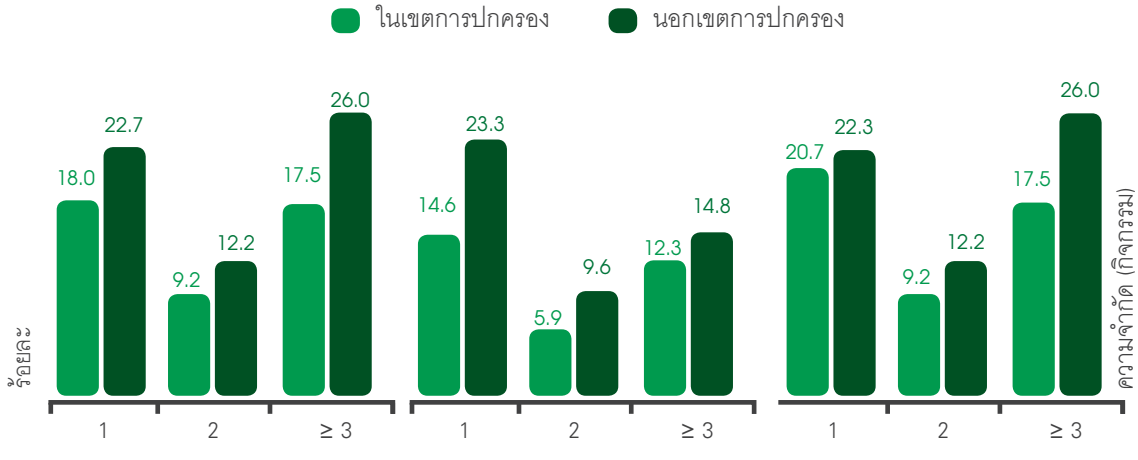
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.19 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.20 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนจำแนกตามเพศและเขตการปกครอง

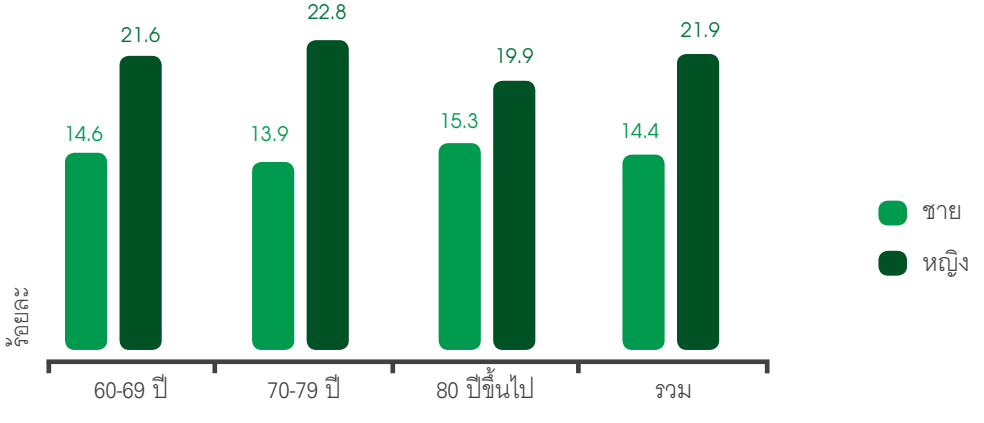


ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

2.1.3 การหกล้ม

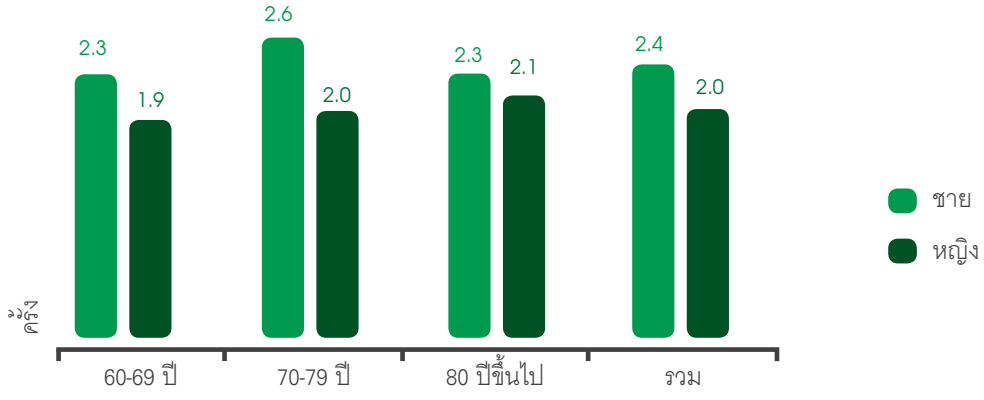
การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 18.5 โดยผู้สูงอายุหญิงหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชายเกือบ 1 เท่า (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 14.4 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 21.9) (แผนภูมิที่ 2.21) ผู้สูงอายุหกล้มเฉลี่ยคนละ 2 ครั้ง ซึ่งไม่แตกต่างกันในผู้สูงอายุชายและหญิง (ผู้สูงอายุชายเฉลี่ย 2.4 ครั้ง ผู้สูงอายุหญิงเฉลี่ย 2 ครั้ง) (แผนภูมิที่ 2.22) ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งหกล้มนอกบริเวณบ้านเป็นผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 59.6 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 45.1) รองลงมาหกล้มภายในบริเวณบ้านเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 24.1 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 37.6) (แผนภูมิที่ 2.23) เมื่อพิจารณาสถานที่หกล้มตามกลุ่มอายุพบว่าผู้สูงอายุ 60-69 ปีหกล้มนอกบริเวณบ้านสูงกว่าทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิง ส่วนผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปหกล้มในบริเวณบ้านสูงกว่าทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิง (แผนภูมิที่ 2.24) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุ 60-69 ปียังประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ จึงพบว่าสถานที่นอกบริเวณบ้านที่ผู้สูงอายุหกล้มเป็นสถานที่ทำงานร้อยละ 59.5 (แผนภูมิที่ 2.25) สาเหตุการหกล้มลำดับแรกคือการลื่นทั้งผู้สูงอายุหญิงและชาย (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 42.2 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 42.8) ส่วนสาเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุชายรองลงมาได้แก่ การสะดุดสิ่งกีดขวางร้อยละ 38.8 และเสียการทรงตัวร้อยละ32.1 ส่วนผู้สูงอายุหญิงจะสลับกับผู้สูงอายุชายโดยหกล้มเพราะเสียการทรงตัวร้อยละ37.0 และสะดุดสิ่งกีดขวางร้อยละ 32.1 (แผนภูมิที่ 2.26)

แผนภูมิที่ 2.21 ร้อยละของการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



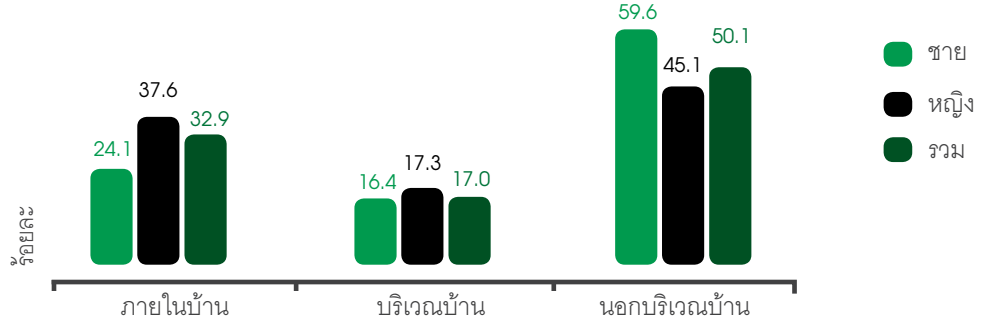
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.22 จำนวนครั้งที่หกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



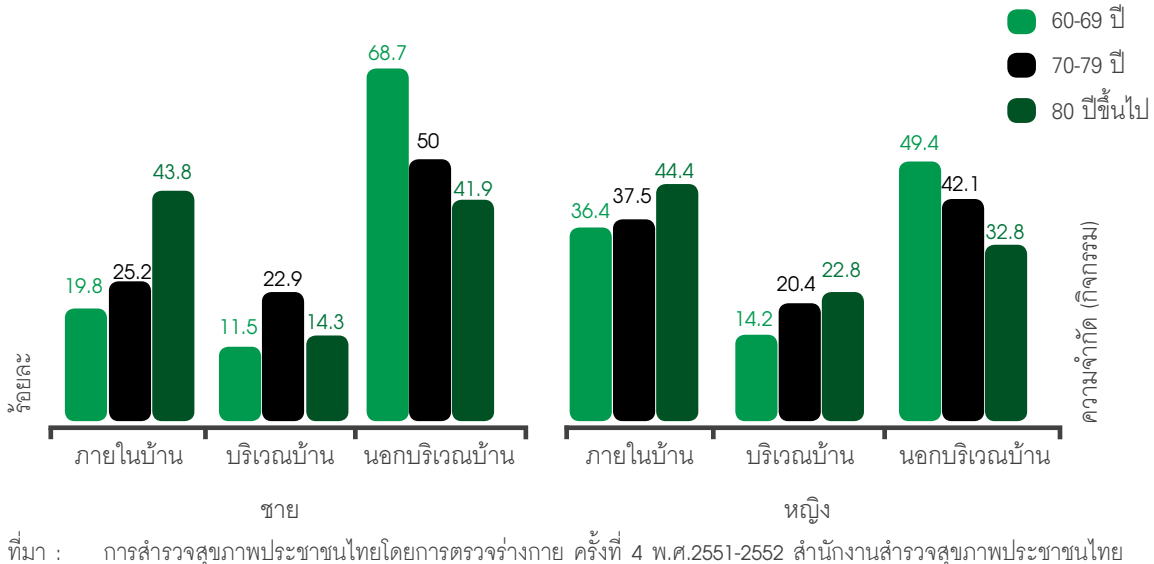
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.23 ร้อยละของสถานที่ที่ผู้สูงอายุหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามเพศ



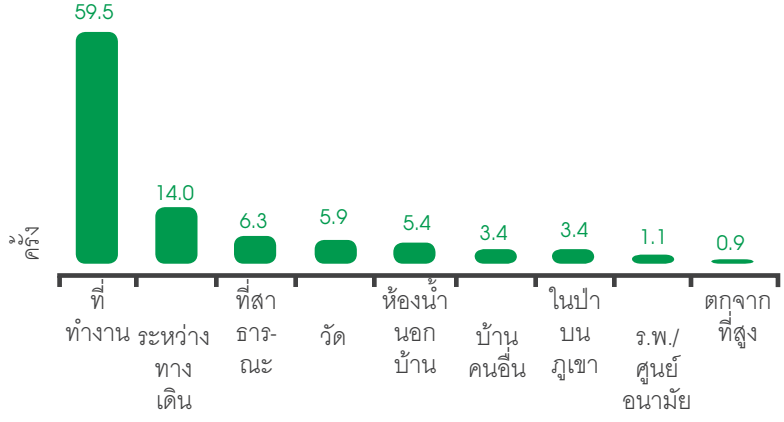
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.24 ร้อยละของสถานที่ที่ผู้สูงอายุหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



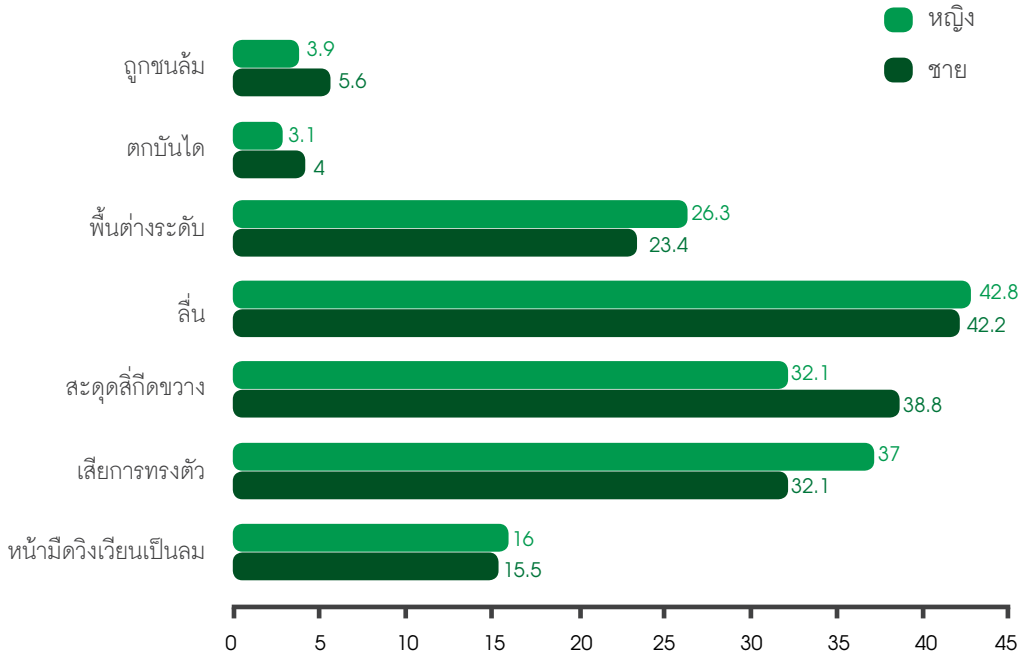
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.25 ร้อยละของสถานที่นอกบริเวณบ้านที่ผู้สูงอายุหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.26 ร้อยละของสาเหตุการหกล้มที่ผู้สูงอายุหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา

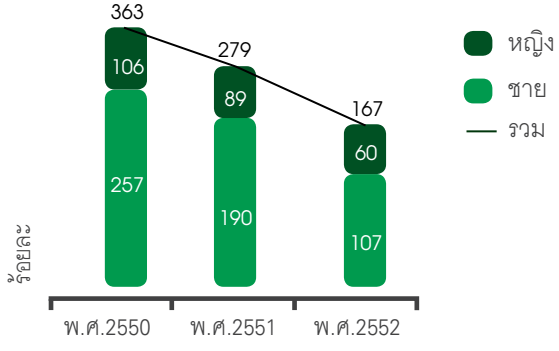


ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

2.2 ข้อมูลผู้สูงอายุโรคเอดส์

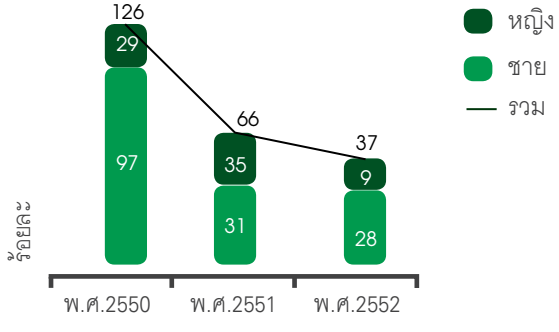
แม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก แต่ยังไม่มีวิธีรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้ตัวได้เร็ว มีการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมก็สามารถจะใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไปได้อีกนานหลายปี ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุมีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อยเท่าผู้ที่อ่อนวัยกว่า แต่คนทุกชั้นทุกวัยเป็นโรคเอดส์ได้ทั้งสิ้น ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ณ วันที่ 30 เมษายน 2553 โดยพิจารณาสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุที่เป็นโรคเอดส์ (รายใหม่) พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคเอดส์(รายใหม่) ในปี พ.ศ.2550 จำนวน 363 รายคิดเป็นร้อยละ 1.9 ของผู้ป่วยโรคเอดส์(รายใหม่)ทั้งหมด ในปี พ.ศ.2551 จำนวน 279 รายคิดเป็นร้อยละ 2.1 ของผู้ป่วยโรคเอดส์(รายใหม่)ทั้งหมด ในปี พ.ศ.2552 จำนวน 167 รายคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของผู้ป่วยโรคเอดส์(รายใหม่)ทั้งหมด ซึ่งผู้สูงอายุชายเป็นโรคเอดส์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงมากกว่า 1 เท่า (แผนภูมิที่ 2.27) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์เสียชีวิตทุกปีทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการดูแลรักษาล่าช้าหรือการเข้าไม่ถึงบริการ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเกิดการเสียชีวิต โดยส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโรคเอดส์เสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (แผนภูมิที่ 2.28)

แผนภูมิที่ 2.27 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเอดส์รายใหม่จำแนกตามเพศ และปี พ.ศ.



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 30 เมษายน 2553

แผนภูมิที่ 2.28 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเอดส์เสียชีวิตจำแนกตามเพศ และปี พ.ศ.



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 30 เมษายน 2553

2.3 การเจ็บป่วยและการรับบริการทางสุขภาพ

2.3.1 การเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในที่นี้หมายถึง การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย การได้รับอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายร้อยละ 38.4 เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ชายร้อยละ 14.6 หญิงร้อยละ 23.8) แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 18.1 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 14.2 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 6.1) (ตารางที่ 2.1) โรคหรืออาการที่ป่วยครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ 5 ลำดับแรกได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 48.6 ท้องร่วง/ท้องเสีย/บิดร้อยละ 18.9 โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรคเหงือกร้อยละ 14.8 ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะร้อยละ 9.5 และปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 3.4 (แผนภูมิที่ 2.29) ผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 3.3 เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย (ชายร้อยละ 1.5 หญิงร้อยละ 1.8) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากได้รับอุบัติเหตุน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 1.6 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 1.1 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 0.6) (ตารางที่ 2.2) ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้มร้อยละ48.8 (ตารางที่ 2.3) ในเรื่องของโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.9) มีโรคเรื้อรัง/ประจำตัว เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 21.3 หญิงร้อยละ 33.6) แนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง/ประจำตัวของผู้สูงอายุลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 25.5 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 20.9 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 8.5) (ตารางที่ 2.4) สำหรับแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง/ประจำตัว 3 ลำดับแรกระหว่าง พ.ศ.2546-2552 ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคของต่อมไร้ท่อ และ3) โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (แผนภูมิที่ 2.30)

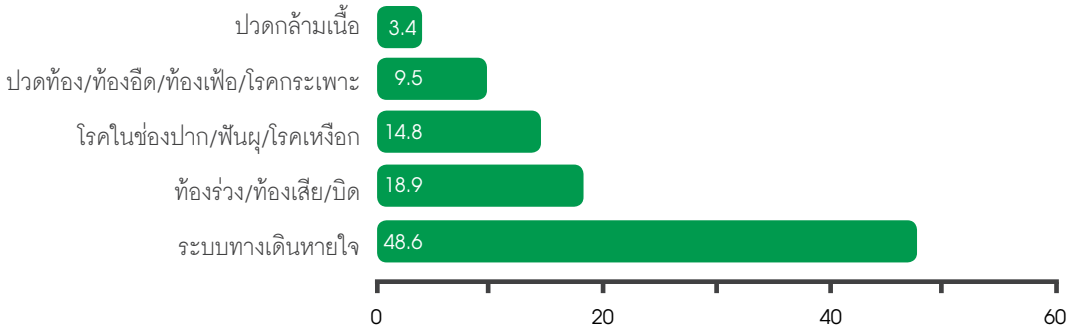
ตารางที่ 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

การป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	42.6	57.4	100.0	52.4	33.6	14.0	100.0
ไม่มี	28.0	33.6	61.6	34.3	19.3	8.0	61.6
มี	14.6	23.8	38.4	18.1	14.2	6.1	38.4

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.1

แผนภูมิที่ 2.29 ร้อยละของโรคหรืออาการที่ป่วยครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ 5 ลำดับแรก



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายระหว่าง 1 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

การได้รับอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกาย	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	42.6	57.4	100.0	52.4	33.6	14.0	100.0
ไม่มี	41.1	55.6	96.7	50.8	32.5	13.4	96.7
มี	1.5	1.8	3.3	1.6	1.1	0.6	3.3

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.3 ร้อยละของสาเหตุการได้รับอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ 3 ลำดับแรกจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

การได้รับอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายครั้งสุดท้าย	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
พลัดตกหกล้ม	19.7	29.1	48.8	17.0	18.6	13.2	48.8
อุบัติเหตุอื่นๆ เช่น ตกน้ำ	6.7	6.5	13.2	7.0	3.5	2.7	13.2
ถูกสัตว์มีพิษกัด/ต่อยถูกสัตว์ทำร้าย	3.2	6.2	9.4	6.5	2.1	0.8	9.4

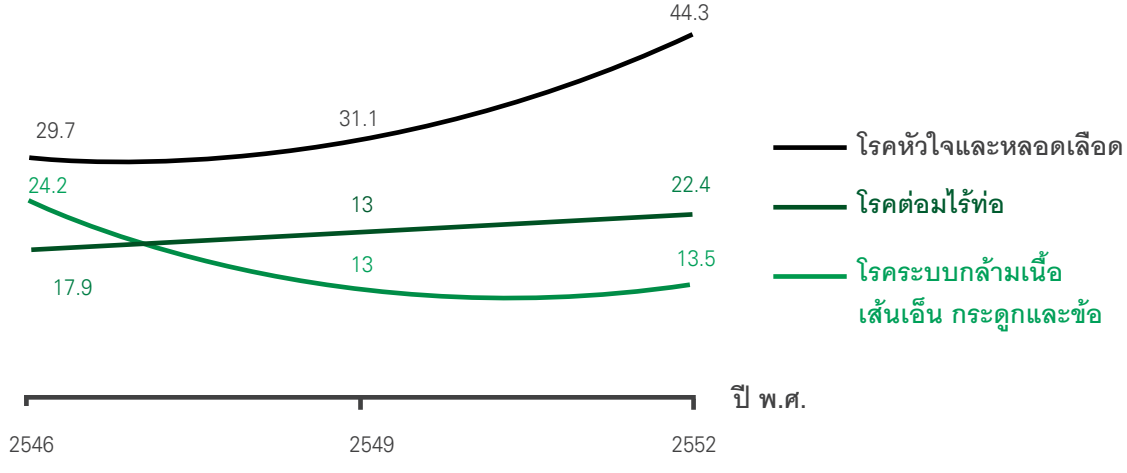
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

การมีโรคเรื้อรัง โรคประจำตัว	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	42.6	57.4	100.0	52.4	33.6	14.0	100.0
ไม่มี	21.3	23.8	45.1	26.9	12.7	5.5	45.1
มี	21.3	33.6	54.9	25.5	20.9	8.5	54.9

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิ 2.30 ร้อยละของโรคเรื้อรัง/ประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็น 3 ลำดับแรกจำแนกตามปีพ.ศ.



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.3.2 การรับบริการทางสุขภาพ

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุไปรับบริการทางการแพทย์เนื่องจากโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ร้อยละ 63.5 โดยรับบริการ 1 ครั้งร้อยละ 54.6 และมากกว่า 1 ครั้งร้อยละ 8.9 ผู้สูงอายุหญิงไปรับบริการฯสูงกว่าผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุไปรับบริการฯลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 29.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 24.7 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.6 (ตารางที่ 2.5) สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายที่ผู้สูงอายุไปรับบริการฯส่วนใหญ่เป็นการรับบริการเนื่องจากโรคเรื้อรัง/ประจำตัวร้อยละ 53.7 รองลงมาเป็นอาการป่วย/รู้สึกไม่สบายร้อยละ 44.6 และอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 1.7 (ตารางที่ 2.6) ซึ่งการเจ็บป่วยนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องหยุดทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 17.5 ผู้สูงอายุหญิงหยุดทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุวัยต้นหยุดทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 8.4 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 6.6 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 2.5) (ตารางที่ 2.7) นอกจากผู้สูงอายุจะรับบริการสุขภาพเนื่องจากความเจ็บป่วยแล้ว ผู้สูงอายุยังรับบริการสุขภาพด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 53.8 (ตารางที่ 2.8) สำหรับการเข้ารับบริการรักษาในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ครั้งสุดท้ายระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุเข้ารับบริการรักษาในสถานพยาบาลร้อยละ 10.1 เป็นผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุชาย(ผู้สูงอายุชายร้อยละ 4.0 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 6.1) (ตารางที่ 2.9) โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร้อยละ 90.1 และได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 9.9 (ตารางที่ 2.10) สถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 45.7 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 37.8 และสถานพยาบาลของเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน/โพลีคลินิกเอกชน) ร้อยละ 9.0 (แผนภูมิที่ 2.31) เหตุผลที่ผู้สูงอายุเลือกเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลดังกล่าวเนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง/ประกันสังคมร้อยละ 45.0 อยู่ใกล้บ้าน/เดินทางสะดวกร้อยละ 18.2 และได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยละ 12.8 (แผนภูมิที่ 2.32) จำนวนวันนอนที่ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเฉลี่ย 8 วัน ต่ำสุด 1 วัน และสูงสุด 99 วัน โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล 2 วันร้อยละ 19.4 รองลงมาเป็น 3 วันร้อยละ 19.2 และ 1 วันร้อยละ 8.9 (แผนภูมิที่ 2.33)

ตารางที่ 2.5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการทางการแพทย์เนื่องจากโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

รับบริการทางการแพทย์เนื่องจากโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	38.7	61.3	100.0	46.5	38.1	15.4	100.0
ไม่ไปรับบริการ	15.1	21.4	36.5	17.3	13.4	5.8	36.5
รับบริการ 1 ครั้ง	20.5	34.1	54.6	25.6	20.9	8.1	54.6
รับบริการมากกว่า 1 ครั้ง	3.1	5.8	8.9	3.6	3.8	1.5	8.9

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.6 ร้อยละของสาเหตุที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	38.2	61.8	100.0	47.7	37.2	15.1	100.0
อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย	17.3	27.3	44.6	22.0	15.9	6.7	44.6
อุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย	0.8	0.9	1.7	0.9	0.5	0.3	1.7
รับบริการเนื่องจากโรคเรื้อรัง/ประจำตัว	20.1	33.6	53.7	24.8	20.8	8.1	53.7

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่หยุดทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

การหยุดทำกิจวัตรประจำวัน	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	38.2	61.8	100.0	47.8	37.2	15.0	100.0
ไม่หยุด	30.8	51.7	82.5	39.4	30.6	12.5	82.5
หยุด	7.4	10.1	17.5	8.4	6.6	2.5	17.5

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.8 ร้อยละของบริการสุขภาพนอกเหนือการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

บริการสุขภาพนอกเหนือการเจ็บป่วย	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	39.7	60.3	100.0	54.7	34.4	10.9	100.0
ตรวจสุขภาพประจำปี	23.2	30.6	53.8	31.3	17.6	4.9	53.8
รับบริการตามนัดที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง/ประจำตัว	11.2	19.9	31.1	15.1	11.8	4.2	31.1
อื่นๆ	5.3	9.8	15.1	8.3	5.0	1.8	15.1

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

เข้ารักษาตัวในสถานพยาบาล(ผู้ป่วยใน)	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	42.6	57.4	100.0	52.4	33.6	14.0	100.0
ไม่เคยเข้าพักรักษา	38.6	51.3	89.9	48.2	29.4	12.3	89.9
เข้าพักรักษา	4.0	6.1	10.1	4.2	4.2	1.7	10.1

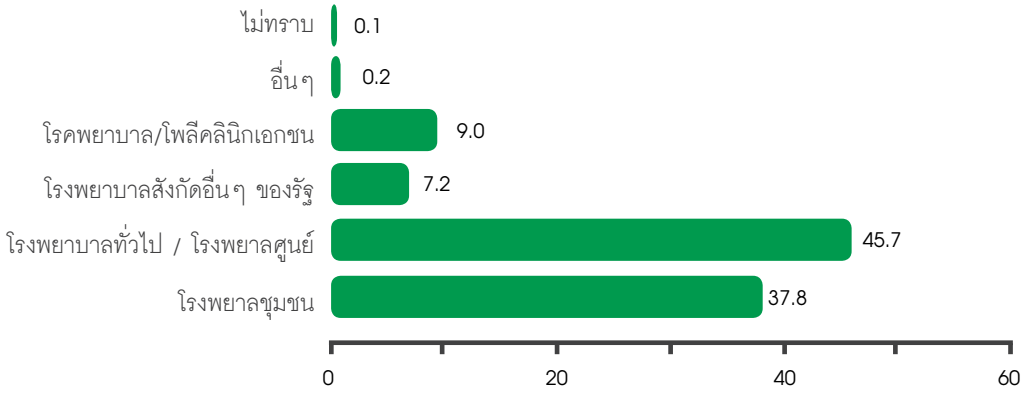
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.10 ร้อยละของสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ครั้งสุดท้าย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

สาเหตุเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาล(ผู้ป่วยใน) ครั้งสุดท้าย	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	40.3	59.7	100.0	42.1	40.8	17.1	100.0
โรค	36.0	54.1	90.1	37.4	37.3	15.4	90.1
อุบัติเหตุ	4.3	5.6	9.9	4.6	3.6	1.7	9.9

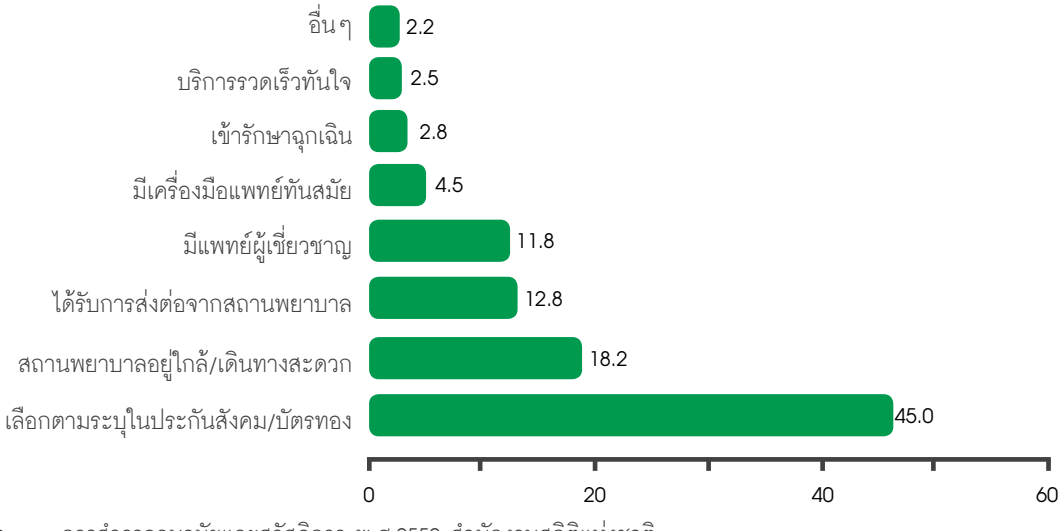
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 2.31 ร้อยละของสถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัว (ผู้ป่วยใน) ครั้งสุดท้าย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



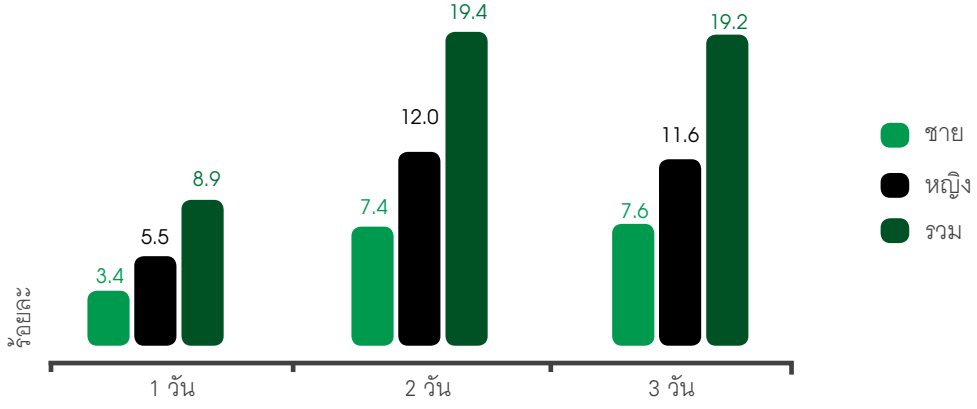
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 2.32 ร้อยละของสาเหตุที่ผู้สูงอายุเลือกสถานพยาบาลเข้าพักรักษาตัว (ผู้ป่วยใน) ครั้งสุดท้าย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 2.33 ร้อยละของวันนอนที่ผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ครั้งสุดท้าย 3 ลำดับแรกจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

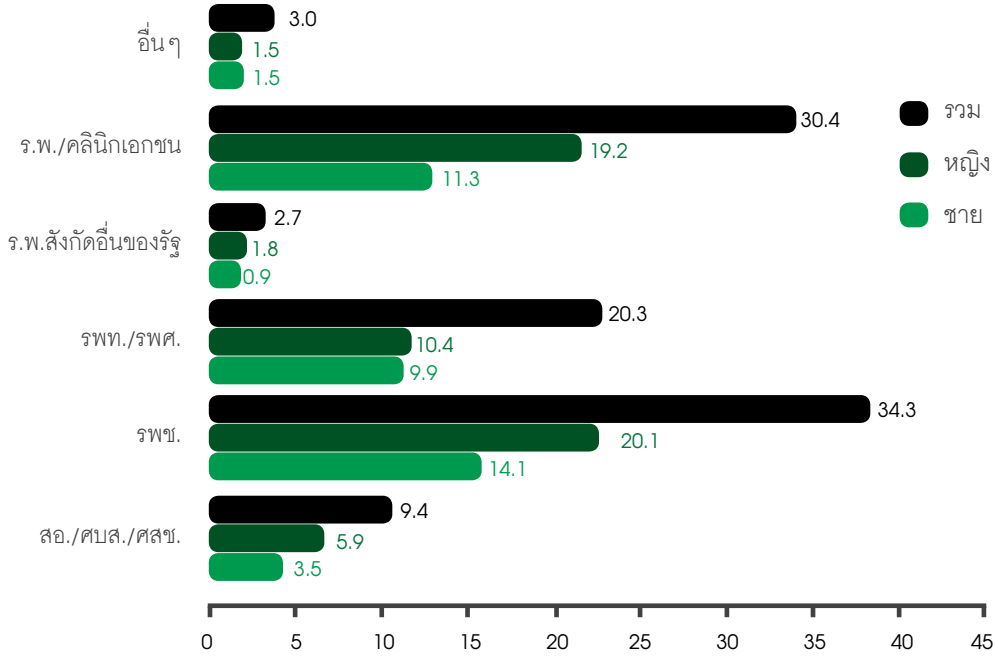
นอกจากนี้ในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ผู้สูงอายุยังไปรับบริการทันตกรรมด้วย โดยพบร้อยละ 8.9 เป็นผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุ 60-69 ปีรับบริการทันตกรรมมากที่สุดร้อยละ 5.6 (ตารางที่ 2.11) สถานบริการทันตกรรมที่ผู้สูงอายุไปรับบริการครั้งสุดท้ายเป็นสถานบริการภาครัฐร้อยละ 66.7 (โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 34.3/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 20.3 สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีทันตาภิบาลและทันตแพทย์มาบริการร้อยละ 7.4) และสถานบริการเอกชนร้อยละ 30.4 (คลินิกเอกชนร้อยละ 26.9 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 3.5) (แผนภูมิที่ 2.34) ชนิดของบริการทันตกรรมที่ผู้สูงอายุไปรับบริการครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นการถอนฟันร้อยละ 51.8 รองลงมาเป็นใส่ฟันเทียมร้อยละ 17.7 และขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ร้อยละ 10.9 โดยมีผู้สูงอายุมารับบริการตรวจสุขภาพในช่องปากร้อยละ 7.2 (แผนภูมิที่ 2.35) ในการรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลถึงร้อยละ 98.5 โดยเป็นบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 74.5 รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 21.6 (ตารางที่ 2.12)

ตารางที่ 2.11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่รับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

การรับบริการทันตกรรม	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	42.6	57.4	100.0	52.4	33.6	14.0	100.0
ไม่รับบริการ	38.9	52.2	91.1	46.8	30.9	13.4	91.1
รับบริการ	3.7	5.2	8.9	5.6	2.7	0.6	8.9

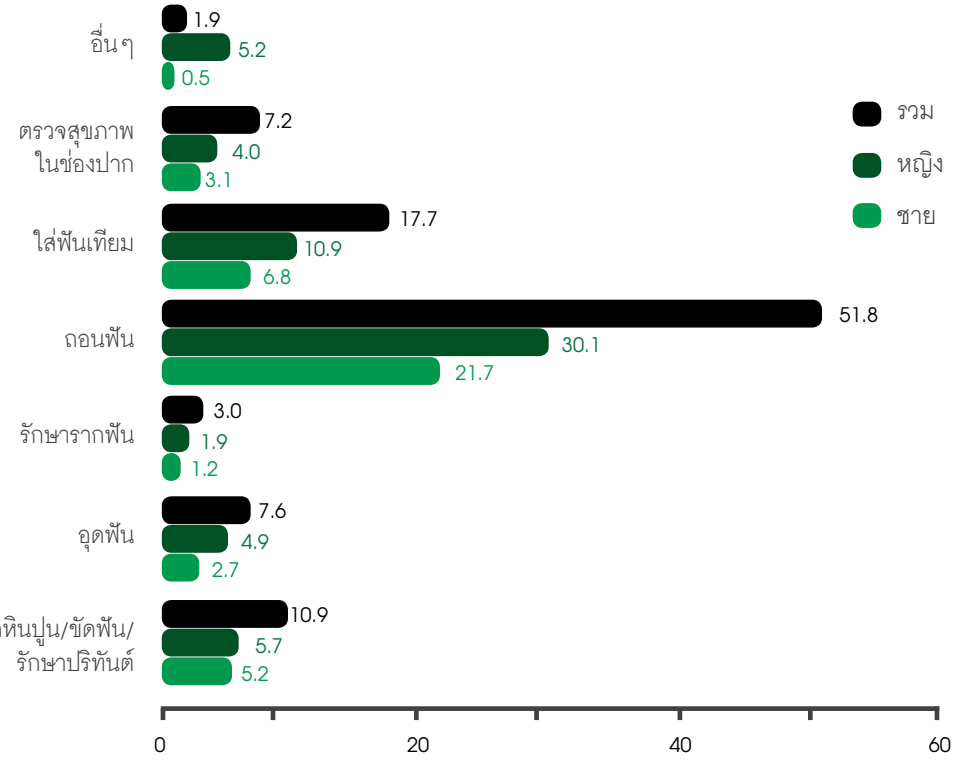
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 2.34 ร้อยละของสถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจำแนกตามเพศ



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 2.35 ร้อยละของบริการทันตกรรมที่ผู้สูงอายุรับบริการครั้งสุดท้ายจำแนกตามเพศ



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.12 ร้อยละของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	เพศ			อายุ			
	ชาย	หญิง	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
รวม	42.6	57.4	100.0	52.4	33.6	14.0	100.0
ไม่มี	0.6	0.9	1.5	0.7	0.5	0.3	1.5
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	31.0	43.5	74.5	39.2	25.1	10.2	74.5
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	0.6	0.4	1.0	0.9	0.1	0.0	1.0
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9.8	11.8	21.6	10.6	7.6	3.4	21.6
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	0.2	0.3	0.5	0.4	0.1	0.0	0.5
อื่นๆ	0.4	0.5	0.9	0.6	0.2	0.1	0.9

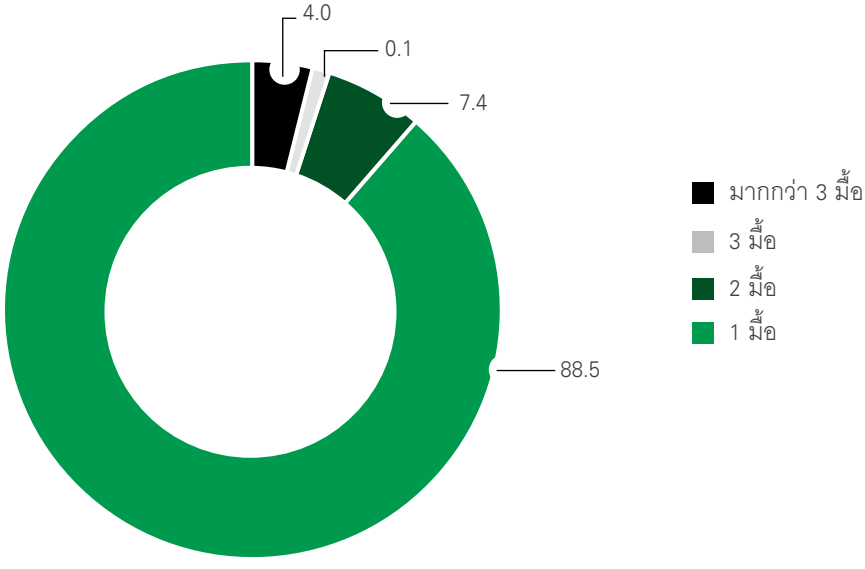
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.4 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.4.1 การบริโภคอาหาร

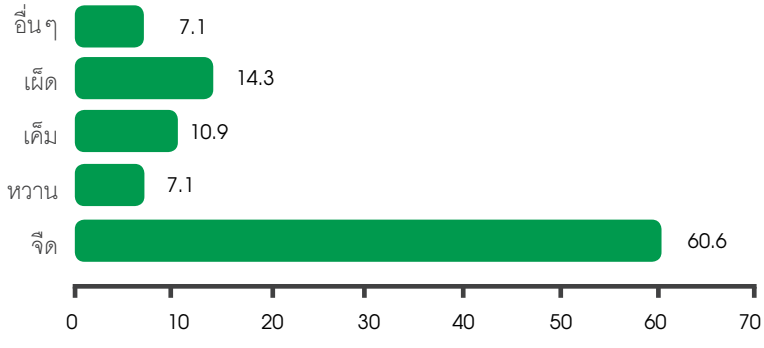
การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหารโดยให้ได้สารอาหารครบถ้วน แต่พลังงานลดลง เนื่องจากการใช้พลังงานในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง การเผาผลาญอาหารลดลง แต่ความต้องการสารอาหารรวมทั้งวิตามินและเกลือแร่ไม่ลดลง สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ.2552 ในด้านการบริโภคอาหาร ได้แก่ การบริโภคอาหารมื้อหลัก การบริโภคอาหารระหว่างมื้อ รสชาติอาหาร และความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละประเภท พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคอาหารมื้อหลักครบวันละ 3 มื้อร้อยละ 88.5 รองลงมาบริโภควันละ 2 มื้อร้อยละ 7.4 (แผนภูมิที่ 2.36) ส่วนใหญ่เป็นอาหารรสชาติจืดร้อยละ 60.6 รองลงมาเป็นรสชาติเผ็ดและเค็มร้อยละ 14.3 และ 10.9 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2.37) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่เป็นความต้องการของร่างกายทุกวัน ได้แก่ กลุ่มผักและผลไม้ร้อยละ 61.3 กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ร้อยละ 29.9 ส่วนกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารรับประทานน้อยที่สุดร้อยละ 3.8 (ตารางที่ 2.13) ผู้สูงอายุเกินครึ่งรับประทานอาหารระหว่างมื้อ (ร้อยละ 64.9) เพราะอยากรับประทานร้อยละ 42.2 เพราะหิวร้อยละ 38.6 (แผนภูมิที่ 2.38) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มอาหารประเภทจานด่วนทางตะวันตก และกลุ่มขนมทานเล่น/ขนมกรุบกรอบ (ร้อยละ 96.6 และ 80.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2.14)

แผนภูมิที่ 2.36 ร้อยละของการบริโภคอาหารมื้อหลักของผู้สูงอายุ



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 2.37 ร้อยละของรสชาติอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภค



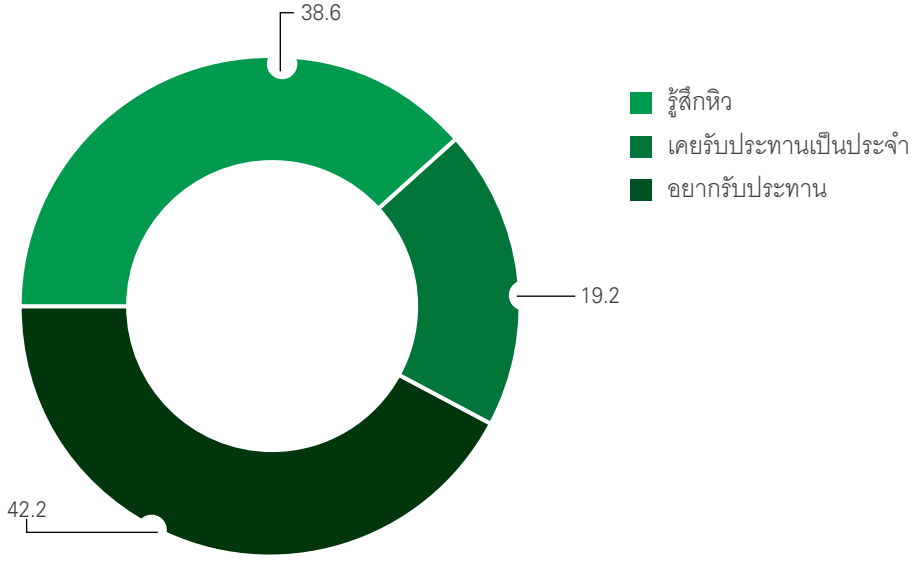
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.13 ร้อยละของความถี่ในการรับประทานอาหารที่ร่างกายต้องการของผู้สูงอายุ

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	ความถี่ในการบริโภค : ต่อสัปดาห์				
	ไม่รับประทาน	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์	3.9	26.0	25.2	15.0	29.9
กลุ่มผักและผลไม้	1.0	7.7	13.6	16.4	61.3
กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	84.2	8.1	2.6	1.3	3.8
กลุ่มแร่ธาตุ วิตมิน	83.1	6.7	2.8	1.3	6.2

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 2.38 ร้อยละของสาเหตุที่ผู้สูงอายุบริโภคอาหารระหว่างมื้อ



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2.14 ร้อยละของความถี่ในการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

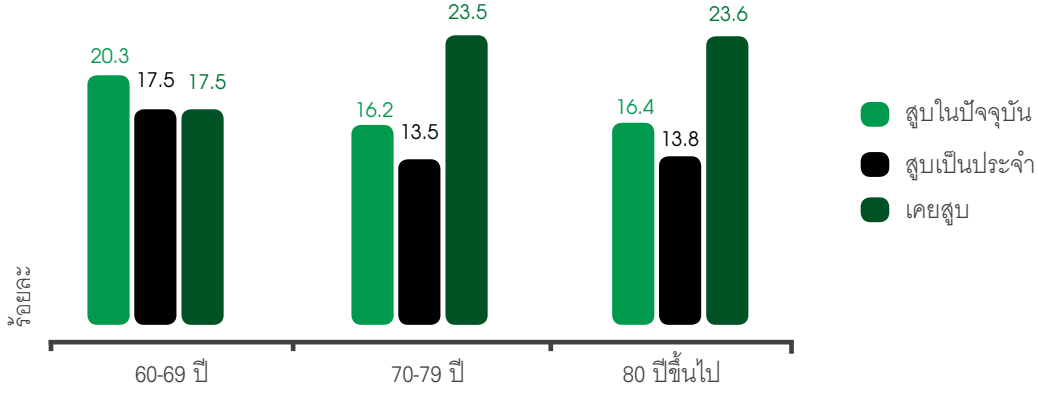
กลุ่มอาหาร	ความถี่ในการบริโภค : ต่อสัปดาห์				
	ไม่รับประทาน	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
กลุ่มอาหารไขมันสูง	19.7	49.0	20.1	5.8	5.4
กลุ่มขนมทานเล่น/ขนมกรุบกรอบ	80.9	14.1	2.9	0.7	1.3
กลุ่มอาหารประเภทจานด่วนทางตะวันตก	96.6	3.0	0.3	0.1	0.1
กลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม/เครื่องดื่มรสหวาน	55.4	17.0	6.5	3.1	18.1

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.4.2 การบริโภคบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

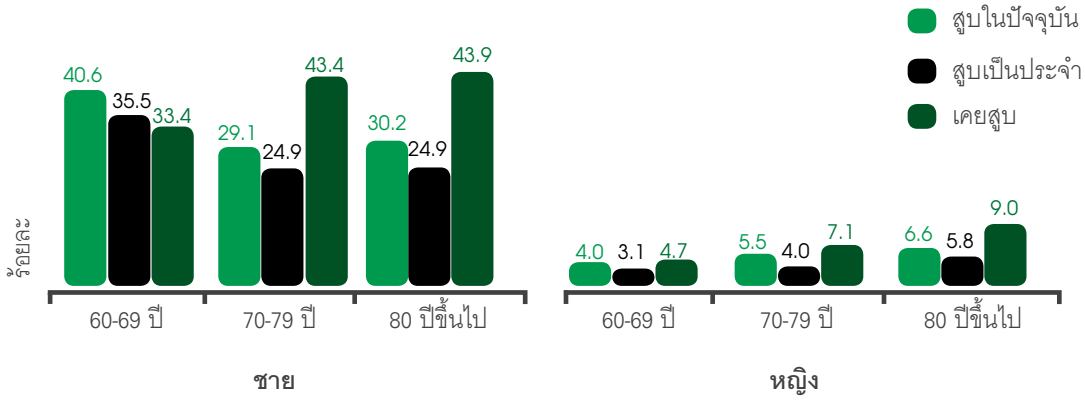
บุหรี่มีสารประกอบต่างๆ ประมาณ 4,000 ชนิด และมีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดคือการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80-90) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของโรคอื่นๆด้วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง โรคแผลในกระเพาะอาหาร ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุ 60- 69 ปีสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงสุดร้อยละ 20.3 โดยสูบเป็นประจำทุกวันร้อยละ 17.5 ซึ่งผู้สูงอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ในปัจจุบันไม่แตกต่างกันนัก (แผนภูมิที่ 2.39) ผู้สูงอายุชายที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 60-69 ปีที่สูงกว่า 10 เท่า การสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุชายในปัจจุบันเป็นประจำมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยลดได้เกือบครึ่งหนึ่งเมื่ออายุ 70-79 ปี หลังจากนั้นไม่พบการเปลี่ยนแปลง (ผู้สูงอายุ 60- 69 ปีร้อยละ 35.5 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 24.9 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 24.9) ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60- 69 ปีร้อยละ 3.1 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 4.0 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 5.8) (แผนภูมิที่ 2.40) การเริ่มสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุประมาณอายุเฉลี่ย 21 ปีทุกกลุ่มอายุ โดยผู้สูงอายุชายเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 19 ปีทุกกลุ่มอายุ ส่วนการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุหญิงแตกต่างกันโดยพบว่า ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปเริ่มที่อายุเฉลี่ย 25 ปี ผู้สูงอายุ 70-79 ปีเริ่มที่อายุเฉลี่ย 28 ปี และผู้สูงอายุ 60-69 ปีเริ่มที่อายุเฉลี่ย 29 ปี (ตารางที่ 2.15) ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 5-10 มวน โดยผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 9-14 มวน ผู้สูงอายุหญิงสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 3-11 มวน จำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่ผู้สูงอายุสูบจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง และจำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบต่อวันนั้นพบว่าผู้สูงอายุชายสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงทุกกลุ่มอายุ (ตารางที่ 2.16)

แผนภูมิที่ 2.39 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

แผนภูมิที่ 2.40 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

ตารางที่ 2.15 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวน	อายุเฉลี่ย	SD	จำนวน	อายุเฉลี่ย	SD	จำนวน	อายุเฉลี่ย	SD
60-69 ปี	1,829	19.1	12.6	341	29.0	21.7	2,170	21.0	16.8
70-79 ปี	1,145	19.1	14.1	340	28.3	26.0	1,485	21.5	19.9
80 ปีขึ้นไป	337	19.4	15.7	132	25.1	22.8	469	21.3	19.5

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

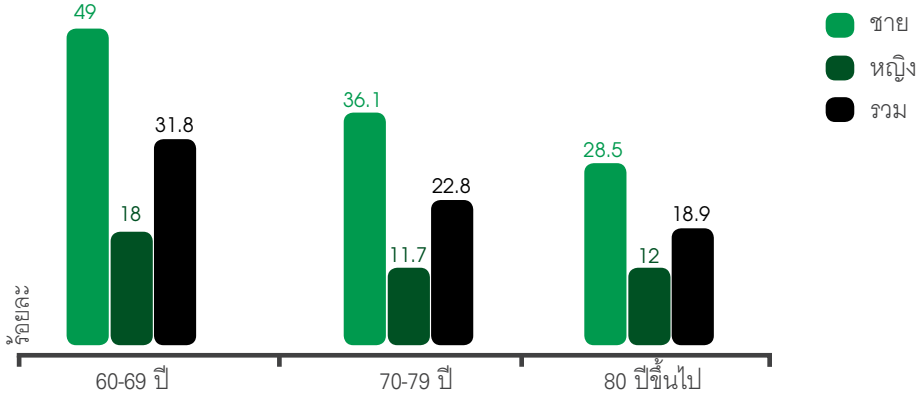
ตารางที่ 2.16 จำนวนบุหรี่เฉลี่ย (มวน) ที่สูบต่อวันในผู้สูงอายุที่สูบเป็นประจำจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวน	จำนวนบุหรี่เฉลี่ย	SD	จำนวน	จำนวนบุหรี่เฉลี่ย	SD	จำนวน	จำนวนบุหรี่เฉลี่ย	SD
60-69 ปี	280	9.7	14.2	22	11.6	27.5	302	9.9	15.3
70-79 ปี	105	8.2	12.3	7	4.6	4.3	112	8.0	12.2
80 ปีขึ้นไป	22	5.9	9.1	5	3.5	3.1	27	5.7	9.2

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคแผลในกระเพาะและลำไส้ และโรคมะเร็งของหลอดอาหาร นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุทำให้อัตราการตายอันเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงขึ้นด้วย เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หมายรวมถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี กระแช่ ตลอดจนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ การดื่มเป็นประจำ มีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง โดยผู้สูงอายุชาย 60-69 ปีเคยดื่มสูงสุดร้อยละ 49.0 และสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันกว่า 2 เท่า ผู้สูงอายุชาย 70-79 ปีเคยดื่มรองลงมาร้อยละ 36.1 และสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันกว่า 3 เท่า และผู้สูงอายุชาย 80 ปีขึ้นไปเคยดื่มต่ำสุดร้อยละ 28.5 และสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันกว่า 2 เท่า (แผนภูมิที่ 2.41) ผู้สูงอายุเริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่ออายุเฉลี่ย 25-29 ปี โดยผู้สูงอายุชายเริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 22-25 ปี และผู้สูงอายุหญิงเริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 38-42 ปี ผู้สูงอายุชายเริ่มที่อายุเฉลี่ยต่ำกว่าผู้สูงอายุหญิงทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่เริ่มดื่มอายุเฉลี่ยต่ำสุด (22 ปี) คือผู้สูงอายุชาย 60-69 ปี และกลุ่มที่เริ่มดื่มอายุเฉลี่ยสูงสุด (42 ปี) คือผู้สูงอายุหญิง 70-79 ปี (ตารางที่ 2.17)

แผนภูมิที่ 2.41 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

ตารางที่ 2.17 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

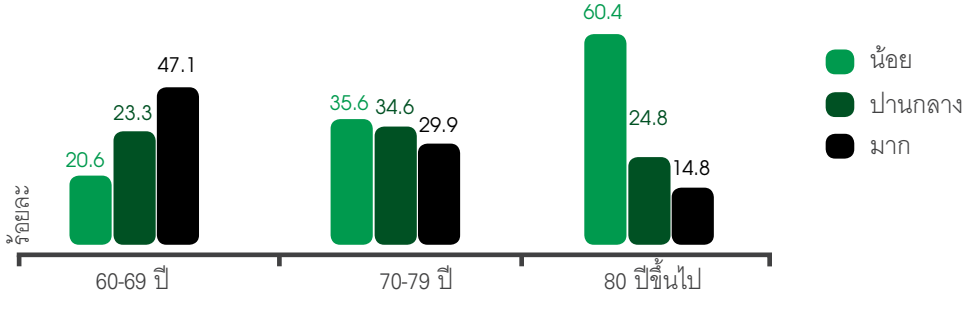
กลุ่มอายุ	ชาย			หญิง			รวม		
	จำนวน	จำนวนบุหรี่เฉลี่ย	SD	จำนวน	จำนวนบุหรี่เฉลี่ย	SD	จำนวน	จำนวนบุหรี่เฉลี่ย	SD
60-69 ปี	1,119	22.0	19.2	353	38.0	26.6	1,472	25.5	27.9
70-79 ปี	468	25.6	24.5	119	42.5	33.1	587	29.6	30.7
80 ปีขึ้นไป	83	23.7	22.9	37	39.0	43.9	120	29.0	35.7

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

2.4.3 กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

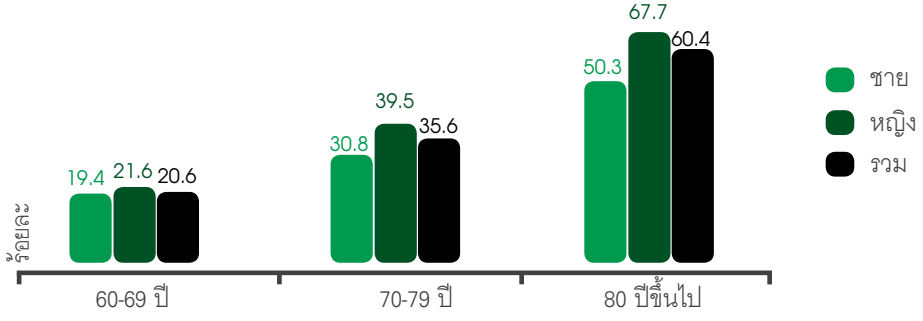
กิจกรรมทางกายเป็นการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงาน เช่น การทำงานอาชีพ การทำงานบ้าน หรือการทำงานอดิเรก การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันทำให้มีสุขภาพที่ดีได้โดยไม่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง และสามารถสะสมทีละเล็กทีละน้อยในแต่ละวัน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมทางกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปีทำกิจกรรมทางกายระดับมากร้อยละ 47.1 ระดับปานกลางร้อยละ 32.3 และระดับน้อยร้อยละ 20.6 ส่วนผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะทำกิจกรรมทางกายระดับมากร้อยละ 14.8 ระดับปานกลางร้อยละ 24.8 และระดับน้อยร้อยละ 60.4 (แผนภูมิที่ 2.42) ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอสูงสุดร้อยละ 60.4 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 35.6 และผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 20.6 โดยผู้สูงอายุหญิงมีกิจกรรมที่ไม่เพียงพอสูงกว่าผู้สูงอายุชายทุกกลุ่มอายุ (แผนภูมิที่ 2.43)

แผนภูมิที่ 2.42 ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

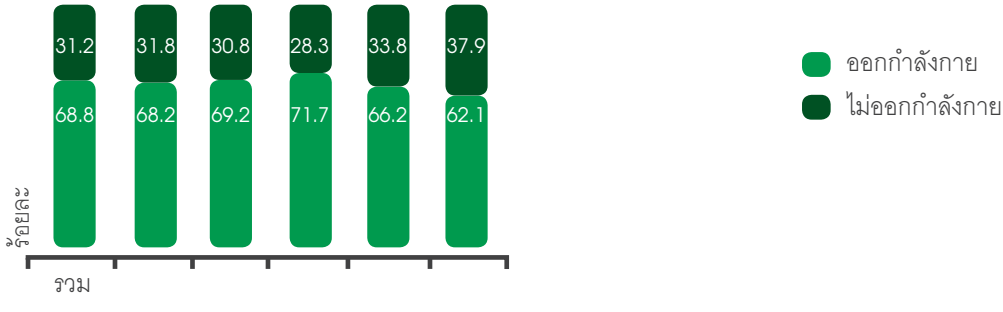
แผนภูมิที่ 2.43 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย

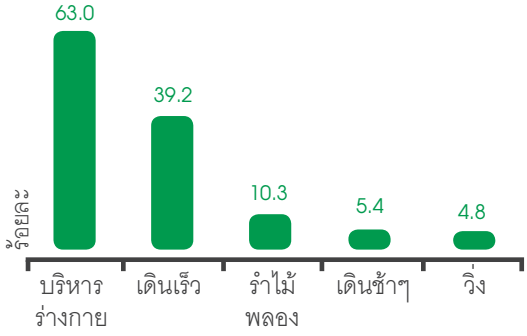
การออกกำลังกายเป็นการทำกิจกรรมทางกายที่มีการวางแผนหรือการเตรียมตัว เป็นการทำกิจกรรมซ้ำๆ เพื่อเพิ่มหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย นอกจากจะทำให้มีสุขภาพดี ยังสามารถป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อมได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม ยิ่งไปกว่านั้นการออกกำลังกายยังช่วยลดความเครียด และทำให้สมรรถภาพทางเพศดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายที่นิยมปฏิบัติมีหลายวิธี เช่น การบริหารร่างกาย การวิ่ง หรือการรำมวยจีน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ศึกษาสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบทพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทออกกำลังกายมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.8) ซึ่งผู้สูงอายุชายและหญิงออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุจะออกกำลังกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 71.7 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 66.2 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 62.1) (แผนภูมิที่ 2.44) ส่วนประเภทการออกกำลังกายที่นิยม 5 ลำดับแรกได้แก่ การบริหารร่างกาย/ยืดเหยียดกล้ามเนื้อร้อยละ 63.0 เดินเร็วร้อยละ 39.2 รำไม้พลองร้อยละ 10.3 เดินช้าๆ ร้อยละ 5.4 และวิ่งร้อยละ 4.8 (แผนภูมิที่ 2.45)

แผนภูมิที่ 2.44 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ



ที่มา : การศึกษาสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบท สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

แผนภูมิที่ 2.45 ร้อยละของประเภทการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ 5 ลำดับแรก



ที่มา : การศึกษาสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบท สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

2.5 การเข้าถึงและการใช้บริการรักษาพยาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ภายใต้การจัดบริการของกองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจ โดยสรุปดังนี้

2.5.1 สัดส่วนผู้สูงอายุจำแนกรายกองทุน

ประชากรภายใต้การดูแลของ 3 กองทุนในปีงบประมาณ 2552 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 62.2 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด โดยแต่ละกองทุนมีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่างกัน (ตารางที่ 2.18) สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 26 ของจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด และมีจำนวนสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผู้มีสิทธิเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 13 ของจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด และมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ต่อปี

ตารางที่ 2.18 สัดส่วนผู้สูงอายุภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

	ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
อายุน้อยกว่า 60 ปี	75%	99%	87%
อายุมากกว่า 60 ปี	25%	1%	13%

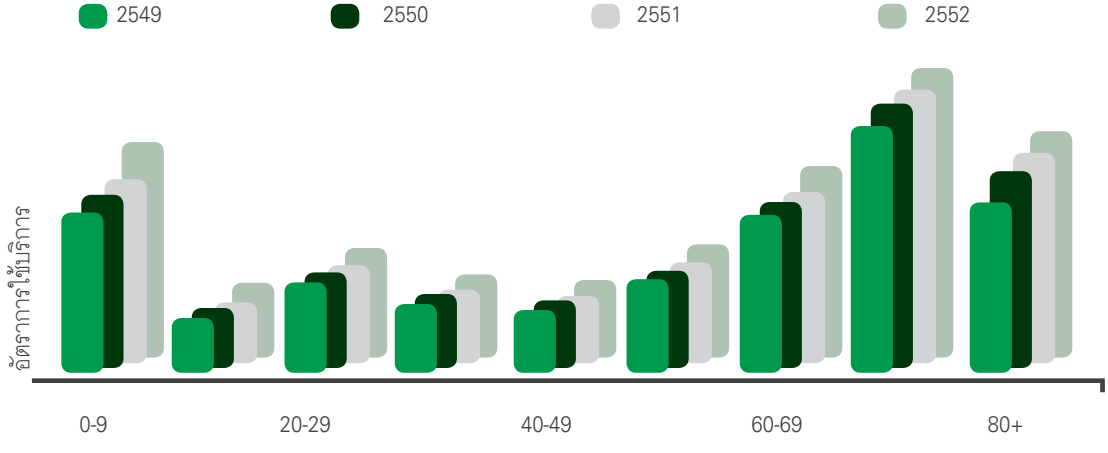
ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552

2.5.2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน

ในภาพรวมของแบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยในโดยรวมของทั้งสามกองทุน พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในจะสูงในกลุ่มเด็กแรกเกิด จากนั้นจะลดลงตามอายุ และจะมีอัตราการใช้บริการสูงขึ้นอีกครั้งเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน และจะสูงขึ้นเรื่อยๆตามอายุแต่มีแนวโน้มลดลงในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมาก คือ อายุมากกว่า 80 ปี (แผนภูมิที่ 2.46)

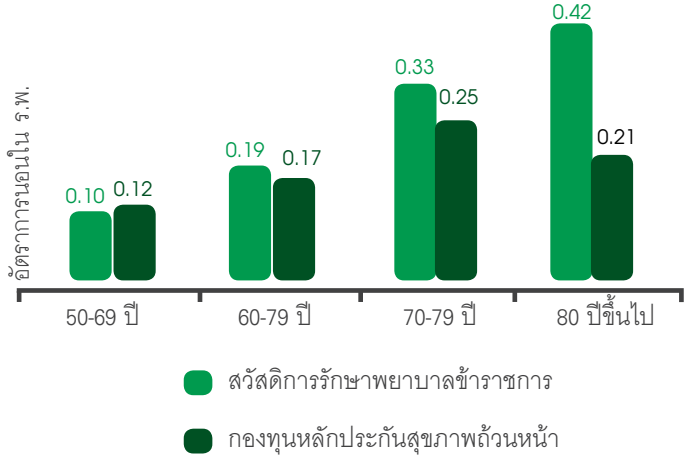
สำหรับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของประชาชนไทย พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกช่วงอายุระหว่างปี 2549–2552 โดยกลุ่มผู้สูงอายุ 70–79 ปีมีอัตราการใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิน 80 ปี (แผนภูมิที่ 2.47)

แผนภูมิที่ 2.46 อัตราการใช้บริการรวมจำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2549 – 2552



ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552

แผนภูมิที่ 2.47 อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552



ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552

2.5.3 ประเภทของการเจ็บป่วยในการใช้บริการผู้ป่วยใน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2549–2552 พบว่า อัตราการใช้บริการในแต่ละกลุ่มโรคค่อนข้างคงที่ โดยโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือโรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นตามอายุ รองลงไปได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ ส่วนโรคในกลุ่มเนื้องอก เช่น มะเร็ง โรคตา และโรคต่อมไร้ท่อ เช่นเบาหวานจะมีอัตราการใช้บริการลดลงตามอายุ

ตารางที่ 2.19 ประเภทการเจ็บป่วยอันเป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ปี 2552

ประเภทการเจ็บป่วย	วัยก่อนสูงอายุ	วัยสูงอายุ			
	45-49 ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	ค่าเฉลี่ย
โรคระบบไหลเวียนโลหิต	10%	14%	16%	18%	15%
โรคระบบทางเดินหายใจ	8%	11%	14%	18%	14%
โรคระบบทางเดินอาหาร	13%	11%	10%	10%	10%
โรคติดเชื้อ	11%	10%	9%	10%	10%
โรคทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	10%	8%	8%	9%	8%
เนื้องอก	12%	10%	7%	5%	8%
โรคตา	3%	8%	8%	5%	7%
โรคต่อมไร้ท่อ	5%	7%	6%	5%	6%
อาการและอาการแสดง	5%	5%	6%	6%	6%
บาดเจ็บ พิษ	10%	6%	5%	5%	5%

ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552

2.5.4 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุ

แม้ว่าจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุยังเป็นส่วนน้อย แต่พบว่าอัตราและสัดส่วนการใช้บริการอยู่ในระดับสูงและมีผลกระทบทางการเงินกับระบบบริการสุขภาพ โดยแต่ละกองทุนมีภาระทางการเงินในส่วนผู้สูงอายุต่างกันตามสัดส่วนและการใช้บริการของผู้สูงอายุที่ต่างกัน

โดยในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการพบว่า สัดส่วนของการใช้บริการผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุสูงในปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 52 ของการใช้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด และมีค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 63 ของค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยในทั้งหมด

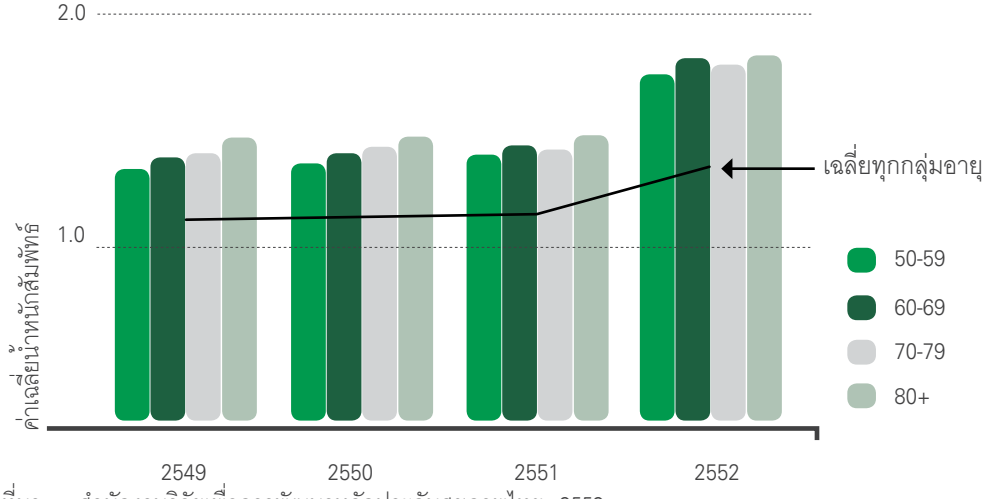
ในส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการใช้บริการผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุสูงในปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 24 ของการใช้บริการทั้งหมด และเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยใน ส่วนกองทุนประกันสังคมมีผลกระทบทางการเงินไม่มากเนื่องจากมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1 ของผู้ประกันตนทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Adjusted Relative Weight of Diagnosis Related Group) จำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ.2549 - 2552 โดยใช้การคำนวณด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 4 (แผนภูมิที่ 2.48) พบว่า

(1) ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

(2) น้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในของกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ

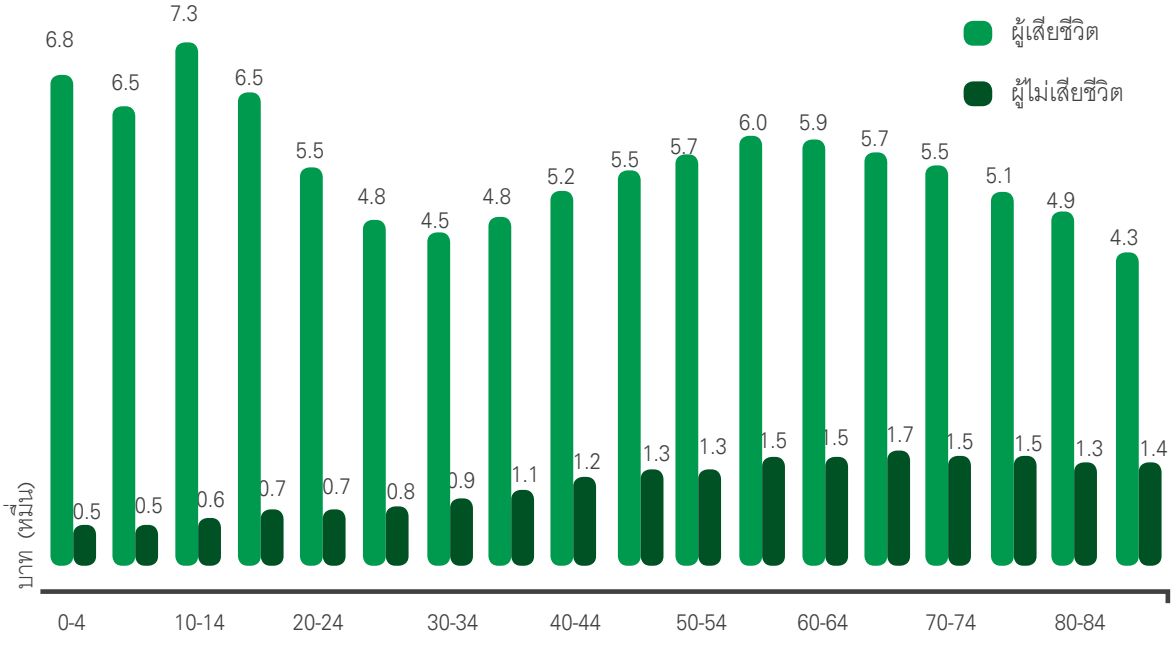
แผนภูมิที่ 2.48 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2549 – 2552



ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่สูงในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากการดูแลในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเป็นองค์ประกอบสำคัญในค่าใช้จ่ายของการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of Life Care) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายทั้งปีของผู้ที่เสียชีวิตและผู้ที่ไม่เสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในทุกกลุ่มอายุ โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับบริการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งปีของผู้ที่เสียชีวิตในปีนั้นๆ อยู่ที่ประมาณ 40,000–70,000 บาท/คน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการการดูแลการรักษาผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยในและไม่เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 5,000–12,000 บาท/คน (ประมาณค่าใช้จ่ายต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่ากับ 10,000 บาท)

แผนภูมิที่ 2.49 ค่าใช้จ่ายทั้งปีของผู้ที่เสียชีวิตและผู้ที่รอดชีวิตจำแนกตามกลุ่มอายุ (1 RW = 10,000 บาท)



ที่มา : การศึกษาสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบท สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นสองเท่าของค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าวัยอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยค่าใช้จ่ายที่สูงในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่ไม่เสียชีวิตต่ำกว่าค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตประมาณ 4 เท่าแต่มีแนวโน้มลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น

3 การดูแล และสวัสดิการผู้สูงอายุ

การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ *

การดูแลและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น โดยส่วนใหญ่ยังคงเป็นบทบาทหน้าที่ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ นับตั้งแต่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้มีผลบังคับใช้ จะพบว่ามีหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจำนวนไม่น้อย ที่ได้เข้าร่วมดำเนินการและร่วมมีบทบาทอำนวยสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งในเรื่องของการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยที่จัดเป็นความจำเป็นในลำดับต้นๆของผู้สูงอายุ การจัดบริการให้ความคุ้มครองดูแล ช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคมรูปแบบต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในเรื่องของการสร้างความมั่นคงด้านรายได้และค่าใช้จ่าย ที่พักอาศัย การมีส่วนร่วม ตลอดจนการได้รับความคุ้มครองดูแลทางด้านกระบวนการยุติธรรม (พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2546)

การนำเสนอภาพรวมในเรื่องของการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุในบทนี้จะครอบคลุมในเรื่องของการดำเนินงานด้านนโยบายการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ ความมั่นคงด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ การดูแลด้านสุขภาพและสังคมในครอบครัวและชุมชน บทบาทอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม สวัสดิการด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุด้านกระบวนการยุติธรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การดำเนินงานในระดับนโยบายด้านการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ

3.1.1 การดำเนินงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.)

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) เป็นคณะกรรมที่จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 4 ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยมีองค์ประกอบคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ

---

* เขียนโดย นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และนางสาวเพ็ญศิริ แต่สุวรรณ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ที่เป็นผู้แทนจากส่วนราชการ สถาบันการศึกษา และองค์กรสาธารณประโยชน์ จำนวน 28 คน โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์สิทธิเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นเลขานุการ และผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีภารกิจหลักในการประสานและดำเนินการผลักดันการดำเนินงานตามนโยบายด้านผู้สูงอายุ

องค์ประกอบของคณะอนุกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีทั้งหมด 9 คณะ ได้แก่

- คณะอนุกรรมการจัดกิจกรรมเนื่องในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ
- คณะอนุกรรมการดำเนินงานตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลในการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- คณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ
- คณะอนุกรรมการบูรณาการขยายผลการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- คณะอนุกรรมการด้านการประชาสัมพันธ์
- คณะอนุกรรมการบูรณาการโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- คณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ
- คณะอนุกรรมการติดตามสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546
- คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ในปีพ.ศ.2552 ได้มีการประชุม กผส. รวมจำนวนทั้งสิ้น 6 ครั้ง โดยได้มีการผลักดันนโยบายด้านผู้สูงอายุที่สำคัญ ดังนี้

1) การผลักดันการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า (ยกเว้นผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ) จำนวน 500 บาทต่อเดือน นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 เป็นต้นมา

2) การจัดตั้งคณะอนุกรรมการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปีพ.ศ.2552 มีองค์ประกอบจำนวน 35 คน โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและแสดงปาฐกถาพิเศษในพิธีเปิดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ในวันที่ 9 เมษายน 2552 ณ อาคารทันเดอร์โดม สถานกีฬาเมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี โดยในวันงานดังกล่าวได้มีการมอบเกียรติบัตร เข็มกลัดทองคำ และเงินสดจำนวน 100,000 บาท ซึ่งเป็นรางวัลสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติประจำปี พ.ศ.2552 ให้แก่ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงษ์ ณ อยุธยา

3) การขยายสิทธิผู้สูงอายุในเรื่องการช่วยเหลือค่าจัดการศพสำหรับผู้สูงอายุที่เสียชีวิตทุกรายรายละ 2,000 บาท นับตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 เป็นต้นมา

4) การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ร่วมกับวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ตามยุทธศาสตร์ มาตรการ และตัวชี้วัดตามแผนผู้สูงอายุฯ ซึ่งผลการศึกษาจะนำไปสู่การปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีมติมอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุ กำหนดขั้นตอน และกระบวนการในการปรับแผนผู้สูงอายุฯ โดยใช้ผลการศึกษาประเมินโครงการดังกล่าวเป็นฐานในการปรับแผนผู้สูงอายุฯ และให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม

5) การดำเนินการของคณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยมีกระทรวงการคลังเป็นเจ้าภาพ ได้นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นโครงการกองทุนการออมเพื่อการชราภาพ (กอช.) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีระบบการออมเพื่อการชราภาพที่มีความครอบคลุมทั่วถึงแรงงานทุกคน สร้างความเท่าเทียม และเป็นธรรมในการดูแลจากภาครัฐ สร้างความมั่นคงในวัยชรา และมีกองทุนเพื่อลดภาระรัฐบาลในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

6) การเสนอรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 ต่อคณะรัฐมนตรี พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 9(10) กำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศต่อคณะรัฐมนตรีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยประธานกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้เสนอรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 และคณะรัฐมนตรีได้ทราบแล้ว เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2552

3.2 การจัดสวัสดิการ หลักประกัน และการช่วยเหลือด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ

3.2.1 การจัดสวัสดิการด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ

1) กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

สืบเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลในปีพ.ศ.2550 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดสวัสดิการชุมชนท้องถิ่นระดับชาติ และคณะอนุกรรมการสวัสดิการชุมชนท้องถิ่นระดับจังหวัดในทุกจังหวัดขึ้น โดยรัฐบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณให้ชุมชนในการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการแก่คนภายในชุมชนในรูปแบบของเงินกองทุนสวัสดิการที่ครอบคลุมตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งในการดำเนินงานให้เป็นไปตามข้อตกลงหรือกฎระเบียบของแต่ละกองทุนที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูระบบการดูแลและการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันระหว่างคนภายในชุมชนเดียวกัน ทำให้เกิดเครือข่ายสวัสดิการชุมชนทั้งในระดับจังหวัดและระดับชาติ ซึ่งในเวลาต่อมาได้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้มีการขยายการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนดังกล่าวในพื้นที่ใหม่เพิ่มเติม รวมทั้งมีการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนในพื้นที่เดิม

ในรัฐบาลปัจจุบัน (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2552 รัฐบาลยังคงให้การสนับสนุนนโยบายการจัดสวัสดิการชุมชน โดยได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่กองทุนสวัสดิการชุมชน

ในหลักการ 1: 1: 1 (ชุมชน : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : รัฐบาล) และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการจัดสวัสดิการชุมชนระดับชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และในระดับจังหวัดได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการขับเคลื่อนสวัสดิการชุมชนจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีผู้นำองค์กรสวัสดิการชุมชนเป็นรองประธาน และมีผู้นำกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นเลขานุการร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีหน้าที่เอื้ออำนวยและประสานการดำเนินงานร่วมกับองค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการจัดสวัสดิการชุมชนในพื้นที่ให้ครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริง

ในปีพ.ศ.2552 รัฐบาลได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่กองทุนสวัสดิการชุมชนทั่วประเทศ โดยครอบคลุมกองทุน จำนวน 2,990 กองทุน ในพื้นที่ 21,795 หมู่บ้าน เป็นกองทุนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 974 กองทุน (ร้อยละ 32.6) รองลงมาคือภาคเหนือ จำนวน 619 กองทุน (ร้อยละ 20.7) ภาคใต้ จำนวน 512 กองทุน (ร้อยละ17.1) รวมจำนวนสมาชิกกองทุนจากทุกภาค 1,044,318 คน มีเงินกองทุนที่เป็นเงินออมจากสมาชิกชุมชน รวมจำนวน 617.72 ล้านบาท (ร้อยละ 73) เงินสมทบจากรัฐบาลที่ดำเนินการผ่านสถานพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) จำนวน 163.67 ล้านบาท (ร้อยละ 20) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 35.77 ล้านบาท (ร้อยละ 4) และจากแหล่งอื่นๆ จำนวน 23.17 ล้านบาท (ร้อยละ 3)

สำหรับในปี พ.ศ. 2552 มีสมาชิกที่ได้รับประโยชน์จากกองทุนสวัสดิการโดยตรงแล้ว จำนวน 17,331 คน (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน : 2553) (เป็นสมาชิกทั่วไป 14,863 คน เป็นเด็ก, ผู้สูงอายุ, ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จำนวน 2,468 คน) (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 ข้อมูลกองทุนสวัสดิการชุมชน

ภาค	จำนวนกองทุน	จำนวนหมู่บ้าน		สมาชิก		จำนวนเงินกองทุนของชุมชน		การสมทบเงินกองทุน (บาท)			* จำนวนผู้รับผลประโยชน์			
		ทั้งหมด	เข้าร่วม	ก่อตั้ง	ปัจจุบัน	ก่อตั้ง	กองทุน	อปท.	พอช.	อื่น ๆ	สมาชิกทั่วไป	เด็ก	คนชรา	พิการ/ด้อยโอกาส
กรุงเทพและตะวันออก	341	6,198	2,473	10,820	87,192	2,050,297	93,164,429	1,127,000	18,876,064	2,079,854	4,723	17	107	-
กลางบนและตะวันตก	544	12,589	4,522	12,178	164,002	2,329,824	99,502,295	6,212,964	29,813,882	6,050,305	1,431	88	366	91
ตะวันออกเฉียงเหนือ	974	33,117	8,215	14,010	294,471	14,960,510	120,339,540	18,303,499	51,871,147	1,521,418	2,204	273	60	12
ใต้	512	8,660	2,475	24,243	272,803	4,364,466	181,668,523	2,829,358	30,277,239	2,270,112	3,229	379	462	122
เหนือ	619	14,515	4,110	23,862	225,850	8,567,128	123,047,436	7,302,870	32,834,784	11,256,076	3,276	185	266	40
รวมทั้งหมด	**2,990**	**75,079**	**21,795**	**85,113**	**1,044,318**	**32,272,225**	**617,722,223**	**35,775,691**	**163,673,116**	**23,177,765**	**14,863**	**942**	**1,261**	**265**

ข้อมูล ณ มกราคม 2553

หมายเหตุ * จำนวนผู้รับผลประโยชน์เป็นจำนวนตามที่มีรายงานผลการดำเนินงานเข้ามา
* อปท. = องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล

2) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ได้มีการถ่ายโอนจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รับไปดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่หลักในการจัดทำทะเบียน ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ และจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ จำนวนคนละ 500 บาท ต่อ 1 เดือน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้ดูแล

ต่อมาในปีพ.ศ.2552 รัฐบาลไทยได้ริเริ่มนโยบายสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 โดยครอบคลุมผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันทางด้านรายได้จากรัฐบาล ซึ่งได้จัดสรรเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ดังนั้นในเดือนเมษายน พ.ศ.2552 ประเทศไทยจึงได้ดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า คนละ 500 บาทต่อเดือน ส่งผลให้จากเดิมที่มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ.2552 จำนวน 1,828,456 คน คิดเป็นงบประมาณ 10,970,736,000 บาท ได้เพิ่มเป็นจำนวน 5,652,893 คน ที่ได้รับเบี้ยยังชีพหรือคิดเป็นประมาณกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพและจำนวนงบประมาณ

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ(คน)	งบประมาณ
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
2552	5,652,893	33,917,358,000

ที่มา : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2552

ทั้งนี้เมื่อจำแนกเป็นรายภาคจะพบว่ามีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมากที่สุด 3 จังหวัดแรก โดยแบ่งออก (ตามการจัดสรรเงินงบประมาณเบี้ยยังชีพจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และเงินงบประมาณเบี้ยยังชีพที่ได้รับการจัดสรรตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล) ดังนี้ (ตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3 การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2552 จำแนกตามรายภาค

ภาค	การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2552 จังหวัดที่มีผู้สูงอายุได้รับเงินเบี้ยยังชีพมากที่สุด
ภาคเหนือ	เชียงใหม่ (106,531 คน)
	นครสวรรค์ (90,286 คน)
	ลำปาง (66,592 คน)
ภาคกลาง	สุพรรณบุรี (69,698 คน)
	นนทบุรี (67,090 คน)
	ชลบุรี (66,214 คน)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา (121,425 คน)
	ขอนแก่น (89,494 คน)
	อุบลราชธานี (89,910 คน)
ภาคใต้	นครศรีธรรมราช (122,854 คน)
	สงขลา (105,865 คน)
	สุราษฎร์ธานี (68,464คน)

ที่มา : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2552

สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2552 กรุงเทพมหานครได้ให้ความช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นจำนวน 430,493 คน คิดเป็นงบประมาณ 1,291,479,000 บาท จากเดิมที่มีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุจำนวน 43,726 คน คิดเป็นงบประมาณ 262,356,000 คน โดยพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการจ่ายเบี้ยยังชีพมากที่สุด ได้แก่ เขตบางแค (16,015 คน) รองลงมา คือ เขตจอมทอง (14,162 คน) และเขตบางซื่อ (12,789 คน) ตามลำดับ

3) กองทุนผู้สูงอายุ

กองทุนผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกองทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2548 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงาน กองทุนผู้สูงอายุได้รับงบประมาณเริ่มต้นในการดำเนินงานจำนวน 30 ล้านบาท และได้รับเพิ่มเติมในปีต่อๆมาตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ.2552 รัฐบาลได้ดำเนินการขยายวงเงินการกู้ยืมรายบุคคลจาก 15,000 บาทต่อราย เป็น 30,000 บาทต่อราย และมีเงินงบประมาณจำนวน 80 ล้านบาท

ปี พ.ศ.2552 กองทุนผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการกู้ยืมประกอบอาชีพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลจำนวน 3,138 ราย คิดเป็นจำนวนเงิน 51,082,208 บาท และสนับสนุนเป็นรายกลุ่มจำนวน 22 กลุ่ม คิดเป็นจำนวนเงิน 2,071,000บาท นอกจากนี้ได้ให้การสนับสนุนโครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุจำนวน 193 โครงการ คิดเป็นจำนวนเงิน 27,523,924 บาท

ทั้งนี้การสนับสนุนการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคลของกองทุนผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2552 ส่วนใหญ่เป็นการกู้ยืมไปเพื่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่/สวนจำนวน 1,102 ราย ค้าขาย (ของชำ เสื้อผ้า ของเล่น เบ็ดเตล็ด)จำนวน 939 ราย ปศุสัตว์จำนวน 823 ราย การบริการรับจ้างจำนวน 177 ราย และงานหัตถกรรม งานฝีมือ รวมทั้งการสนับสนุนการกู้ยืมเงินทุนประเภทโครงการ ส่วนใหญ่เป็นการกู้ยืมเพื่อดำเนินโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุด้วยการฝึกอบรมจำนวน 87 โครงการ รองลงมาได้แก่โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายจำนวน 58 โครงการ และโครงการเกี่ยวกับการอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาจำนวน 28 โครงการ ตามลำดับ (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 จำนวนโครงการและการกู้ยืมที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ

พ.ศ.	โครงการที่ได้รับการอนุมัติ (โครงการ)	รวมเป็นเงิน (บาท)	การกู้ยืมรายบุคคล (ราย)	รวมเป็นเงิน (บาท)	การกู้ยืมรายกลุ่ม (ราย)	รวมเป็นเงิน (บาท)
2550	40	9,935,415	717	9,500,000	-	-
2551	69	5,504,803	1,560	23,210,109	10	942,560
2552	200	27,523,924	3,138	51,082,208	22	2,071,000

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552

4) การให้เงินช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาความเดือดร้อน

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ให้การดูแลและการให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส และประสบปัญหาความเดือดร้อนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยดำเนินการภายใต้ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

- **ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้งและการให้คำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาครอบครัว**
- **ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง**

การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุภายใต้ 2 ประกาศดังกล่าวข้างต้น เป็นการให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์หรือที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งกรุงเทพมหานคร โดยในส่วนภูมิภาค ผู้สูงอายุสามารถขอรับความช่วยเหลือที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทุกจังหวัด สำหรับในกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุสามารถขอรับความช่วยเหลือที่สำนักงานคุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเขตในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ทั้ง 12 เขต

ในปี พ.ศ. 2552 ได้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา จำนวน 12,426 คน คิดเป็นงบประมาณจำนวน 12,765,900 บาท (ตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.5 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุ ที่ได้รับความช่วยเหลือ(คน)	งบประมาณ
2548	7,633	15,266,000
2549	6,000	12,000,000
2550	5,591	11,182,000
2551	5,591	11,182,000
2552	12,426	12,765,900

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552

5) การให้ความช่วยเหลือเป็นค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต

การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุยากจนที่เสียชีวิต ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุในการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี รายละ 2,000 บาท ในปี พ.ศ.2552 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ขยายสิทธิการให้ความช่วยเหลือในการจัดการศพตามประเพณีสำหรับผู้สูงอายุทุกรายที่เสียชีวิต เป็นจำนวนเงินรายละ 2,000 บาท ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 เป็นต้นมา

การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต รายละ 2,000 บาทนี้ เป็นนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการแบ่งเบาภาระด้วยการให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าใช้จ่ายในการจัดการฌาปนกิจศพให้แก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตทุกราย โดยเป็นการให้ความช่วยเหลือผ่านบุตร/ญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัว โดยในกรุงเทพมหานคร ญาติของผู้สูงอายุสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ที่สำนักงานคุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเขต จำนวน 12 เขต และในต่างจังหวัดขอรับความช่วยเหลือได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

ในปี พ.ศ.2552 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตทุกรายที่ญาติมาติดต่อแสดงหลักฐานขอรับความช่วยเหลือ จำนวน 22,046 คน เป็นงบประมาณจำนวน 44,092,000 บาท (ตารางที่ 3.6)

ตารางที่ 3.6 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือค่าจัดการศพ

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือค่าจัดการศพ(คน)	งบประมาณ
2548	13,629	27,258,000
2549	17,962	35,924,000
2550	19,814	39,628,000
2551	17,962	35,924,000
2552	22,046	44,092,000

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552

3.3 การดูแลสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

3.3.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารสุข ได้ดำเนินงานให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้มีระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งได้เริ่มดำเนินโครงการตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 เป็นต้นมา

ในปีพ.ศ.2552 กรมอนามัย ได้ดำเนินการให้ศูนย์อนามัยเขตที่ 1- 12 ดำเนินการคัดเลือกตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวนศูนย์อนามัยละ 1 ตำบล เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบนำร่องร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีรูปแบบการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 12 รูปแบบจากทั้ง 12 เขต โดยครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ(ติดเตียง) ซึ่งพื้นที่ตำบลนำร่องทั้ง 12 แห่ง ได้มีการจัดกิจกรรม/โครงการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ อาทิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคให้แก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.3.2 วัดส่งเสริมสุขภาพ

กล่าวได้ว่าสังคมไทยมีวัดเป็นศูนย์รวมทางจิตใจ และนับเป็นทุนทางสังคมของคนในชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ เป็นที่ยึดเหนี่ยวและศรัทธาที่สำคัญของคนในแต่ละชุมชน ผู้สูงอายุนับเป็นประชากรส่วนใหญ่ในชุมชนที่มีการเข้าวัดเพื่อปฏิบัติกิจทางศาสนาด้วยการทำบุญ ฟังเทศน์ฟังธรรม ปฏิบัติธรรม หรือเจริญสมาธิอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ริเริ่มแนวคิด “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ขึ้น เพื่อให้วัดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ศิลปวัฒนธรรม โดยกำหนดเงื่อนไขของการดำเนินงานเป็น 5 ร. ประกอบด้วย สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต(วิญญาณ) และชาวประชาร่วมพัฒนา

กรมอนามัยได้ดำเนินการด้านการส่งเสริมสนับสนุน และติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มโครงการในปีพ.ศ.2546 จนกระทั่งถึงปีพ.ศ.2552 โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพระสงฆ์ ผู้นำฝ่ายบรรพชิต กรรมการวัด รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน อาทิ ผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ขณะเดียวกันได้จัดการสัมมนา และการศึกษาดูงานเครือข่ายพระสงฆ์ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อถวายความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วย และได้มีวัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น จำนวน 540 วัด และผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐานของวัดส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1,446 วัด รวมทั้งสิ้น 1,986 วัด

3.3.3 การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดให้มีสื่อหรืออุปกรณ์สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว และช่วยชะลอความเสื่อมของสมองของผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2552 สำนักพัฒนาสุขภาพจิตได้มุ่งเน้นการดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่อง คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อส่งเสริมให้ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานในพื้นที่ อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลตำบล ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งมีการจัดกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่อง การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.3.4 การดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา

เป็นกิจกรรมใหม่ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เริ่มดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น สงขลา ปทุมธานี เชียงใหม่ ตรัง สมุทรปราการ พิษณุโลก นครราชสีมา ลพบุรี นครศรีธรรมราช และอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีความเปราะบางทางด้านสุขภาพและสังคม หรืออยู่ในภาวะพิการ ทุพพลภาพ จำเป็นต้องพึ่งพาและต้องรับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ให้ได้รับบริการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยมีการจัดการอบรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและการฝึกให้มีทักษะเฉพาะในการทำหน้าที่ดูแลให้แก่ผู้ที่เป็นสมาชิกครอบครัว และบุคคลทั่วไปในชุมชน ที่มีความสนใจจะเข้ามามีส่วนร่วมทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทั้งนี้ในการดำเนินงานได้มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนภายในชุมชน โดยเฉพาะเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย วัด ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาและให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดหาอุปกรณ์กายภาพบำบัดพื้นฐาน การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินแก่ผู้สูงอายุรายละ 2,000 บาทต่อเดือน รวมทั้งการ

ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการอื่นๆ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย ในปี พ.ศ.2552 สามารถให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาได้ เป็นจำนวน 458 คน

3.4 การส่งเสริมอาสาสมัครให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

3.4.1 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและขยายระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ขณะเดียวกันก็ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชมของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2550 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้ขยายผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ภายในปีพ.ศ.2556

จากการดำเนินการขยายผลอย่างต่อเนื่องตามมติคณะรัฐมนตรี ในปีพ.ศ.2552 ได้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 9,894 คน จาก 75 จังหวัด ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้จำนวน 91,794 คน (ตารางที่ 3.7) (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ : 2552)

ตารางที่ 3.7 จำนวนอาสาสมัครและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

ปี พ.ศ.	พื้นที่ดำเนินการ (จังหวัด)	จำนวนอาสาสมัคร (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล (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
2552	75 จังหวัด	9,894	91,794

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552

3.4.2 อาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน”

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ดำเนินโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุที่ยังคงมีศักยภาพทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครไปเยี่ยมดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ โดยในปี พ.ศ.2552 มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน” จำนวน 5,250 คน ได้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ จำนวน 3,750 คน (ตารางที่ 3.8) (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ : 2552)

ตารางที่ 3.8 ผลการดำเนินโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในปี พ.ศ.2551-2552

พื้นที่(ภาค)	จำนวน			
	ชมรม(แห่ง)	ผู้สูงอายุ (คน)	วัยอื่น (คน)	ผู้ได้รับการดูแล (คน)
พ.ศ. 2551	367	8,074	2,936	7,360
พ.ศ. 2552	150	3,750	1,500	3,750

ที่มา : สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ : พ.ศ.2552

3.5 การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

3.5.1 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในลักษณะของโครงการนำร่องในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์อเนกประสงค์เป็นสถานที่หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมต่างๆอย่างหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัยภายในชุมชน โดยมีกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องศูนย์อเนกประสงค์ฯ ให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งคนในชุมชน และมีการบริหารจัดการศูนย์ฯ โดยคนในชุมชน สำหรับกิจกรรมภายในศูนย์อเนกประสงค์ฯจะมุ่งเน้นให้มีการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆภายในชุมชน โดยกิจกรรมต่างๆเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา

ในปีพ.ศ.2552 ได้มีการประเมินผลการดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้ร่วมกับสำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์ฯ ทั้ง 9 แห่ง รวมทั้งแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ในอนาคต ซึ่งพบว่าการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความเหมาะสม และควรสนับสนุนให้มีการขยายผลการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลและดำเนินการ ซึ่งมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่สนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารจัดการ กล่าวได้ว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นสามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนในการเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างเวลากลางวันได้ชุมชนละประมาณ 800–1,000 คน นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการสัมมนาเผยแพร่แนวคิดและรูปแบบการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 4 ภาค ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ชมรม มูลนิธิ เป็นต้น ซึ่งมีจำนวนผู้เข้าร่วมการสัมมนารวมทั้งจำนวนทั้งสิ้น 575 คน จาก 502 องค์กร

3.5.2 ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุดินแดง

กรุงเทพมหานครได้ให้บริการ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุดินแดง เพื่อให้เป็นสถานที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ผู้สูงอายุทั่วไปเข้าใช้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งเป็นบริการแบบไป-กลับ โดยผู้สูงอายุที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมกิจกรรมจะต้องสมัครเป็นสมาชิกศูนย์บริการทางสังคมฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการบริการแต่อย่างใด

3.6 การส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการศึกษาและสำรวจข้อมูลพื้นที่นำร่องในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ เทศบาลตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง และเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา อำเภอหางดง เพื่อเตรียมดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้มีการจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เรื่องบ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือที่ประกอบด้วยแนวคิดและบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบและแนวปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และได้มีการเผยแพร่สื่อดังกล่าวให้แก่หน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ในปีพ.ศ.2552 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้ดำเนินการจัดโครงการค่ายความสัมพันธ์คนสองวัย (ผู้สูงอายุและเยาวชน) ณ เทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการผลิตสื่อวีดีทัศน์เรื่องหมู่บ้านต้นแบบการดูแลและการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ และจัดพิมพ์หนังสือเรื่องบ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ เพื่อใช้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่หน่วยงานและชุมชนที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปเป็นแนวทางดำเนินการต่อไป

นอกจากนี้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ยังได้ดำเนินการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการระดมความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ อาทิ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สถาบันการศึกษา(วิทยาลัยอาชีวศึกษา ฯลฯ) รวมทั้งภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสร้างความมั่นคง แข็งแรงของที่พักอาศัยให้มีความปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อวัยและสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันยังได้จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์ได้ โดยการใช้สถานที่ดังกล่าวทำกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชน ซึ่งมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับใช้เป็นค่าวัสดุก่อสร้างในการปรับปรุง แก้ไข หรือซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีวงเงินหลังละไม่เกิน 10,000 บาท และสนับสนุนงบประมาณสำหรับการซ่อมแซมสถานที่สาธารณประโยชน์ในชุมชน

หรือสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ อาทิ ศูนย์ประจำหมู่บ้าน ศาลาอเนกประสงค์ ชมรมผู้สูงอายุ ลานจัดกิจกรรมของวัด เทศบาล องค์การบริการส่วนตำบล ฯลฯ วงเงินแห่งละไม่เกิน 15,000 บาท ทั้งนี้ ในการดำเนินงานจะมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และภาคประชาชน โดยมีการระดมทรัพยากรอื่นๆ และกำลังกายมาช่วยกันซ่อมแซม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

ในปี พ.ศ.2552 ได้ดำเนินการซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 2,523 หลัง และมีการซ่อมแซมสถานที่สาธารณประโยชน์ที่สามารถอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 900 แห่งทั่วประเทศ

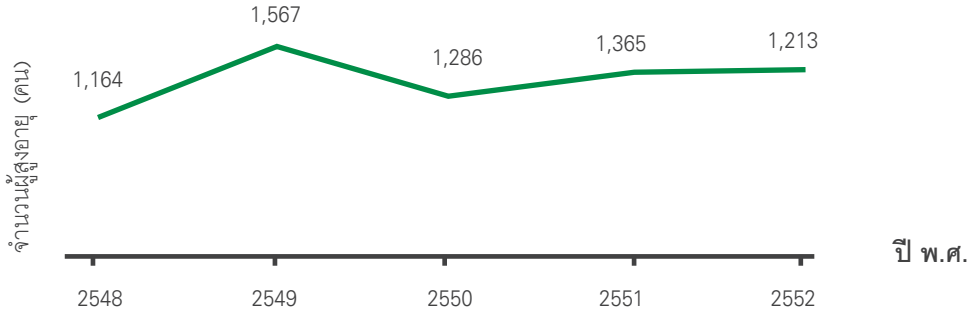
3.7 การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะของสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวของตนเองได้ โดยปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง ในทุกภาคทั่วประเทศ ได้แก่

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา
5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวสม์ฯ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลาจังหวัดสงขลา
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

โดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง มีขีดความสามารถในการรับผู้สูงอายุเข้าพำนักอาศัยได้ จำนวนประมาณ 1,500 คน โดยในปี พ.ศ.2552 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,213 คน ที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมทั้ง 12 แห่ง (แผนภูมิที่ 3.1)

แผนภูมิที่ 3.1 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ



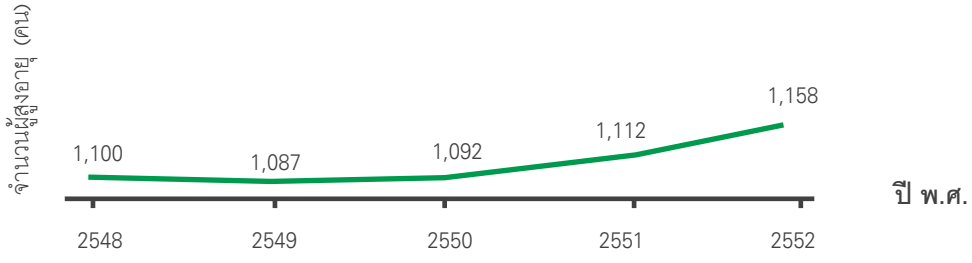
ที่มา : กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552

นอกจากนี้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นยังได้ดำเนินการ **"สถานสงเคราะห์คนชรา"** จำนวน 13 แห่ง ซึ่งถ่ายโอนมาจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 สถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 13 แห่ง ประกอบด้วย สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร, สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี :หลวงพ่อลำไยจังหวัดกาญจนบุรี, สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี : หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์ จังหวัดนครปฐม, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์(วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์(โพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม, สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง, สถานสงเคราะห์คนชราอู่ทอง-พนังตัก จังหวัดชุมพร

สถานสงเคราะห์ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้ความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในแต่ละจังหวัดที่สถานสงเคราะห์คนชรานั้นตั้งอยู่ ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชราแต่ละแห่งได้ให้ความอุปการะดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ยากจน ขาดผู้ดูแลหรือขาดที่พึ่งพิง ด้วยการให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ เช่น การดูแลด้านสุขภาพ การฟื้นฟูบำบัด บริการสังคมสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมนันทนาการ ศาสนกิจ การส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ

ในปี พ.ศ.2552 สถานสงเคราะห์ จำนวน 13 แห่ง ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุรวมจำนวน 1,158 คน (แผนภูมิที่ 3.2)

แผนภูมิที่ 3.2 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



ที่มา : สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2552

ขณะเดียวกัน กรุงเทพมหานครได้ดำเนินการ **"ศูนย์บริการผู้สูงอายุ บ้านบางแค 2"** เพื่อให้เป็นสถานที่ให้บริการด้านที่พักอาศัยและการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และฐานะยากจน ไม่มีที่พักอาศัย ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ สามารถรองรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยได้ จำนวน 150 คน

นอกจากนี้ ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 ยังได้จัดสวัสดิการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ด้านเครื่องอุปโภค บริโภค และเวชภัณฑ์ต่างๆที่จำเป็น โดยในปี พ.ศ.2552 ได้ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ รวมจำนวน 1,100 ราย

สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือนร้อนเฉพาะหน้า ไม่มีที่พักอาศัย ขาดผู้อุปการะดูแลเร่ร่อน หรือถูกนำส่งมาจากหน่วยงานต่างๆเพื่อติดตามหาญาติและครอบครัว หรืออยู่ระหว่างรอเพื่อเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ กรุงเทพมหานครยังมีบริการ **"บ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ"** ที่เป็นการให้บริการที่พักอาศัยแบบชั่วคราว (Shelter) ไม่เกิน 15 วัน สำหรับผู้สูงอายุ

3.8 การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกระบวนการยุติธรรม

กรมราชทัณฑ์ ได้ดำเนินการเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาผู้สูงอายุ โดยจัดโครงการสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุ ได้แก่ โครงการสวัสดิการผู้ต้องขัง โครงการพัฒนาความรู้ในการดำเนินชีวิตแก่ผู้ต้องขังสูงอายุ และโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและจิตใจผู้ต้องขังผู้สูงอายุ เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งเป็นโครงการที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2552 กรมราชทัณฑ์มีผู้ต้องขังสูงอายุที่ต้องโทษอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศ จำนวน 3,737 คน เป็นชาย 3,027 คน และหญิง 710 คน ซึ่งกรมราชทัณฑ์ได้จัดสรรเงินงบประมาณจำนวน 2,600,000 บาท ให้แก่เรือนจำและทัณฑสถานที่มีผู้ต้องขังสูงอายุ จำนวน 129 แห่ง (ตารางที่ 3.9) ดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาผู้ต้องขังสูงอายุ อาทิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และจิตใจ การสนับสนุนอุปกรณ์อำนวยความสะดวก การสงเคราะห์ช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ต้องขังสูงอายุและจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ เป็นต้น

ตารางที่ 3.9 จำนวนผู้ต้องขังสูงอายุและเรือนจำ/ทัณฑสถานที่ดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาผู้ต้องขังสูงอายุ

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ต้องขังสูงอายุ (คน)	จำนวนเรือนจำ/ทัณฑสถานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ (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
2552	3,737 คน ชาย 3,027 คน หญิง 710 คน	129	2,600,000

ที่มา : กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม, 2552

นอกจากนี้ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ ได้จัดให้มีคลินิกยุติธรรมในทุกจังหวัด เพื่อให้บริการด้านคำปรึกษาทางกฎหมายแก่ประชาชนทุกคน รวมทั้งให้คำแนะนำ ปรึกษา และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินคดีหรือในการแก้ไขปัญหาครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2552 คลินิกยุติธรรมทั่วประเทศได้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 1,343 คน (ตารางที่ 3.10)

ตารางที่ 3.10 บริการคลินิกยุติธรรมทั่วประเทศ

ปี พ.ศ.	ปี พ.ศ.2551			ปี พ.ศ.2552									รวม
	ต.ค.	พ.ย.	ต.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
ชาย	62	40	75	54	53	38	30	47	54	39	37	35	564
หญิง	88	60	73	60	81	80	63	47	54	74	49	50	779
รวม	**150**	**100**	**148**	**114**	**134**	**118**	**93**	**94**	**108**	**113**	**86**	**85**	**1,343**

ที่มา : กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ พ.ศ.2552

3.9 ภาพรวมการดำเนินงานด้านการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาภาพรวมการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆภายใต้ประเด็น "การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ" ในรอบปี พ.ศ.2552 ที่ผ่านมา โดยเทียบเคียงกับยุทธศาสตร์ เป้าหมายและตัวชี้วัดต่างๆภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545–2564) ซึ่งพบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่มีสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบความคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

อาจกล่าวได้ว่าการดำเนินงานในส่วนของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและองค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ นับว่ามีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีลักษณะของขอบเขตกิจกรรมที่กว้างขวางขึ้นกว่าเดิม พิจารณาได้จากจำนวนที่เพิ่มขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุในรูปของกลุ่ม ชมรมในพื้นที่ทั่วประเทศ ภายใต้ความสนับสนุนของกรมอนามัย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ควบคู่ไปกับการให้ความสนับสนุนทางด้านเทคนิค วิชาการ และทรัพยากรในรูปแบบต่างๆ จากภาคราชการผ่านทางกลไกการบริหารจัดการของกลุ่มองค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ ก็มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งในเรื่องของการสนับสนุนข้อมูลและสื่อความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ สุขศึกษา ตลอดจนให้การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ เพื่อจัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และศาสนประเพณี ฯลฯ

ในขณะที่การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย ก็กำลังเป็นประเด็นที่อยู่ในกระแสความสนใจและความตระหนักของหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานภาคราชการ ที่มีบทบาทหน้าที่และภารกิจเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้สูงอายุ พิจารณาได้จากการมีส่วนร่วมและการประสานความร่วมมือในการช่วยรณรงค์ เผยแพร่และร่วมกระตุ้นให้มีกิจกรรมการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจให้มีการปรับปรุงอาคารสถานที่สาธารณะที่ให้บริการแก่ประชาชน ทั้งอาคารสถานที่ของส่วนราชการ เอกชน รวมทั้งภาคธุรกิจเพื่อให้มีการดำเนินการปรับปรุงหรือจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ แม้ว่าการดำเนินงานด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณะนั้น จะเป็นประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับทรัพยากรด้านงบประมาณของแต่ละหน่วยงานโดยตรง แต่ความพยายามในการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านเวทีการประชุมสัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งการเผยแพร่เอกสาร คู่มือและสื่อสิ่งพิมพ์ ให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ ก็เป็นอีกหนทางหนึ่งที่สามารถช่วยสร้างและขยายความรู้เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยจะนำไปสู่การร่วมสร้างความตระหนักให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้

การสร้างระบบความคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในภาพรวมนั้น กล่าวได้ว่าในปี พ.ศ.2552 ผู้สูงอายุได้รับโอกาสในการเข้าถึงเบี้ยยังชีพอย่างทั่วถึงมากขึ้น ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากนโยบายของรัฐบาลที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ทุกคน (ยกเว้นเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับบำนาญจากรัฐบาลอยู่แล้ว) มาจดทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพรายเดือนๆละ 500 บาท นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 เป็นต้นมา

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางด้านการเงินผ่านกองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกองทุนของภาครัฐที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของการให้โอกาส เพื่อสร้างอาชีพและรายได้ในวัยสูงอายุ และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมสำหรับกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้ดำเนินงานมาเป็นเวลากว่า 4 ปีแล้ว (พ.ศ.2548–2552) ก็มีแนวโน้มการให้ความสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กองทุนสวัสดิการชุมชนที่มีการกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศเกือบ 3,000 กองทุน ล้วนแล้วแต่เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมวินัยเรื่องการออมและการแบ่งปันผลประโยชน์ให้แก่คนทุกวัยภายในชุมชน โดยมีการผนวกรวมเรื่องสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเข้าไว้ด้วย

และที่สำคัญ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นเงื่อนไขสำคัญทางกฎหมายที่ได้กำหนดให้มีการดำเนินการด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสาธารณะของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งได้ส่งผลโดยตรงให้ส่วนราชการต่างๆ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ เพื่อให้บริการหรือสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุ อาทิ การอำนวยความสะดวกด้านการเข้าถึงบริการสาธารณะต่างๆ ทั้งทางสุขภาพและสวัสดิการสังคม การให้สิทธิประโยชน์ด้านภาษีทั้งกับตัวผู้สูงอายุและบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุ ความริเริ่มในการร่วมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ที่พบว่าได้มีการประสานความร่วมมือเป็นอย่างดีในการถ่ายทอดเทคนิควิชาการและองค์ความรู้จากส่วนราชการและองค์กรภายในชุมชน เพื่อสร้างกลไกภายในชุมชนในรูปของบุคคลที่เข้ามาทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันทำหน้าที่คุ้มครองดูแล และเฝ้าระวังปัญหาต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันการส่งเสริมความรู้เพื่อให้มีการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุขึ้นภายในชุมชนก็เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดีจากชุมชนท้องถิ่นในหลายพื้นที่ แม้ว่ารูปแบบและการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ จะมีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันตามแต่บริบทของชุมชน แต่เป้าหมายในการดำเนินงานต่างมุ่งไปที่การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนเช่นเดียวกัน

กล่าวได้ว่าภาพรวมของการขับเคลื่อนความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในขณะนี้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเป็นความก้าวหน้าที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป แต่มีข้อสังเกตที่น่าจะเป็นปัจจัยสนับสนุน และจะส่งผลดีต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะต่อไป คือ การที่มีหน่วยงานต่างๆของภาคราชการ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกจังหวัด ที่ประกอบไปด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลที่กำลังให้ความสนใจและให้ความสำคัญในเรื่องของการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นลำดับ พิจารณาได้จากความริเริ่มโครงการนำร่องที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบต่างๆ ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการดำเนินการในระดับหมู่บ้าน ตำบล ทั้งในเรื่องของการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างรายได้ การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดบริการสวัสดิการสังคมในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งความพยายามในการขยายผลต่อไปยังพื้นที่อื่นๆ ซึ่งผลการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะ 5 ปี คือระหว่างปี พ.ศ.2545–2550 (รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ : 2551) ก็พบว่ามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงถึงร้อยละ 97 ที่ได้มีการจัดให้มีโครงการและกิจกรรมด้านผู้สูงอายุภายใต้ท้องถิ่นของตนเอง

ข้อเท็จจริงดังกล่าว น่าจะเป็นการส่งสัญญาณที่ดีในทางบวกต่อทิศทางของการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจระหว่างกลไกของภาคส่วนต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ที่ต่างได้มีการร่วมกันแบ่งปันความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ อีกทั้งยังได้มีการประสานงานด้านทรัพยากร กลไกการดำเนินงาน ตลอดจนบุคลากรร่วมกัน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถบรรลุเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2552). รายงานผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552.

กรมราชทัณฑ์. (2552). รายงานผลการดำเนินงาน กิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาจิตใจผู้ต้องขังผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552.

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2552). รายละเอียดการจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนสำหรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.

กรมสุขภาพจิต. (2552). รายงายผลการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552.

กรมอนามัย. (2552). รายงานผลการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2546.

กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย.

กรุงเทพมหานคร. (2552) รายงานผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2552.

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. (2552). ข้อมูลกองทุนสวัสดิการชุมชน ปี พ.ศ. 2552.

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.(2552). รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2552.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2552). รายงานผลการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี 2552.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2552). รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.2552.

4 การทำงาน รายได้และการออมของผู้สูงอายุ

การทำงาน รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ*

การทำงานของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญของผู้สูงอายุในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นถึงที่มาของรายได้ การพึ่งพาตนเอง และการหาเลี้ยงครอบครัว รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการดำรงชีวิต การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม จากการที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2552 มากกว่าร้อยละ 12 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีผู้สูงอายุประมาณ 7.7 ล้านคน เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีมาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ส่งผลต่อโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเรื่องของภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย สวัสดิการต่างๆ การดูแลผู้สูงอายุตลอดจนบทบาทของผู้สูงอายุในครัวเรือน

การที่คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการรู้จักดูแลสุขภาพและระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพที่ดี มีความพร้อมที่จะทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว แม้จะอายุเกินวัยเกษียณอายุแล้วก็ตาม การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานนับเป็นสิ่งที่ดี ดังนั้นรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆควรให้การสนับสนุน ส่งเสริมผู้สูงอายุได้ทำงานต่อไปตามความพร้อมและศักยภาพที่เหมาะสม เพื่อผู้สูงอายุจะได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณค่าทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

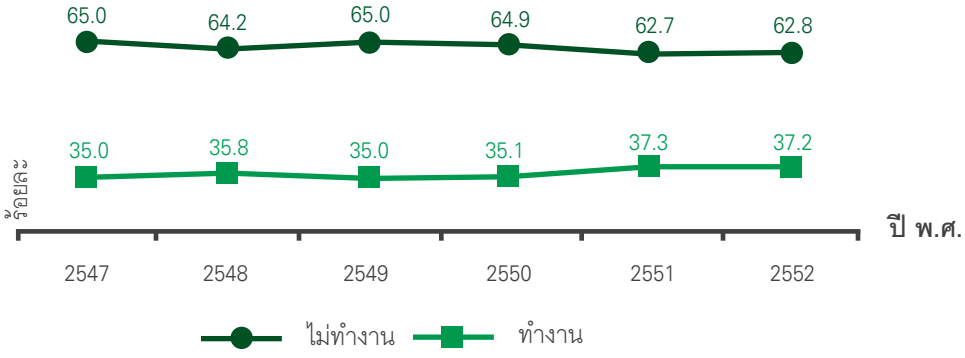
4.1 ภาวะการทำงาน

จากการสำรวจการทำงานของประชากรในปี พ.ศ.2547–2552 ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.0 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 37.2 ในปี พ.ศ.2552 (แผนภูมิที่ 4.1)

---

* เขียนโดย นางปรียา มิตรานนท์, นางสาวจิราวรรณ มาท้วม สำนักงานสถิติแห่งชาติ นางสาวเยาวนิจ เฮ้าวุฒิกุล สำนักเศรษฐกิจการแรงงาน กระทรวงแรงงาน นายจิระพันธ์ กัลลประวิทย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนางกรรณิการ์ เอกเผ่าพันธุ์ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

แผนภูมิที่ 4.1 ร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ. 2547 – 2552)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547 - 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

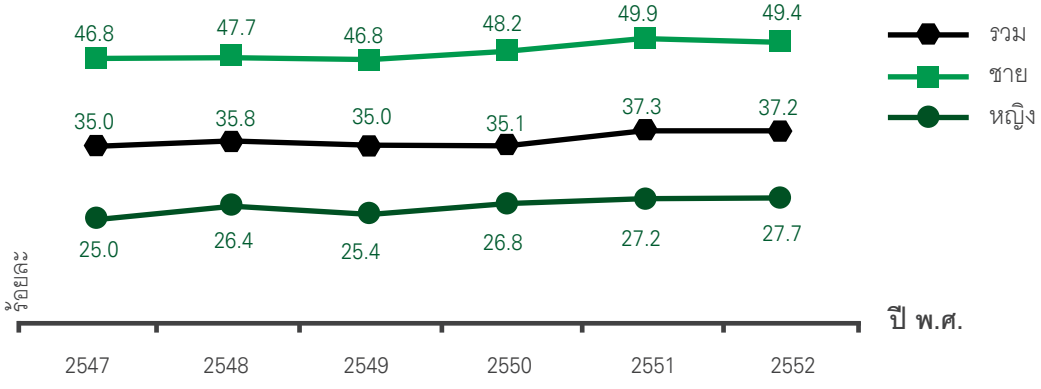
ตารางที่ 4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะการทำงาน พ.ศ. 2547-2552

เพศ เขตปกครอง และภาค	ภาวะการทำงาน																	
	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550			ปี 2551			ปี 2552		
	รวม	ทำ-งาน	ไม่ทำ-งาน	รวม	ทำ-งาน	ไม่ทำ-งาน	รวม	ทำ-งาน	ไม่ทำ-งาน	รวม	ทำ-งาน	ไม่ทำ-งาน	รวม	ทำ-งาน	ไม่ทำ-งาน	รวม	ทำ-งาน	ไม่ทำ-งาน
เพศ																		
รวม	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	100.0	37.2	62.8
ชาย	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	100.0	49.4	50.6
หญิง	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	100.0	27.7	72.3
เขตการปกครอง																		
ในเขตเทศบาล	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	100.0	43.4	56.6
นอกเขตเทศบาล	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	100.0	40.7	59.3
ภาค																		
กรุงเทพมหานคร	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	100.0	21.5	78.5
กลาง	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	100.0	34.9	65.1
เหนือ	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	100.0	38.4	61.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	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	100.0	40.8	59.2
ใต้	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	100.0	41.9	58.1

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547 — 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค จะเห็นได้ว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง แต่สัดส่วนการทำงานของผู้สูงอายุชายจะสูงกว่าหญิง (ร้อยละ 49.4 และร้อยละ 27.7 ในปี พ.ศ.2552) ผู้สูงอายุในทุกภาคมีสัดส่วนการทำงานที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนการทำงานน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ (ร้อยละ 21.5 ในปี พ.ศ.2552) และผู้สูงอายุในภาคใต้มีสัดส่วนการทำงานสูงที่สุด (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 40.8) (ตารางที่ 4.1) การมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 – 2552 โดยรวมและแยกตามเพศพบว่าเพิ่มขึ้น (แผนภูมิที่ 4.1 และ 4.2)

แผนภูมิที่ 4.2 ร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2547 - 2552) จำแนกตามเพศ



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547 - 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.2 กิจกรรมทางเศรษฐกิจ

ปัจจุบันแม้ว่าประเทศไทยได้มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศยังคงทำงานในด้านเกษตรกรรมโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือนอกเขตเทศบาล เพื่อให้เห็นความแตกต่างด้านการทำงานของผู้สูงอายุได้แยกการทำงานของผู้สูงอายุตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจแยกออกได้เป็นการทำงานในภาคเกษตรกรรมและนอกภาคเกษตรกรรม

จากข้อมูลของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจในรอบ 6 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 – 2552 พบว่า ในช่วง 6 ปีร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมสูงกว่านอกภาคเกษตรกรรม แต่การทำงานนอกภาคเกษตรกรรมเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 38.8 ในปี พ.ศ.2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 41.4 ในปี พ.ศ.2552 อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 58.6 ในปี พ.ศ.2552 ยังคงทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม อาจเนื่องมาจากงานในภาคเกษตรกรรมไม่มีการกำหนดอายุเกษียณ ผู้ที่เกษียณอายุจากงานประเภทอื่นที่เป็นงานนอกภาคเกษตรกรรมบางส่วนเคลื่อนย้ายเข้าทำงานในภาคเกษตรกรรม ซึ่งสามารถทำงานได้จนกว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการทำงาน (ตารางที่ 4.2)

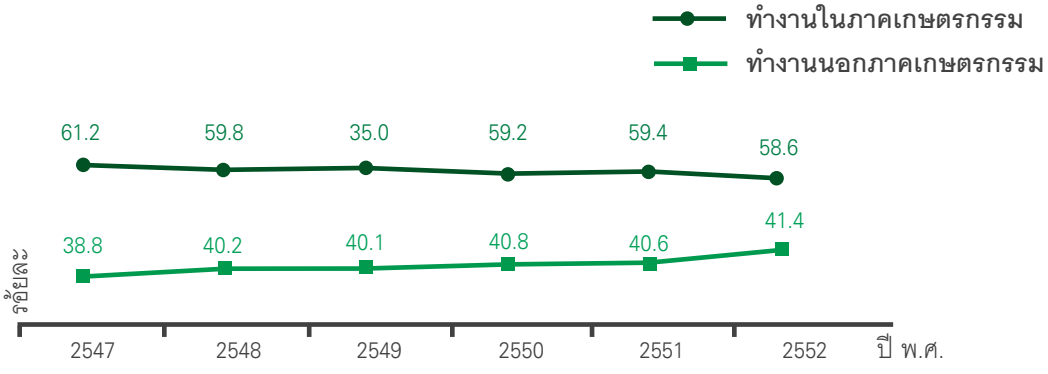
ตารางที่ 4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ พ.ศ.2547 - 2552

เพศ เขตการปกครอง	กิจกรรมทางเศรษฐกิจ																	
	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550			ปี 2551			ปี 2552		
	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร	รวม	ในภาคเกษตร	นอกภาคเกษตร
เพศ																		
รวม	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	100.0	58.6	41.4
ชาย	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	100.0	62.4	37.6
หญิง	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	100.0	52.9	47.1
เขตการปกครอง																		
ในเขตเทศบาล	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	100.0	23.4	76.6
นอกเขตเทศบาล	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	100.0	70.8	29.2

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547 — 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

หมายเหตุ : กิจกรรมทางเศรษฐกิจ หมายถึง กิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลผลิตไม่ว่าจะเป็นสินค้าหรือบริการ เช่น การปลูกข้าว การผลิตเสื้อผ้า การซักรีด เป็นต้น

แผนภูมิที่ 4.3 ร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงานจำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจในรอบ 6 ปี (พ.ศ. 2547–2552)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547 - 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.3 สถานภาพการทำงาน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง และช่วยเหลือธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยในปี พ.ศ.2547 และปี พ.ศ.2552 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 61.9 และ ร้อยละ 62.1 ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง แต่สำหรับการทำงานอื่นๆ เช่น การเป็นลูกจ้างมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานเป็นนายจ้างมีสัดส่วนลดลงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ.2552 หากพิจารณาผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานที่เป็นลูกจ้าง พบว่าในภาคเอกชน ผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างเอกชนลดลงจากร้อยละ 14.0 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 12.7 ในปี พ.ศ.2552 ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลกลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ.2552 (ตารางที่ 4.3)

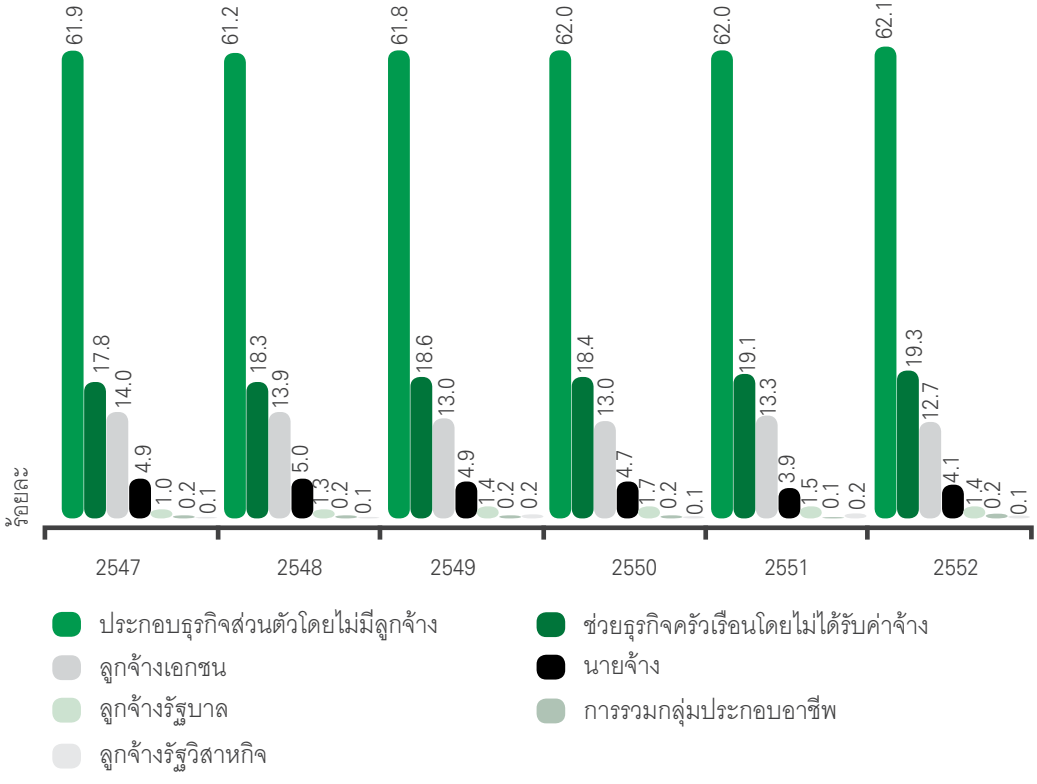
ตารางที่ 4.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน พ.ศ.2547 - 2552

เพศ / เขตการปกครอง	กิจกรรมทางเศรษฐกิจ																	
	ปี 2547			ปี 2548			ปี 2549			ปี 2550			ปี 2551			ปี 2552		
	รวม	ในเขตฯ	นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ	นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ	นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ	นอกเขตฯ	รวม	ในภาคเขตฯ	นอกเขตฯ	รวม	ในเขตฯ	นอกเขตฯ
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**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
นายจ้าง	4.9	8.4	3.8	5.0	7.8	4.2	4.9	8.6	3.9	4.7	8.0	3.8	3.9	6.7	3.1	4.1	7.5	3.1
ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง	61.9	55.6	63.9	61.2	55.2	62.9	61.8	54.1	63.9	62.0	54.5	64.0	62.0	55.7	63.8	62.1	55.9	64.1
ช่วยธุรกิครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง	17.8	16.9	18.1	18.3	17.1	18.7	18.6	17.5	18.8	18.4	17.8	18.5	19.1	17.7	19.5	19.3	17.4	19.9
ลูกจ้างรัฐบาล	1.0	1.9	0.7	1.3	2.4	1.0	1.4	2.6	1.1	1.7	2.7	1.4	1.5	2.8	1.1	1.4	2.5	1.0
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	0.1	0.5	*	0.1	0.3	0.1	0.2	0.5	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1	0.2	0.1
ลูกจ้างเอกชน	14.0	16.6	13.2	13.9	17.0	13.0	13.0	16.5	12.1	13.0	16.5	12.0	13.3	16.6	12.4	12.7	16.3	11.6
การรวมกลุ่ม	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.3

* น้อยกว่า 0.05

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547 – 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

แผนภูมิที่ 4.4 สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2547 – 2552)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.4 รายได้และชั่วโมงการทำงาน

จากผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรโดยพิจารณาจากผู้สูงอายุที่ทำงานในฐานะลูกจ้างเท่านั้น คือ เป็นลูกจ้างรัฐบาล ลูกจ้างเอกชน และลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี พ.ศ.2547 และ 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นและชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยก็เพิ่มขึ้นด้วย (ตารางที่ 4.4) กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย 5,784 บาทต่อเดือนในปี พ.ศ.2547 เพิ่มขึ้นเป็น 6,831 บาทต่อเดือนในปี พ.ศ.2552 ในขณะเดียวกันชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยก็เพิ่มขึ้นด้วยจาก 42.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในปี พ.ศ.2547 เป็น 43.6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในปี พ.ศ.2552

เมื่อเปรียบเทียบรายได้และชั่วโมงการทำงานของผู้สูงอายุชายและหญิง ในปี พ.ศ.2552 พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุชายสูงกว่าหญิงค่อนข้างมาก (8,775 บาท และ 3,962 บาท) และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของผู้สูงอายุชายก็สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงเช่นกัน (45.0 และ 41.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

การเปรียบเทียบตามพื้นที่อยู่อาศัย ในปี พ.ศ.2552 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่านอกเขตเทศบาลกว่าสามเท่า (ในเขตเทศบาล 14,157 บาทต่อเดือน และนอกเขตเทศบาล 3,485 บาทต่อเดือน) และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (45.3 และ 42.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุระหว่างภาคต่างๆ พบว่า ในปี พ.ศ.2552 ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีรายได้เฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 25,919 บาทต่อเดือน และชั่วโมงการทำงานลดลงเหลือเพียง 46.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รองลงมาคือ ภาคกลางมีรายได้เฉลี่ย 6,160 บาทต่อเดือน ภาคเหนือมีรายได้เฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3,223 บาทต่อเดือน ในขณะที่ภาคใต้มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่ำสุด 39.3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ตารางที่ 4.4)

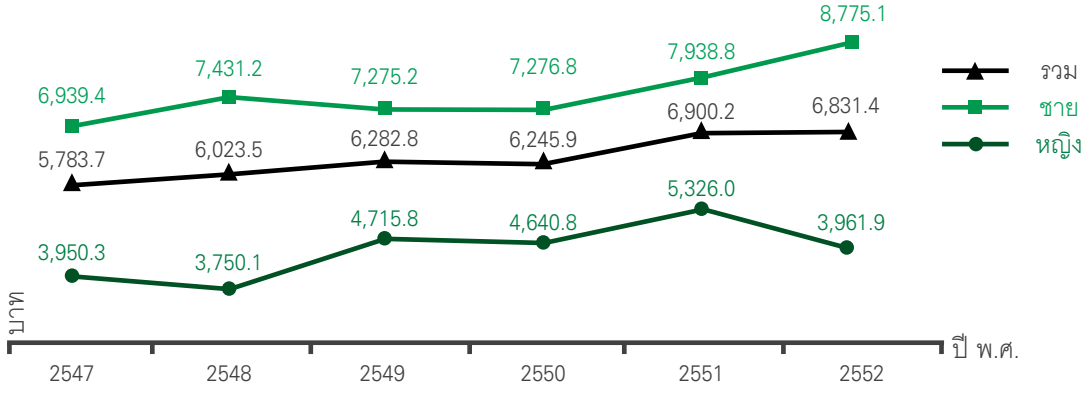
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามรายได้ และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย พ.ศ.2547-2552

เพศ เขตการปกครอง และภาค	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์					
	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2547	2548	2549	2550	2551	2552
เพศ												
รวม	5,783.7	6,023.5	6,282.8	6,245.9	6,900.2	6,831.4	42.8	42.0	41.8	41.8	41.1	43.6
ชาย	6,939.4	7,431.2	7,275.2	7,276.8	7,938.8	8,775.1	43.5	42.8	42.6	42.7	41.6	45.0
หญิง	3,950.3	3,750.1	4,715.8	4,640.8	5,326.0	3,961.9	41.7	40.8	40.7	40.6	40.4	41.5
เขตการปกครอง												
ในเขตเทศบาล	11,396.0	13,008.0	12,696.1	12,415.3	13,112.9	14,157.2	48.6	47.6	47.4	47.3	46.8	45.3
นอกเขตเทศบาล	3,379.1	3,241.0	3,714.9	3,722.7	4,278.1	3,485.0	40.9	40.4	40.3	40.3	39.5	42.9
ภาค												
กรุงเทพมหานคร	19,437.5	23,561.0	21,554.6	20,783.2	23,780.7	25,919.4	53.6	52.9	51.6	52.5	50.2	46.7
กลาง	5,644.1	6,373.2	6,398.3	5,666.6	5,694.1	6,159.6	45.8	45.1	44.7	45.1	44.9	45.2
เหนือ	3,003.9	2,496.2	2,973.3	3,125.7	3,351.0	3,222.7	42.8	41.5	42.5	42.6	42.3	42.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,816.4	3,318.5	3,922.2	4,333.1	4,175.7	3,717.1	42.0	41.7	41.2	41.2	40.1	43.9
ใต้	4,201.8	4,271.5	4,455.8	5,022.0	8,762.0	4,694.2	35.1	35.3	35.1	34.0	32.9	39.3

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

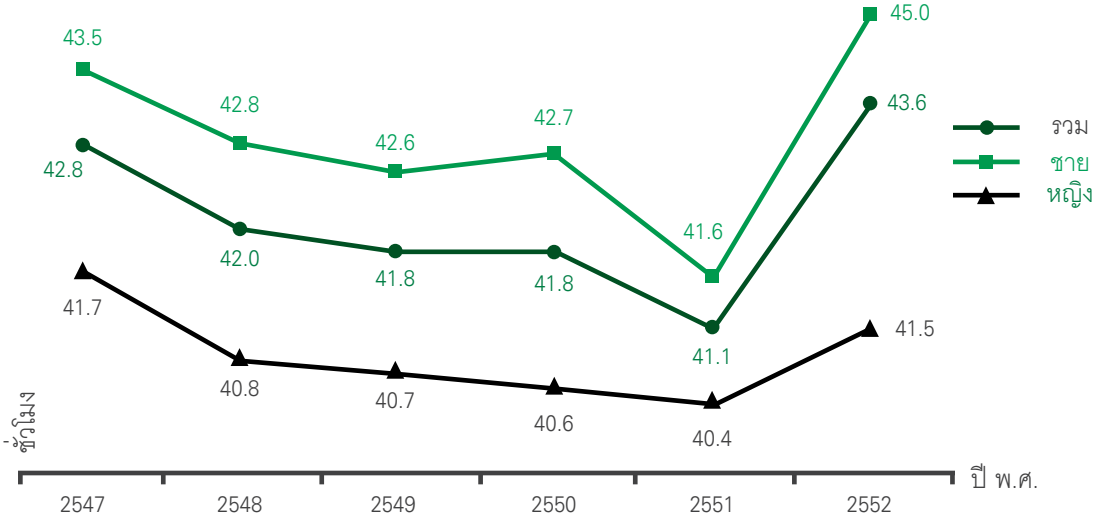
จากข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี แยกตามเพศตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 – 2552 พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ส่วนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของผู้สูงอายุลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4.5 และแผนภูมิที่ 4.6 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 4.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี จำแนกตามเพศ (พ.ศ.2547 – 2552)



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

แผนภูมิที่ 4.6 ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี จำแนกตามเพศ (พ.ศ.2547 – 2552)



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547—2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (คำนวณจากค่าเฉลี่ยรายปี)

4.5 การทำงานนอกระบบ

แรงงานสูงอายุส่วนใหญ่เป็น "แรงงานนอกระบบ" ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ไม่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิการต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพและความมั่นคงในชีวิตเหมือนกับ "แรงงานในระบบ" อาจจำแนกประเภทของแรงงานสูงอายุนอกระบบได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

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

2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำอาชีพอิสระทั่วไป ได้แก่ คนขับรถรับจ้าง (แท็กซี่ สามล้อถีบ) เกษตรกรชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เผาถ่าน จักสาน ขายของเบ็ดเตล็ด ขายของชำ ช่างตัดผม เป็นต้น

จากผลการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2552 พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุ 7.7 ล้านคน มีผู้ที่ยังคงทำงานอยู่ประมาณ 3.07 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ทำงานนอกระบบประมาณ 2.79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 91.0 ที่เหลือประมาณ 2.75 แสนคน เป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในระบบ หรือคิดเป็นร้อยละ 9.0 กล่าวคือในจำนวนผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่นั้น 9 ใน 10 คน เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับการดูแลด้านการคุ้มครองสวัสดิการและการประกันสังคม ขาดอำนาจการต่อรองในการเรียกร้องสิทธิ์ต่างๆตามกฎหมายแรงงาน

เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ในภาพรวมพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบยังคงเท่าเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่หากพิจารณาเพศแล้ว พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงทำงานนอกระบบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากเดิมร้อยละ 90.6 เพิ่มเป็นร้อยละ 92.6 ขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุชายที่ทำงานนอกระบบลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 91.6 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 90.0 ในปี พ.ศ.2552 (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานจำแนกตามประเภทแรงงานและเพศ พ.ศ.2549-2551

เพศ	แรงงานนอกระบบ (Informal Sector)			แรงงานในระบบ (Formal Sector)		
	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552
			จำนวน			
รวม	**2,513,665**	**2,551,808**	**2,797,589**	**257,235**	**252,658**	**275,434**
ชาย	1,460,319	1,491,635	1,618,492	158,695	155,132	180,588
หญิง	1,053,346	1,060,174	1,179,097	98,540	97,526	94,845
			ร้อยละ			
รวม	90.7	91.0	91.0	9.3	9.0	9.0
ชาย	90.2	91.6	90.0	9.8	9.4	10.0
หญิง	91.4	90.6	92.6	8.6	8.4	7.4

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2550-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.6 การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบร้อยละ 16.6 เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ.2550 เพิ่มเป็น ร้อยละ 16.1 ในปี พ.ศ.2551 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 16.6 ในปี พ.ศ.2552 ลักษณะของการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งคือถูกของมีคมบาดหรือทิ่มแทง (ร้อยละ 67.9) รองลงมาคือพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 19.1) ถูกวัสดุต่างๆชนหรือกระแทกทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง (ร้อยละ 5.2) ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก (ร้อยละ 2.6) เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2551 พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ถูกของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง และการได้รับสารเคมี เพิ่มขึ้น ขณะที่ร้อยละของผู้ที่ถูกพลัดตกหกล้ม ถูกไฟลวก/น้ำร้อนลวก ได้รับอุบัติเหตุจากยานพาหนะ และถูกวัสดุต่างๆชนหรือกระแทกทั้งในแนวราบและแนวดิ่งลดลง (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบจำแนกตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ลักษณะการบาดเจ็บและเพศ พ.ศ.2550-2552

การได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุและลักษณะการบาดเจ็บ	พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551			พ.ศ. 2552		
	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	84.1	83.1	85.5	83.9	83.3	84.8	83.4	80.9	83.4
ได้รับ	15.9	16.9	14.5	16.1	16.7	15.2	16.6	19.1	16.6
ลักษณะการบาดเจ็บ	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
พลัดตกหกล้ม	24.6	24.1	25.6	20.4	19.9	21.1	19.1	20.1	17.7
ของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง	61.8	61.8	61.7	62.5	63.2	61.5	67.9	66.7	69.8
ถูกไฟลวก/น้ำร้อนลวก	1.4	0.6	2.7	3.8	2.3	6.1	2.6	1.5	4.3
อุบัติเหตุจากยานพาหนะ	1.8	2.6	0.5	3.5	4.5	1.8	2.2	2.6	1.5
ไฟฟ้าช็อต	0.2	0.2	0.1	0.5	0.7	0.1	0.5	0.7	0.2
ชน/กระแทกโดยวัสดุทางแนวราบและแนวดิ่ง	6.7	6.4	7.2	6.6	6.2	7.3	5.2	5.8	4.2
ได้รับสารเคมี	1.3	2.1	*	1.0	1.2	0.8	1.4	1.7	0.9
อื่นๆ	2.2	2.1	2.2	1.7	1.9	1.3	1.0	0.8	1.3

* น้อยกว่าร้อยละ 0.05

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2550-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.7 ระดับของการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ได้รับ และการใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาล

เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบและได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุรุนแรงจากการทำงานจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (คนไข้ใน) ลดลง จากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 8.8 สำหรับการใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลในส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานและต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น พบว่ามีการใช้บัตรประกันสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 63.1 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 64.3 ในปี พ.ศ.2551 และเพิ่มเป็นร้อยละ 68.0 ในปี พ.ศ.2552 รวมทั้งการใช้บริการจากบริษัทประกันสุขภาพก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2552

เมื่อพิจารณาร้อยละของการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานนอกระบบระหว่างเพศพบว่าผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนของการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชาย ร้อยละ 9.7 หญิง ร้อยละ 7.4) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 68.0) รองลงมาคือจ่ายเอง (ร้อยละ 15.4) บริษัทประกันภัย (ประกันสุขภาพ) เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 6.9) ใช้สิทธิ์สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 5.7) ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนของการใช้บริการจากบริษัทประกันสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชาย ร้อยละ 9.1 หญิง ร้อยละ 2.4) ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของการใช้บัตรประกันสุขภาพและสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน เพิ่มสูงขึ้น (ตารางที่ 4.7 และ 4.8)

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานนอกระบบจำแนกตามระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุและเพศ พ.ศ.2550-2552

ระดับความรุนแรงองการได้บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551			พ.ศ. 2552		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
บาดเจ็บเล็กน้อย	62.7	67.3	62.7	66.0	64.1	68.8	68.5	68.4	68.7
ไม่ได้ไปรับการรักษา ซื้อยา มากินเอง	25.4	24.8	25.4	21.2	22.4	19.5	22.7	21.8	24.0
บาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาตัวใน รพ.	12.0	7.9	12.0	12.8	13.5	11.7	8.8	9.7	7.4

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2550-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานนอกระบบจำแนกตามการใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพศ พ.ศ.2550-2552

การใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาล	พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551			พ.ศ. 2552		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	**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	0.3	0.0	0.9
จ่ายเอง	19.3	18.6	21.2	18.5	15.6	23.5	15.4	15.7	14.9
บัตรประกันสุขภาพ	63.1	67.1	53.2	64.3	65.6	62.0	68.0	66.1	72.2
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	0.9	1.3	0.2	2.9	3.1	2.7	1.1	1.6	0.0
สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	6.7	4.7	11.7	7.7	9.7	4.0	5.7	4.4	8.5
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	4.2	3.4	6.2	1.3	0.6	2.5	6.9	9.1	2.4
อื่นๆ	5.7	5.0	7.5	5.2	5.3	5.0	2.6	3.3	1.1

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2550-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.8 การมีปัญหาจากการทำงานนอกระบบ

4.8.1 ปัญหาจากการทำงาน

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบมีปัญหาจากการทำงานสูงขึ้น จากร้อยละ 19.8 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 20.6 ในปี พ.ศ.2551 และปี พ.ศ.2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.8 ปัญหาหลักๆจากการทำงานที่พบคือเรื่องค่าตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน งานหนัก และงานขาดความต่อเนื่อง ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องค่าตอบแทนเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากร้อยละ 45.9 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 54.7 ในปี พ.ศ.2552

เมื่อพิจารณาร้อยละของการประสบปัญหาจากการทำงานนอกระบบ พบว่าทั้งผู้สูงอายุชายและหญิงมีร้อยละของผู้ที่ประสบปัญหาเท่าๆกัน แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัญหา กล่าวคือยังคงมีช่องว่างระหว่างเพศในเรื่องของชั่วโมงการทำงาน ค่าตอบแทน รวมถึงสวัสดิการต่างๆ การทำงานไม่ตรงเวลาปกติ งานขาดความต่อเนื่อง และการไม่มีวันหยุด

ผู้สูงอายุหญิงมีร้อยละของผู้ที่ประสบปัญหาในเรื่องต่อไปนี้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ค่าตอบแทน (หญิง ร้อยละ 56.0 ชาย ร้อยละ 53.8) ชั่วโมงทำงานมากเกินไป (หญิง ร้อยละ 1.5 ชาย ร้อยละ 1.1) ไม่มีสวัสดิการ (หญิง ร้อยละ 3.2 ชาย ร้อยละ 1.8)

ผู้สูงอายุชายมีร้อยละของผู้ที่ประสบปัญหาในเรื่องต่อไปนี้สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ (ชาย ร้อยละ 2.3 หญิง ร้อยละ 1.1) งานขาดความต่อเนื่อง (ชาย ร้อยละ 16.0 หญิง ร้อยละ 14.7) ไม่มีวันหยุด (ชาย ร้อยละ 1.8 หญิง ร้อยละ 0.6)

ตาราง 4.9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการทำงานจำแนกตามประเภทของปัญหาและเพศ พ.ศ.2550-2552

การมีปัญหาจากการทำงานและประเภทของปัญหา	พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551			พ.ศ. 2552		
	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	80.2	80.4	80.2	79.4	78.7	80.3	78.2	78.2	78.2
มีปัญหา	19.8	19.6	19.9	20.6	21.3	19.7	21.8	21.8	21.8
ประเภทของปัญหา	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
ค่าตอบแทน	54.7	53.0	56.9	45.9	46.4	45.3	54.7	53.8	56.0
งานหนัก	19.8	20.7	18.6	25.0	25.1	25.0	22.8	23.0	22.6
ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ	1.5	1.8	1.2	1.7	1.6	1.8	1.8	2.3	1.1
งานขาดความต่อเนื่อง	17.9	18.0	17.7	19.3	19.4	19.1	15.4	16.0	14.7
ชั่วโมงทำงานมากเกินไป	1.5	1.5	1.5	1.1	0.7	1.7	1.3	1.1	1.5
ไม่มีวันหยุด	2.2	2.3	2.0	2.6	2.9	2.3	1.3	1.8	0.6
ไม่สามารถลาหยุด/พักผ่อนได้	0.3	0.5	0.1	1.0	1.1	0.8	0.3	0.2	0.3
ไม่มีสวัสดิการ	2.1	2.2	2.0	3.3	2.8	4.2	2.4	1.8	3.2

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2549-2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.8.2 ปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าการมีปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานลดลง จากร้อยละ 16.2 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ.2552 ร้อยละของผู้สูงอายุหญิงที่มีปัญหาฯสูงกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย (หญิง ร้อยละ 13.4 ชาย ร้อยละ 12.5) ปัญหาหลักๆจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่พบคือเรื่องของอิริยาบทในการทำงาน รองลงมาคือแสงสว่าง และ ฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฝุ่นละออง ควัน กลิ่น และเรื่องเสียงดังเกินกว่าปกติเพิ่มสูงขึ้น สำหรับฝุ่นละออง ควัน กลิ่น จากร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 15.1 ในปี พ.ศ.2252 ปัญหาแสงสว่างเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 14.7 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 16.5 ในปี พ.ศ.2252 อย่างไรก็ตามร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่อง อิริยาบทในการทำงานและอากาศไม่ถ่ายเทได้ลดลงเล็กน้อย อิริยาบทในการทำงาน จากเดิมร้อยละ 54.7 ในปี พ.ศ.2551 เหลือร้อยละ 53.5 ในปี พ.ศ.2552 อากาศไม่ถ่ายเท จากเดิมร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ.2551 เหลือร้อยละ 0.3 ในปี พ.ศ.2552 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานจำแนกตามประเภทของปัญหาและเพศ พ.ศ.2550-2552

การมีปัญหาจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและประเภทของปัญหา	พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551			พ.ศ. 2552		
	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	87.3	87.3	87.2	83.8	83.6	84.0	87.1	87.5	86.6
มีปัญหา	12.7	12.7	12.8	16.2	16.4	16.0	12.9	12.5	13.4
ประเภทของปัญหา	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
คับแคบ	2.3	2.8	1.6	1.6	2.0	1.0	1.8	1.4	2.4
สกปรก	9.4	10.7	7.6	8.7	9.5	7.7	8.8	8.5	9.2
อากาศไม่ถ่ายเท	1.2	1.3	1.1	1.1	1.0	1.3	0.3	0.4	0.2
อิริยาบทในการทำงาน	49.0	45.4	54.1	54.7	51.3	59.6	53.5	51.8	55.6
ฝุ่นละออง ควัน กลิ่น	13.3	12.1	15.0	12.8	14.1	10.9	15.1	17.5	12.1
เสียงดัง	0.9	1.4	0.3	1.7	2.3	0.8	1.6	1.9	1.3
แสงสว่าง	17.7	20.3	14.0	14.7	14.5	15.0	16.5	16.5	16.5
อื่นๆ	6.2	6.0	6.3	4.7	5.4	3.6	2.4	2.0	2.8

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2550-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.8.3 ปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

ความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง คือ สิ่งที่นายจ้างควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขาได้อย่างแคล่วคล่องว่องไวเฉกเช่นคนหนุ่มคนสาว สายตาที่ลางเลือนมากขึ้นไปตามวัย เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากเครื่องจักร/วัสดุอุปกรณ์ต่างๆขณะทำงาน

เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าการมีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานลดลง จากเดิมร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ.2552 เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของที่มาของปัญหากับปีที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ประสบความไม่ปลอดภัยในการทำงานจากสารเคมี และจากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตรายเพิ่มสูงขึ้น จากสารเคมี จากเดิมร้อยละ 62.8 ในปี พ.ศ.2551 เพิ่มเป็นร้อยละ 64.8 ในปี พ.ศ.2552 และจากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย จากเดิมร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ.2551เพิ่มเป็น ร้อยละ 16.2 ในปี พ.ศ.2552

เมื่อพิจารณาระหว่างเพศ พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่มีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ชาย ร้อยละ 9.7 หญิง ร้อยละ 7.9) โดยที่มาของปัญหาส่วนใหญ่นั้นเกิดจากสารเคมี (ร้อยละ 62.8) เกิดจากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย (ร้อยละ 14.3) เกิดจากทางหู/ทางตา (การไม่ได้ยินเสียง/ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน/มองเห็นเลือนรางไม่ชัดเจน ทำให้กะระยะผิด) ร้อยละ 12.5 ผู้สูงอายุชายมีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานที่เกิดจากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย และที่

เกิดจากการทำงานในที่สูง/ใต้น้ำ/ใต้ดินสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง จากเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย (ชาย ร้อยละ 18.8 หญิง ร้อยละ 10.9) จากการทำงานในที่สูง/ใต้น้ำ/ใต้ดิน (ชาย ร้อยละ 3.6 หญิง ร้อยละ 2.2) ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานที่เกิดจากสารเคมี และที่เกิดจากทางหู/ทางตาสูงกว่าผู้สูงอายุชาย จากสารเคมี (หญิง ร้อยละ 67.3 ชาย ร้อยละ 63.6) จากทางหู/ทางตา (หญิง ร้อยละ 13.0 ชาย ร้อยละ 9.9) (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานจำแนกตามที่มาของปัญหาและเพศ พ.ศ.2550-2552

การมีปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงานและที่มาของปัญหา	พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551			พ.ศ. 2552		
	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	93.1	92.1	94.5	91.0	90.3	92.1	92.3	91.0	94.0
มีปัญหา	6.9	7.9	5.5	9.0	9.7	7.9	7.7	9.0	6.0
ที่มาของปัญหา	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
สารเคมี	52.3	56.5	43.9	62.8	63.4	61.8	64.8	63.6	67.3
เครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย	13.9	13.8	14.1	14.3	14.8	13.5	16.2	18.8	10.9
ทางหู/ทางตา	18.6	13.0	30.0	12.5	10.2	16.5	10.9	9.9	13.0
ทำงานในที่สูง/ใต้น้ำ/ใต้ดิน	4.2	4.9	3.0	3.3	4.5	1.2	3.1	3.6	2.2
อื่นๆ	11.0	11.9	9.1	7.1	7.2	7.0	4.9	4.1	6.6

ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2550-2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.9 การคุ้มครอง การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การออม และการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 (3) กำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนด้านการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม และ ประกาศกระทรวงแรงงาน ลงวันที่ 16 กันยายน 2547 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม ซึ่งหน่วยงานสังกัดกระทรวงแรงงาน ได้ดำเนินงานภายใต้กิจกรรมการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสม และกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการคุ้มครองและการออม ดังนี้

1) กิจกรรมด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสม ได้แก่ การบริการจัดหางาน การส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ การฝึกอาชีพ การส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความสามารถเป็นวิทยากร/คณะอนุกรรมการมาตรฐานฝีมือแรงงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีความต้องการทำงาน ได้มีงานทำ มีรายได้ ลดภาระการพึ่งพิงหรือภาระผู้ที่ทำงานต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และไม่เป็นภาระต่อสังคม

2) กิจกรรมด้านการคุ้มครอง การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการออม ได้แก่ การส่งเสริมและพัฒนาแรงงานหญิงเพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยดำเนินการให้ความรู้ในหัวข้อต่างๆใน 11 หัวข้อวิชา ซึ่งได้สอดแทรกความ รู้ในหัวข้อการเตรียมความพร้อมที่เป็นประโยชน์ต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และ การคุ้มครองผู้ประกันตนที่อายุเกิน 55 ปี โดยจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพจากกองทุนประกันสังคม ให้แก่ผู้ประกันตน เพื่อให้แรงงานได้เตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าของสังคม รวมถึงระบบการออมในช่วงวัยทำงานสำหรับใช้สอยในวัยสูงอายุ

ตารางที่ 4.12 การคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม พ.ศ.2550 – 2552

กิจกรรม	พ.ศ.2550	พ.ศ.2551	พ.ศ.2552
1) กิจกรรมด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพและอาชีพที่เหมาะสม			
1.1) ด้านบริการจัดหางาน			
- ตำแหน่งงานว่าง	1,997 อัตรา	1,556 อัตรา	2,169 อัตรา
- ผู้สมัครงาน	1,563 ราย	1,515 ราย	2,233 ราย
- การบรรจุงาน	956 ราย	780 ราย	668 ราย
1.2) ด้านการส่งเสริมการประกอบอาชีพ			
- ให้คำปรึกษาแนะนำด้านการประกอบอาชีพ	7,531 ราย	6,523 ราย	4,469 ราย
- เผยแพร่เอกสารอาชีพ	21,466 ฉบับ	26,792 ฉบับ	16,118 ฉบับ
- ฝึกอาชีพอิสระ (โครงการต่างๆ)	1,126 ราย	2,237 ราย	4,946 ราย
- ผู้ผ่านการฝึกอบรมที่ได้ประกอบอาชีพ	388 ราย	671 ราย	235 ราย
1.3) กิจกรรมด้านส่งเสริมการฝึกอาชีพ			
- ให้บริการฝึกอาชีพ	1,481 ราย	1,363 ราย	5,151 ราย
- ส่งเสริม /สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้	18 ราย	60 ราย	84 ราย
ความสามารถเป็นวิทยากร / คณะอนุกรรมการมาตรฐานฝีมือแรงงาน			
2) กิจกรรมด้านการส่งเสริม คุ้มครองคุณภาพชีวิต และการออม			
2.1) ด้านส่งเสริมและพัฒนาแรงงาน			
- อบรมลูกจ้างแรงงานหญิงเพื่อเตรียม ความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	8,197 ราย	3,118 ราย	9,024 ราย
2.2) ด้านการคุ้มครองผู้ประกันตนที่อายุเกิน 55 ปี	69,494 ราย	89,897 ราย	94,449 ราย
- การจ่ายบำเหน็จชราภาพแก่ผู้ประกันตน	1,489 ล้านบาท	2,163 ล้านบาท	2,640ล้านบาท

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานฯ ประจำปีงบประมาณ 2552 กระทรวงแรงงาน

4.10 สถานการณ์รายได้และการออมของประเทศ

เศรษฐกิจไทยในช่วงปี พ.ศ.2546-2551 ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2551 ขยายตัวร้อยละ 2.5 ส่งผลให้รายได้พึงจับจ่ายใช้สอยส่วนบุคคล เพิ่มขึ้นจาก 3,691,646 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2546 เป็น 5,803,102 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2551หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 9.4 ต่อปี ขณะที่รายได้พึงจับจ่ายใช้สอยส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อคน เพิ่มขึ้นจาก 57,698 บาท เป็น 87,288 บาท ในช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ ถึงแม้ประเทศไทยจะได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจการเงินโลกในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปี พ.ศ.2551 ซึ่งทำให้เศรษฐกิจไทยชะลอตามเศรษฐกิจโลก แต่ในภาพรวมสถานการณ์ด้านรายได้ยังอยู่ในระดับที่เพิ่มสูงขึ้น

ตารางที่ 4.13 รายได้และการออมของประเทศ

ปี พ.ศ.	2546	2547	2548	2549	2550	2551
รายได้พึงจับจ่ายใช้สอยส่วนบุคคล (Disposable Personal Income)						
-รวม (ล้านบาท)	3,691,646	4,090,863	4,457,665	4,891,655	5,337,532	5,803,102
-เฉลี่ยต่อคน (บาท)	57,698	63,394	68,475	74,597	80,821	87,288
- อัตราเพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อคน (ร้อยละ)	9.1	9.9	8.0	8.9	8.3	8.0
ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล (Personal Outlay)						
-รวม (ล้านบาท)	3,441,650	3,771,332	4,128,926	4,469,641	4,665,491	5,127,301
-เฉลี่ยต่อคน (บาท)	53,791	58,442	63,425	68,162	70,645	77,123
- อัตราเพิ่มค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน(ร้อยละ)	8.6	8.6	8.5	7.5	3.6	9.2
การออมส่วนบุคคล (Personal Savings)						
-รวม (ล้านบาท)	249,996	319,531	328,739	422,014	672,040	675,801
-เฉลี่ยต่อคน (บาท)	3,907	4,952	5,050	6,436	10,176	10,165
- อัตราเพิ่มค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน(ร้อยละ))	15.4	26.7	2.0	27.4	8.1	- 0.1
ร้อยละการออมส่วนบุคคลต่อรายได้พึงจับจ่ายใช้สอย	6.8	7.8	7.4	8.6	12.6	11.6
การออมสุทธิ (ล้านบาท)	867,530	984,320	1,038,276	1,352,612	1,678,548	1,579,160
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	5,917,369	6,489,476	7,092,893	7,841,297	8,493,311	9,075,493
ในราคาประจำปี (GDP at Current Market Prices) (ล้านบาท)						
ร้อยละการออมสุทธิต่อ GDP	14.7	15.2	14.6	17.2	19.7	17.4
จำนวนประชากร (1,000 คน)	63,982	64,531	65,099	65,574	66,041	66,482

ที่มา : รายได้ประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ.2551 สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาการออมของประเทศที่ผ่านมา พบว่ามูลค่าการออมสุทธิของประเทศมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 867,530 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2546 เป็น 1,678,548 ล้านบาทในปี พ.ศ.2550 อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ.2551 การออมสุทธิของประเทศมีมูลค่า 1,579,160 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 5.9 จากปี พ.ศ.2550 เนื่องจากการออมทั้งภาคเอกชนและภาครัฐลดลง โดยที่การออมสุทธิของภาคเอกชนซึ่งมี

สัดส่วนร้อยละ 68.4 ของการออมสุทธิรวม ลดลงร้อยละ 2.9 เนื่องจากการออมสุทธิของภาคธุรกิจลดลง และการออมสุทธิของครัวเรือนและสถาบันไม่แสวงหากำไรชะลอลงค่อนข้างมาก ส่วนการออมสุทธิของภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วยรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจลดลงร้อยละ 11.8 โดยการออมสุทธิของรัฐบาลลดลงร้อยละ 19.6 ขณะที่การออมสุทธิของรัฐวิสาหกิจชะลอตัวลงร้อยละ 3.9 ทำให้สัดส่วนการออมสุทธิต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ลดลงจากร้อยละ 19.7 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี พ.ศ.2551

การออมส่วนบุคคลยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมูลค่าการออมส่วนบุคคล เพิ่มขึ้นจาก 249,996 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2546 เป็น 422,014 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2549 และ 672,040 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2550 การที่สัดส่วนการออมส่วนบุคคลต่อรายได้พึงจับจ่ายใช้สอยปรับตัวดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ.2552 เนื่องจากคนไทยมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่มีการชะลอค่าใช้จ่าย ในปี พ.ศ.2550 ทำให้มีเงินออมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะใน ปี พ.ศ.2550 อัตราการขยายตัวของการออมส่วนบุคคลสูงถึงร้อยละ 58.1เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2549 ทั้งนี้ มีสาเหตุมาจากสถานการณ์ความไม่แน่นอนทางการเมืองและเศรษฐกิจ ปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดภาคใต้ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาค่าครองชีพเนื่องจากความผันผวนของราคาอาหารและน้ำมัน อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ.2551 มูลค่าการออมส่วนบุคคลได้เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2550 เพียงเล็กน้อย เป็น 675,801 ล้านบาท ซึ่งหากพิจารณามูลค่าเฉลี่ยต่อคน จะพบว่าในปี พ.ศ.2550 และ 2551 ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ สัดส่วนการออมส่วนบุคคลต่อรายได้พึงจับจ่ายใช้สอยมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ.2551 จากร้อยละ 12.6 เป็นร้อยละ 11.6 ขณะที่การออมส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อคนในปี พ.ศ.2550 เป็น 10,176 บาท และในปี พ.ศ.2551 เป็น 10,165 บาท ทำให้มูลค่าการออมส่วนบุคคลโดยเฉพาะมูลค่าเฉลี่ยต่อคน ในปี พ.ศ.2550 และ 2551 มีระดับไม่แตกต่างกัน สัดส่วนการออมส่วนบุคคลได้สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของคนไทยที่ระมัดระวังการใช้จ่ายมากขึ้น และยังมีระดับการออมที่สูง ซึ่งจะส่งผลต่อรายได้และการดำรงชีวิตของปัจเจกบุคคลเมื่อถึงวัยสูงอายุ ในยามเกษียณอายุจากการทำงาน การส่งเสริมการออมดังกล่าว จึงควรมีการพิจารณาเชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างวินัยการออมตั้งแต่เยาว์วัย การสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับทัศนคติการบริโภคเกินความจำเป็น การใช้มาตรการทางภาษี รวมทั้งการพัฒนาทางเลือกด้านการออมที่หลากหลาย มีคุณภาพและเหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ

4.11 กองทุนการออมแห่งชาติ

ในอนาคตเป็นที่ทราบกันดีว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากการคาดการณ์จำนวนประชากรขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization – IL0) ตารางที่ 1 พบว่าในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันที่มีคนวัยทำงานประมาณ 6 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน เป็นคนวัยทำงานประมาณ 4 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ดังนั้น แนวโน้มประเทศไทยจะมีจำนวนคนทำงานที่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุได้ลดน้อยลง

ตารางที่ 4.14 แสดงประมาณการประชากรไทย

ปี พ.ศ.	2552	2554	2556	2558	2560	2562	2564	2566	2568
ประชากรรวม	67,280.11	68,217.54	69,080.92	69,871.88	70,589.27	71,230.26	71,790.66	72,266.66	72,658.93
วัยเด็ก	14,978.06	14,607.64	14,219.05	13,860.65	13,564.64	13,309.33	12,978.37	12,652.96	12,336.05
วัยทำงาน	45,203.09	46,069.55	46,797.49	47,325.56	47,613.44	47,670.15	47,617.91	47,416.54	47,097.04
วัยสูงอายุ	7,098.95	7,540.35	8,064.38	8,685.67	9,411.19	10,250.78	11,194.38	12,197.16	13,227.84
วัยทำงาน/วัยสูงอายุ	6.37	6.11	5.80	5.45	5.06	4.56	4.25	3.89	3.56
อัตราการพึ่งพิง	15.70	16.37	17.23	18.35	19.77	21.50	23.51	25.72	28.09

ที่มา : การประมาณการโดย ILO

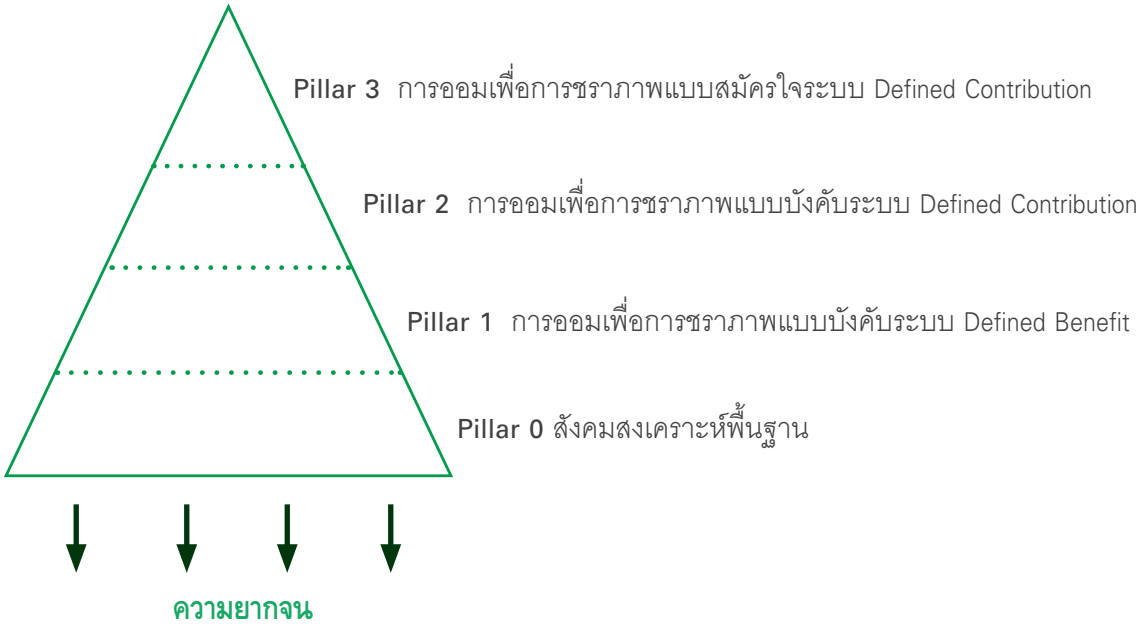
หน่วย : พันคน

ระบบการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพจึงมีบทบาทและมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเป็นระบบที่จะมารองรับและแก้ไขหรือแบ่งเบาปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุให้มีความเป็นอยู่และใช้ชีวิตในบั้นปลายที่ดีขึ้น ทั้งนี้ ภาพรวมของระบบการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพของประเทศไทยในปัจจุบันมีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

ระบบการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ประเทศไทยได้ริเริ่มให้มีเครื่องมือการออมระยะยาวซึ่งเป็นการออมเพื่อการชราภาพ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้มีรายได้ที่มั่นคงในวัยสูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 โดยได้มีการพัฒนาระบบการออมเพื่อการชราภาพเรื่อยมาเป็นลำดับ ปัจจุบันเครื่องมือการออมระยะยาวดังกล่าว มีทั้งที่เป็นการออมภาคบังคับและการออมภาคสมัครใจ ซึ่งโครงสร้างของระบบการออมเพื่อการชราภาพของประเทศไทย สามารถแบ่งออกตามหลักการออมในหลายระดับชั้น (Multi Pillar)

ภาพที่ 4.1 โครงสร้างระบบการออมเพื่อการชราภาพแบบหลายชั้น (Multi-Pillar)



แนวนโยบายของภาครัฐที่มีต่อการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพ เพื่อช่วยลดปัญหาด้านการเงินของแรงงานเมื่อถึงวัยสูงอายุ

จากการที่ระบบการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพมีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อคุ้มครองและสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้กับประชาชนโดยเฉพาะกับวัยแรงงานทั่วประเทศ เพื่อมีรายได้ไว้ใช้จ่ายในวัยชรา อย่างน้อยในระดับพื้นฐาน ในการป้องกันการตกสู่ความยากจน และเป็นการสร้างระบบการออมระยะยาวที่มั่นคงให้กับภาคครัวเรือน เพื่อส่งเสริมวินัยการออมและเพิ่มเงินออมในประเทศ อย่างไรก็ตามปัจจุบันเครื่องมือการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพแม้จะมีอยู่แล้วหลายกองทุน แต่ครอบคลุมแรงงานที่มีนายจ้างซึ่งมีเพียงส่วนน้อยประมาณร้อยละ 30 ของประเทศ

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลังได้ตระหนักและเห็นความสำคัญถึงการจัดให้มีช่องทางการออมและการคุ้มครองแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศที่ยังไม่มีระบบการออมเพื่อการชราภาพใดๆ อีกประมาณ 24 ล้านคนหรือร้อยละ 70 ของผู้มีงานทำ จึงเป็นปัญหาที่ต้องขบคิดว่าจะทำอย่างไรที่จะขยายระบบการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพที่มีอยู่เดิมเพิ่มเติมอีก โดยให้สามารถครอบคลุมแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศ ในขณะที่ระบบจะต้องลดภาระการคลังของรัฐบาลในการดูแลคนสูงอายุในอนาคตด้วย สำนักงานเศรษฐกิจการคลังจึงได้ริเริ่มทำการศึกษาวิเคราะห์แนวทางการสร้างเครื่องมือการออมเพื่อการชราภาพที่เหมาะสม โดยการศึกษาวิจัยมาอย่างต่อเนื่อง การลงพื้นที่สำรวจความเป็นไปได้และความต้องการของแรงงาน รวมทั้งการจัดสัมมนารับฟังความคิดเห็นจากผู้แทนองค์กรการเงินชุมชน ผู้แทนแรงงานตามกลุ่มอาชีพ ในหลายจังหวัดมาเป็นระยะๆ นอกจากนี้ สำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้มีการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรับฟังความคิดเห็นระหว่างตัวแทนภาครัฐ นักวิชาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อสรุปของโครงการกองทุนการออมแห่งชาติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อนกับกองทุนที่มีอยู่แล้ว รูปแบบกองทุนที่มีความเหมาะสม ครบถ้วนสมบูรณ์ และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกกองทุนได้อย่างเต็มศักยภาพอย่างแท้จริง สำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้จัดทำข้อเสนอโครงการกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) และได้นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ ซึ่งมีปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานอนุกรรมการ (รองปลัดฯ นางสาวสุภา ปิยะจิตติ ได้รับมอบหมายจากปลัดฯ ทำหน้าที่ประธานอนุกรรมการ) มี น.พ.บรรลุ ศิริพานิช เป็นรองประธานอนุกรรมการ และจากการประชุมจำนวน 4 ครั้ง คณะอนุกรรมการมีมติเห็นชอบหลักการและโครงสร้างกองทุนตามที่สำนักงานเศรษฐกิจการคลังเสนอ ต่อมาเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2552 สำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้นำเสนอโครงการ กอช. ต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ซึ่งที่ประชุมมีมติรับทราบ และเห็นด้วยในหลักการของโครงการตามที่สำนักงานเศรษฐกิจการคลังเสนอแล้ว

ทั้งนี้ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง ได้เสนอร่างพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ.2552 ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีมติรับหลักการเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2552 และให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาก่อนดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อให้กฎหมายมีผลบังคับใช้ต่อไป

5 การเข้าถึงข้อมูลการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต

การเข้าถึงข้อมูล
การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต *

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ อีกทั้งยังมีช่องทางในการศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเองมากขึ้น สถาบันการศึกษา หน่วยงานฝึกอบรม และแหล่งเรียนรู้ต่างๆได้ส่งเสริมกิจกรรมทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้กับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะชีวิตที่เหมาะสมกับวัย ตลอดจนการเรียนรู้ให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ชีวิต แลกเปลี่ยนกับคนวัยเดียวกัน และคนรุ่นลูกรุ่นหลานได้อีกด้วย

หน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสนับสนุนหลักในเรื่องนี้ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งได้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11(2) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ออกประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ลงวันที่ 28 กันยายน 2547 นโยบายดังกล่าวถูกนำไปสู่การปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิตดังนี้

---

* เขียนโดย นางสาวฐิตาพร จินตะเกษกรณ์ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

ภารกิจด้านการการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ

1. จัดบริการข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุมการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย รวมทั้งการทำฐานข้อมูลทางการศึกษา การฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุ
2. จัดบริการการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ
3. สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการสำหรับผู้สูงอายุ
4. ส่งเสริมให้หน่วยงานสถานศึกษามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ
5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ
6. คุ้มครองการผลิตสื่อความรู้ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้สูงอายุ
7. จัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา
8. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ

5.1 การศึกษาตามอัธยาศัย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ

การศึกษาตามอัธยาศัย เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ด้วยตนเอง รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ โดยการอ่านจากสื่อต่างๆในห้องสมุดและแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การชมรายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษาของผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงศึกษาได้จัดบริการไว้ทางช่องรายการสถานีโทรทัศน์ ETV การรับฟังรายการวิทยุทั้ง FM AM การชมนิทรรศการ ที่ผู้สูงอายุจะสามารถเรียนรู้ได้ร่วมกับบุคคลทั่วไป กิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยนี้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ในวิถีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล โดยสามารถเลือกที่จะทำกิจกรรมการเรียนรู้นี้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ตามความสนใจ ตามความต้องการ โอกาส ความพร้อม และศักยภาพในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาตามอัธยาศัยปี พ.ศ.2550-2552 ของกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ปัจจุบัน ปี พ.ศ.2552 มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาตามอัธยาศัยมากขึ้นกว่า 2 ปีที่ผ่านมา โดยมีจำนวน 159,221 คน ในที่นี้เป็นผู้สูงอายุในภาคกลางที่เข้ารับการศึกษาตามอัธยาศัยมากกว่าภาคอื่นๆ จำนวน 64,461 คน หรือร้อยละ 40.5 รองลงมา เป็นภาคตะวันออก จำนวน 43,023 คน หรือร้อยละ 27 และ ภาคใต้ จำนวน 22,469 คน หรือร้อยละ 14.1 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาตามอัธยาศัยทั้งหมด ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือนั้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 14,693 คน และ14,576 คน ตามลำดับ เหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษาตามอัธยาศัยเพิ่มขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งมาจากการสร้างช่องทางสื่อ และแหล่งเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆเพิ่มขึ้นที่ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าถึง และใช้บริการข้อมูลข่าวสาร ความรู้ได้ (ตารางที่5.1)

ตารางที่ 5.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาตามอัธยาศัยจำแนกตามรายภาค ปีงบประมาณ 2550-2552

การศึกษาตามอัธยาศัย	พ.ศ.2550	ร้อยละ	พ.ศ.2551	ร้อยละ	พ.ศ.2552	ร้อยละ
ภาคกลาง	10,887	24.4	2,022	24.0	64,461	40.5
ภาคเหนือ	10,636	23.8	2,022	24.0	14,576	9.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	15,914	35.6	1,691	20.1	14,693	9.2
ภาคตะวันออก	2,255	5.0	1,443	17.1	43,023	27.0
ภาคใต้	4,993	11.2	1,245	14.8	22,469	14.1
รวม	**44,685**	**100.0**	**8,423**	**100.0**	**159,221**	**100.0**

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2552

5.1.1 ช่องทางสื่อ และแหล่งเรียนรู้

แม้ว่าผู้สูงอายุจะผ่านโลกมามาก มีประสบการณ์ในการทำงานและการดำรงชีวิตแต่ก็ยังต้องการการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ได้แก่ การโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย การใช้ยา การเก็บรักษาหรือการสังเกตเมื่อยาหมดอายุ การรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีหลายช่องทาง ดังนี้

1) รายการวิทยุ

วิทยุเป็นสื่อการเรียนที่มีราคาถูกและมีบทบาทสำคัญที่ผู้สูงอายุ เข้าถึงได้อย่างรวดเร็วและสะดวก ดังนั้นกระทรวงศึกษาธิการจึงได้ส่งเสริมสนับสนุนการจัดรายการวิทยุเพื่อการศึกษา สำหรับบุคคลทั่วไปทุกช่วงวัย ซึ่งผู้สูงอายุก็สามารถรับฟัง และนำข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ไปใช้ได้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

(1) รายการวิทยุเพื่อการศึกษาตามหลักสูตร มีจำนวน 1,040 รายการ ได้แก่ รายการสาระความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและรายการส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต ออกอากาศทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยเพื่อการศึกษา (สวศ.) และ 11 สถานีวิทยุทั่วประเทศ คือ กรุงเทพมหานคร AM 1467 KHz จังหวัดลำปาง AM 549 KHz จังหวัดนครสวรรค์ AM 936 KHz จังหวัดอุบลราชธานี AM 711 KHz จังหวัดขอนแก่น AM 621 KHz จังหวัดจันทบุรี AM 927 KHz จังหวัดสุราษฎร์ธานี AM 1242 KHz จังหวัดสงขลา AM 558 KHz จังหวัดกระบี่ AM 963 KHz จังหวัดแม่ฮ่องสอน AM 102 KHz จังหวัดระนอง AM 105.75 KHz และทางอินเตอร์เน็ต www.moeradiothai.net และ รับฟังผ่านดาวเทียมช่อง R31

(2) รายการวิทยุเพื่อการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป มีจำนวน 5,674 รายการ ดังนี้ ด้านภาษา ด้านการศึกษา ด้านการส่งเสริมอาชีพ ด้านสุขภาพจิต ด้านศาสนา ด้านศิลปวัฒนธรรม ด้านบันเทิง ด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านสารคดีสั้นเผยแพร่ออกอากาศ 4 ช่องทาง คือ FM 92 MHz AM 1161 KHz ทางอินเตอร์เน็ต www.moeradiothai.net และรับฟังผ่านดาวเทียมช่อง R31

(3) รายการวิทยุชุมชนเพื่อการศึกษาที่สถานศึกษาและสถาบันอุดมศึกษาดำเนินการจัดรายการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนที่ด้อยโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารได้ทั่วถึง

2) รายการโทรทัศน์

ผู้สูงอายุสามารถรับชมรายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษา ของกระทรวงศึกษาธิการ ทางสถานีโทรทัศน์ ETV จำนวน 47 รายการ โดยมีรายการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ รายการด้านภาษา ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ ด้านสุขภาพ ด้านศาสนา ด้านสารคดีสั้น ได้แก่ ในหลวงของเรา ด้านข่าวสาร ได้แก่ ข่าวในพระราชสำนัก เป็นต้น

3) แหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต

แหล่งเรียนรู้แบ่งได้ 8 ประเภท ตาม พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) มาตรา 25 ได้แก่ ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ หอศิลป์ สวนสัตว์ สวนสาธารณะ สวนพฤกษศาสตร์ อุทยานวิทยาศาสตร์ ศูนย์การกีฬา ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการความรู้และนันทนาการได้ สำหรับห้องสมุดซึ่งเป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลความรู้ต่างๆนั้น มีหลากหลาย ได้แก่ ห้องสมุดในสถาบันระดับอุดมศึกษา ห้องสมุดประชาชนจังหวัด จำนวน 72 แห่ง ห้องสมุดประชาชนอำเภอ จำนวน 699 แห่ง หอสมุดรัชมังคลาภิเษก จำนวน 1 แห่ง ห้องสมุดเฉลิมราชกุมารี จำนวน 82 แห่ง ใน 57 จังหวัด เรือห้องสมุดเคลื่อนที่ ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ตลอดชีวิต และศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา จำนวน 15 แห่ง

4) แหล่งเรียนรู้ออนไลน์

กระทรวงศึกษาธิการได้พัฒนาเว็บไซต์ชื่อ“การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ” http://ageing nfe.go.th/ และ www.dei.ac.th เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ศึกษาหาความรู้ได้ตามศักยภาพและตามความสนใจ

5.2 รูปแบบการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2.1 การศึกษาเรียนรู้กระบวนการชราภาพตั้งแต่วัยเยาว์

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเยาว์ ซึ่งเป็นรากฐานของชีวิต เพื่อให้เด็กในวันนี้เข้าใจผู้สูงอายุในปัจจุบัน สามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างเป็นสุข ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยกด้วยความแตกต่างระหว่างวัย และเติบโตขึ้นกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีคุณค่ากับสังคม ด้วยภูมิปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ชีวิตที่สั่งสมมาตลอดชีวิตในวันข้างหน้าได้

ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ได้จัดทำ“หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ.2551” ที่สอดแทรกองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จะได้เรียนรู้กระบวนการชราภาพจากวิชาเรียน แบ่งเป็น 3 กลุ่มสาระการเรียนรู้ดังนี้

1. สาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา เป็นการศึกษาด้านสุขภาพให้การดำรงชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนมีความยั่งยืน

2. สาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม เป็นการศึกษาการอยู่ร่วมกันของคนไทยในสังคมไทยให้มีความเคารพและกตัญญูต่อผู้อาวุโส

3. สาระการเรียนรู้การงานอาชีพและเทคโนโลยี เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียนแบบองค์รวม ให้ผู้เรียนรู้จักการประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและบิดามารดาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในปี พ.ศ.2552 มีโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ที่ดำเนินการไปแล้ว 22,425 แห่ง ทำให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจต่อผู้สูงอายุมากขึ้นจากในวิชาเรียน เพื่อเตรียมความพร้อมตนเองตั้งแต่วัยเยาว์ในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังช่วยดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อีกด้วย

นอกจากหลักสูตรในโรงเรียนแล้ว ยังมีรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสานความสัมพันธ์ระหว่างวัย เช่น โครงการครอบครัวศึกษา โครงการผู้แก่เล่า-ผู้เยาว์เขียน กิจกรรมจิตอาสาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เป็นต้น

5.2.2 การศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ

แม้ว่าเข้าสู่วัยสูงอายุมีพื้นฐานความรู้ และประสบการณ์ชีวิตมาระดับหนึ่งแล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องการวุฒิการศึกษา โดยเพิ่มพูนความรู้ตามการวัดระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในปีงบประมาณ 2552 มีผู้สูงอายุที่เข้าศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐาน ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 7,283 คน ซึ่งน้อยกว่าในปีงบประมาณ 2551 เกือบครึ่งหนึ่ง ซึ่งมีจำนวน 13,501 คน เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2550-2551) ผู้สูงอายุที่เข้าศึกษานอกระบบฯนี้ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ปัจจุบันภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีจำนวนผู้สูงอายุเข้าศึกษานอกระบบฯ สูงกว่าภาคอื่นๆ และภาคใต้มีแนวโน้มผู้สูงอายุเข้าศึกษานอกระบบฯเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยในปีงบประมาณ 2552 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 2,654 คน หรือร้อยละ 36.4 และภาคใต้มีจำนวน 2,627 คน หรือร้อยละ 36.1 ของผู้สูงอายุที่เข้าศึกษานอกระบบทั้งหมด (ตารางที่ 5.2)

ตารางที่ 5.2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าศึกษานอกระบบขั้นพื้นฐาน ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำแนกตามรายภาค ปีงบประมาณ 2550-2552

ภาค	ปี 2550	ร้อยละ	ปี 2551	ร้อยละ	ปี 2552	ร้อยละ
ภาคกลาง	106	9.5	1,274	9.4	1,049	14.4
ภาคเหนือ	787	70.3	3,938	29.2	600	8.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	155	13.9	7,022	52.0	2,654	36.4
ภาคตะวันออก	61	5.5	559	4.1	353	4.9
ภาคใต้	10	0.8	708	5.3	2,627	36.1
รวม	**1,119**	**100.0**	**13,501**	**100.0**	**7,283**	**100.0**

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2552

5.2.3 การศึกษาในระดับอุดมศึกษาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ต้องการเพิ่มวุฒิการศึกษา โดยเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปีการศึกษา 2549 มีจำนวน 2,150 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 2,950 คน ในปีการศึกษา 2551 และ จำนวน 3,623 คน ในปีการศึกษา 2552 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี จำนวน 2,959 คน หรือร้อยละ 81.7 และมีผู้สูงอายุศึกษาต่อในระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 663 คน หรือร้อยละ 18.3 ของผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาทั้งหมด (ตารางที่ 5.3)

ตารางที่ 5.3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา จำแนกตามปีการศึกษา 2549 – 2552* และระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปี 2550		ปี 2551		ปี 2552	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า ปริญญาตรี	53	2.6	33	1.1	1	0.0
ปริญญาตรี	1,751	81.3	2,306	78.2	2,959	81.7
สูงกว่าปริญญาตรี	346	16.1	611	20.7	663	18.3
รวม	**2,150**	**100.0**	**2,950**	**100.0**	**3,623**	**100.0**

ที่มา : การรายงานข้อมูลรายบุคคล สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2552
หมายเหตุ : ข้อมูลจากฐานข้อมูลรายบุคคล จากกลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ 23 แห่ง กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคล 5 แห่ง กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ 34 แห่ง และกลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน 21 แห่ง
* ไม่มีข้อมูล ปีการศึกษา 2550 จากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มสถาบันการศึกษา ในปีการศึกษา 2552 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาในกลุ่มมหาวิทยาลัยภาครัฐ มีจำนวน 3,477 คน หรือร้อยละ 95.97ในขณะที่เข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยเอกชนมีจำนวน 146 คน หรือร้อยละ 4.03 ของผู้สูงอายุที่ศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาในกลุ่มมหาวิทยาลัยรัฐนี้ ผู้สูงอายุเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 61.46 รองลงมา คือ มหาวิทยาลัยราชภัฏ ร้อยละ 37.99 และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ร้อยละ 0.55 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่นั้นเลือกศึกษาต่อในระดับปริญญาตรีในกลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐเหล่านี้ มีจำนวน 2,898 คน หรือร้อยละ 79.99 สำหรับมหาวิทยาลัยเอกชนนั้น ผู้สูงอายุได้เลือกศึกษาต่อในระดับสูงกว่าปริญญาตรีมากกว่าปริญญาตรี (ตารางที่ 5.4)

ตารางที่ 5.4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา จำแนกตามกลุ่มสถาบันอุดมศึกษา ในปีการศึกษา 2552

สถาบันอุดมศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี		ปริญญาตรี		สูงกว่าปริญญาตรี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มหาวิทยาลัยรัฐ								
กลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ	-	-	1,729	59.66	408	70.59	2,137	61.46
กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ	1	0.03	1,152	39.75	168	29.07	1,321	37.99
กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	-	-	17	0.59	2	0.35	19	0.55
รวมมหาวิทยาลัยรัฐ	1	0.03	2,898	79.99	578	15.95	3,477	95.97
มหาวิทยาลัยเอกชน	-	-	61	1.68	85	2.35	146	4.03
รวมสถาบันการศึกษา	**1**	**0.03**	**2,959**	**81.67**	**663**	**18.30**	**3,623**	**100.00**

ที่มา : การรายงานข้อมูลรายบุคคล สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2552
หมายเหตุ : ข้อมูลจากฐานข้อมูลรายบุคคล จากกลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ 23 แห่ง
กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล 5 แห่ง
กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ 34 แห่ง
และกลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน 21 แห่ง

5.2.4 การศึกษาต่อเนื่อง (หลักสูตรระยะสั้น) สำหรับผู้สูงอายุ

นอกเหนือจากการศึกษาในระบบและนอกระบบเพื่อเพิ่มวุฒิการศึกษาแล้ว ผู้สูงอายุยังมีช่องทางการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ชีวิตเฉพาะด้านต่างๆตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุเอง ซึ่งหลักสูตรการเรียนรู้นี้ เป็นหลักสูตรระยะสั้น ตั้งแต่ 1-100 ชั่วโมง แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) **การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ** เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องการทำงานอยู่ โดยปรับเปลี่ยนมองหาอาชีพใหม่ จากอาชีพเดิมที่เคยทำอยู่เมื่อเกษียณอายุการทำงาน หรือต้องการพัฒนางานอาชีพอิสระเดิมที่ทำอยู่แล้วให้มีทักษะฝีมือดียิ่งขึ้น

ทำให้มีรายได้เสริม และมีกิจกรรมทำยามว่าง คลายความเหงา มีเพื่อนร่วมทำกิจกรรม ซึ่งหลักสูตรฝึกทักษะอาชีพนี้มีความหลากหลาย ทั้งงานเกษตรกรรม งานผลิตและแปรรูปอาหาร งานศิลปประดิษฐ์ งานหัตถกรรม งานแพทย์แผนไทย งานโหราศาสตร์ เป็นต้น

2) **การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต** เป็นการศึกษาเพื่อสร้างเสริมความรู้ความสามารถและความชำนาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งของบุคคล เป็นการกระตุ้นให้เกิดวิธีคิด เพื่อให้สามารถจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรี ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ได้แก่ หลักสูตรภาษาจีนเพื่อการสื่อสาร หลักสูตรการร้องเพลงเบื้องต้น หลักสูตรการใช้คอมพิวเตอร์ อินเตอร์เน็ตเบื้องต้น เป็นต้น

3) **การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน** เป็นการศึกษาที่บูรณาการความรู้และทักษะการศึกษาที่ผู้เรียนมีอยู่ หรือได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน โดยรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย ใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาการเรียนรู้ และทุนทางสังคมเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสังคมและชุมชนให้มีความเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ งานประเพณีต่างๆ เช่น รดน้ำขอพรพระและผู้สูงอายุในวันสงกรานต์หรืองานบุญเดือนสิบ เป็นต้น

ในปีงบประมาณ 2552 มีผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรระยะสั้น จำนวน 90,103 คนน้อยกว่า 2 ปีที่ผ่านมา ซึ่งในปีงบประมาณ 2550 มีจำนวน 110,234 คน และในปีงบประมาณ 2551 มีจำนวน 148,941 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจเข้าอบรมหลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตมากกว่าหลักสูตรอื่นๆ โดยมีจำนวน 32,957 คน หรือร้อยละ 36.6 ใกล้เคียงกับหลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน มีจำนวน 32,518 คน หรือ ร้อยละ 36.1 และรองลงมาเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ มีจำนวน 24,628 คน หรือ ร้อยละ 27.3 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาต่อเนื่องทั้งหมด ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความสนใจเรียนรู้เพื่อที่จะปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย และสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมพัฒนาสังคมและชุมชนได้ (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาต่อเนื่อง (หลักสูตรระยะสั้น) จำแนกตามประเภทของกิจกรรม ปีงบประมาณ 2549-2552

สถาบันอุดมศึกษา	2549	ร้อยละ	2550	ร้อยละ	2551	ร้อยละ	2552	ร้อยละ
การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ	4,993	14.6	17,234	15.6	28,550	19.2	24,628	27.3
การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต	17,342	50.6	17,918	16.3	49,387	33.1	32,957	36.6
การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน	11,942	34.8	75,073	68.1	71,004	47.7	32,518	36.1
รวม	**34,276**	**100.0**	**110,234**	**100.0**	**148,941**	**100.0**	**90,103**	**100**

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2552

หมายเหตุ : การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ยังคงมีปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. การจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดกิจกรรมให้แก่กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุไม่ได้จัดสรรงบประมาณให้เป็นการเฉพาะ ซึ่งจะส่งผลทำให้สัดส่วนผู้รับบริการการศึกษาที่เป็นผู้สูงอายุมีจำนวนไม่มากนัก รวมทั้งเกิดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการจัดกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

2. การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุมีความละเอียดอ่อนมากจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญการเฉพาะด้าน สำหรับการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันยังมีจำนวนน้อยหรือบางแห่งไม่มีบุคลากรด้านนี้

3. กิจกรรมด้านการพัฒนาอาชีพ ยังขาดการสนับสนุนด้านการตลาดสำหรับการจำหน่ายสินค้าที่จัดทำขึ้นจากผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5.6 สรุปข้อมูลผลการจัดการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกรายภาค ปีงบประมาณ 2552

ลำดับที่	จังหวัด	การศึกษาขั้นพื้นฐาน			การศึกษาต่อเนื่อง			การศึกษาตามอัธยาศัย	รวมทั้งสิ้น (คน)
		ป.1-ป.6	ม.1-ม.3	ม.4-ม.6	การศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ	การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต	การศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน		
1	ภาคกลาง	307	308	434	6,923	8,663	5,788	64,461	86,884
2	ภาคตะวันออก	129	239	232	863	1,644	1,428	14,575	19,110
3	ภาคเหนือ	1,489	1,003	162	5,373	6,895	8,177	14,693	37,792
4	ภาคใต้	150	83	120	5,277	6,360	9,070	43,023	64,083
5	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,270	755	602	6,192	9,395	8,055	22,469	48,738
	รวมทั้งสิ้น (คน)	**3,345**	**2,388**	**1,550**	**24,628**	**32,957**	**32,518**	**159,221**	**256,607**

ที่มา : สำนักงานส่งเสริมการจัดการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2552

6 ศักยภาพของผู้สูงอายุ

ศักยภาพของผู้สูงอายุ*

ศักยภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยกิจกรรมที่เกี่ยวกับตนเองและครอบครัว นับเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก ที่แสดงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในการเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติในสังคม

การเข้าสู่วัยสูงอายุและการเกษียณอายุ นับเป็นการสิ้นสุดการประกอบอาชีพ และหมายถึงเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตทางสังคม ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมและยังชีพด้วยรายได้จากอาชีพเหล่านี้ แต่เมื่ออายุมากขึ้นต้องยุติการประกอบอาชีพในไร่นา แต่ยังสามารถดำเนินอาชีพที่ไม่ใช้แรงงานหนักได้ในระยะหนึ่ง เป็นการใช้ทักษะความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาของตนให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต อันเป็นการแสดงถึงศักยภาพในการหาเลี้ยงตนเองได้ ผู้สูงอายุจำนวนมากจึงเปลี่ยนแปลงอาชีพและแสวงหาอาชีพใหม่ที่ไม่ใช้แรงงานมากนัก นอกจากนั้น ยังใช้เวลาในการรวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์และจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาตนเองและกลุ่ม ดังนั้น การนำเสนอศักยภาพของผู้สูงอายุครั้งนี้ จึงเป็นการเสนอถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพเป็นอันดับแรก ตามด้วยศักยภาพด้านการพัฒนาตนเองและกลุ่ม และประเด็นสุดท้ายเป็นการนำเสนอข้อมูลของผู้สูงอายุที่ได้รับการประกาศเกียรติคุณและยกย่องจากสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

---

* เขียนโดย ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

6.1 ศักยภาพผู้สูงอายุด้านการประกอบอาชีพและเพิ่มรายได้

6.1.1 ด้านการประกอบอาชีพ

ปัญหาการมีรายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพของผู้สูงอายุไทย นับเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานและยังไม่สามารถทำให้ลดน้อยลงได้ ถึงแม้รัฐบาลได้มีนโยบายสร้างหลักประกันทางรายได้ โดยการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทั่วประเทศแล้วก็ตาม แต่เป็นเพียงวิธีการหนึ่งที่ช่วยบรรเทาปัญหาด้านรายได้ของผู้สูงอายุลงได้บ้าง ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งจึงต้องแสวงหาอาชีพใหม่หรือพัฒนาอาชีพเดิมให้กว้างขวางมากขึ้น

การเพิ่มโอกาสในการทำงานให้กับผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ จึงเป็นแนวทางหนึ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัว โดยไม่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานหรือภาครัฐมากนักและยังเป็นการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุในสังคมทุนนิยมเช่นนี้ด้วย การมีอาชีพหรือขยายอาชีพที่มีอยู่เดิมจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต่างต้องการ

กองทุนผู้สูงอายุ เป็นแหล่งทุนหนึ่งที่สนับสนุนเงินกู้ยืมโดยไม่มีดอกเบี้ย สำหรับผู้สูงอายุนำไปประกอบอาชีพ โดยในปีงบประมาณ 2552 กองทุนผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคลแก่ผู้สูงอายุ 3,138 ราย และรายกลุ่มแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 22 กลุ่ม (ตารางที่ 6.1) โดยมีรายละเอียดการกู้ยืม ดังนี้

ตารางที่ 6.1 จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุกู้ยืมจากกองทุนผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2552

ประเภท/จำนวนเงิน	ผู้ยื่นกู้ (ราย)	ผ่านการอนุมัติ (ราย)	จำนวนเงิน (บาท)
รายบุคคล			
กู้ยืมวงเงิน 15,000 บาท	5,309	2,808	43,641,669.00
กู้ยืมวงเงิน 30,000 บาท	1,070	330	7,440,539.00
รวมผู้กู้ยืมเงินรายบุคคล	6,379	3,138	51,082,208.00
รายกลุ่ม			
กู้ยืมวงเงิน 100,000 บาท	57	17	1,700,000.00
กู้ยืมวงเงิน 50,000- 99,999 บาท	-	5	371,000 .00
รวมผู้กู้ยืมเงินรายกลุ่ม	-	22	2,071,000.00
รวมผู้กู้ยืมทั้ง 2 ประเภท ได้รับการอนุมัติเป็นจำนวนเงิน 53,153,208.00 บาท			

ข้อสังเกตประการหนึ่ง จากสถิติของผู้สูงอายุที่ยื่นขอกู้ยืมเงินรายบุคคลจากกองทุนผู้สูงอายุและได้รับการอนุมัติเพียงร้อยละ 49.19 ของผู้ขอกู้ยืม และรายกลุ่มได้รับการอนุมัติเพียงร้อยละ 38.59 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในการประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก แต่ยังมีปัญหาในด้านการเข้าถึงแหล่งทุน ทำให้พิจารณาได้ว่า ศักยภาพของผู้สูงอายุที่จะเข้าถึงแหล่งทุนมีจำกัด และรัฐไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งควรมีการส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงแหล่งทุนต่างๆของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น

ลักษณะอาชีพ

ลักษณะอาชีพที่ผู้สูงอายุนำเงินกู้ยืมไปใช้ ส่วนใหญ่เป็นการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เนื่องจากเป็นอาชีพเดิมของผู้สูงอายุอยู่แล้ว โดยนำเงินที่กู้ยืมไปซื้อปุ๋ย เมล็ดพันธ์/หน่อ รวมทั้งพลิกฟื้นดินด้วย อีกจำนวนหนึ่งนำเงินกู้ยืมไปประกอบอาชีพค้าขายตามความถนัดที่มีอยู่ ขยายร้านค้าเดิม และจัดตั้งร้านค้าขึ้นใหม่ การประกอบอาชีพด้านปศุสัตว์ เป็นอาชีพที่ผู้สูงอายุนิยมเป็นอันดับถัดมา นอกนั้นผู้สูงอายุนำเงินไปซื้อพันธุ์สัตว์ และจัดทำคอกสัตว์ งานบริการ / รับจ้าง และงานหัตถกรรม งานฝีมือ (ตารางที่ 6.2) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 6.2 ลักษณะอาชีพที่ผู้สูงอายุกู้ยืมเงินไปดำเนินการ

ประเภท	จำนวน	ลักษณะอาชีพ	
เกษตรกรรม	1,102	ทำนา	นาปี นาปรัง นาเกลือ และทำนาตามฤดูกาล
		ทำสวน	ปลูกดอกไม้ (ดอกรัก, ดอกดาวเรือง,ดอกมะลิ)ไม้ประดับ ปลูกผัก ได้แก่ ชะอม หน่อไม้หวาน พืชผักสวนครัว แตงกวา ข้าวโพด กล้วย มะม่วง มะนาว สับปะรด สวนยางพารา สวนปาล์ม ยูคาลิปตัส
		ทำไร่	ไร่นาผสม ไร่มันสำปะหลัง ข้าวโพด อ้อย ถั่วลิสง ไร่มะละกอ ไร่น้อยหน่า
ค้าขาย	939	ค้าขายทั่วไป	ขายของชำ ผักสด เม็ดมะม่วงหิมะพานต์ ขายแห ถ่านหุงข้าว ตุ๊กตา เสื้อผ้า ของเล่น ล๊อตเตอรี่ หนังสือมือสอง
		ขายอาหาร	พริกแกง ก๋วยเตี๋ยว ข้าวราดแกง อาหารตามสั่ง ขนมจีนโบราณ กะหรี่พัฟ ปลาทูนึ่ง ไก่ทอด/ย่าง หมูปิ้ง ข้าวเหนียว ส้มตำ ผลไม้ตามฤดูกาล
		ค้าขายขนม	ขนมหวาน ขนมครก ขนมอบ ขนมถาด
		เครื่องดื่ม	กาแฟโบราณ น้ำอัดลม
ปศุสัตว์/ประมง	823	ปศุสัตว์	เลี้ยงเป็ด ไก่ (ไก่ไข่ ไก่พื้นเมือง) โค กระบือ สุกร แพะ
		ประมง	เลี้ยงปลา เลี้ยงกบ เขียด ตัวอ๊อด
บริการ/ รับจ้าง	177	ช่างทั่วไป	รับเหมาก่อสร้าง ซักอบรีด เย็บผ้า ซ่อมแซมเสื้อผ้า ทำกระทงจากข้าวโพด คอมพิวเตอร์ อินเตอร์เน็ต เสริมสวย
หัตถกรรม	97	ทอผ้า จักสาน ทอเสื่อ ประดิษฐ์ตะกร้า	

ในส่วนของผู้ขอกู้รายกลุ่มนั้น กองทุนผู้สูงอายุมีระเบียบให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันไม่เกิน 5 คน กู้ยืมกลุ่มละไม่เกิน 100,000 บาท ในช่วงปี 2552 ผู้สูงอายุได้กู้ยืมเงินระหว่างกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพด้านการเกษตรเกือบทั้งหมด มีเพียง 3 กลุ่ม ที่กู้ยืมไปประดิษฐ์ ทอผ้า และ 1 กลุ่ม ประกอบอาชีพค้าขาย (ตารางที่ 6.3) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 6.3 ลักษณะอาชีพที่ผู้สูงอายุกู้ยืมเงินเป็นรายกลุ่ม

ประเภท	จำนวน	ลักษณะอาชีพ
เกษตรกรรม	9	เกษตรพอเพียง ผลิตปุ๋ยอินทรีย์ ปุ๋ยชีวภาพ เพาะเห็ดในโรงเรียน
ปศุสัตว์	4	เลี้ยงสัตว์ เลี้ยงโค เลี้ยงหมู เลี้ยงกระบือ
ประมง	4	เลี้ยงปลาในกระชัง ปลาดุก ปลานิล กุ้ง
หัตถกรรม	3	ประดิษฐ์ต้นไม้มงคล ทอผ้า งานประดิษฐ์ต่างๆ
ค้าขาย	1	หมูทอดกระเทียม

6.1.2 ด้านการสร้างรายได้

สำนักบริการสวัสดิการสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบดูแลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่งทั่วประเทศ ในปี 2552 สนับสนุนกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์หรือภูมิปัญญาแก่สังคม โดยผู้สูงอายุได้รับค่าวิทยากรเป็นค่าตอบแทน และมีงบประมาณในการดำเนินงานโครงการทั้งหมด 1,951,200 บาท มีผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ 2,402 คน จากเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ 2,600 คน นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรม อาสาสมัครผู้สูงอายุเพื่อสวัสดิการชุมชน ให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีจิตอาสา เป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ด้วยแนวคิดพึ่งพาอาศัยกันและกันในชุมชน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครฯ จะได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 300 บาท ปีงบประมาณ 2552 มีผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครฯ จำนวน 600 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3,525 คน

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ร่วมกับมูลนิธิส่งเสริมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จัดทำโครงการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุขึ้น โดยดำเนินการฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง และมีความต้องการอาชีพเสริมเข้ารับการอบรม ในปี 2552 ได้จัดทำโครงการขึ้นใน 5 จังหวัด ได้แก่ เพชรบุรี บุรีรัมย์ ยโสธร สงขลา และเชียงใหม่ โดยทำการส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ จังหวัดละ 10 คน ใช้วิทยากรจากหน่วยงานและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ ลักษณะการประกอบอาชีพที่ส่งเสริม ได้แก่ การเพาะเห็ดนางฟ้า การเพาะเห็ดฟาง การเลี้ยงปลาดุก การปลูกพืชผักสวนครัว การผลิตก้อนเชื้อเห็ด การปลูกไม้ผล เช่น มะม่วง มะละกอ ชมพู่ มะนาว ฝรั่ง มะพร้าวน้ำหอม และการเลี้ยงเป็ดเทศ เป็นต้น

จากลักษณะอาชีพต่างๆที่ผู้สูงอายุได้ดำเนินการนั้น ส่วนใหญ่เป็นอาชีพที่มีความถนัดหรือความชำนาญอยู่เดิม เช่น อาชีพด้านการเกษตรประเภทต่างๆ และยังคงทำเป็นกิจการในครัวเรือนที่มีรายได้เพียงเล็กน้อย ซึ่งหากต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพและเลี้ยงตนเองได้แล้ว ภาครัฐควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ทางเทคโนโลยีใหม่ๆให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มผลผลิตและสร้างมูลค่าเพิ่มแก่ผลิตภัณฑ์ต่อไป

6.2 ศักยภาพผู้สูงอายุด้านการพัฒนาตนเองและกลุ่ม

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาตนเองและกลุ่มของผู้สูงอายุ มาจากการรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุ จากสถิติของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ปี 2552 มีชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายกับสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ จำนวน 21,155 ชมรม โดยภาคเหนือมีจำนวนชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด รายละเอียดของชมรมผู้สูงอายุ (ตารางที่ 6.4) จำแนกตามภาคต่างๆ มีดังนี้

ตารางที่ 6.4 จำนวนชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ

พื้นที่	ปี 2551 (ชมรม)	ปี 2552 (ชมรม)
กรุงเทพมหานคร	330	368
ภาคกลาง	1,938	2,314
ภาคเหนือ	6,954	10,029
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8,876	7,050
ภาคใต้	1,377	1,394
รวม	**19,475**	**21,155**

ที่มา : รายงานประจำปี 2552 ของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

การรวมตัวเป็นชมรมของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจาก 19,475 ชมรม เป็น 21,155 ชมรม (เพิ่มขึ้น 1,680 ชมรม) แสดงถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่จะยังคงมีกิจกรรมทางสังคม มีความต้องการพบปะเพื่อนฝูง ทำกิจกรรมสาธารณะที่เป็นประโยชน์ โดยการทำกิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการชมรมที่มีประธานสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ เป็นผู้ประสานงานในแต่ละจังหวัด

กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุได้ดำเนินการนั้น เป็นกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาตนเอง กลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนกลุ่มอื่นในชุมชน ภายใต้ความรู้ความสามารถของคณะกรรมการของชมรมและสมาชิก โดยมีกิจกรรมที่หลากหลายประเภทและมีงบประมาณสนับสนุนทั้งจากการจัดหาของชมรมและจากการขอรับการสนับสนุนจากแหล่งอื่นๆ ในส่วนการขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐนั้น ปีงบประมาณ 2552 กลุ่มชมรม และองค์กรผู้สูงอายุ ได้ขอรับงบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อนำไปจัดทำกิจกรรมในลักษณะโครงการต่างๆให้กับผู้สูงอายุในชุมชนและชมรมของตนจำนวน 200 โครงการ งบประมาณ 29,001,294.00 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 6.5)

ตารางที่ 6.5 ประเภทของกิจกรรม และจำยวนเงินที่ได้รับการอนุมัติจากกองทุนผู้สูงอายุ

ประเภท	จำนวน (โครงการ)	งบประมาณ (บาท)
1. **การส่งเสริมความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้สูงอายุ** ได้แก่	87	6,465,002.-
- การปลูกพืชผักสมุนไพร		
- สิทธิผู้สูงอายุ		
- การเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ		
- การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้		
- การจัดสวัสดิการชุมชน		
- ด้านอาชีพ ได้แก่ การทำดอกไม้จันน์ พวงหรีด ดอกไม้แห้ง น้ำมันเหลือง หน่อไม้ดองเปรี้ยว น้ำยาอเนกประสงค์ จักสาน ทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ไผ่ แปรอาหารสมุนไพร		
2. **การดูแลสุขภาพ** ได้แก่	58	2,978,664.-
- กายบริหารสำหรับผู้สูงอายุ/การออกกำลังกาย		
- การนวดแผนไทย		
- โภชนาการ		
- กีฬาเปตอง		
- การฝึกอบรมสมาธิ ไหว้พระ สวดมนต์ เดินจงกลม วิปัสสนา ยืดหยุ่น		
- ปาถกฐาธรรม		
- บวชชีพราหมณ์		
- อบรมพิธีกรรมทางศาสนา		
3. **การอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญา** ได้แก่	28	1,285,845.-
- ถ่ายทอดดนตรีไทย		
- ศิลปวัฒนธรรมไทย การร้องเพลงพื้นบ้าน (หมอลำกลอน, ลำหมู่, สรภัญญะ, ผญา) หมอแคน		
- การผลิต และเล่นดนตรีพื้นบ้าน (สะล้อ, ขลุ่ย, ซึง)		
- การแสดง เซิ้งภูไท		
- ศิลปะต่อสู้ รำมวยโบราณ		
- จักสาน (ไม้ไผ่, เสื่อ)		
- ทอผ้า		
- นิทานพื้นบ้าน		
- สมุนไพร		
- พานบายศรี, หมอสู่ขวัญ		
4. **สร้างความเข้มแข็งให้ผู้นำองค์กรผู้สูงอายุ และเครือข่าย** ได้แก่	10	650,215.-
- กิจกรรมเชื่อมความสามัคคีในครอบครัว และระหว่างเครือข่าย		
- การประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาคณะกรรมการ สมาชิก และเครือข่าย		
5. **โครงการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ**	7	466,870.-
6. **โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือชุมชน**	4	135,900.-
7. **กิจกรรมอื่นๆ สนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในระดับชาติ** ได้แก่	6	8,267,738.-
- การดำเนินการตามมติ กผส.	4	
- การจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2551	1	
- งานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี 2552	1	
รวม	**200**	**29,001,294**

ในส่วนของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดย สสส.ได้สนับสนุนทุนให้แก่ชมรม สมาคม หรือหน่วยงานใดๆ ที่จัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในปี 2552 มีโครงการที่ได้รับการสนับสนุน 109 โครงการ จำนวนเงิน 5,867,065 บาท นอกจากนั้น สมาคมสภาผู้สูงอายุฯ ยังได้จัดทำโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (เพื่อนช่วยเพื่อน)โดยให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรง ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อยู่ในชุมชน และชุมชนใกล้เคียง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 150 โครงการ งบประมาณ 7,710,000 บาท ซึ่งนับเป็นการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุในการพัฒนาตนเองและกลุ่ม และช่วยเหลือเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง

6.3 การได้รับการยกย่องเชิดชูจากสังคม

6.3.1 การได้รับการประกาศสดุดีเกียรติคุณเป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มีการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม โดยผู้สูงอายุต้องเป็นผู้มีความประพฤติดี มีคุณสมบัติ จริยธรรม ยึดมั่น และเทิดทูนในสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ มีการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง สนใจใฝ่รู้อยู่เป็นนิจ วางตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมโดยธรรม และปฏิบัติหน้าที่เป็นประโยชน์เป็นที่ประจักษ์แก่สังคม และเป็นตัวอย่างแก่สาธารณชนได้ ในปี 2552 ผู้ที่ได้รับการประกาศยกย่องให้เป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ คือ ศาสตราจารย์ ท่านผู้หญิง พูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา อายุ 99 ปี เป็นผู้ที่ดำรงตนและดำเนินชีวิตตามหลักสัปปุริสธรรม เป็นนักบริหารการศึกษา นักวิชาการที่มีความคิดริเริ่ม เป็นผู้ก่อตั้งคณะครุศาสตร์ เป็นคณบดีหญิงคนแรกของคณะครุศาสตร์ อุทิศตนตามอุดมคติของครุฐานิยธรรม ทุ่มเทพัฒนา เป็นต้นแบบของนักบริหารการศึกษา มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัด ทั้งในระดับชาติและนานาชาติมายาวนาน

6.3.2 การได้รับการประกาศเกียรติคุณและการได้รับรางวัลต่างๆ

1) การได้รับการประกาศเกียรติคุณเป็นศิลปินแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม ได้มีการสรรหาและคัดเลือกศิลปินผู้สร้างสรรค์ผลงานด้านศิลปะที่มีคุณค่าของแผ่นดินไทย เพื่อยกย่องเป็นศิลปินแห่งชาติในสาขาหลัก คือ ทัศนศิลป์ วรรณศิลป์ และศิลปะการแสดง มาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และในปี 2552 ได้มีการประกาศเกียรติคุณศิลปินแห่งชาติใน 3 สาขา จำนวน 8 นาย คือ

(1) ศาสตราจารย์ปรีชา เถาทอง สาขาทัศนศิลป์ ด้านจิตรกรรม อายุ 61 ปี ชาวกรุงเทพฯสจบการศึกษาปริญญาศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตรกรรม) จากมหาวิทยาลัยศิลปากร และรับราชการอาจารย์ ม.ศิลปากร เกษียณอายุในตำแหน่งศาสตราจารย์ ระดับ 9 คณะจิตรกรรมประติมากรรมและภาพพิมพ์ ตลอดระยะเวลา 39 ปีสร้างสรรค์ศิลปกรรมไทยร่วมสมัยอย่างมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น ชุดแสงเงา

(2) นายองอาจ สาตรพันธุ์ สาขาทัศนศิลป์ ด้านสถาปัตยกรรมร่วมสมัย อายุ 65 ปี ชาวกรุงเทพฯ จบการศึกษามหาวิทยาลัยคอร์เนลล์ สหรัฐอเมริกา เป็นสถาปนิกที่เป็นต้นแบบของสถาปัตยกรรมแบบร่วมสมัย สามารถประยุกต์ใช้ศิลปะแบบดั้งเดิมผสมผสานกับศิลปะสมัยใหม่

ได้อย่างกลมกลืน และแสดงให้เห็นถึงรากเหง้าของวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี จนได้รับรางวัล The Baird Prize จากมหาวิทยาลัยคอร์เนลล์ และรางวัลสถาปนิกดีเด่นจากสมาคมสถาปนิกสยาม เช่น อาคารตึกช้างคอนโดมิเนียม

(3) นางเพ็ญพรรณ สิทธิไตรย์ สาขาทัศนศิลป์ ด้านประณีตศิลป์-แกะสลักเครื่องสด อายุ 83 ปี ชาวสกลนคร เป็นผู้สร้างสรรค์ศิลปะการแกะสลักผัก ผลไม้ ใบตอง ดอกไม้สด รูปแบบลวดลาย เนื้อหาและวิธีการนำเสนอให้กว้างขวางขึ้นสู่สายตาชาวโลก เช่น งานโคมลอย พระราชพิธีจองเปรียงในจินตนาการ

(4) นายเสกสรรค์ ประเสริฐกุล สาขาวรรณศิลป์ ด้านเรื่องสั้น สารคดี นวนิยาย กวีนิพนธ์ อายุ 60 ปี จบการศึกษาปริญญาเอก มหาวิทยาลัยคอร์เนลล์ สหรัฐอเมริกา เขียนหนังสือมาตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา มีผลงานที่สร้างสรรค์มากว่า 3 ทศวรรษ ทั้งเรื่องสั้น นิยาย บันทึก ความเรียง บทความ บทปาฐกถา บทวิจารณ์วรรณกรรม และงานแปล เนื้อหาความคิดที่แนบแน่นอยู่กับประสบการณ์ชีวิต งานเขียนในทศวรรษแรกและทศวรรษที่สองสะท้อนทัศนะและอารมณ์ ในฐานะปัญญาชนที่เป็นผู้นำในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ในช่วงทศวรรษที่สามเป็นวรรณกรรมเชิงปรัชญา บนพื้นฐานภูมิปัญญาตะวันออก นำไปสู่การตกผลึกทางความคิด มีความลุ่มลึก คมชัดในผลงานที่สร้างสำนึกทางประวัติศาสตร์

(5) นายจตุพร รัตนวราหะ สาขาศิลปะการแสดง ด้านนาฏศิลป-โขน อายุ 73 ปี มีความสามารถด้านการแสดงโขน – ละคร โดยเป็นครูสอนโขนถวายแด่สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมาร และได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าฯ จากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวให้เข้ารับพระราชทานครอบประธานพิธีไหว้ครูโขนละคร และการต่อกระบวนรำเพลงหน้าพาทย์องค์พระพิราพ เมื่อปี 2527

(6) นายอุทัย แก้วละเอียด สาขาศิลปะการแสดงด้านดนตรีไทย อายุ 77 ปี จ.สมุทรสงคราม จบการศึกษาประถมที่ 4 โรงเรียนวัดอัมพวา เป็นลูกศิษย์ระนาดเอกของหลวงประดิษฐ์ไพเราะ (ศร ศิลปบรรเลง) ได้รับการถ่ายทอดชั้นเชิงการบรรเลงเดี่ยวระนาด เพลงหน้าพาทย์ การขับร้อง และการประชันวง มีความรู้แตกฉานทั้งทางระนาดเอกและระนาดทุ้ม ผลงานประพันธ์เพลงเถาเทพทอง เถาสุดคะนึง และแสดงเดี่ยวระนาดเอก ในการแสดงระนาดโลกที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ และเป็นผู้มีผลงานดีเด่นทางด้านวัฒนธรรม สาขาศิลปะการแสดงดนตรีไทย

(7) นางมัณฑนา โมรากุล สาขาศิลปะการแสดง ด้านดนตรีไทยสากล-คำร้อง อายุ 86 ปี ชาวกรุงเทพฯ จบการศึกษาจากโรงเรียนเสาวภา เป็นนักร้องที่มีชื่อเสียงโดดเด่นมาตลอด ผลงานเพลงได้รับความนิยมจนถึงปัจจุบัน เช่น เรณูดอกฟ้า สิ้นรักสิ้นสุข อาลัยรัก จุฬาตรีคูณ ลาแล้ว จามจุรี เป็นต้น

(8) นายประยงค์ ชื่นเย็น สาขาศิลปะการแสดง ด้านดนตรีไทยลูกทุ่ง-ผู้เรียบเรียงเสียงประสาน อายุ 63 ปี เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านดนตรีมากว่า 40 ปี เริ่มเข้าวงการเพลงโดยเป็นนักดนตรีเป่าทรัมเป็ท อยู่กับวงดนตรีรวมดาวกระจาย 2510 ต่อมามาอยู่กับวงดนตรีสุรพัฒน์ ผ่องศรี วรนุช และเพลิน พรหมแดน และมีผลงานเรียบเรียงเสียงประสานและบันทึกแผ่นเสียง อาทิ เพลงหนาวอีกปี

จดหมายจากแนวหน้า หัวใจถวายวัด ล่องเรือหารัก และเรียบเรียงเสียงประสานเพลงพระราชนิพนธ์ ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้แก่ เพลงส้มตำ เพลงแดร็กคูล่าผู้น่ารัก เพลงเพ็ญจันทร์ และเพลงพลบค่ำ

2) การได้รับรางวัลเชิดชูผู้ทำความดี

(1) รางวัลสุกรี เจริญสุข รางวัล รศ.ดร.สุกรี เจริญสุข กำเนิดขึ้นจากมูลนิธิตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ได้จัดให้มีโครงการเชิดชูผู้ทำความดีเพื่อสังคม โดยคัดเลือกบุคคลผู้มีคุณสมบัติทำความดีเพื่อสังคมในสาขาส่งเสริมดนตรี เพื่อรับการเชิดชูเกียรติและรับรางวัลผู้ทำความดีแก่สังคม ภายใต้ชื่อ "รางวัล สุกรี เจริญสุข โดยมูลนิธิตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย" ในปี 2552 ได้ประกาศให้ **ศาสตราจารย์นายแพทย์ พูนพิศ อมาตยกุล** ในฐานะเป็นผู้ทำความดีเพื่อสังคม สาขาการส่งเสริมดนตรี ด้วยเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาดนตรีวิทยา และประวัติศาสตร์ดนตรี รวมทั้งเป็นบุคคลที่มีส่วนสร้างแรงบันดาลใจ ถ่ายทอดความรู้เรื่องดนตรีไทยแก่นิสิต นักศึกษา จนเป็นที่ประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ นับเป็นบุคคลสำคัญในการสืบสานดนตรีไทยซึ่งเป็นมรดกของชาติ

(2) อาสาสมัครดีเด่นแห่งชาติ ประจำปี 2552 วันที่ 21 ตุลาคมของทุกปี รัฐบาลได้กำหนดให้เป็น วันสังคมสงเคราะห์แห่งชาติและวันอาสาสมัครไทย คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (กสค.) โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องจัดให้มีกิจกรรมเนื่องในโอกาสดังกล่าวขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ตลอดจนอาสาสมัคร ได้มีโอกาสมาพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และพัฒนาการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสังคม และมีการประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครดีเด่นและองค์การที่มีกิจกรรมทางสังคมดีเด่นของชาติ ในปี 2552 มีผู้ได้รับรางวัล 227 ราย และมีบุคลากรที่เป็นผู้สูงอายุจากสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จำนวน 7 ราย ได้รับรางวัลอาสาสมัครดีเด่นแห่งชาติ ดังนี้

1. นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช
2. นายวัลลภ เจียรวนนท์
3. คุณหญิงบรรจง นิวาศะบุตร
4. นายประหยัด ชัยเกียรติ
5. นายอรุณ วรชุน
6. นายปัญจา หมื่นวงศ์
7. นายทองอินทร์ จิตดี

3) การได้รับรางวัลระดับนานาชาติ

รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล เป็นรางวัลระดับนานาชาติ ได้รับพระบรมราชานุญาตให้จัดตั้งขึ้นเพื่อเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ผู้ทรงบำเพ็ญประโยชน์ต่อวงการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การเภสัชกรรม ทันตศึกษา การประมง กองทัพเรือ และการศึกษาของประเทศ เป็นคุณูปการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกี่ยวกับการแพทย์ของประเทศไทย ทรงทำนุบำรุงโรงเรียนราชแพทยาลัย เป็นการวางรากฐานให้การแพทย์ของไทยเจริญรุ่งเรืองทัดเทียมอารยประเทศในปัจจุบัน จนได้รับการถวายพระสมัญญานามว่า องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของ

ไทย และองค์บิดาแห่งการสาธารณสุขของไทย เป็นการสนองพระมหากรุณาธิคุณให้พระเกียรติยืนยงอยู่ในแผ่นดินนี้ และแผ่ขจรขจายไปทั่วโลก

คณะกรรมการมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลฯ ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีทรงเป็นองค์ประธาน ได้พิจารณาผู้ได้รับการเสนอชื่อเข้ารับพระราชทานรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2552 จำนวน 66 ราย จาก 35 ประเทศ โดยมีผู้สูงอายุได้รับรางวัลสาขาการสาธารณสุข 1 ราย คือ **นายมีชัย วีระไวทยะ**

6.4 ศักยภาพด้านการอนุรักษ์และการถ่ายทอดภูมิปัญญา

6.4.1 โครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ

ปี 2522 โครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ ได้จัดทำทะเบียนคลังปัญญาผู้สูงอายุ โดยรวบรวมผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านต่างๆ 23 สาขาวิชา และมีจิตอาสา พร้อมที่จะใช้ภูมิปัญญาสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน ตลอดจนถ่ายทอดทักษะประสบการณ์ความรู้ได้ 6,528 คน เป็น ชาย 4,890 คน และ หญิง 1,638 คน โดยจัดทำระบบฐานข้อมูลทะเบียนคลังปัญญาผู้สูงอายุ และมีเว็บไซต์ให้สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ http://opptgg.opp.go.th

6.4.2 ครูภูมิปัญญาไทย

โครงการส่งเสริมภูมิปัญญาไทย สนับสนุนโดยกระทรวงศึกษาธิการ ได้รวบรวมครูภูมิปัญญาไทยรวม 9 ด้าน ได้แก่ เกษตรกรรม อุตสาหกรรม หัตถกรรม การแพทย์แผนไทย การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กองทุนและธุรกิจชุมชน ศิลปกรรม ภาษาและวรรณกรรม ปรัชญา ศาสนาและประเพณี ด้านโภชนาการ ในปี พ.ศ.2552 เกิดครูภูมิปัญญาไทยรวมแล้ว 6 รุ่น จำนวน 341 คน สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียน จำนวน 300,000 คน นอกจากนี้ได้จัดทำหนังสือครูภูมิปัญญาไทยรวม 5 ภาค รุ่นที่ 6 (1 ชุด 4 เล่ม) รวม 4,000 เล่ม และหนังสือภูมิปัญญาไทย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทยทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ จำนวน 2,000 เล่ม เพื่อส่งเสริมครูภูมิปัญญาไทย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุให้ได้ถ่ายทอดแก่ผู้เรียน ทั้งในระบบนอกระบบโรงเรียน และตามอัธยาศัย จัดบริการสนับสนุนสื่อองค์ความรู้ กระจายหนังสือไปตามห้องสมุดประชาชนต่างๆ เพื่อให้ผู้สนใจทุกกลุ่มได้เข้าไปสืบค้น และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่สนใจได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยตรงกับครูภูมิปัญญาไทยทั้งทางโทรศัพท์และศูนย์การเรียนรู้ของครูภูมิปัญญานั้นๆ ได้

6.4.3 วุฒิอาสาธนาคารสมอง

การดำเนินงานของธนาคารสมอง เป็นแนวคิดและการดำเนินงานที่คำนึงถึงการนำทรัพยากรมนุษย์อันทรงคุณค่า คือ ผู้สูงอายุที่เกษียณหรือลาออกจากงานแล้ว ซึ่งมีอยู่จำนวนมากในประเทศไทยมาร่วมสมัครเป็น “วุฒิอาสา” อาสาทำงานให้กับสังคม ธนาคารสมองจึงเป็นแหล่งรวมของวุฒิอาสา ซึ่งเป็นคลังปัญญาของประเทศ ที่พร้อมอาสาร่วมพัฒนาสังคมและประเทศ ในลักษณะการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน โดยไม่หวังผลตอบแทน แต่มุ่งสร้างประโยชน์ให้เกิดกับส่วนรวมของประเทศ เพื่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชน โดยบทบาทของวุฒิอาสาธนาคารสมองที่สำคัญคือ การมีวิทยากรและที่ปรึกษาในโครงการต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

ในปี 2552 มีผู้สูงอายุเป็นอาสาของธนาคารสมอง จำนวน 3,597 คน จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ (อัตราเพิ่มปีละ 300 คน) โดยสถานะข้อมูลวุฒิอาสา มีดังนี้

1. สาขาวุฒิอาสา จำแนกเป็น 21 สาขา โดยมีสาขาการศึกษามากที่สุด ร้อยละ 27 ถัดไปเป็นด้านการเกษตร และอื่นๆตามลำดับ
2. การกระจายตัวตามภาค พบว่า วุฒิอาสาอยู่ใน กทม.และปริมณฑลมากที่สุด ร้อยละ 47 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง
3. เพศ วุฒิอาสา เป็นชายร้อยละ 72 หญิงร้อยละ 28
4. การศึกษา ร้อยละ 44 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 34 จบการศึกษาปริญญาโท
5. อาชีพเดิม ร้อยละ 87 เป็นข้าราชการ มีเอกชนและปราชญ์ชาวบ้านอยู่บ้าง

6.4.4 อาจารย์วัยเกษียณในสถาบันอุดมศึกษา

จากการขยายอายุเกษียณของกลุ่มอาชีพอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา เนื่องจากเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ยังสามารถถ่ายทอดความรู้ที่สั่งสมมายาวนานให้กับนิสิต นักศึกษา ตลอดจนช่วยบริหารจัดการองค์ความรู้ งานวิชาการ และองค์กรทางการศึกษาได้ ในปี พ.ศ. 2552 มีอาจารย์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว แต่ยังคงทำงานต่อเนื่องจำนวน 3,816 คน ในที่นี้เป็นอาจารย์ในกลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐมีจำนวน 3,501 คน และมหาวิทยาลัยเอกชน มี 315 คน อาจารย์ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีซึ่งมีจำนวน 3,484 คน และดำรงตำแหน่งทางวิชาการในระดับรองศาสตราจารย์จำนวน 1,452 คน รองลงมาเป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์จำนวน 1,009 คน *(อ้างอิงจากฐานข้อมูลรายบุคคล สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พศ.2552)* กลุ่มคนเหล่านี้จึงเป็นกำลังสำคัญในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ตลอดจนผลิตกำลังแรงงานคนรุ่นใหม่ที่มีคุณภาพ และศักยภาพเพื่อมาพัฒนาประเทศชาติต่อไป

6.4.5 โครงการถ่ายทอดงานศิลป์กับศิลปินแห่งชาติ

คลังสมองด้านศิลปะของแผ่นดินไทย ตามทำเนียบศิลปินแห่งชาติ ซึ่งในปี 2552 มีจำนวน 118 ราย บุคคลเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กลุ่มเป้าหมาย ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของประเทศไทย โดยมีสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม ส่งเสริม สนับสนุน ภายใต้โครงการถ่ายทอดงานศิลป์กับศิลปินแห่งชาติ ซึ่งนับว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้คงไว้ในแผ่นดินต่อไป

จากข้อมูลศักยภาพผู้สูงอายุที่กล่าวมา ถึงแม้เป็นการนำเสนอเพียงบางประเด็นก็ตาม แต่ก็ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ที่ยังสามารถประกอบอาชีพ เพื่อหาเลี้ยงตนเองได้และมีความสามารถในการดูแลตนเองและกลุ่ม รวมทั้งได้รับการยกย่องเชิดชูจากสังคม อย่างไรก็ตาม เนื้อหาในการนำเสนออาจไม่ครบถ้วน ทั้งนี้เกิดจากปัญหาในการบันทึกข้อมูล ทั้งจากผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุและองค์กรด้านผู้สูงอายุ ที่ต้องการมีการปรับปรุงและรื้อสร้างระบบการบันทึกข้อมูลขึ้นใหม่ ให้สามารถฉายภาพศักยภาพของผู้สูงอายุได้อย่างรอบด้านและชัดเจนต่อไป

7 สถานการณ์เด่นของผู้สูงอายุ พ.ศ.2552

สถานการณ์เด่นของผู้สูงอายุ ปี 2552*

7.1 ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี 2552 : ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์

ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา เกิดเมื่อวันพุธที่ 12 ตุลาคม พุทธศักราช 2453 ในปลายรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ที่กรุงเทพมหานคร เป็นบุตรีของนายฮันส์ ไกเยอร์ นักธุรกิจชาวเยอรมัน และนางเจียม ไกรยง ข้าหลวงในพระราชวังสวนสุนันทา ขณะอายุ 3 ปีครึ่ง บิดามารดาได้นำไปถวายตัวกับสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ (สมเด็จพระพันปีหลวง) ได้รับพระราชทานชื่อ "พูนทรัพย์" แต่เนื่องจากยังเล็กมาก จึงทรงฝากให้สมเด็จฯ เจ้าฟ้าวไลยอลงกรณ์ กรมหลวงเพชรบุรีราชสิรินธรทรงเลี้ยงดูไปก่อน โดยโปรดให้นอนหน้าพระแท่นบรรทม ท่านได้เจริญวัยอยู่ในพระราชวังพญาไท เป็นเวลานานถึง 20 ปี ทำให้ท่านมีกิริยาวาจามารยาทเรียบร้อยงามสง่า

ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา มีแววเฉลียวฉลาดตั้งแต่วัยเด็ก สมเด็จฯ เจ้าฟ้าวไลยอลงกรณ์จึงทรงสนับสนุนให้ได้เรียนหนังสือที่โรงเรียนราชินี เมื่อจบการศึกษาแล้ว ได้เข้าเรียนต่อในคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยสำเร็จเป็นอักษรศาสตร์บัณฑิตรุ่นแรก และได้รับราชการในสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ต่อมาได้รับทุนบาเบอร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ไปศึกษาต่อด้านจิตวิทยาการศึกษาที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน แล้วจึงโอนมารับราชการเป็นอาจารย์ประจำที่คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา ได้สมรสกับศาสตราจารย์ หม่อมหลวงจิรายุ นพวงศ์ อดีตคณบดีคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งต่อมาได้รับพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ ให้เป็นองคมนตรี แม้จะไม่มีบุตรธิดา แต่ท่านทั้งสองก็ครองชีวิตคู่ด้วยความสุขสมบูรณ์ เป็นตัวอย่างของคู่ชีวิตที่รักใคร่กลมเกลียวกันตลอดระยะเวลาอันยาวนานกว่า 50 ปี ทั้งยังช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อประเทศชาติ

---

* เขียนโดย นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

ในระหว่างที่รับราชการในคณะอักษรศาสตร์ ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา ได้เล็งเห็นการณ์ไกลด้านการศึกษาและความสำคัญของการฝึกหัดครูระดับปริญญา จึงริเริ่มให้มีแผนกครุศาสตร์เป็นแผนกเล็กๆในคณะอักษรศาสตร์ และได้พยายามบุกเบิกให้ก้าวหน้า จนยกระดับขึ้นเป็นคณะครุศาสตร์ในปี พ.ศ.2500 ซึ่งท่านได้ดำรงตำแหน่งเป็นคณบดีคนแรก นับเป็นคณบดีหญิงคนแรกของประเทศไทย ท่านได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งติดต่อกันนานถึง 14 ปี ท่านเป็นผู้ก่อตั้งภาควิชาพยาบาลศึกษา (ปัจจุบันเป็นคณะพยาบาลศาสตร์) เพื่อผลิตครูและผู้บริหารงานด้านการพยาบาลให้แก่กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ท่านยังก่อตั้งแผนกจิตวิทยาและแผนกพลศึกษา (คณะจิตวิทยาและคณะวิทยาศาสตร์การกีฬาในปัจจุบัน) ขึ้นในคณะครุศาสตร์ และเป็นผู้ก่อตั้งโรงเรียนสาธิตแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ท่านเป็นทั้งครูและกัลยาณมิตรของศิษย์ เป็นนักวิชาการและนักการศึกษาที่อุทิศตนตามอุดมคติของครูฐานนิยธรรม เป็นผู้นำและต้นแบบของนักบริหารที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เต็มเปี่ยมด้วยคุณธรรมและเมตตาธรรม ตลอดช่วงชีวิตการรับราชการ ท่านได้ทุ่มเทกำลังกายและสติปัญญาอย่างเต็มที่ด้วยมุ่งมั่นที่จะสร้างรากฐานอันมั่นคงให้กับการศึกษาของประเทศโดยรวม

นอกเหนือจากงานในราชการแล้ว ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา ยังปฏิบัติภารกิจในการช่วยเหลือสังคมอีกหลายด้าน อาทิ เป็นผู้ร่วมก่อตั้งและประธานกรรมการมูลนิธิกตเวทิน ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนงานในโครงการตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และเพื่อเป็นการตอบแทนพระมหากรุณาธิคุณของพระองค์ท่าน เป็นประธานคณะผู้ก่อตั้งสมาคมสตรีอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ และเป็นนายกสมาคมฯ คนแรก เป็นผู้ร่วมก่อตั้งและนายกสโมสรซอนต้า กรุงเทพฯ เป็นต้น ซึ่งได้ก่อให้เกิดประโยชน์แก่วงวิชาการ การศึกษา การพัฒนาเยาวชน สตรี และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ตลอดจนการยกสถานภาพสตรีไทยให้ทัดเทียมกับนานาชาติ

ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา เป็นผู้ที่มีความห่วงใยในการดำรงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ภาษาไทยที่ถูกต้อง ท่านได้เป็นประธานกรรมการรณรงค์เพื่อภาษาไทยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอให้รัฐบาลจัดตั้งวันภาษาไทยแห่งชาติ ซึ่งในที่สุดรัฐบาลได้ยอมรับข้อเสนอของกรรมการชุดนี้ ใน พ.ศ.2542 และประกาศให้วันที่ 29 กรกฎาคมของทุกปีเป็นวันภาษาไทยแห่งชาติ โดยถือเอาวันที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จพระราชดำเนินไปทรงร่วมการประชุมวิชาการ เรื่องการใช้ภาษาไทย ที่คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2505

ด้วยจิตใจที่มีแต่ให้และจิตใจที่นึกถึงสังคมส่วนรวมตลอดเวลา ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา ได้มอบที่ดินชายทะเลหาดแสงจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 2 ไร่ 54.3 ตารางวา ให้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อใช้ในกิจการของคณะครุศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ.2521 ปัจจุบันเป็นที่ตั้งของ “ศูนย์บริการวิชาการ จิรายุ - พูนทรัพย์” ภายใต้การดูแลของคณะครุศาสตร์ และในปี พ.ศ.2549 ท่านได้น้อมเกล้าฯ ถวายที่ดินและบ้านที่ท่านพำนัก แด่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งทรงพระราชทานพระราชานุญาตให้คณะครุศาสตร์และกรุงเทพมหานคร จัดทำเป็นพิพิธภัณฑ์และห้องสมุดเพื่อการเรียนรู้ ให้เยาวชนและผู้สนใจทั่วไปได้ใช้เป็นแหล่งค้นคว้าหาความรู้

หลังจากเกษียณอายุราชการ ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา ยังมีกุศลจิตคิดผดุงสังคม โดยการเป็นกรรมการสภา นายกสโมสร และประธานมูลนิธิที่สำคัญหลายแห่ง อาทิ สภาการศึกษาแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติ สภาวัฒนธรรมแห่งชาติ สโมสรซอนต้า กรุงเทพฯ มูลนิธิกตเวทิน ในพระบรมราชูปถัมภ์ ชีวิต จิตใจของท่านเปี่ยมด้วยความเสียสละ ทำงานโดยมุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง ผลงานของท่านปรากฏประจักษ์ชัดทั้งในระดับชาติและนานาชาติมาเนิ่นนาน จะเห็นได้จากรางวัลและเกียรติคุณที่ท่านได้รับเป็นจำนวนมาก ทั้งการได้รับการยกย่องจากสมาคมการศึกษาแห่งประเทศไทยให้เป็นนักการศึกษาดีเด่น ได้รับการเชิดชูเกียรติให้เป็นปูชนียาจารย์คนแรกของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการประกาศเกียรติคุณในฐานะบุคคลที่ทำคุณประโยชน์แก่การศึกษาของชาติอย่างสูงยิ่ง ในการจัดงานครบรอบ 100 ปี กระทรวงศึกษาธิการ มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งเป็นราชบัณฑิตกิตติมศักดิ์ ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โปรดเกล้าฯ พระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์มหาปรมาภรณ์ช้างเผือกและทุติยจุลจอมเกล้าวิเศษ ซึ่งทรงพระราชทานเป็นกรณีพิเศษให้กับผู้ที่กระทำความดีความชอบ เป็นประโยชน์แก่ราชการหรือสาธารณชน อันเป็นเกียรติประวัติสูงสุด

แม้ปัจจุบัน ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา จะล่วงเข้าสู่ปัจฉิมวัยแล้ว ท่านยังคงมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีเยี่ยม ยังคงปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานมูลนิธิ ประธานกรรมการ ที่ปรึกษาสมาคม สโมสร ที่ท่านก่อตั้งหรือมีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งงานที่เกี่ยวกับราชการอีกหลายตำแหน่ง ยังไม่นับงานเฉพาะกิจที่ท่านได้รับเชิญไปให้คำแนะนำช่วยเหลืออยู่เสมอ เมื่อคำนึงถึงอายุของท่านแล้ว กล่าวได้ว่าท่านเป็นผู้สูงอายุที่ทำงานหนักมากท่านหนึ่ง

ตลอดช่วงเวลาอันยาวนานหลายทศวรรษ ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา ได้อุทิศตนให้กับการศึกษาของชาติและงานสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมเป็นอเนกประการ เหนือสิ่งอื่นใด ท่านได้ดำรงตนและดำเนินชีวิตตามหลักสัปปุริสธรรม มีความหนักแน่นมั่นคงด้วยคุณธรรมและหลักการอันสูงส่ง เป็นประทีปและหลักชัยที่ส่องสว่าง เป็นที่พึ่งน้อมบูชา เทิดทูนด้วยศรัทธา และยึดมั่นเป็นแบบฉบับได้ด้วยความชื่นชมยินดี ด้วยเหตุดังกล่าว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน จึงมีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2552 เห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม เสนอ โดยเห็นสมควรประกาศสดุดีเกียรติคุณ ศาสตราจารย์ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา ในฐานะผู้สูงอายุแห่งชาติ พุทธศักราช 2552 เพื่อเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเจริญรอยตามสืบไป

7.2 ข้อมูลการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) [1]

ในปี พ.ศ.2550 สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ร่วมกับวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ผลจากการประเมินชี้ให้เห็นความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนกระบวนการและทิศทางการดำเนินงานผู้สูงอายุ พร้อมทั้งเสนอแนะให้ปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ในปี พ.ศ.2552 คณะผู้วิจัยของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจึงได้รับมอบหมายจากสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้ดำเนินโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป (2) เพื่อใช้แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุง เป็นกรอบสำหรับการดำเนินงานขับเคลื่อน และแปลงแผนผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงไปสู่การปฏิบัติโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบในระยะต่อไป

การดำเนินโครงการฯแล้วเสร็จเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2552 โดยรายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เป็นการนำเสนอภาพรวมของกระบวนการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับเดิม) และเนื้อหาของแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุง ประกอบด้วยเหตุผลและขั้นตอนของการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) สังเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุในอนาคต สู่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง การประมวลและสังเคราะห์ผลการระดมความคิดและวิพากษ์แผนผู้สูงอายุฯ แนวคิดพื้นฐานของแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุง ซึ่งการนำเสนอเนื้อหาสาระของแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงนี้ ได้เรียบเรียงตามยุทธศาสตร์ 1-5 ภายใต้แต่ละยุทธศาสตร์ มีมาตรการหลัก มาตรการย่อย หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ตัวชี้วัดและเป้าหมายในทุกช่วง 5 ปีของแผน รวมถึงข้อจำกัดและเงื่อนไขจำเป็นของแผนฯและการดำเนินงานตามแผนฯ

แนวทางการดำเนินงาน

การปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีแนวทางการดำเนินงานหลัก 3 ส่วนคือ

1. การใช้ข้อมูลจากการประเมินผลแผนผู้สูงอายุฯ ในช่วงปีพ.ศ.2545-2549
2. การสังเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย
    2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ประชากรสูงอายุ

---

[1] ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารหมายเลข 303, ธันวาคม 2552. เขียนโดย รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 การสรุปผลจากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ.2545-2549)

2.3 การสังเคราะห์นโยบาย กฎหมาย และแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

2.4 การเสนอประเด็นท้าทายต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะต่อไป

3. การเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับและทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะผ่านขั้นตอนการประชุมระดมความคิดเกี่ยวกับการปรับแผนฯและจัดเวทีวิพากษ์แผนผู้สูงอายุฯฉบับปรับปรุง

ผลการดำเนินงาน

แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงเป็นผลของการกลั่นกรองและสังเคราะห์การระดมความคิดและการวิพากษ์หลายขั้นตอน โดยใช้ข้อมูลผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ.2545-พ.ศ.2549) รวมทั้งการประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและนโยบายของรัฐในปัจจุบัน ผลจากการประมวลและสังเคราะห์ผลการระดมความคิดและวิพากษ์แผนผู้สูงอายุฯนำไปสู่แนวคิดพื้นฐานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงโดยมีปรัชญาว่า “ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยาก ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมโดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวดูแล 3) ชุมชนช่วยเกื้อกูล 4) สังคม รัฐสนับสนุน ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า **“ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”**

การปรับแผนฯผู้สูงอายุยังคงยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ไว้ แต่มีการปรับมาตรการหลัก มาตรการย่อย และดัชนี ดังที่ปรากฏในตารางด้านล่างนี้ (ตารางที่ 7.1)

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ตารางที่ 7.1 จำนวนมาตรการหลักและมาตรการย่อย และดัชนีวัดความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุฯฉบับเดิม (ก่อนปรับ) และฉบับปรับปรุง (หลังปรับ)

ยุทธศาสตร์	มาตรการหลัก		มาตรการย่อย		ดัชนี	
	ก่อนปรับ	หลังปรับ	ก่อนปรับ	หลังปรับ	ก่อนปรับ	หลังปรับ
ยุทธศาสตร์ที่ 1	3	3	11	7	10	7
ยุทธศาสตร์ที่ 2	6	6	16	15	10	15
ยุทธศาสตร์ที่ 3	4	4	12	15	26	22
ยุทธศาสตร์ที่ 4	2	2	5	7	5	8
ยุทธศาสตร์ที่ 5	4	3	-	-	6	4
ดัชนีรวม	-	-	-	-	-	4
รวม	**19**	**18**	**44**	**44**	**57**	**60**

โดยสรุป แผนผู้สูงอายุฯฉบับปรับปรุงนี้ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมมาตรการและดัชนีใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป มาตรการและดัชนีสำคัญที่แตกต่างจากแผนผู้สูงอายุฯฉบับเดิม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนมาตรการส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัยภายใต้ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ในยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ได้มีความพยายามส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในงานด้านผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้นโดยกำหนดให้มีดัชนีชี้วัดการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุโดยท้องถิ่น สำหรับยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มเติมมาตรการย่อยด้านหลักประกันทางสุขภาพ เช่น การให้วัคซีนที่จำเป็นตามมาตรฐานการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มมาตรการย่อยภายใต้มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน เช่น การจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคมรวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงในระยะยาวในชุมชน การส่งเสริมให้รัฐมีระบบและแผนเพื่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ เป็นต้น นอกจากนี้ในดัชนีรวมของยุทธศาสตร์ ได้มีการเพิ่มเติมดัชนีวัดความสุขของผู้สูงอายุเพื่อให้ดัชนีรวมมีความครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพกาย และสุขภาพจิต

ความแตกต่างที่สำคัญของแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงจากแผนฯฉบับเดิม คือการกำหนดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบโดยหน่วยงานที่ระบุไว้ในลำดับต้นจะเป็นแกนหลักหรือผู้ประสานงานในการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆของแผน

นอกจากการปรับแผนผู้สูงอายุตามมาตรการและดัชนีแล้ว ยังได้มีการพิจาณาถึงข้อจำกัด เงื่อนไขจำเป็น และการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุฯที่ปรับแล้วไว้ดังนี้

ข้อจำกัด

1. วิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 อาจส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุ ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดต่อภาวะความยากจน และปัญหาทางเศรษฐกิจอาจส่งผลต่อความสามารถด้านการเงินการคลังของรัฐบาลในการดำเนินงานตามแผนฯ

2. ความผันผวนทางการเมืองอาจส่งผลให้การดำเนินงานตามแผนฯขาดความต่อเนื่อง และอาจชะงักงันหากมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลและนโยบายด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งหากผู้นำประเทศไม่ให้ความสนใจหรือไม่เข้าร่วมเป็นประธานในการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติด้วยตนเอง

เงื่อนไขจำเป็น

1. การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรจะเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากในช่วง 15 ปีหลังของแผนฯ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และประชากรสูงอายุช่วงวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วกว่าประชากรสูงอายุกลุ่มอื่นๆ การเร่งดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุฯจึงไม่อาจรั้งรอได้ เงื่อนไขที่จำเป็นคือการกำหนดเรื่องผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้รับการจัดอยู่ในลำดับสำคัญและได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง ไม่ผันแปรไปตามนโยบายของแต่ละรัฐบาล

2. การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เน้นการบูรณาการจากทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและร่วมแรงร่วมใจกันขับเคลื่อนให้เกิดผล โดยมีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุเป็นแกนหลัก

3. การส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทให้มากขึ้น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานตามแผนฯสัมฤทธิ์ผล

4. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯและปรับแผนฯเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

7.3 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จาก...มติสมัชชาผู้สูงอายุ...สู่ มติสมัชชาสุขภาพ [2]

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้ระบุว่า สัดส่วนการเกื้อหนุน (Support ratio) ของประชากรวัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 15 – 64 ปี ต่อประชากรวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปในทวีปเอเชีย เมื่อปี พ.ศ.2543 อยู่ที่ 10 – 16 คน ต่อ 1 คน และได้คาดการณ์ต่อไปในระยะ 40 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ.2593 สัดส่วนของการเกื้อหนุนจะลดลงมาอยู่ที่ประมาณ 2.7 – 4.8 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ยกเว้นแค่เพียงประเทศญี่ปุ่นเพียงประเทศเดียวที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งสัดส่วนของการเกื้อหนุนจะลดลงจาก 4 ต่อ 1 มาอยู่ที่ 1.4 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน เหตุผลสำคัญของข้อเท็จจริงดังกล่าวก็เนื่องมาจาก ภาพรวมของประชากรวัยแรงงานในแต่ละประเทศของภูมิภาคเอเชียนี้มีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้จำนวนประชากรวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญด้านการผลิต (Productivity) ที่มีอยู่ ต้องรับภาระในการดูแลผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์ดังกล่าว ย่อมส่งผลต่อขีดความสามารถในด้านกำลังการผลิตของแต่ละประเทศ ในขณะที่งบประมาณส่วนหนึ่งของแต่ละประเทศจะต้องถูกนำมาใช้เป็นการเฉพาะเพื่อการดูแลกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุ

เมื่อมองย้อนกลับมาที่ประเทศไทยของเรา เช่นเดียวกัน ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ระบุว่า ในระยะ 15 ปีจากนี้ไปหรือภายในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ไปเป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ และที่สำคัญประชากรสูงอายุเหล่านี้ก็มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น นั่นยอมหมายความว่าระยะเวลาของการต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะยาวขึ้นด้วยเช่นกัน ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุชาย อยู่ที่ 69.5 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงอยู่ที่ 76.3 ปี *(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล : มกราคม 2553)* ในขณะที่สัดส่วนของวัยแรงงานต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทย จะลดลงจาก 6 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ไปเป็น 2 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ.2573 หรือในระยะ 20 ปี ต่อจากนี้ไป *(สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2550)*

ตัวเลขที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุไทยกำลังเป็นข้อเท็จจริงที่รัฐบาลจำเป็นต้องให้ความตระหนักและมุ่งแสวงหามาตรการต่างๆเพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว เวทีสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติเป็นเวทีของแกนนำและเครือข่ายผู้สูงอายุไทยในการนำเสนอประเด็นที่เป็นข้อเรียกร้องต่อรัฐบาล ในปี พ.ศ.2552 นับเป็นปีที่ 2 ของเวทีสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 7 – 8 เมษายน 2552 โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาจกล่าวได้ว่า เวทีสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาตินี้เป็นการรวมตัวขององค์กรภาคีเครือข่าย และกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุจากทั่วประเทศ โดยจัดขึ้นปีละ 1 ครั้ง มีหน่วยงานเข้าร่วมที่สำคัญ ได้แก่ สาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยที่มีอยู่ในพื้นที่ทุกจังหวัด ชมรมผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ องค์กรภาครัฐ สถาบันการศึกษา ภาคเอกชน

---

[2] เขียนโดย นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และนางสาวเพ็ญศิริ แต่สุวรรณ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ.2552 ที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติได้ร่วมกันพิจารณาและให้ข้อคิดเห็นต่อประเด็น **"การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว"** ซึ่งได้มีการให้นิยามของ "การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว" ว่า หมายถึงการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ *(เอกสารหลัก การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ สมัชชาสุขภาพ 21 หลัก 3 16 พฤศจิกายน 2552)* ซึ่งผลจากเวทีสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติครั้งที่ 2 นี้ได้นำมาสู่ข้อเสนอการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

1. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและยาวนานที่สุด

1.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีรายได้พอเพียงแก่ความจำเป็นในการดำรงชีพ

1.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

1.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง

1.4 ส่งเสริมให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุ

2. การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2.1 เสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลให้มีความรู้และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

2.2 การจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care)

2.3 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

2.4 การดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครผู้ดูแล

2.5 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย และจัดหากายอุปกรณ์และอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุ

3. การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3.1 จัดให้มีสถานบริการผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน

3.2 จัดให้มีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) และเป็นผู้บริหารงานสวัสดิการในชุมชน

3.3 จัดให้มียานพาหนะรับส่งผู้สูงอายุที่เจ็บไข้ได้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพ

3.4 ทบทวนกฎหมายและระเบียบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

3.5 จัดให้มีสถานที่ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเพื่อดูแลผู้สูงอายุครบวงจร

3.6 จัดให้มีระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

4. การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

4.1 กำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่นดำเนินการจัดตั้งสถานบริการหรือหน่วยงานให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม

4.2 กำหนดองค์กรในการดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ

4.3 กำกับและควบคุมดูแลโรงเรียนและสถานดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน

4.4 ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ หรือองค์กรภาคเอกชน จัดให้มีบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

4.5 กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในระดับชาติ ตลอดจนมีการบูรณาการการดูแล (Integration of Care) ทั้งด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ

4.6 จัดให้มีการแบ่งกลุ่มผู้พักอาศัยตามระดับความต้องการการดูแล (Level of Care) เพื่อให้สอดคล้องกับประเภทสถานบริการ

5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5.1 จัดทำแผนสนับสนุนการผลิตและฝึกอบรมกำลังคนทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการให้เพียงพอทั้งจำนวน คุณภาพและการกระจาย

5.2 วางแผนการจัดการกำลังคนอย่างเชื่อมโยงระหว่างกำลังคนทางการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งกำกับดูแลโรงเรียนสอน ดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน และกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว อาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5.3 จัดให้มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

โดยในเวลาต่อมา เมื่อเดือนพฤษภาคม 2553 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้มีมติเห็นชอบให้มีการกำหนดและมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ อาทิ กรุงเทพมหานคร, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กระทรวงแรงงาน, กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น เป็นหน่วยงานที่ร่วมรับผิดชอบโดยให้ความสนับสนุนและร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามข้อเสนอดังกล่าวให้เกิดผลเป็นรูปธรรม โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลัก

อย่างไรก็ตามประเด็น **"การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว"** เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจและกำลังกลายเป็นข้อกังวลร่วมกันโดยเฉพาะในแวดวงของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม งานวิจัยหลายชิ้นได้ให้ความสำคัญประเด็นโจทย์ของการวิจัยไปที่การพยายามค้นหาคำตอบให้แก่สังคมไทย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (Aged Socity) ในระยะเวลาเพียงกว่าทศวรรษข้างหน้านี้ โดยเฉพาะในประเด็นที่เชื่อมโยงกับขีดความสามารถของระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีครอบครัวเป็นหน่วยรองรับพื้นฐาน รวมไปจนถึงก้าวต่อไปของการเตรียมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน หรือสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Nursing Home) ซึ่งกำลังเป็นทั้งความต้องการและความจำเป็นหรืออาจจะกำลังกลายเป็นคำตอบของสังคมไทยที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้ แม้ว่าผลจากการศึกษาของ

รศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณรดา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจะระบุว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงปรารถนาที่จะให้ครอบครัวเป็นผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุก็ตาม *(ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ : 2552)*

ความพยายามต่อเนื่องที่ฝ่ายราชการได้มีการดำเนินการเพื่อเร่งให้ประเด็น **"การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว"** ที่เป็นมติจากเวทีสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปีพ.ศ.2552 นี้ มีการเคลื่อนไหวต่อไปในเชิงนโยบายก็คือ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2552 ที่ผ่านมา มติคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้เห็นชอบให้มีการแต่งตั้ง **"คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว"** โดยนายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขรับเป็นเจ้าภาพหลัก มีองค์ประกอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกว่า 20 หน่วยงานเข้าร่วมเป็นอนุกรรมการ โดยคาดหวังที่จะให้คณะอนุกรรมการชุดนี้ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนทิศทางเชิงนโยบาย ควบคู่ไปกับการระดมความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประเด็นเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นำไปสู่การศึกษา วิเคราะห์ และระดมองค์ความรู้ร่วมกัน เพื่อกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมที่สนองตอบความต้องการและความจำเป็นในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ในเวลาต่อมาเพื่อเน้นย้ำให้กระแส **"การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว"** ยังอยู่ในความสนใจและเป็นประเด็นหลักที่ต้องมีการผลักดันทิศทางนโยบายเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุไทยซึ่งกำลังเคลื่อนจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุระยะต้น (Aging Society) สู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (Aged Society) ดังนั้นประเด็นเรื่อง "การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว" จึงได้ถูกนำเสนออีกครั้งในหัวข้อของการประชุมสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 ที่จัดขึ้นโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อกลางเดือน ธันวาคม 2552 ที่ผ่านมาเช่นเดียวกัน

มติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้นำเสนอ **"การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง"** ไว้อย่างน่าสนใจดังนี้

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สองได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง[3]

ตระหนักดี ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น การใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุทุกคนจะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ช่วยลดความทุพพลภาพซ้ำซ้อนและชะลอภาวะพึ่งพิงได้

เป็นกังวล ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ที่มาเป็นผู้ดูแล และศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระที่หนักขึ้นในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพ

---

3 เอกสาร สมัชชาสุขภาพ 2 / หลัก 3

ชีวิตของผู้สูงอายุและวัยแรงงานด้อยลง ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพทุพพลภาพหรือพิการขาดผู้ดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชน หรือเข้าไม่ถึงบริการสาธารณะจะเป็นกลุ่มเสี่ยง (เปราะบาง) ที่น่าห่วงใยเป็นอย่างมาก

รับทราบ ว่าส่วนกลางและท้องถิ่นรวมทั้งชุมชนบางแห่งริเริ่มการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ลุกขึ้นจากเตียงไม่ได้ เป็นต้น แต่มีปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล และขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน

เห็นด้วย ว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องจัดให้มีการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน โดยภาคประชาสังคม เช่น การมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งเป็นแกนนำสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับครอบครัว ชุมชนและมีศักยภาพที่จะจัดการดูแล ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน จัดหาอุปกรณ์การฟื้นฟู ค่าเดินทาง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมทั้งพัฒนาระบบที่เชื่อมต่อกับการดูแลในสถาบันสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น โดยมีการพัฒนากลไกและมาตรฐานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือพิการในสถาบันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. เห็นชอบในหลักการว่า **รัฐมีหน้าที่จัดการดูแล** ผู้สูงอายุที่ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และให้การรับรองหลักการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก โดยมีการดูแลในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนจะเป็นส่วนสนับสนุนให้มีบทบาทที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างใกล้ชิด ไม่แยกส่วนจากกัน และขอให้รัฐบาลกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นวาระแห่งชาติ

2 ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 เป็นเจ้าภาพประสานหน่วยงานระดับท้องถิ่น เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้มีผู้สูงอายุเป็นกรรมการอยู่ด้วยในสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 ใน 4 ของจำนวนกรรมการ และให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง พร้อมทั้งระบุภารกิจการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการจัดทำเทศบัญญัติ ข้อบัญญัติท้องถิ่น แผนพัฒนาท้องถิ่น 3 ปี และแผนพัฒนาท้องถิ่นประจำปี รวมทั้งให้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโดยแบ่งประเภทตามกลุ่มภาวะพึ่งพิงในทุกตำบล/ท้องที่

2.3 สนับสนุนค่าอุปโภคบริโภค ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยรวมทั้งส่งเสริมอาชีพหรือพิจารณาจัดสวัสดิการสังคมให้กับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

2.4 จัดให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ศูนย์ดูแลพักพิงและฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตามความต้องการของพื้นที่

2.5 ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครชุมชนดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.6 ต้องจัดให้ภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งชมรมผู้สูงอายุ สาขาสภาผู้สูงอายุ ภาคีสมัชชาสุขภาพ มีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายท้องถิ่น ด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดทำเป็นเทศบัญญัติและข้อบัญญัติท้องถิ่น ตลอดจนการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล

3. ขอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ องค์กรวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3.1 พิจารณาปรับปรุงเพิ่มเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจากอัตราของผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งนี้ไม่ต่ำกว่าเส้นความยากจน

3.2 ร่วมกันพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยให้ความรู้ต่างๆ เช่น เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการดูแล การพัฒนาบุคลากร งบประมาณให้สามารถจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน

3.3 ให้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องการบริการทางการแพทย์/การพยาบาลขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ เพื่อการกำกับการดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน

3.4 ส่งเสริม สนับสนุนการฝึกอบรมความรู้และทักษะ และสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ให้แก่ญาติและบุคลากรกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น อาสาสมัคร สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างได้รับการพัฒนาให้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรวิชาชีพนั้นๆ

3.5 จัดให้มีบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการบริการดูแลระยะยาว (Care manager) โดยคำนึงถึงความแตกต่าง และความต้องการที่หลากหลาย

3.6 สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการดูแลสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้าน สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น

3.7 พัฒนาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้จัดบริการการดูแลระยะยาว ทั้งบริการด้านสุขภาพ และสังคม ให้มีมาตรฐาน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ เพื่อเป็นศูนย์สาธิตให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เรียนรู้และขยายผล

3.8 ศึกษาผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

4. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลิตและธำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลด้านผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และบุคลากรระดับผู้ช่วยวิชาชีพ

5. ขอให้สถานศึกษาทุกระดับจัดให้มีหลักสูตรด้านการดูแลผู้สูงอายุ

6. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงมหาดไทยร่วมกันจัดทำมาตรฐานและกลไกระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมจากชุมชน ท้องถิ่นและผู้สูงอายุ ตลอดจนการกำกับมาตรฐานดังกล่าวให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

7. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4

จากมติสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังกล่าวข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่า มีการขอให้หน่วยงานหลักๆเข้าร่วมมีบทบาทโดยตรงในการรับผิดชอบบริหารจัดการและการขยายบทบาทภารกิจ เพื่อเตรียมการในเรื่องการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น ซึ่งข้อเสนอมติสมัชชาสุขภาพดังกล่าว ในเรื่องของหน่วยงานรับผิดชอบหลักและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้นต่างก็มีความสอดคล้องกับข้อเสนอของสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติครั้งที่ 2

อย่างไรก็ตามโดยที่สถานการณ์ **"สังคมผู้สูงอายุ"** กำลังเป็นทั้งข้อเท็จจริงและวิกฤตของสังคมไทยในวันข้างหน้าที่ทุกภาคส่วนต่างก็ให้ความสนใจและเริ่มมองเห็นผลกระทบ โดยเฉพาะผลกระทบในระยะยาวไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของภาคการผลิต การออมและการลงทุนในเศรษฐกิจมหภาค การจัดให้มีบริการด้านสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคมเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มสัดส่วนเข้ามาแทนที่ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตลอดจนความปรารถนาดีและความพยายามของหน่วยงานต่างๆที่ได้จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก และสาธารณูปโภคที่เป็นมิตรและเอื้อประโยชน์ต่อการเข้าถึงและการใช้บริการได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ฯลฯ ความตระหนักและข้อห่วงใยต่างๆดังกล่าว ล้วนเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเข้ามาช่วยกันสนับสนุน และช่วยเพิ่มความเข้มข้นความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน ในการเข้ามาร่วมกันคิด ร่วมกันระดมสมองและแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ ตลอดจนร่วมกันนำเสนอแนวทางหรือรูปธรรมที่สามารถเป็นต้นแบบที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทยในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางขึ้นไปและผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน หรือแม้กระทั่งการนำเสนอรูปแบบหรือบริการ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความแตกต่างหลากหลาย สำหรับผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงสามารถพึ่งพาตนเองได้และผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นหรือต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมไปจนถึงความพยายามของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะกำหนดให้มีมาตรฐานของบริการ การกำกับดูแล รวมทั้งการควบคุมคุณภาพของบริการดูแลระยะยาว

อาจกล่าวได้ว่า ขณะนี้นับเป็นโอกาสที่ค่อนข้างจะเหมาะสมสำหรับความพยายามที่จะผลักดันนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ปรากฏทิศทางหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนได้ เนื่องจากเป็นที่ประจักษ์แล้วว่า รัฐบาลปัจจุบันเป็นรัฐบาลที่เห็นความสำคัญในเรื่องการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดย

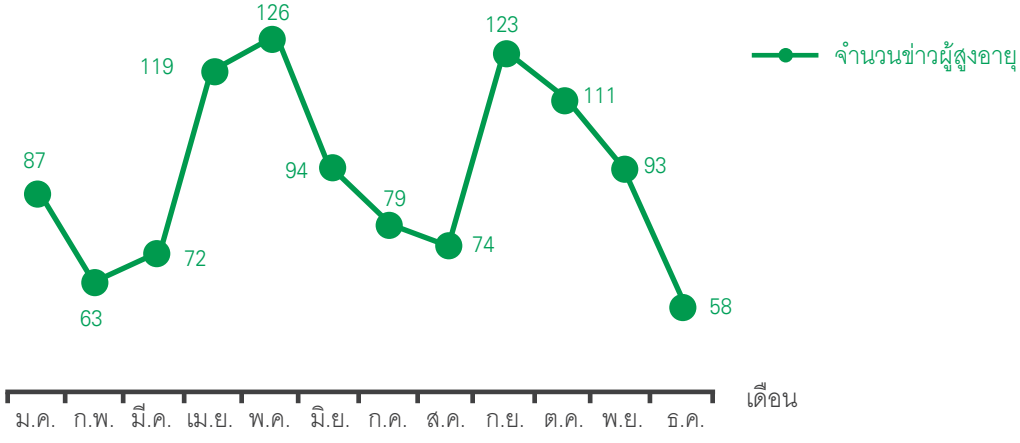
เฉพาะในเรื่องสวัสดิการด้านรายได้ในวัยสูงอายุ ประจักษ์ชัดจากนโยบายการจ่ายเบี้ยยังชีพเพื่อช่วยเหลือเป็นเงินค่าครองชีพให้แก่ผู้สูงอายุรายละ 500 บาท/เดือน รวมทั้งควรริเริ่มให้เงินช่วยเหลือเป็นค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตทุกรายๆละ 2,000 บาท เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายสำหรับจัดการศพผู้สูงอายุที่เสียชีวิตให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุ นอกจากนี้รัฐบาลโดยกระทรวงการคลังกำลังอยู่ระหว่างการเตรียมการจัดตั้งกองทุนการออมแห่งชาติ เพื่อให้กองทุนดังกล่าวเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่อยู่ในวัยทำงาน เพื่อให้มีวินัยด้านการออมเงินโดยรัฐบาลร่วมจ่ายเงินสมทบ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีรายได้ที่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

ถึงแม้ว่า **"การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว"** อาจจะไม่ใช่ประเด็นเร่งด่วน แต่ก็เป็นประเด็นที่มีความจำเป็นจะต้องมีการเตรียมการอย่างรอบด้านและจริงจัง เพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในระยะ 5 ปี หรือ 10 ปีข้างหน้าถัดจากนี้ไป ทั้งในมิติของนโยบายและการจัดให้มีบริการต่างๆ เนื่องจากจำนวนตัวเลขของผู้สูงอายุไทยที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างสะสมและรวดเร็วในขณะนี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ให้ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะหน่วยงานหลักที่มีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงด้านผู้สูงอายุ ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องรีบทบทวนภารกิจของตนเอง เพื่อรองรับประเด็นที่เป็นข้อมติจากสมัชชาผู้สูงอายุและสมัชชาสุขภาพดังกล่าว ทั้งในเรื่องขององค์ความรู้ ขีดความสามารถ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมาตรการทางกฎหมายหรือกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ รวมไปจนถึงการบูรณาการความร่วมมือกันอย่างจริงจังในการร่วมกันศึกษา วิเคราะห์ และวางแผนร่วมกัน ทั้งในเรื่องของงบประมาณและโครงสร้างของบริการต่างๆที่จำเป็นจะต้องจัดให้มีขึ้น รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของแนวทางหรือมาตรการต่างๆอย่างรอบด้าน ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมมิติต่างๆของนิยามความหมาย **"การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว"** ได้อย่างคลอบคลุม รวมทั้งสามารถเอื้อประโยชน์ให้สังคมไทยมีความพร้อมด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเมื่อต้องเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็น **"สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ"** ในไม่ช้านี้

7.4 สถานการณ์ผู้สูงอายุในรอบปี พ.ศ.2552 จากสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ [4]

จากการรวบรวมข้อมูลข่าวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในรอบปี 2552 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ซึ่งได้มีการนำเสนอผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ ประเภทหนังสือพิมพ์รายวัน รายสัปดาห์ รวมถึงสื่อออนไลน์ ที่เริ่มมีบทบาทสำคัญในการกระจายข่าวสารได้รวดเร็ว เข้าถึงง่าย และนำเสนอประเด็นได้หลากหลายกว่าในรูปแบบหนังสือพิมพ์ออนไลน์(เฉพาะภาษาไทยเท่านั้น) รวมทั้งสิ้น 35 แหล่งที่มา โดยพบประเด็นข่าวผู้สูงวัย เป็นจำนวนรวมถึง 1,099 ข่าว[5] สามารถจำแนกจำนวนข่าวเป็นรายเดือนในรอบปีได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 7.1 ข่าวผู้สูงอายุในรอบปี พ.ศ.2552 จำแนกเป็นรายเดือน



เมื่อพิจารณาการนำเสนอข่าวผู้สูงอายุผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ และหนังสือพิมพ์ออนไลน์ในรอบปี พ.ศ.2552 จะเห็นได้ว่า ในช่วงเดือนที่มีวันสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เดือนเมษายน-พฤษภาคม ซึ่งมีวันสงกรานต์ (วันครอบครัว และวันผู้สูงอายุแห่งชาติ) ย่อมจะมีข่าวผู้สูงอายุออกมามากกว่าช่วงอื่นๆ เดือนเมษายนมี 119 ข่าว และเดือนพฤษภาคมมี 126 ข่าว โดยเฉพาะข่าวกิจกรรมผู้สูงอายุ และเป็นช่วงที่รัฐบาลได้เริ่มจ่ายเบี้ยยังชีพถ้วนหน้า 500 บาท ให้กับผู้สูงอายุ นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 เป็นต้นไปอีกด้วย

ข่าวผู้สูงอายุจะถูกนำเสนอมากอีกช่วง คือ เดือนกันยายน-ตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงเกษียณอายุราชการ มีคนกลุ่มหนึ่งที่ก้าวออกจากตลาดแรงงาน จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องเหมาะสมกับวัยสูงอายุ ในเดือนกันยายนมี 123 ข่าว และเดือนตุลาคมมี 111 ข่าว โดยเป็นข่าวประเภทเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ การบริการข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ

---

4 เขียนโดย นายศรีนิตย์ ศรีอาภรณ์

5 ในจำนวนนี้ นับรวมข่าวซ้ำที่เป็นเรื่องเดียวกันแต่ถูกนำเสนอผ่านหนังสือพิมพ์ และหนังสือพิมพ์ออนไลน์หลายฉบับค้นคว้าจาก News Center

7.4.1 ประเภทข่าว และสถานการณ์ผู้สูงอายุ

ภาพรวมการนำเสนอประเด็นข่าวและรายละเอียดที่น่าสนใจเกี่ยวกับผู้สูงวัยในปี พ.ศ.2552 สามารถจัดแบ่งประเภทข่าวออกได้เป็น 6 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นข่าวที่เกี่ยวกับสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย

สื่อมวลชนได้นำเสนอข่าวตัวเลขสถิติข้อมูลประชากรไทยที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และเผยแพร่ผลสำรวจ อ้างถึงสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ตลอดจนสถิติอัตราการพึ่งพิงคนวัยแรงงานของผู้สูงอายุ ต้องการกระตุ้นให้ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงการเป็น "สังคมผู้สูงอายุ" ของสังคมไทยในปัจจุบันแล้ว โดยทุกฝ่ายจะต้องพร้อมและมีมาตรการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวในทุกระดับ

ในช่วงต้นเดือนเมษายน ซึ่งเป็นเดือนที่มีวันผู้สูงอายุแห่งชาติและวันครอบครัว มีการเปิดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี พ.ศ.2552 เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์(พ.ม.)ได้อ้างอิงข้อมูลจากกรมการปกครองล่าสุดระบุว่า ประเทศไทยมีประชากร 63.4 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุประมาณ 7.2 ล้านคน หรือร้อยละ 11.3 ของประชากรทั้งประเทศ (Press Release, 7 เม.ย. 2552)

อนึ่ง พ.ม.ยังระบุถึงการคาดการณ์ในปี พ.ศ.2565 ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทยถึง 18 เปอร์เซ็นต์ ไม่เพียงเท่านั้น การเพิ่มของประชากรสูงอายุของประเทศไทยยังมีอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มเป็น 2 เท่าในระยะเวลา 30 ปี (เว็บไซต์ไทยโพสต์, 19 พ.ค.และ สยามรัฐ, 20 พ.ค. 2552)

ขณะที่สำนักงานสถิติแห่งชาติเปิดเผยผลสำรวจจำนวนประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2551 มีจำนวนถึงร้อยละ 11.2 ของประชากรทั่วประเทศ ขณะที่มีคนวัยทำงานหรือผู้มีอายุระหว่าง 15-59 ปี อยู่ร้อยละ 67.4 สะท้อนว่าคนวัยทำงานทุกๆ 67 คนต้องแบกภาระต่อสู้ผู้สูงอายุ 11 คน หรือในอัตราส่วนประมาณ 7 : 1 (มติชน, 10 เม.ย. 2552)

นอกจากนี้จากข้อมูลสถิติความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและการตระหนักเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจ ประเมินว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า ประชาชนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 68.5 ตระหนักดีว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมาก ประชาชนร้อยละ 89.7 เห็นว่าควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามร้อยละ 76.0 คาดหวังจะพึ่งพาบุตรเมื่อยามสูงอายุ โดยร้อยละ 32.9 เห็นว่าแหล่งเงินที่จะเป็นหลักประกันสำคัญในการเลี้ยงดูยามสูงอายุมาจากบุตรเป็นอันดับต้น(ผู้จัดการรายวัน , 29 มิ.ย. 2552)

พร้อมกันนั้นมีข้อมูลรายงานฉบับใหม่ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization : ILO) เรื่อง "งานที่มีคุณค่าของแรงงานสูงอายุในประเทศไทย" ชี้ให้เห็นว่า โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังก้าวสู่การเป็นประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วกว่าประเทศอื่นๆ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผลิตภาพและการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ (เว็บไซต์มติชน, 13 เม.ย. 2552)

โดย ILO ยังประมาณการว่า ภายในเวลาประมาณ 20 ปี หรือ พ.ศ.2571 สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุต่อประชากรรวมจะเพิ่มขึ้น 2 เท่า โดยเพิ่มจากร้อยละ 10.55 เป็นร้อยละ 20.22 และอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก็จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าเช่นกัน คือ จากร้อยละ 15.70 เป็นร้อยละ 31.88 แสดงให้เห็นถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจจะไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Press Release, 3 พ.ย. 2552)

ช่วงปลายปี พ.ศ.2552 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.) เปิดผลจากประมาณการว่า ปี พ.ศ.2568 ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของไทยจะเพิ่มสูงขึ้นอยู่ที่ประมาณ 14.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10 ในปัจจุบันเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ.2573

อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่า เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ ลูกหลานวัยแรงงาน ที่ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนลดลงมาก เดิมประมาณการไว้ว่า 6 คนดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 1 คน จะลดเหลือ 2 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี 2573 และปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว สูงถึงร้อยละ 7.5 (เว็บไซต์คมชัดลึก, 14 ธ.ค.และไทยโพสต์, 16 ธ.ค. 2552)

ทั้งนี้ในภาพรวมการนำเสนอข่าวสถิติผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีที่มาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อาทิเช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนนักวิชาการ และองค์กรสาธาณประโยชน์ เช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)ที่นำข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาใช้เป็นหลัก

กลุ่มที่ 2 เป็นข่าวเกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ

ข่าวนโยบายผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีที่มาจากนักการเมืองท้องถิ่นและนักการเมืองระดับชาติ ทั้งจากฝ่ายสนับสนุนนโยบายรัฐบาลและฝ่ายขั้วการเมืองตรงข้าม ระหว่างที่สถานการณ์ทางการเมืองยังคงความขัดแย้งแบ่งฝักฝ่าย และเกิดการชุมนุมยืดเยื้อของคนในอีกกลุ่มหนึ่ง แต่รัฐบาลภายใต้การนำของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีก็ยังดำเนินการบริหารงานตามนโยบายที่ได้วางไว้ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ พร้อมไปกับกระบวนการถ่ายโอนอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่บางส่วนมีความพร้อมดำเนินนโยบายและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเห็นถึงบทบาทขององค์กรวิชาการ(นักวิชาการในมหาวิทยาลัย) และองค์กรสาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ซึ่งออกมาขับเคลื่อนเสนอแนะเชิงนโยบายให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

ด้านข้อเสนอนโยบายจากองค์กรวิชาการ และองค์กรสาธารณประโยชน์ ยังคงบทบาทในการขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดนโยบายด้านหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนของการเพิ่มรายได้เพื่อให้เพียงพอต่อการยังชีพ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญ ซึ่งมีการนำเสนอข่าวอย่างต่อเนื่อง

ต้นเดือนมกราคม ผศ.ดร.วรเวศน์ สุวรรณระดา คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนองานวิจัยเรื่อง “แบบจำลองสำหรับคาดการณ์ความยั่งยืนทางการคลังของระบบบำนาญที่ดำเนิน

การในระดับกองทุนชุมชน" โดยการสนับสนุนของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ศึกษาความเป็นไปได้ในการตั้งกองทุนสวัสดิการในชุมชนที่มีการจ่ายบำนาญให้กับผู้สูงอายุ จากการศึกษาวิเคราะห์แล้วพบว่า ในระยะยาวกองทุนสวัสดิการชุมชนที่บริหารจัดการบำนาญกันเองในรูปแบบที่เป็นอยู่นี้จะไม่มีความยั่งยืน จึงเสนอแนะให้ภาครัฐวางรากฐานผลักดันระบบบำนาญแห่งชาติให้เกิดขึ้น(เว็บไซต์ไทยรัฐ, 7 ม.ค. 2552)

ส่วนความเห็นจากผศ.ดร.จิตติ มงคลชัยอรัญญา คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระบุ นโยบายการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนมีความเสี่ยงสูง เพราะใช้เงินมหาศาล รัฐจะหาเงินที่ไหนมาจ่ายอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากขึ้น ต้องคิดระบบการออมเพื่อการชราภาพ รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบสวัสดิการชุมชน(เว็บไซต์ไทยรัฐ , 6 ก.พ. 2552)

ต่อมาในเดือนมีนาคม มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.)ได้จัดเวทีระดมความคิดเห็นเชิงนโยบายเรื่อง "การออกแบบระบบบำนาญแห่งชาติ" ที่ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ มี ดร.อัมมาร สยามวาลา นักวิชาการเกียรติคุณ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) เป็นประธาน ได้สรุปกรอบการจัดตั้งกองทุนบำนาญแห่งชาติ (กบช.) เสนอให้คณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมแห่งชาติเป็นผู้พิจารณา ก่อนเสนอคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานผลักดันเป็นนโยบายต่อไป (เว็บไซต์กรุงเทพธุรกิจ, 11 มี.ค. 2552)

ทั้งนี้ในช่วงต้นเดือนเมษายน มีการจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี พ.ศ.2552 น.พ.วิชัย โชควิวัฒน ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และเป็นรองประธานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) คนที่ 2 เปิดเผยมติที่ประชุมต่อผลสรุปเรื่อง "การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ" 5 ข้อที่เสนอต่อภาครัฐ ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและยาวนานที่สุด 2) ส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 3) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ และ 5) ส่งเสริมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยจัดทำแผนสนับสนุนการผลิตและฝึกอบรมกำลังคน (พิมพ์ไทย, 9 เม.ย. 2552)

ขณะที่รัฐบาลเร่งประชาสัมพันธ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุถ้วนหน้า และกำหนดให้มีการเปิดประเดิมเริ่มการจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ สื่อมวลชนได้รายงานประเด็นเรื่องหลักประกันรายได้ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่มาจากข้อเสนอของดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ นักวิจัยจากทีดีอาร์ไอ เสนอ 2 แนวทางบังคับการออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้ยามชรา รวมทั้งความเห็นจากฝ่ายวิชาการของ มส.ผส. ย้ำให้กระทรวงการคลังนำไปพิจารณา เพื่อเร่งออกระบบกองทุนบำนาญแห่งชาติ (โพสต์ทูเดย์, 8 เม.ย. 2552 และประชาชาติธุรกิจ, 13-15 เม.ย. 2552)

กระทั่งทีดีอาร์ไอเสนอแนวทางจัดตั้งกองทุนบำนาญแห่งชาติ(กบช.) หรือตามที่สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) กระทรวงการคลัง ได้เสนอการจัดตั้งกองทุนนี้เป็นตามกรอบแนวทางเดียวกัน โดยใช้ชื่อว่า "กองทุนการออมเพื่อการชราภาพ(กอช.)" รูปแบบ คือ เป็นกองทุนภาคบังคับ ให้แรงงานตั้งแต่ 15 -60 ปี จ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนเดือนละ 100 บาท และเปิดให้ผู้มีกำลัง สามารถจ่ายเงินออมเพิ่มได้ และภายหลังแรงงานจ่ายสะสมเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี รัฐจะสมทบให้เดือนละ 50 บาท ส่วนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับขึ้นกับเงินออมของแต่ละคน เสนอให้นายกรัฐมนตรีผลักดันให้เกิดเป็นนโยบาย(เว็บไซต์กรุงเทพธุรกิจ , 28 เม.ย. 2552)

ต่อมา สศค. กระทรวงการคลัง เห็นว่าควรผลักดันให้เกิดกองทุนการออมเพื่อการชราภาพ (กอช.) ขึ้นก่อนในเบื้องต้น โดยมีปรับเปลี่ยนรายละเอียดการออกแบบระบบกองทุนนี้ จากรูปแบบที่องค์กรวิชาการนำเสนอไป กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของกองทุนบำนาญหรือหลักประกันด้านรายได้รูปแบบต่างๆที่ภาครัฐอุดหนุนอยู่แล้ว สศค.ได้กำหนดจัดกระบวนการประชาพิจารณ์ใน 4 ภาค เพื่อเสนอให้ครม.พิจารณาต่อไป

ระหว่างนั้น มส.ผส. ได้จัดประชุมเวทีนโยบายสาธารณะ "ระบบบำนาญแห่งชาติถ้วนหน้า..เพื่อประชาชนอย่างยั่งยืน"เพื่อเสนอความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.กอช. ของ กระทรวงการคลัง โดย ดร .อัมมาร สยามวาลานักวิชาการเกียรติคุณ ทีดีอาร์ไอ แสดงความเห็นว่า ควรรวมกองทุนกอช. เข้ากับกองทุนประกันสังคม ในรูปแบบบูรณาการ เนื่องจากกองทุนประกันสังคม มีลักษณะบังคับตามกฎหมาย และมีลักษณะเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข ขณะที่กองทุนออมแห่งชาติ ไม่ได้เป็นภาคบังคับและมีบัญชีรายบุคคล ลักษณะการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข ก็จะน้อยลง (เว็บไซต์กรุงเทพธุรกิจ และเว็บไซต์คมชัดลึก, 1 ก.ย. 2552)

ด้านนโยบายรัฐบาล

นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลเรื่องหนึ่งที่ถูกกล่าวถึงอย่างมาก คือ โครงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุถ้วนหน้า ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ และตามด้วยนโยบายต่างๆ ที่เน้นไปยังกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสำคัญ โดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี กล่าวในพิธีเปิดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี พ.ศ.2552 ว่า รัฐบาลมีนโยบายที่จะขยายโอกาสเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนๆ ละ 500 บาท อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

"สำหรับนโยบายผู้สูงอายุระยะต่อไป ยังต้องพิจารณาเรื่องการสร้างความมั่นคงด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ด้วยการส่งเสริมให้มีระบบการออมระยะยาว ที่รัฐบาลต้องเข้ามามีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบ เช่นเดียวกับกองทุนประกันสังคม หรือกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ หรือแม้แต่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการระดับชุมชน" (Press Release และเว็บไซต์ Thaigov., 9 เม.ย. 2552)

ทั้งนี้รัฐบาลเดินหน้ากำหนดกรอบกฎเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมาจดทะเบียนรับเบี้ยยังชีพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกจังหวัดเริ่ม 26 ก.พ.-15 มี.ค. 2552 โดยพบว่าปีงบประมาณ 2552 มีผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพไปแล้วทั้งสิ้นจำนวน 5.9 ล้านคน (เว็บไซต์ไทยรัฐ, 17 ส.ค. 2552) กระบวนการพิจารณาปรับแก้เพิ่มเติมกฎหมาย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุในเรื่องนี้ มีข้อติดขัดพอสมควร เนื่องจากสาระเนื้อหาเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการเงินการคลัง แต่ในที่สุดรัฐบาลก็สามารถผลักดันการแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ให้ออกจากสภาฯ นำมาสู่การปฏิบัติได้

นอกจากนี้รัฐบาลมีดำริวางระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อเป็นหลักประกันด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุในระยะยาวและสร้างรากฐานระบบการออมของประเทศ โดยนายกรณ์ จาติกวณิช รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เห็นชอบหลักการร่างกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบช.) ซึ่งในหลักการสมทบจะแบ่ง เป็น อายุระหว่าง 20-30 ปี หากประชาชนใส่เงินเข้ามาใน กบช. 100 บาท รัฐบาลจะสมทบให้

50 บาท อายุ 31-50 ปี ใส่เงินเข้า 100 บาท รัฐบาลจะสมทบให้ 80 บาท และหากอายุ 51 ปี ขึ้นไปรัฐบาลจะสมทบให้ 100 บาท

"ส่วนรูปแบบการบริหาร กบช. รัฐบาลจะรับประกันผลตอบแทนให้ไม่ต่ำกว่าอัตราดอกเบี้ยเงินฝากประจำอายุ 1 ปี และการจ่ายคืนตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ด้วยการทยอยจ่าย อย่างน้อยเดือนละ 2,000-2,500 บาท และเมื่อรวมกับเบี้ยผู้สูงอายุอีกเดือนละ 500 บาท จะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนที่ 3,000 บาท น่าจะเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานให้กับประชาชนทั่วไปและคนแก่ที่อยู่นอกระบบการประกันสังคมและนอกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพซึ่งมีอยู่ประมาณ 24 ล้านคนได้" (เว็บไซต์มติชน, 20 ก.ค.)

อย่างไรก็ตามก่อนจัดเวทีประชาพิจารณ์การจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ ซึ่งเปลี่ยนชื่อเป็น กองทุนการออมเพื่อการชราภาพ (กอช.) เป็นจังหวะที่กระทรวงแรงงานสั่งรื้อกฎหมายประกันสังคมเพื่อเร่งดึงแรงงานนอกระบบเข้าสู่ระบบประกันสังคม โดยที่ประชุมคณะกรรมการประกันสังคมมีมติให้ขยายการให้สิทธิประโยชน์การประกันสังคมให้กับแรงงานนอกระบบ 2 กรณีที่เพิ่ม คือกรณีขาดรายได้จากการเจ็บป่วยและรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลติดต่อกัน 3 วัน จะจ่ายเงินให้ครั้งละ 1,000 บาทต่อคนต่อครั้ง และใน 1 ปีสามารถได้รับเงินกรณีขาดรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท แต่ส่วนสำคัญกลับอยู่ที่การเพิ่มสิทธิประโยชน์เงินชราภาพในรูปแบบเงินบำเหน็จแต่ยังคงให้ผู้ประกันตนจ่ายเงินรายปี ปีละ 3,360 บาทเท่าเดิม ซึ่งประกันสังคมจะหักเงิน 1,000 บาทเพื่อเป็นเงินออมให้กับผู้ประกันตนโดยจะนำเงินไปลงทุน ได้ดอกผลเท่าใดจะมาคืนผู้ประกันตนเมื่ออายุครบ 55 ปีบริบูรณ์

ความแตกต่างระหว่าง 2 กองทุนนี้ คือ การค้ำประกันผลตอบแทนของ กอช. รัฐบาลค้ำประกันผลตอบแทนไม่ต่ำกว่าอัตราดอกเบี้ยเงินฝากประจำ 1 ปี ส่วนกองทุนชราภาพของประกันสังคมไม่มีการการันตีผลตอบแทน ขึ้นอยู่กับผลการดำเนินงาน (โพสต์ทูเดย์ , 23 ก.ค. 2552)

ในขณะที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เสนอต่อคณะรัฐมนตรี ขออนุมัติงบประมาณเพิ่มเติมรวม 1,729 ล้านบาท เพื่อนำมาจ่ายในโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุถ้วนหน้าพ่วงงบประมาณ 550 ล้านบาท นำมาจ่ายเบี้ยตอบแทนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1.5 แสนคนที่มีส่วนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการดำเนินตามนโยบายที่รัฐบาลได้แถลงไว้ ซึ่งมีส่วนที่ตกค้างจากการสำรวจในรอบก่อน (โพสต์ทูเดย์, 7 ก.ค. 2552)

นอกจากนี้รัฐบาลยังได้เห็นชอบการขยายเพดานวงเงินกู้ยืมจากกองทุนผู้สูงอายุ จากเดิมรายละไม่เกิน 15,000 บาท เป็นรายละไม่เกิน 30,000 บาท โดยไม่คิดดอกเบี้ย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ประสงค์และมีความสามารถในการประกอบอาชีพแต่ขาดแคลนแหล่งเงินทุนใช้เพื่อประกอบอาชีพ โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รับผิดชอบดำเนินการในภารกิจนี้

ด้านการเมืองท้องถิ่น

ต้นปี พ.ศ.2552 ผลการเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นไปตามคาดหมาย ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ บริพัตร ผู้สมัครจากพรรคประชาธิปัตย์ ได้รับคะแนนเสียงท่วมท้น และได้เริ่มงานสานนโยบายที่สอดคล้องกับการดำเนินการโดยภาครัฐในเรื่องของการจัดสวัสดิการ

ม.ร.ว.สุขุมพันธ์ บริพัตร ผู้ว่าฯกทม.กล่าวว่า กทม.ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ เน้นสวัสดิการเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายตามที่ได้หาเสียงไว้ จัดโครงการมอบเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ พร้อมไปกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านตรวจสอบจำนวนผู้สูงอายุที่แท้จริงทั่ว กทม. เพื่อให้การช่วยเหลือแบบครบวงจรในทุกด้าน เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม มีการฝึกอาชีพ มีบริการศูนย์สุขภาพ และเพิ่มช่องทางการพบปะสังสรรค์ระหว่างผู้สูงอายุทั้งทางอินเตอร์เน็ต และการร่วมชมรมต่างๆ นอกจากนี้ กทม.มีโครงการจะสร้างโรงพยาบาลในพื้นที่เขตบางขุนเทียน สำหรับเป็นศูนย์ดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุแบบครบวงจร (ไทยรัฐ, 9 ก.พ.และเว็บไซต์มติชน, 24 ก.พ. 2552)

ขณะเดียวกันการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2552 มีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุมรับทราบแผนบูรณาการผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (พ.ศ.2553 - 2555) ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติการกำหนดระยะเวลา 3 ปี เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

โดยแผนปฏิบัติการนี้ ได้กำหนดเจตจำนงเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพ อยู่ระหว่างลงนามประกาศใช้ มีทั้งหมด 4 ด้าน รวม 17 โครงการ ประกอบด้วย

1. <u>ด้านอนามัย</u> มี 5 โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน 2) โครงการเชิดชูคุณค่าผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร 3) โครงการเฝ้าระวังผู้สูงอายุ (Age Watch) 4) โครงการขยายและพัฒนาคุณภาพการบริการเชิงรุกอย่างเป็นองค์รวมด้านสุขภาพและสวัสดิการในชุมชน 5) โครงการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care)

2. <u>ด้านการแพทย์</u> มี 3 โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการบริบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแบบสหวิชาชีพ (จัดตั้งสำหรับทุกคน แต่ผู้ใช้มากที่สุดคือผู้สูงอายุ) 2) โครงการพัฒนาต้นแบบการบริบาลระยะยาว (Nursing Home) 3) โครงการฝึกอบรมบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริบาลและระบบการบริการที่จัดตั้งขึ้นตามแผนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

3. <u>ด้านสังคม</u> มี 6 โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการศูนย์การเรียนรู้ด้วยตนเองและการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้) 2) โครงการบำนาญ 60 ปี (เกณฑ์ของเบี้ยยังชีพ) 3) โครงการอาสาสมัครผู้สูงอายุ กทม. (สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชมรม ผู้สูงอายุและแกนนำอาสาสมัครผู้สูงอายุ 4) โครงการมูลนิธิผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร หรือกองทุนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร 5) โครงการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างวัย 6. โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุ

4. <u>ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม</u> มี 3 โครงการ ประกอบด้วย 1) โครงการมาตรฐานการออกแบบสภาพแวดล้อมทั้งในที่พักอาศัยและในชุมชนที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุและคู่มือสำหรับประชาชน 2) โครงการอาคารสาธารณะที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 3) โครงการชุมชนสำหรับคนทุกวัยและกรุงเทพมหานครเมืองน่าอยู่ผู้สูงวัย (BMA Aging Friendly City)

กลุ่มที่ 3 เป็นข่าวเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของสังคมไทยในการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ

ข่าวที่สะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับ "สังคมผู้สูงอายุ" ของประเทศไทยนั้น เป็นเรื่องเกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ รวมถึงประเด็นการจัดหรือเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุทั้งในเรื่องของ อาคารสาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือ การออกแบบที่คำนึงถึงผู้อยู่อาศัยคือผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในช่วงปลายเดือนเมษายน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) และหน่วยวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดเสวนาหัวข้อ "สังคมไทยกับการสร้างพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ" เพื่อระดมความคิดความรู้ ข้อเสนอแนะ ทั้งในระดับชุมชนและนโยบาย (Press Release, 28 เม.ย. 2552) พร้อมกันนี้มีการจัดมอบรางวัล อาคาร-สถานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประจำปี 2551 เพื่อเป็นต้นแบบปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รางวัลชมเชยประเภทวัด ได้แก่วัดปัญญานันทาราม จ.ปทุมธานี วัดมงคลโกวิทาราม จ.อุบลราชธานี และวัดปงคก อบต.หลวงใต้ จ.ลำปาง รางวัลชมเชยประเภทสวนสาธารณะ ลานชุมชน สถานที่จัดกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ เทศบาลตำบลปากท่อ จ.ราชบุรี เทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา จ.เชียงใหม่ และศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลเมืองสกลนคร รางวัลชมเชยประเภทตลาด ได้แก่ ตลาดศูนย์ผลิตภัณฑ์และการท่องเที่ยวนครชากังราว จ.กำแพงเพชร (เว็บไซต์คมชัดลึก, 5 พ.ค. 2552)

นอกจากนี้การเคหะแห่งชาติ พม. เทศบาลบางตะบูน และองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบุรี ร่วมมือกันจัดทำโครงการวิจัยการพัฒนาการอยู่อาศัยผู้สูงอายุ เทศบาลบางตะบูน อ.บ้านแหลม เพื่อให้เป็นต้นแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย คาดว่าจะใช้งบประมาณ 25 ล้านบาท (เว็บไซต์คมชัดลึก,13 พ.ค. 2552)

ข่าวนวัตกรรมเทคโนโลยีการดูแลผู้สูงอายุนี้ ได้มีการยกตัวอย่างจากต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ที่มีการพัฒนาสร้างหุ่นยนต์ขึ้นมา เพื่อทำหน้าดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันอีกด้วย

กลุ่มที่ 4 เป็นข่าวเกี่ยวกับสินค้าและบริการทางธุรกิจ

ข่าวเกี่ยวกับสินค้าและบริการสำหรับผู้สูงอายุที่พบบ่อยที่สุด เป็นบริการดูแลสุขภาพ หลายองค์กรธุรกิจได้ออกข่าวประชาสัมพันธ์สินค้าและบริการของตนเอง เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้บริโภคสูงวัยได้ตัดสินใจใช้สินค้าและบริการดังกล่าว จากข่าวที่นำเสนอ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

- **บริการตรวจสุขภาพ** โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง ได้ออกข่าวประชาสมพันธ์ชุดโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรค และดูแลสุขภาพให้แข็งแรงตามช่วงวัย

- **บริการรับฝากเลี้ยง ดูแลผู้สูงอายุ**

ข้อมูลรายงานศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 20 ปีข้างหน้าของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การดูแลกันเองในครอบครัวมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 67,395 คนในปี 2548 เป็น 79,888 คนในปี 2558 และผู้สูงอายุที่ต้องการจ้างผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจาก 25,675 คนในปี 2548 เป็น 31,955 คนในปี 2558 แนวโน้มดังกล่าวทำให้ธุรกิจเนอร์สซิ่งโฮมขยายตัวรวดเร็ว (เว็บไซต์กรุงเทพธุรกิจ, 7 ก.ค. 2552)

- **กรมธรรม์ประกันภัย ประเภทบำนาญ**

ภายหลังภาคธุรกิจประกันชีวิต ยื่นเสนอต่อนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ขอให้แก้ไขปัญหา อุปสรรคด้านภาษี เพื่อเอื้อต่อการขยายตลาดของกรมธรรม์บำนาญ ทั้งในส่วนของโครงสร้างภาษี และการขอลดหย่อนภาษีเบี้ยประกัน 100,000 บาท ให้กับผู้ที่ซื้อกรมธรรม์บำนาญ ทำให้กระแสการออมเพื่อสร้างระบบบำนาญเริ่มตื่นตัวยิ่งขึ้น (สยามธุรกิจ, ฉบับวันที่ 19 - 22 ก.ย. 2552)

- **บริการการท่องเที่ยว และความบันเทิง**

สถาบันเสริมสร้างสุขภาพคนพิการ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนาการท่องเที่ยว คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาฯ และสำนักงานองค์การคนพิการสากลประจำภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก จัดงาน "ท่องเที่ยวแนวใหม่ ที่ปราศจากอุปสรรคสำหรับคนทั้งมวล" เพื่อเปิดตัวแผนที่ท่องเที่ยวสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ (ข่าวสด, 1 ส.ค. 2552) นอกจากนี้ในช่วงวันหยุดเทศกาล วันผู้สูงอายุ โรงหนัง สวนสนุก และสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆก็ได้ให้บริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลดราคา หรือเข้าชมฟรี

กลุ่มที่ 5 เป็นข่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

ผู้สูงอายุที่ตกเป็นข่าวดัง เนื่องจากได้รับยกย่อง จากที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ครั้งที่ 3/ 2552 เห็นชอบประกาศสดุดี ศ.ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ นพวงศ์ ณ อยุธยา อายุ 99 ปี เป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2552 ตามมติคณะอนุกรรมการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม โดย ศ.ท่านผู้หญิงพูนทรัพย์ ได้ดำรงตนและดำเนินชีวิตตามหลักสัปปุริสธรรม ทั้งยังเป็นผู้ก่อตั้งคณะครุศาสตร์ จุฬาฯ (เว็บไซต์ thaigov., 18 มี.ค. 2552)

จากนั้นในช่วงปลายปี งานวันสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ และวันอาสาสมัครไทย ประจำปี 2552 มีการมอบประกาศเกียรติคุณแก่อาสาสมัครดีเด่นแห่งชาติ รวม 227 คน อาทิ นพ.บรรลุ ศิริพานิช อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายวัลลภ เจียรวนนท์ กรรมการบริษัท เครือเจริญโภคภัณฑ์ จำกัด (มติชน, 21 ต.ค. 2552)

อย่างไรก็ตามในรอบปี ยังปรากฏข่าวสะเทือนใจส่วนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุในสังคมไทย ท่ามกลางปัญหายากไร้ ขาดที่พึ่งพิงดูแล ในหลายกรณี อาทิ

นางสมคะเน เกลี้ยงเกลา อายุ 47 ปี ใช้มีดพร้าฟันนางตัน เกลี้ยงเกลา มารดาวัย 82 ปีเสียชีวิต เหตุเกิดที่ ต.ปากพนังฝั่งตะวันตก จ.นครศรีธรรมราช สาเหตุมาจากนางตัน ชอบบ่นตามประสาผู้สูงอายุ และเกิดทะเลาะวิวาทอย่างรุนแรง ทั้งนี้พบว่านางสมคะเนมีประวัติเป็นผู้ป่วยทางจิต (เดลินิวส์, 15 ก.พ. 2552)

น.ส.ทอง ขอปล้องกาง อายุ 85 ปี ชาวชุมชนหนองโสน จ.นครราชสีมา อยู่ตัวคนเดียว หาเก็บเศษไม้เก่านำมามัดเป็นฟืนขายหาเลี้ยงชีพ ทะเบียนบ้านและบัตรประชาชนหาย หมดโอกาสรับสิทธิสงเคราะห์ ซ้ำดวงตาเป็นโรคต้อกระจกเริ่มมองไม่เห็น(เว็บไซต์คมชัดลึก, 13 มี.ค. 2552)

คนร้ายหวังชิงทรัพย์ บุกฆ่าเชือดคอ แทงยับ นายวิรัตน์ ทองบุญชู อายุ 93 ปี ต.หินตก อ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช ขณะอยู่ในบ้านเพียงลำพัง ส่วนลูกสาวเดินทางไปทำงาน (เว็บไซต์ไทยรัฐ, 10 มิ.ย. 2552)

กรณีของ ตาโฮม บัวดา อายุ 75 ปี ต.ท่าค้อ อ.เมือง จ.นครพนม มีอาการทางประสาท อาศัยอยู่กับหลาน มีสภาพยากจน ไม่มีเงินรักษาอาการป่วย ถูกล่ามโซ่มานานเกือบ 20 ปี เพื่อนบ้านร้องสื่อวอนหน่วยงานภาครัฐเข้าช่วยเหลือ (เว็บไซต์ไทยรัฐ, 25 มิ.ย. 2552)

ยังมีกรณีของนางเลื่อน ม่วงเขียว อายุ 97 ปี อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ถูกน.ส.ดาวเรือง ม่วงเขียว อายุ 59 ปี ลูกสาวแท้ๆ ทำร้ายร่างกายเป็นประจำทุกวัน ทั้งกลางวันและกลางคืน ได้รับความทุกข์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มานานเกือบ 4 ปี(เว็บไซต์ข่าวสด, 21 ก.ค. 2552)

กลุ่มที่ 6 เป็นข่าวเกี่ยวกับการให้ความรู้ กิจกรรมจัดบริการผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ

1) การให้ข้อมูล และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

อาทิเช่น การแนะนำ 9 วิธีดูแลผู้สูงอายุ 1. เลือกอาหาร ลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน 2. ออกกำลังกาย แบบแอโรบิก 30 นาทีต่อครั้ง 3.สัมผัสอากาศที่บริสุทธิ์ 4. หลีกเลี่ยงอบายมุข 5. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 6. ควบคุมน้ำหนักตัวหรือลดความอ้วน 7. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม 8. หมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ 9. ตรวจสุขภาพประจำปี (ผู้จัดการรายวัน , 16 เม.ย. 2552)

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ

มีการนำเสนอข่าวรัฐบาลเร่งปรับปรุงและขยายสิทธิผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ครั้งที่ 6/2552 โดยที่ประชุมเห็นชอบการปรับปรุงและขยายสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 สาระสำคัญของการปรับปรุงและขยายสิทธิผู้สูงอายุ อาทิ การขยายสิทธิผู้สูงอายุด้านการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้ครอบคลุม โรงพยาบาลและสถานพยาบาลภาครัฐวิสาหกิจหรือในสังกัดนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารในรูปแบบต่างๆอย่างทั่วถึง แนะนำข่าวสารและความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนและส่งเสริมด้านอาชีพให้เพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน และ/หรือระหว่างชุมชน ส่งเสริมการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุ และอื่นๆ ทำให้เพิ่มหน่วยงานรับผิดชอบ (Thaigov., 16 ต.ค. 2552)

3) การให้ความรู้ และบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- สปสช. ประกาศภารกิจ 10 แผนบริการสุขภาพ ปี 2552 มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม บริการด้วยความมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข (เว็บไซต์มติชน – 3 ม.ค 2552.)

- มีการให้ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ ตามฤดูกาล และสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมในช่วงเวลานั้นๆ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ โรคกระดูกและข้อ การหกล้มสะโพกหัก โรคตา ภาวะความเครียด สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ชุมนุมทางการเมือง

- การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ยังคงเป็นประเด็นใหญ่สืบเนื่องมาจากปี พ.ศ.2551 และมีการนำเสนอข่าวเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องเช่นกันเริ่มจาก น.พ.วินัย สวัสดิวร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เสนอว่า มีแนวคิดเสนอให้ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดบริการรับฝากผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ระหว่างวัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวไปทำงานได้ที่เรียกว่า Day Care Home คล้ายกับเนิร์สเซอรี่เด็ก ให้ สปสช. สาขาเขตพื้นที่จ.เชียงใหม่ทำโครงการนำร่อง (ไทยรัฐ, 22 ม.ค. 2552)

กระทรวงสาธารณสุข เตรียมเสนอรัฐบาลผลิตผู้ช่วยพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ พร้อมสนับสนุนงบประมาณสร้างกิจกรรมในชุมชน หลังพบผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีกว่า 1 ล้านคน เตรียมเสนอของบประมาณจากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เพื่อรองรับปัญหาความแออัดในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ให้เคลื่อนไปสู่การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้ช้าที่สุด(เว็บฐานเศรษฐกิจ, 24 พ.ย. 2552)

- ธุรกิจหรือบริการจากภาครัฐในเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ได้ร่วมกับโรงเรียนปิยะมินทร์คุณารักษ์ เปิดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขึ้น เพื่อผลิตบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังเป็นที่ต้องการอย่างมากป้อนตลาดแรงงานปัจจุบัน (บ้านเมือง, 4 ส.ค. 2552)

4) การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข่าวส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเรื่องการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่เกิดปัญหาร้องเรียนในหลายพื้นที่อ้างว่าเป็นการจ่ายในลักษณะของประชานิยม และผิดระเบียบหลักเกณฑ์ ไม่มีการตรวจสอบคุณสมบัติโดย อบต.และเทศบาล ผู้สูงอายุบางราย บางกลุ่มที่ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ หรือได้รับแต่ไม่ครบจำนวนเงินตามที่กำหนด ก็มาร้องเรียนหน่วยงานในพื้นที่ นอกจากนี้เป็นข่าว อปท. จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ ในวันสงกรานต์ (วันผู้สูงอายุ) และวันสำคัญต่างๆ

5) กิจกรรมผู้สูงอายุ

นอกเหนือจากการนำเสนอข่าวผู้สูงอายุรายบุคคลที่เป็นตัวอย่างที่ดีกับสังคมแล้ว ยังมีข่าวการนำเสนอกลุ่ม ชมรม กิจกรรมผู้สูงอายุ ที่เป็นตัวอย่างที่ดีนำมาเผยแพร่ขยายผลต่ออีกด้วย เช่น โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน ที่สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ สนับสนุนพื้นที่นำร่องกระจายอยู่ทั่วประเทศ ต้องการขยายผลให้ อปท. สนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ชุมชน โครงการตู้ยาเคลื่อนที่เพื่อคนชรา ตำบลวงทอง อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ที่ดำเนินการโดยเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชนเอง เป็นต้น

7.4.2 แหล่งที่มาของข่าวผู้สูงอายุ

ภายใต้เนื้อหาข่าวทั้ง 6 ประเภทที่กล่าวมาข้างต้น มีข้อสังเกตว่า ข่าวเหล่านี้มีแหล่งที่มาหลากหลายทั้งจากกลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่ออกมาพูดถึง หรือให้ข่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยสามารถแบ่งได้ 7 กลุ่ม ดังนี้

1) นักการเมืองระดับชาติ ฝ่ายรัฐบาล พบว่า มีการพูดถึงและให้ความสำคัญกับนโยบายเร่งด่วน คือ การจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ นโยบายด้านหลักประกันรายได้ การจัดตั้งกองทุนการออมเพื่อชราภาพ เป็นต้น

2) นักการเมืองระดับชาติ ในฐานะฝ่ายค้าน ที่ออกมาให้ข่าวคัดค้านนโยบายของภาครัฐ และตีประเด็นเรื่องของการทำโครงการประชานิยมต่างๆ

3) นักการเมืองท้องถิ่น ที่พยายามประชาสัมพันธ์ผลสำเร็จจากนโยบาย หรือบริการที่ได้จัดทำขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

4) ข้าราชการและหน่วยงานของรัฐ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ และกระทรวงการคลัง ต่างก็พยายามที่จะสื่อสารกับมวลชนให้เห็นถึงความคืบหน้าในการดำเนินนโยบาย รวมตลอดถึงผลการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

5) นักวิชาการและองค์กรสาธารณประโยชน์ออกมาให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และผลประเมินการดำเนินงานตามนโยบายผู้สูงอายุ

6) ภาคธุรกิจออกมาให้ข่าวเกี่ยวกับโอกาสทางธุรกิจและบริการที่หันไปหาตลาดกลุ่มผู้สูงอายุ

7) นักข่าวเป็นผู้นำเสนอข่าวเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้วยตนเอง แต่เป็นไปในลักษณะของการรายงานข่าว ไม่มีประเด็นที่ตามเกาะติดเฉพาะ เพื่อสนับสนุนหรือกระตุ้นผู้เกี่ยวข้องแม้แต่เรื่องของการตั้งกองทุนการออมเพื่อชราภาพ

สำหรับประเด็นข่าวปี พ.ศ.2552 ที่ถูกกล่าวถึงมากในหนังสือพิมพ์และสื่อออนไลน์ 4 อันดับแรก ได้แก่

1) ข่าวเรื่องหลักประกันด้านรายได้และการช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีตั้งแต่ข่าวการแจกเบี้ยยังชีพ ปัญหาการทุจริตแจกเบี้ยยังชีพ มุมมองต่อนโยบายแจกเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตลอดจนการผลักดันเรื่องการออมระยะยาว เพื่อจัดทำระบบบำนาญแห่งชาติที่ครอบคลุมคนทุกกลุ่ม

2) ข่าวเกี่ยวกับการให้ความรู้และกิจกรรมให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพและสังคม จากหน่วยบริการภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคธุรกิจเอกชน

3) ข่าวที่สร้างความตระหนักในการเป็นสังคมผู้สูงอายุในเรื่องกำลังคนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4) ข่าวที่สะท้อนปัญหาผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและถูกกระทำความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต

8 ทำเนียบงานวิจัย ด้านผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552

ทำเนียบงานวิจัย
ด้านผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552

ทำเนียบงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ปี 2552 เป็นการรวบรวมผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ จากหนังสือ วารสาร สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ที่ได้จัดทำผลงานวิจัยแล้วเสร็จและเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2552 ทั้งงานวิจัยในระดับนโยบาย ระดับผู้ปฏิบัติงาน และระดับชุมชน โดยสามารถจัดแบ่งหมวดหมู่ของงานวิจัยเป็น 7 หมวด ดังนี้

- หมวดสุขภาพ/โภชนาการ
- หมวดหลักประกันรายได้
- หมวดที่อยู่อาศัย/ที่พักผ่อน
- หมวดประชากรสูงอายุ
- หมวดท้องถิ่น/ชุมชน
- หมวดข่าวสาร/การศึกษา
- หมวดคุณภาพชีวิต

ทำเนียบงานวิจัย ปี 2552 ได้รวบรวมมาจากการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ดังนี้

- สถาบันการศึกษา ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- หน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สภาการพยาบาล, ศูนย์อนามัย กรมอนามัย
- หน่วยงานด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- หน่วยงานด้านการวิจัย ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- หน่วยงานพัฒนาเอกชน ได้แก่ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

ทำเนียบงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ปี 2552

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดสุขภาพ / โภชนาการ			
ชื่อโครงการ : การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารฟรุกโตโอลิโกแซคคาไรด์ (FOS) จากพืชสำหรับผู้ที่มีระบบย่อยอาหารไม่ปกติและผู้สูงอายุ (Development of Fructooligosaccharide (FOS) Food Supplement Products from Plants for Digestive Disorder and Elder)	หัวหน้าโครงการ: จีรเดช มโนสร้อย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย	http://www.trf.or.th/keydefault.asp
โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน	อรวรรณ์ คูหา., นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์., กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Call No.: WT120 .อ455	http://library.tu.ac.th/cms/
ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน / ประเสริฐ อัสสันตชัย บรรณาธิการ.	ประเสริฐ อัสสันตชัย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Call No.: WT100 .ป635	http://library.tu.ac.th/cms/
ศึกษาภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	อมรรัตน์ เนียมสวรรค์	ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก	http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=51

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดสุขภาพ / โภชนาการ			
การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลหอกลอง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก	ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก	http://hpc9.anamai.moph.go.th/research/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=51
โครงการ วิจัยการพัฒนาโปรแกรมชะลอความชรา	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ ดูแลแผนงานรวม โดย ดร.อภิวรรณ ณัฐมนวรกุล	"สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ" กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข	http://www.agingthai.org/page/1775
โครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อผู้สูงอายุ	ดร.วรเวศม์	กลุ่มส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โทร 02 2555850-7	02 2555850-7
ปัญหาสุขภาพเท้าและรองเท้าสำหรับผู้สูงอายุ Imprint: กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ดุจใจ ชัยวานิชศิริ ศิริพร จันทร์ฉาย; ณัฏฐิยา ตันติศิริวัฒน์	ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการงานวิจัยแห่งชาติ	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=206501&^t2003=1101&^t2000=ผู้สูงอายุ
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวด ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ Imprint: เชียงใหม่ :	กรรณิการ์ จันตระ	ว 215867 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=212612&^t2003=1161&^t2000=ผู้สูงอายุว 215867

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดสุขภาพ / โภชนาการ			
การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ	อุบลวรรณ ปันทะ	ว 217066 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=214141&^t2003=1181&^t2000=ผู้สูงอายุ
การสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน	ศิริวรรณ พิริยคุณธร	ว 219217 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=216434&^t2003=1201&^t2000=ผู้สูงอายุ
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	กัตติกา พิงคะสัน	ว 220160 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=217075&^t2003=1201&^t2000=ผู้สูงอายุ
สถานะสุขภาพผู้สูงอายุเขต 17	ลินดา สิริภูบาล สุภาณี แก้วพินิจ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก	ว 221057 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=218177&^t2003=1201&^t2000=ผู้สูงอายุ
การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์	อัมพรพรรณ ธีรานุตร	ว 222637 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=219480&^t2003=1221&^t2000=ผู้สูงอายุ

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดสุขภาพ / โภชนาการ			
การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ = Development of quality assurance model for older people's care assistants	ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ประนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภักดีพรหม	Source: วารสารสภาการพยาบาล 25, 1 (ม.ค-มี.ค53): 38-52 บทความเต็ม	http://www.tnc.or.th/journal_ne.php
การพัฒนาศักยภาพชุมชนภาคเหนือของประเทศไทยในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ : ระยะที่ 1	ศ.นพ.พงษ์ศิริ ปรารถนาดี รศ.ดร.ลินจง โปธิบาล	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร	ผศ.ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย	รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย	ผศ.รอ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย	รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
จัดทำต้นฉบับหนังสือสุขภาพทางเพศผู้สูงอายุ	ดร.เขมิกา ยามะรัต	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดหลักประกันด้านรายได้			
ชื่อโครงการ : จำนวนแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาในอนาคต และความต้องการแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือสำหรับภาวะสังคมผู้สูงอายุ (The Number of Unskilled Migrant Worders from Myanmar, Lao and Cambodia in the Future and the Demand fo Migrants for the Aging Society)	หัวหน้าโครงการ : ธนะพงษ์ โพธิปิติ	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย	http://www.trf.or.th/keydefault.asp
โครงการศึกษาอาชีพและโอกาสที่จะได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม สอดคล้องกับผู้สูงอายุ : รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ = [The project of suitable occupation and earned income opportunities in accordance with older workers] : final report	โดยกระทรวงแรงงาน คณะวิจัยได้แก่ สมรักษ์ รักษาทรัพย์, กาญจนี กังวานพรศิริ, นงนุช อินทรวิเศษ.	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	http://library.tu.ac.th/cms/
การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดหลักประกันด้านรายได้			
แบบจำลองสำหรับคาดการณ์ ความยั่งยืนทางการคลังของระบบบำนาญที่ดำเนินการโดยกองทุนชุมชน	ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
การออกแบบระบบบำนาญแห่งชาติ (ระยะที่ 1)	ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
การออกแบบระบบบำนาญแห่งชาติ (ระยะที่ 2)	ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
การวิจัยตัวแบบคณิตศาสตร์ประกันรายได้กรณีชราภาพแรงงานนอกระบบ	คุณสุวัฒนา ศรีภิรมย์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
การสร้างโอกาสในการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ	ผศ.ดร.นงนุช สุนทรชวกานต์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
ปัญหาเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ วรเวศม์ สุวรรณระดา, อาภาพรรณ คำวชิรพิทักษ์. [กรุงเทพฯ] : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	วรเวศม์ สุวรรณระดา., อาภาพรรณ คำวชิรพิทักษ์	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Call No.: HV1484.ท92 ว475	http://library.tu.ac.th/cms/
โครงการศึกษาอาชีพและโอกาสที่จะได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้สูงอายุ / กระทรวงแรงงาน	กระทรวงแรงงาน	กระทรวงแรงงาน ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม.10400 โทรศัพท์ 0-2232-1462-4	http://www.mol.go.th/

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดที่อยู่อาศัย/ที่พักผ่อน			
สถานที่ตากอากาศพำนักระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและการออกแบบสถาปัตยกรรมที่ยั่งยืน	ธนพร วงษ์ดนตรี ธนภณ พันธเสน ประเทือง หงสรานากร	วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 กันยายน 2552	http://www.cps.chula.ac.th/ html_th/th_event_new_book.htm
แนวทางการพัฒนาจังหวัดพิษณุโลกสู่การเป็นเมืองเพื่อการพักผ่อนและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Development Program for Aging Health Promotion City in Phitsanulok)	หัวหน้าโครงการ: พีรธร บุณยรัตพันธุ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย	http://www.trf.or.th/keydefault.asp
บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ = Home Safety for the elderly / เรียบเรียงโดย ฉวีวรรณ เด่นไพบูลย์.	ฉวีวรรณ เด่นไพบูลย์. กรุงเทพฯ : มูลนิธิหมอชาวบ้าน	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Call No.: 020/2553	
บ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ / คณะผู้จัดทำ วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง ... [และคนอื่น ๆ].	วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรือง.	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	http://library.tu.ac.th/cms/
ทิศทางใหม่ของการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย = [A new agenda for developing housing for elderly in Thai society]	นภาภรณ์ หะวานนท์., ธีรวัลย์ วรรธโนทัย. [นครนายก] : คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2552.	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Call No.: HV1454 .น46	http://library.tu.ac.th/cms/

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดประชากรสูงอายุ			
การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป จังหวัดปทุมธานีตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี	ศรีเมือง พลังฤทธิ์ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ สนาม พึ่งบัว	วารสารประชากรศาสตร์ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2552 วิทยาลัยประชากรณ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	http://www.cps.chula.ac.th/pop_info_2551/Image+Data/Publications/Journal/journal-11-24/t-journal25-1.html
สังคมผู้สูงอายุ : แนวทางและมาตรการรองรับปัญหาในอนาคต : รายงานการประชุมระดมความคิดเพื่อกำหนดกรอบการวิเคราะห์	สุรีย์รัตน์ คิ้วฮก., สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	http://library.tu.ac.th/cms/
รายงานการประชุมระดมความคิดเพื่อกำหนดกรอบการวิจัย เรื่อง "สังคมผู้สูงอายุ : แนวทางและมาตรการรองรับปัญหาในอนาคต	องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก	219233 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=216449&^t2003=1201&^t2000=ผู้สูงอายุ
หมวดท้องถิ่น/ชุมชน			
รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ : รายงานการวิจัย	คีรีบูน จงวุฒิเวศย์	ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	http://library.tu.ac.th/cms/
การมีส่วนร่วมทางการเมืองของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ	สุภาภรณ์ สุขเกษม	ว 217021 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=214096&^t2003=1181&^t2000=ผู้สูงอายุ

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดท้องถิ่น/ชุมชน			
กระบวนการดำเนินงานของชุมชน ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านกอกชุม อำเภอเมืองลำปาง	ยงยุทธ แก้วเต็ม	ว 223247ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/ wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006 =220676&^t2003=1221&^t2000= ผู้สูงอายุ
หมวดข่าวสาร/การศึกษา			
การศึกษาผู้สูงอายุทางประชากรและ การอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและ ความท้าทายในอนาคต	จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ	ศูนย์สารสนเทศทางประชากรศาสตร์ อาคารประชาธิปก-รำไพพรรณี ชั้น 2 วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร. 0-2218-7413 ; โทรสาร 0-2255-1469	http://www.cps.chula.ac.th/ html_th/th_event_new_book.htm
การศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษา นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการ เตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ของผู้ใหญ่วัยแรงงาน	รศ.ดร.อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและ พัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org

หัวเรื่อง	ผู้วิจัย/ ผู้รับผิดชอบโครงการ	แหล่งสืบค้นข้อมูล (หนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์)	แหล่งสืบค้นข้อมูล (ทางอินเตอร์เน็ต)
หมวดคุณภาพชีวิต			
ชื่อโครงการ : สถานการณ์ความยากจนในผู้สูงอายุและรูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย (Poverty Situation of the Elderly and Management Model to Promote Quality of Life of the Thai Elderly)	หัวหน้าโครงการ: สุวิณี วิวัฒน์วานิช	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย	http://www.trf.or.th/keydefault.asp
ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย : การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน	รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
การทบทวนองค์ความรู้ผู้สูงอายุทุกมิติ ปี 2545-2550 8 ประเด็น/ 1 ฉบับ		มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
กิจกรรมการรณรงค์ให้รางวัลอาคาร-สถานที่ ที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ	นางสาวเนาวรัตน์ ชุมยวง	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
กิจกรรมการประกวดให้รางวัลอาคาร-สถานที่ ที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ	รศ.ดร.ไตรรัตน์ จารุทัศน์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	http://www.thaitgri.org
ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่	วฤนลักษณ์ นพประเสริฐ	ว 215889 ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โทร : 0 2561 2445 ต่อ 470, 478	http://www.riclib.nrct.go.th/scripts/wwwi32.exe/[in=book2.par]/?^t2006=212634&^t2003=1161&^t2000=ผู้สูงอายุ

ภาคผนวก

ภาคผนวก

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2552

1	นพ.บรรลุ ศิริพานิช	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	ประธาน
2	นางธิดา ศรีไพพรรณ	สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	กรรมการ
3	นางกรรณิการ์ เอกเผ่าพันธุ์	สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง	กรรมการ
4	นางปรียา มิตรานนท์	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
5	นางสาวจิราวรรณ มาท้วม	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
6	นางภารณี วัฒนา	สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
7	นายจิระพันธ์ กัลลประวิทย์	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
8	นางสาวกุลธิดา เลิศพงศ์วัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
9	ดร.อรสา โฆวินทะ	ผู้แทนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
10	นางสาวอัญชลี คติอนุรักษ์	ผู้แทนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
11	นางอรวี รมยะสมิต	ผู้แทนสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
12	นางวิมล บ้านพาน	ผู้แทนสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
13	นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัฒน์	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
14	นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนชัย	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
15	นางสาวภาคินี พวงพนมรัตน์	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	กรรมการ
16	นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย	กรรมการ
17	นางเพียงพา สันทัด	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ

18	นางนงภรณ์ รุ่งเพ็ชรวงศ์	กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
19	นายโกมล พรมเพ็ง	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
20	นางศรีสวัสดิ์ เขมะจารุ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
21	นางสาวฐิตาพร จินตะเกษกรณ์	สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและ การศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
22	นางสาวจิระดา แซ่มพวงงาม	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	กรรมการ
23	นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
24	นางสาวเพ็ญศิริ แต่สุวรรณ	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
25	นางสาวเยาวนิจ เฮ้าวุฒิกุล	ผู้แทนสำนักเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน	กรรมการ
26	ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
27	ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
28	รศ.นพ.วิชัย เอกพลากร	สำนักงานเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	กรรมการ
29	รศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
30	อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
31	รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
32	ผู้อำนวยการ	สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการมีส่วนร่วม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	กรรมการ
33	นางบุญพา มิลินทสูต	สถาบันวัฒนธรรมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการ วัฒนธรรมแห่งชาติ	กรรมการ
34	นางสาวพรรณทิพย์ เพชรมาก	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	กรรมการ
35	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	กรรมการ และเลขานุการ
36	พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อคณะทำงานดำเนินการจัดพิมพ์หนังสือ “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552

1	นพ.บรรลุ ศิริพานิช	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
2.	ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
3.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ประธานคณะทำงาน
4.	พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	คณะทำงาน
5.	นางสาวจุฑารัตน์ ทนันไชย	คณะทำงาน
6.	นางสาวสุทธิดา เรืองศิริ	คณะทำงาน
7.	นางสาววริฏฐา แก้วเกตุ	คณะทำงานและเลขานุการ