



รายงานสถานการณ์
ผู้สูงอายุไทย

พ.ศ.2549

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549



มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

1168 พหลโยธิน 22 จอมพล จตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 02 511 4963 โทรสาร 0 2511 4962

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2550 จำนวน 1,000 เล่ม

เลขมาตรฐานสากล 978-974-13-1770-7

จัดทำโดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

คณะทำงานดำเนินการจัดพิมพ์

นพ.บวรฤ ศิริพานิช	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
ศาสตราจารย์ นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ประธานคณะทำงาน
พญ.ลัดดา คำวิภากรเลิศ	คณะทำงาน
นางสาวสุชาดา วัฒนานนท์	คณะทำงาน
นายพงษ์ธร จันทร์ศรั	คณะทำงานและเลขานุการ

รูปเล่ม

วิมลสินธุ์ สุวรรตนานนท์

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เดือนตุลา

จัดพิมพ์โดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

1168 ซ.พหลโยธิน 22 ถ.พหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร 0 2511 4963 โทรสาร 0 2511 4962

<http://www.thaitgri.org>



คำนำ

ในวงการสาธารณสุขมีการพูดถึงโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป และผลที่จะเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว มาเป็นเวลากว่า 15 ปีแล้ว ในการวางแผนพัฒนาประเทศไทยเอง ก็มีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ มากกว่า 25 ปีแล้ว เพราะแผนดังกล่าวฉบับแรกทำขึ้นตั้งแต่ปี 2525 และขณะนี้กำลังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของแผน ระยะที่สอง (2545-2564) ที่ต้องพูดกันเป็นแผนระยะยาวขนาดนั้น เพราะแผนพัฒนาผู้สูงอายุ ต้องมุ่งทำงานกับคนไทยตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ

ดูเหมือนสังคมไทยโดยรวมยังมีคนให้ความสนใจ หรือเห็นความจำเป็นว่าเราต้องปรับการทำงานและนโยบาย รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานในสังคม เพื่อเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างรวดเร็ว เพราะอย่างน้อยจำนวนผู้สูงอายุของไทยก็เพิ่มขึ้นเร็วกว่าที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในประเทศตะวันตก การทำให้สังคมได้รับรู้ข้อเท็จจริงว่า ประเทศเราได้เข้าไปสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุมาแล้ว อย่างน้อยก็ตั้งแต่ปี 2543 (ปีที่ประชากรผู้สูงอายุเริ่มมีมากถึง 10% ของประชากรทั้งประเทศ)และที่สำคัญกว่าคือกำลังเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เพราะในเวลาไม่ถึง 33 ปี (พ.ศ.2576) ข้างหน้า เราก็จะมีคนไทยที่จัดว่าอยู่ในวัยสูงอายุถึง 25% ในขณะเดียวกัน จากการศึกษาเปรียบเทียบความเร็วของการเป็นภาวะประชากรผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศไทย ในอัตราการเพิ่มของสัดส่วนประชากรสูงอายุ จาก ร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 พบว่า กลุ่มประเทศที่พัฒนาใช้เวลานานกว่าจะเพิ่มสัดส่วนดังกล่าว เช่น ฝรั่งเศสต้องใช้เวลา 114 ปี อังกฤษต้องใช้เวลา 107 ปี และ สหรัฐอเมริกา ใช้เวลา 72 ปี ในขณะที่ประเทศไทยใช้เวลาเพียง 30 ปี โดยเหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยมีอัตราการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุที่รวดเร็วมาก คือ การลดลงเร็วมากของภาวะเจริญพันธุ์ในระยะที่ผ่านมาของประเทศไทย โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมยอดลดลงกว่าร้อยละ 60 ในระยะเวลาเพียง 20 ปี

ที่สำคัญกว่านั้นคือเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกสังคมย่อมหวังจะเห็นผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศมากกว่าเป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแล หรือเป็นภาระทางการเงินของรัฐบาลที่ต้องจัดสวัสดิการสวัสดิการ แต่การมีผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสังคมพุดมพลัง คือมีผู้สูงอายุที่เต็มไปด้วยพลังสร้างสรรค์ ไม่ใช่เรื่องที่จะเกิดขึ้นโดยตัวของมันเอง และที่สำคัญทุกฝ่ายใน



สังคมต้องรับรู้สถานการณ์ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน รวมทั้งผู้ที่สูงอายุต่อไปในอนาคต รวมทั้งต้องมีความรู้
อีกสารพัดว่าด้วยการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

รายงานประจำปีว่าด้วยสถานการณ์ผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ทุกฝ่ายในสังคมได้รับรู้
ความจริงด้านสำคัญที่จะกำหนดอนาคตของประเทศไทย และปีนี้เป็นปีที่มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย (มสผส.) ได้เข้ามาดูแลการจัดทำรายงานประจำปีเป็นครั้งแรก โดยการมอบหมายและสนับสนุน
จากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งนี้ก็ด้วยความมุ่งหมายให้เกิดกลไกในการสร้างความรู้ และสร้างการ
รับรู้ และการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ ในสังคม เพื่อพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ ผู้สังคมพุดมพลังในระยะ
ยาว

รายงานฉบับนี้จะไม่สำเร็จขึ้นได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานสำคัญๆ ของรัฐ และ
นักวิชาการจากสถาบันต่างๆ ตามรายชื่อที่ปรากฏในภาคผนวกของรายงานฉบับนี้ และทางมูลนิธิในฐานะ
ผู้ประสานงานให้เกิดรายงานฉบับนี้ ใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ทุกท่าน ตลอดจนผู้บังคับบัญชาใน
องค์กรเหล่านั้นได้มีจิตกุศล และจิตสาธารณะให้ข้อมูล และร่วมในการยกวาง รวมทั้งปรับปรุงพัฒนาจนเป็น
รายงานที่มีเนื้อหาสาระครบถ้วนในหลายแง่มุม เพิ่มขึ้นกว่าที่มีมาในปีก่อนๆ

หวังว่ารายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2549 และในปีต่อไป จะเป็นเครื่องมือ
สำคัญที่ทำให้ทุกฝ่ายหันมาร่วมมือร่วมใจกันหาแนวทางการทำงานให้สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุที่เปี่ยม
ด้วยความสุขโดยถ้วนหน้า

(นพ. บรรลุ ศิริพานิช)

ประธานกรรมการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มสผส.)

สารบัญ

บทนำ	(3)
สารบัญ	(5)
สารบัญตาราง	(8)
สารบัญแผนภูมิ	(14)
สารบัญภาพ	(16)
บทที่ 1 ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ	1
1.1. การเพิ่มประชากรและภาวะเจริญพันธุ์	2
1.2. ขนาดและแนวโน้มประชากรสูงอายุ	3
1.3. อายุคาดหมายเฉลี่ย	6
1.4. ดัชนีผู้สูงอายุ	7
1.5. อัตราส่วนการเป็นภาระ หรืออัตราการพึ่งพิงของวัยสูงอายุ (Aging Dependency Ratio)	8
1.6. อัตราส่วน เกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Potential Support Ratio)	11
1.7. จำนวนประชากรสูงอายุปี พ.ศ.2549 (ตามทะเบียนราษฎร)	12
1.8. คุณลักษณะของประชากรสูงอายุ	15
1.9. ลักษณะเด่นของประชากรวัยสูงอายุ	17
บทที่ 2 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทย	19
2.1. สุขภาพผู้สูงอายุ	20
2.2. การใช้บริการสุขภาพและสวัสดิการคำรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ	33
2.3. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	39



บทที่ 3 การดูแลผู้สูงอายุ (Caring)	45
3.1 ผู้ดูแลและเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ	46
3.2 ความหมายของผู้ดูแล (Caretaker)	50
3.3 จำนวนผู้ดูแลและความต้องการผู้ดูแลในอนาคต	50
3.4 ระดับของการดูแลผู้สูงอายุ	51
3.5 เครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ	52
บทที่ 4 การมีงานทำ รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ	61
4.1 ภาวะการทำงาน	63
4.2 กิจกรรมทางเศรษฐกิจ	64
4.3 สถานภาพการทำงาน	66
4.4 รายได้และชั่วโมงทำงาน	68
4.5 การทำงานนอกระบบ	70
4.6 สถานการณ์การออม	79
4.7 การออมเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับวัยสูงอายุ	81
บทที่ 5 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การเรียนรู้ตลอดชีวิต	83
5.1 การศึกษาและการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ	84
5.2 การศึกษาสายอาชีพ	91
5.3 การศึกษาและการเรียนรู้ในระดับอุดมศึกษา	93
5.4 การสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต	98
5.5 การฝึกอาชีพ	99
บทที่ 6 ความต้องการของผู้สูงอายุ (Need assessment)	105
6.1 สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัว/ลูก/หลานปฏิบัติต่อตนเอง	108
6.2 สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง	110
6.3 ความต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ	111
6.4 ความต้องการช่วยเหลือจากราชการ	113



บทที่ 7	บทบาทภาคเอกชนในงานผู้สูงอายุ	119
7.1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	120
7.2	โอกาสทางธุรกิจของภาคธุรกิจ	125
7.3	การส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของผู้สูงอายุ	125
บทที่ 8	สถานการณ์เด่นผู้สูงอายุไทย ปี 2549	127
8.1	ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ	128
8.2	แนวคิดการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย “บ้านอายุผู้สูงอายุ”	136
8.3	สถานบริบาลผู้สูงอายุ	147
8.4	สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ... ความเคลื่อนไหวในปีที่ผ่านมา	154
บทที่ 9	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	161
9.1	การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อม ของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ 2545 -2564	162
9.2	การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	163
9.3	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน	164
9.4	การเรียนรู้ตลอดชีวิต	165
9.5	รายได้ในวัยสูงอายุและการออมเพื่อการชราภาพ	165
ภาคผนวก		167
	บรรณานุกรม	168
	สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546	171
	รายชื่อคณะกรรมการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2549	179



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	อัตราการเพิ่มประชากรสูงอายุ	3
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และอายุมัธยฐาน พ.ศ.2493 - 2593	5
ตารางที่ 3	อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทย	6
ตารางที่ 4	ดัชนีผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2547 - 2578	8
ตารางที่ 5	อัตราส่วนการเป็นภาระรวม อัตราส่วนการเป็นภาระเด็ก อัตราส่วนการเป็นภาระผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2493 - 2593	10
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2549	12
ตารางที่ 7	จังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สูงสุดเป็นสามอันดับแรกของประเทศไทย ไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2549	13
ตารางที่ 8	จังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต่ำสุดเป็นสามอันดับแรกของประเทศไทย ไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2549	14
ตารางที่ 9	ร้อยละของประชากรสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำแนกตามสถานภาพสมรส เพศและอายุ พ.ศ.2545และ พ.ศ.2549	15
ตารางที่ 10	ลักษณะทั่วไปของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2549	16



ตารางที่ 11	ร้อยละของประชากรสูงอายุกลุ่มต่างๆ ปี พ.ศ.2549	17
ตารางที่ 12	ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค	21
ตารางที่ 13	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	22
ตารางที่ 14	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	23
ตารางที่ 15	ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตามปี และกลุ่มโรคที่เป็นสูงสุด 5 อันดับแรก	23
ตารางที่ 16	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ	26
ตารางที่ 17	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นจำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	27
ตารางที่ 18	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	28
ตารางที่ 19	ร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตาม กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค	30
ตารางที่ 20	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	30
ตารางที่ 21	ร้อยละของการเปรียบเทียบระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ	31
ตารางที่ 22	ร้อยละของการประเมินระดับความรุนแรงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์	32
ตารางที่ 23	ร้อยละของคนตาย จำแนกตามสาเหตุการตาย	33
ตารางที่ 24	ร้อยละของประชากรเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ระหว่าง 12 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค	34



ตารางที่ 25	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ระหว่าง 12 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	35
ตารางที่ 26	ร้อยละของผู้รับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค	35
ตารางที่ 27	จำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)	36
ตารางที่ 28	ร้อยละของประชากรที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค	37
ตารางที่ 29	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง	37
ตารางที่ 30	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามประเภทสวัสดิการฯ (หน่วยเป็นพัน)	38
ตารางที่ 31	ร้อยละของประชากรที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และภาค	39
ตารางที่ 32	จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)	40
ตารางที่ 33	อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ	40
ตารางที่ 34	จำนวนผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่ จำแนกตามอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ เพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)	41
ตารางที่ 35	จำนวนผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เพศ และเขต การปกครอง (หน่วยเป็นพัน)	42
ตารางที่ 36	ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และภาค	43
ตารางที่ 37	ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศ และภาค	43



ตารางที่ 38	จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการดื่มสุรา เพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)	44
ตารางที่ 39	จำนวนร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามสถานภาพการอยู่อาศัยในครัวเรือน	48
ตารางที่ 40	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจำแนกตามกลุ่มและเพศ	48
ตารางที่ 41	ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะการทำงาน	63
ตารางที่ 42	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ	65
ตารางที่ 43	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน	67
ตารางที่ 44	แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามรายได้และชั่วโมงทำงานเฉลี่ย	69
ตารางที่ 45	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานในระบบ และนอกระบบ จำแนกตามเพศ (ภาคและเขตการปกครอง)	71
ตารางที่ 46	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานและเพศ	72
ตารางที่ 47	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานและเขตการปกครอง	73
ตารางที่ 48	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ และได้รับบาดเจ็บ จากการทำงาน จำแนกตามการรักษาพยาบาล และสวัสดิการที่ใช้	74
ตารางที่ 49	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามปัญหาในการทำงานและเพศ	76
ตารางที่ 50	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามปัญหาสิ่งแวดล้อมในการทำงานและเพศ	77
ตารางที่ 51	จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามความปลอดภัยในการทำงานและเพศ	78
ตารางที่ 52	รายได้ รายจ่าย และการออมภาคครัวเรือน	79



ตารางที่ 53	จำนวนผู้รับเงินบำเหน็จชราภาพและจำนวนเงินบำเหน็จชราภาพ กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม พ.ศ.2542-2549	82
ตารางที่ 54	จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้คอมพิวเตอร์ จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง เปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2547 -2549)	85
ตารางที่ 55	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้คอมพิวเตอร์จำแนกตามกิจกรรมที่ใช้คอมพิวเตอร์ ภาค และเขตการปกครอง	87
ตารางที่ 56	จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง เปรียบเทียบ 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2547 - 2549	88
ตารางที่ 57	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตจำแนกตามแหล่งที่ใช้อินเทอร์เน็ต ภาค และเขตการปกครอง	89
ตารางที่ 58	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตจำแนกตามกิจกรรมที่ใช้อินเทอร์เน็ต ภาค และเขตการปกครอง	90
ตารางที่ 59	จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาศายอาชีพ ประจำปีการศึกษา 2549	92
ตารางที่ 60	จำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา จำแนกปีการศึกษาและระดับการศึกษาปี 2547 -2549	94
ตารางที่ 61	จำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา แบ่งตามกลุ่มมหาวิทยาลัยในปีการศึกษา 2549	96
ตารางที่ 62	จำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา แบ่งตามประเภทสถาบันการศึกษา ในปีการศึกษา 2549	97
ตารางที่ 63	สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัว / ลูกหลาน ปฏิบัติมากที่สุด	109
ตารางที่ 64	บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการให้เกื้อหนุน /ดูแลมากที่สุด	109
ตารางที่ 65	สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง	111
ตารางที่ 66	ความต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ	113



ตารางที่ 67	ความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากราชการ	114
ตารางที่ 68	สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการเกื้อหนุน	115
ตารางที่ 69	ความต้องการที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุ	116
ตารางที่ 70	ความต้องการสถานที่อยู่อาศัยในยามชรา	116
ตารางที่ 71	ความต้องการสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย	117
ตารางที่ 72	ข้อมูลกองทุนชราภาพ	138
ตารางที่ 73	ข้อมูลการได้รับเงินบำนาญจากกองทุนชราภาพของผู้เกษียณอายุ	138
ตารางที่ 74	แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำแนกตามลักษณะการดูแล และระดับความต้องการดูแล	148
ตารางที่ 75	ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างสถานสงเคราะห์	150
ตารางที่ 76	ร้อยละของผู้สูงอายุชายหญิงในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษา จำแนกตามการพึ่งพาผู้อื่น	150
ตารางที่ 77	แสดงประเภทของการจดทะเบียนสถานดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานต่างๆ	152



สารบัญแนบภูมิ

แผนภูมิที่ 1	ร้อยละของประชากรสูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไปและอายุ 80 ปีขึ้นไป	4
แผนภูมิที่ 2	อัตราส่วนการเป็นภาระรวม อัตราส่วนการเป็นภาระเด็ก และอัตราส่วนการเป็นภาระผู้สูงอายุ ปี 2493-2593	9
แผนภูมิที่ 3	อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2503-2578	11
แผนภูมิที่ 4	แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ พ.ศ.2548-2549	22
แผนภูมิที่ 5	แนวโน้มร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ใน 3 ปี (พ.ศ.2547 - พ.ศ.2548)	24
แผนภูมิที่ 6	คาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พ.ศ.2548 - 2593	24
แผนภูมิที่ 7	ความชุก (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม	25
แผนภูมิที่ 8	แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ เปรียบเทียบ 3 ปี	26
แผนภูมิที่ 9	แนวโน้มร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ในช่วง 3 ปี (พ.ศ.2542, 2544, 2549)	41
แผนภูมิที่ 10	แนวโน้มร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ใน 3 ปี	49
แผนภูมิที่ 11	แนวโน้มของร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2544-2549)	64
แผนภูมิที่ 12	แนวโน้มของร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงานจำแนกตามกิจกรรมเศรษฐกิจ ในรอบ 6 ปี (พ.ศ. 2544-2549)	66



แผนภูมิที่ 13	แนวโน้มของสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2544 - พ.ศ.2549)	68
แผนภูมิที่ 14	แนวโน้มของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุใน 5 ปี (พ.ศ.2544 - 2545, 2547 - 2549)	70
แผนภูมิที่ 15	สัดส่วนของการรักษาพยาบาลของแรงงานนอกระบบที่เป็นผู้สูงอายุ เมื่อได้รับบาดเจ็บ	75
แผนภูมิที่ 16	สัดส่วนของสวัสดิการที่ผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบใช้ (กรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)	75
แผนภูมิที่ 17	แนวโน้มการออมส่วนบุคคลต่อรายได้ ใน 6 ปี (พ.ศ.2543 - พ.ศ.2548)	81
แผนภูมิที่ 18	สัดส่วนผู้สูงอายุที่ใช้คอมพิวเตอร์จำแนกตามภาคเปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2547 - 2549)	86
แผนภูมิที่ 19	สัดส่วนประเภทการใช้คอมพิวเตอร์ของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2549	88
แผนภูมิที่ 20	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาสายอาชีพเปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2547 - พ.ศ.2549)	93
แผนภูมิที่ 21	แนวโน้มจำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา จำแนกตามระดับการศึกษา เปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2547 - พ.ศ.2549)	94
แผนภูมิที่ 22	ผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาแบ่งตามระดับการศึกษา และประเภทสถาบันการศึกษา ในปี พ.ศ.2549	97
แผนภูมิที่ 23	ประโยชน์ของศูนย์อเนกประสงค์	130
แผนภูมิที่ 24	การนำข้อเสนอของงานวิจัยสู่ระดับนโยบาย (ภาพรวม)	135
แผนภูมิที่ 25	ข้อเสนอโครงสร้างกองทุนการออมเพื่อสวัสดิการและสุขภาพโดยชุมชน	146



สารบัญญรูปภาพ

รูปภาพที่ 1	แสดงกิจกรรมภายในศูนย์เอนกประสงค์	132
รูปภาพที่ 2	แสดงกิจกรรมภายในศูนย์เอนกประสงค์	132
รูปภาพที่ 3	การจัดห้องภายในศูนย์เอนกประสงค์	132
รูปภาพที่ 4	การประชุมสัมพันธโครงการฟื้นฟูพระราชนาน	154
รูปภาพที่ 5	หนังสือเอกสารความรู้เกี่ยวกับการทำฟื้นฟู	157
รูปภาพที่ 6	การฝึกทักษะแก่ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน	157
รูปภาพที่ 7	การส่งเสริมความรู้การฟื้นฟูที่วิถี	159
รูปภาพที่ 8	การฟื้นฟูหลังจากการทำบุญที่วัด	159
รูปภาพที่ 9	การประกาศผลการดูแลสุขภาพฟื้นฟูของผู้สูงอายุ	159



ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ

บทที่ 1



บทที่ 1

ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ*

ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดนโยบาย และแผนงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยต้องเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นของประเทศ ตามมาตรฐานสากลประเทศที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 และ/หรือประชากรมีอายุมัธยฐานมากกว่า 30 ปี ถือว่าเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Shryock, Henry s., 2004) ในปี พ.ศ.2549 ประเทศไทยมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ ร้อยละ 11 และ ประชากรมีอายุมัธยฐานประมาณ 33 ปี แสดงว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งหมายความว่า สังคมไทยต้องมีการเตรียมการด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อรับกับสถานการณ์ ดังกล่าว

1.1. การเพิ่มประชากรและภาวะเจริญพันธุ์

เนื่องจากแนวโน้มของอัตราการภาวะเจริญพันธุ์หรืออัตราการเกิด ได้ลดลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทุกๆ 10 ปี โดยอัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก ร้อยละ 2 ในปี พ.ศ.2538 เป็นร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ.2548 ในขณะที่

* ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติคือ ถ้าประเทศใดก็ตามที่มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ประเทศนั้นถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ แต่ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุเล่มนี้ถือเกณฑ์การ เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยยึดจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร



ที่อัตราการตายลดลงเพียงเล็กน้อย ทำให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติในปี พ.ศ.2528-2529 เป็นร้อยละ 1.8 ปี พ.ศ.2538-2539 ร้อยละเป็น 1.2 และในปี พ.ศ.2548-2549 ลดลงเป็นร้อยละ 0.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) เมื่อคำนวณอัตราการเพิ่มของประชากรในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคือ (ปี พ.ศ. 2538-2548) พบว่ามีอัตราการเพิ่มของประชากรเฉลี่ยเป็นร้อยละ 0.6 สำหรับประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ในปี พ.ศ.2538 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 8.1 และ 10 ปีต่อมา คือในปี พ.ศ.2548 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็นร้อยละ 10.6 หรืออัตราเพิ่มเฉลี่ย ร้อยละ 2.5 ต่อปี (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อัตราการเพิ่มประชากรสูงอายุ

อัตราการเพิ่มของประชากร	เท่ากับ
อัตราการเพิ่มของประชากร (2538 -2548)*	ร้อยละ 0.6
อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุ (2538 -2548)*	ร้อยละ 3.9
• ร้อยละของประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี 2538**	ร้อยละ 8.1
• ร้อยละของประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี 2548**	ร้อยละ 10.6
อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility rate)	
• อัตราการเจริญพันธุ์รวม ปี 2538*	2.0
• อัตราการเจริญพันธุ์รวม ปี 2548*	1.5

ที่มา : * United Nations (2006) World Population Prospects: The 2006 Revision
 ** สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538
 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563

1.2. ขนาดและแนวโน้มประชากรสูงอายุ

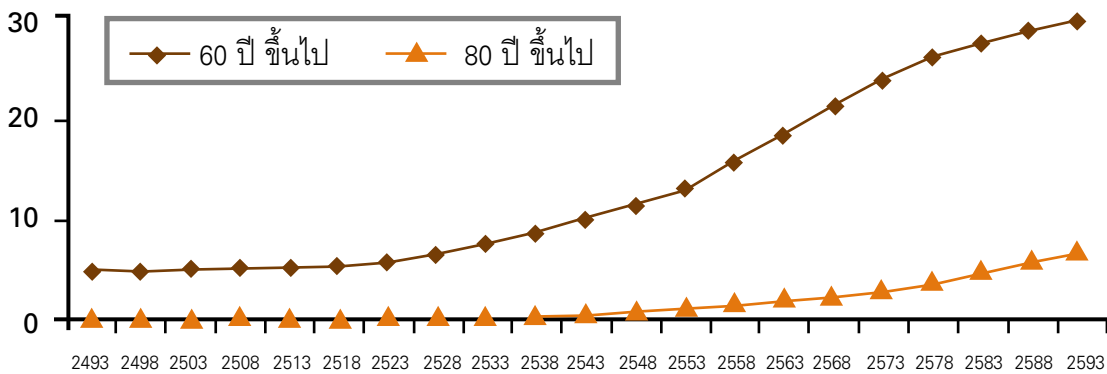
นิยามที่ใช้ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถ้าพิจารณาสัดส่วนประชากรสูงอายุ พบว่า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 5.0 ในปี พ.ศ.2493 เป็น 2 เท่าในปี พ.ศ.2543 (ร้อยละ 10.1) ซึ่งใช้เวลา 50 ปี จะเพิ่มเป็น 3 เท่า ในปี พ.ศ.2558 (ร้อยละ 15.6) ซึ่งใช้เวลา 15 ปี จะเพิ่มเป็น 4 เท่า ในปี พ.ศ.2568 (เป็นร้อยละ 21.5) ซึ่งใช้เวลา 10 ปี จะเพิ่มเป็น 5 เท่า ประมาณ ปี พ.ศ.2576 (ประมาณร้อยละ 25) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 8 ปี และจะเพิ่มเป็น 6 เท่า ประมาณปี พ.ศ.2495 (ประมาณร้อยละ 31) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 9 ปี แสดงว่าประเทศไทยจะมีอัตราการเพิ่มของสัดส่วนของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วมากในอีก 18 ปีข้างหน้า คือในช่วง พ.ศ.2568-2576 และระยะเวลาที่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเท่าตัวจะสั้นลงเรื่อยๆ หลังจากนั้นอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุแบบเท่าตัวก็ค่อยๆ ช้าลง



สำหรับประชากรวัย 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนปลายหรือเป็นวัยที่ต้องการการพึ่งพิงสูงซึ่ง จะเพิ่มเท่าตัว จากร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 2 ในปี พ.ศ.2558 (อีก 15 ปีข้างหน้า) และเพิ่มเป็น ประมาณ 3.0 ในปี พ.ศ.2570 (อีก 12 ปีต่อไป) เพิ่มเป็น 4 เท่า คือ ร้อยละ 4 ในปี พ.ศ.2575 (อีก 5 ปีต่อไป) จะ เพิ่มเป็นร้อยละ 6 ประมาณ ปี พ.ศ. 2580 (อีก 5 ปีต่อไป) และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 7 ในปี พ.ศ.2593 (อีก 13 ปี ต่อไป) แสดงว่าแนวโน้มของประชากรวัย 80 ปีขึ้นไปมีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543-2583 (ใช้เวลา ประมาณ 40 ปี) หลังจากนั้นอัตราเพิ่มประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปก็จะค่อยๆ เพิ่มช้าลง (แผนภูมิที่ 1)

นอกจากนี้คนไทยมีอายุมัธยฐานประมาณ 30 ปีมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 ซึ่งเป็นอายุที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ (30 ปี คือครึ่งหนึ่งของอายุเริ่มต้นของวัยสูงอายุ และจะเพิ่มเป็น 40 ปีในปี พ.ศ.2570 หรือภายใน 20 ปีข้างหน้า นับจากปี พ.ศ.2550 (ตารางที่ 2) แสดงว่าโครงสร้างประชากรขยับเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของประชากรสูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป และ อายุ 80 ปีขึ้นไป





ตารางที่ 2 จำนวนประชากรรวม จำนวนและร้อยละประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
จำนวนและร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และอายุมาตรฐาน พ.ศ.2493-2593

ปี	จำนวนประชากร รวม (ต่อ 1,000 คน)	ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป		ประชากรอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป		อายุ มาตรฐาน
		จำนวน (ต่อ 1,000)	ร้อยละ	จำนวน (ต่อ 1,000)	ร้อยละ	
2493 (1950)	20,607	1,041	5.0	85	0.4	18.6
2498 (1955)	23,757	1,179	5.0	90	0.4	18.7
2503 (1960)	27,652	1,411	5.1	95	0.3	18.4
2508 (1965)	32,293	1,684	5.2	117	0.4	17.8
2513 (1970)	37,247	2,002	5.4	138	0.4	17.8
2518 (1975)	42,180	2,339	5.5	166	0.4	18.5
2523 (1980)	46,809	2,697	5.8	215	0.5	19.9
2528 (1985)	50,820	3,364	6.6	272	0.5	22.7
2533 (1990)	54,291	4,225	7.8	343	0.6	25.1
2538 (1995)	57,523	5,116	8.9	428	0.7	27.4
2543 (2000)	60,666	6,130	10.1	602	1.0	30.1
2548 (2005)	63,003	7,122	11.3	820	1.3	32.6
2553 (2010)	65,125	8,463	13.0	1,073	1.6	34.7
2558 (2015)	66,763	10,396	15.6	1,329	2.0	36.5
2563 (2020)	67,990	12,611	18.5	1,603	2.4	38.2
2568 (2025)	68,803	14,782	21.5	1,836	2.7	39.8
2573 (2030)	69,218	16,596	24.0	2,259	3.3	41.2
2578 (2035)	69,260	18,069	26.1	2,936	4.2	42.3
2583 (2040)	68,940	19,059	27.6	3,669	5.3	43.1
2588 (2045)	68,286	19,675	28.8	4,298	6.3	43.7
2593 (2050)	67,376	20,071	29.8	4,732	7.0	44.3

ที่มา : United Nations (2006) World Population Prospects: The 2006 Revision

หมายเหตุ : อายุมาตรฐาน 35 ปี หมายความว่า มีประชากร 50% ที่อายุต่ำกว่า 35 ปี และอีก 50% ที่มีอายุสูงกว่า 35 ปี



1.3. อายุคาดหมายเฉลี่ย

อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยคือความยืนยาวของชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคือจาก 70 ปี ใน พ.ศ.2548 เป็น 72 ปี ใน ปี พ.ศ.2549 ส่วนอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดแยกตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย กล่าวคือ เพศหญิงมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 74 ปี, 75 ปี และ 75.2 ปี ในปี พ.ศ.2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ ส่วนเพศชายมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสั้นกว่า คือ 66 ปี, 68.2 ปี และ 68.4 ปี ในช่วงเดียวกัน

อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี หมายถึง อายุที่คาดว่าจะยืนยาวต่อไปหลังจากอายุ 60 ปี โดยผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวต่อไปอีกประมาณ 22 ปี ขณะที่ผู้ชายจะมีอายุยืนยาวหลังจากอายุ 60 ปี ต่อไปอีก 19 ปี อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่ออายุ 80 ปี หมายถึง ถ้าคนๆ นั้นสามารถมีชีวิตยืนยาวจนถึงอายุ 80 ปี ทั้งชายและหญิงจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกนานใกล้เคียงกันคือชาย 8.6 ปี หญิง 9 ปี

ถ้าพิจารณาอายุคาดหมายของการมีสุขภาพดี (HALE) พบว่า อายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีตั้งแต่เกิดของชายคือ 58 ปี ส่วนของหญิงคือ 62 ปี แสดงว่าผู้หญิงจะมีความยืนยาวของการมีสุขภาพดีมากกว่าผู้ชายประมาณ 4 ปี (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทย

อายุคาดหมายเฉลี่ย	เท่ากับ
อายุคาดหมายเฉลี่ยแรกเกิด (life Expectancy at birth) ปี 2548*	
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดทั้งเพศชายและเพศหญิง	70.3
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชาย	66.1
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศหญิง	74.1
อายุคาดหมายเฉลี่ยแรกเกิด (life Expectancy at birth) ปี 2549	
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดทั้งเพศชายและเพศหญิง*	72.0
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชาย*	68.2
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศหญิง*	75.1
• อายุคาดหมายเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี* (life expectancy at age 60 years) ของเพศชาย	19.1



ตารางที่ 3 **อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทย (ต่อ)**

อายุคาดหมายเฉลี่ย	เท่ากับ
• อายุคาดหมายเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี* (life expectancy at age 60 years) ของเพศหญิง	21.5
• อายุคาดหมายเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี** (life expectancy at age 60 years) ของเพศชาย	8.6
• อายุคาดหมายเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี** (life expectancy at age 60 years) ของเพศหญิง	9.0
อายุคาดหมายเฉลี่ยแรกเกิด (life Expectancy at birth) ปี 2550	
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด* (life Expectancy at birth) ของเพศชาย	68.4
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด* (life Expectancy at birth) ของเพศหญิง	75.2
อายุคาดหมายเฉลี่ยแรกเกิด (life Expectancy at birth) ปี 2550	
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด* (life Expectancy at birth) ของเพศชาย	68.4
• อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด* (life Expectancy at birth) ของเพศหญิง	75.2
อายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Healthy Average Life Expectancy : Hale) ปี 2546***	
• อายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิดของเพศชาย	58.0
• อายุคาดหมายเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิดของเพศหญิง	62.0

ที่มา : * Mahidol Population Gazette Vol. 14, July 2005; Vol. 15, January 2006; Vol. 16, January 2007
 ** สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ.2548-2549
 *** World Health Report, 2007

1.4. ดัชนีผู้สูงอายุ

ดัชนีผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อจำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน ถ้าดัชนีมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่า มีเด็กมากกว่าผู้สูงอายุ และในทางกลับกัน ถ้าดัชนีมีค่าสูงกว่า 100 ก็แสดงว่า มีผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ผ่านมา เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการที่จำนวนประชากรวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 22.1 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 21.3 ในปี พ.ศ.2549 ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.2 เป็นร้อยละ 6.5 ในช่วงเดียวกันโดยในปี พ.ศ.2549 ดัชนีผู้สูงอายุเท่ากับ 50 หมายความว่า มีประชากรวัยสูงอายุน้อยกว่าประชากรวัยเด็กประมาณครึ่งหนึ่ง ในอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้าจำนวนประชากรวัยเด็กจะพอๆ กับจำนวนประชากรวัยสูงอายุ หลังจากนั้นจะเกิดปรากฏการณ์ที่มีประชากรวัยสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก ซึ่งหมายความว่าสังคมไทยก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (ดูตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ดัชนีผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2547 - 2578

ปี พ.ศ.	ประชากร (ล้านคน)			ดัชนีผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ/เด็ก 100 คน)
	ทั้งหมด	วัยเด็ก	ผู้สูงอายุ	
2547	60.5	22.1	6.2	46.8
2548	60.9	21.7	6.3	47.8
2549	61.7	21.3	6.5	50.0
2553	63.7	13.2	7.5	57.0
2558	64.6	12.3	9.0	73.4
2563	65.1	11.2	11.0	98.0
2564	65.2	11.0	11.3	103.2
2568	65.1	10.4	12.9	123.6
2573	64.5	9.8	14.6	149.6
2578	63.4	9.1	15.9	174.4

ที่มา : 1. ดัชนีผู้สูงอายุปี พ.ศ.(2547-2549) คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
 2. ดัชนีผู้สูงอายุปี พ.ศ.(2553-2578) ปีที่มา ว่าวัฒนธรรม และปราโมทย์ ประสาทกุล.
 ประชากรไทยในอนาคต, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548

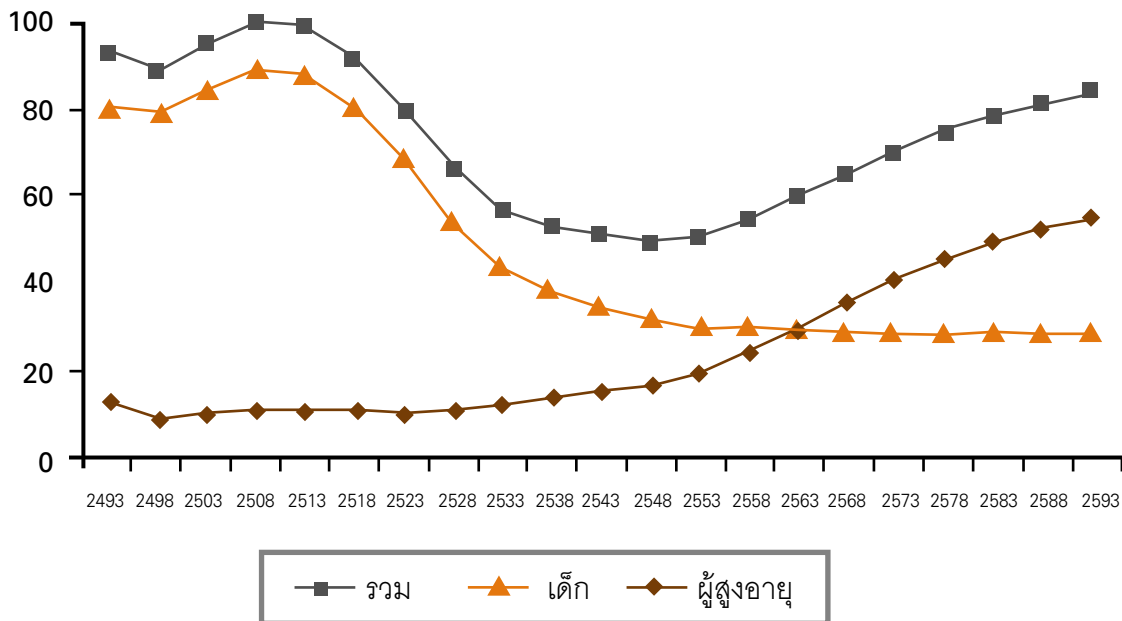
1.5. อัตราส่วนการเป็นภาระหรืออัตราส่วนพึ่งพิงของวัยสูงอายุ (Aging Dependency Ratio)

อัตราส่วนการเป็นภาระ (Dependency Ratio) หมายถึง อัตราส่วนระหว่างประชากรเด็กและประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน ในการคำนวณอัตราส่วนนี้ ประชากรวัยเด็กคือประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี ประชากรสูงอายุคือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และประชากรวัยทำงานคืออายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี อัตราส่วนการเป็นภาระ จำแนกตามประเภทของผู้ที่ต้องพึ่งพิงเป็น 2 ประเภท คือ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก (Youth dependency ratio) ซึ่งหมายถึง จำนวนเด็กต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน 100 คน และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา (Old-age dependency ratio) หมายถึงจำนวนผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน 100 คนเช่นกัน ค่าของอัตราส่วนการเป็นภาระยิ่งสูง ย่อมแสดงถึงมีจำนวนผู้ที่ต้องพึ่งพิงมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรวัยแรงงาน



ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ และจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กได้ลดลงตั้งแต่ ปี พ.ศ.2508 จากร้อยละ 89 มาเป็นร้อยละ 36 ในปี พ.ศ.2543 และเป็นร้อยละ 32 ในปี พ.ศ.2549-50 ในขณะที่แนวโน้มของอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับวัยแรงงาน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราดังกล่าว จะเพิ่มจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2505 มาเป็นเกือบเท่าตัว (ร้อยละ 19.6) ในปี พ.ศ.2553 และเป็นเกือบสามเท่าตัว (ร้อยละ 29.6) ในปี พ.ศ.2568 หรือในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า (ดูตารางที่ 5 และรูปที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 อัตราส่วนการเป็นภาระรวม อัตราส่วนการเป็นภาระเด็ก และอัตราส่วนการเป็นภาระผู้สูงอายุ ปี 2493-2593



ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แสดงว่าในปี พ.ศ.2568 อัตราส่วนการเป็นภาระในวัยเด็กและวัยผู้สูงอายุจะเท่ากัน (ประมาณร้อยละ 30) ซึ่งหมายความว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2568 เป็นต้นไป สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2573 เป็นต้นไป อัตราส่วนการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงกว่าวัยเด็กอย่างมาก



ตารางที่ 5 อัตราส่วนการเป็นภาระรวม อัตราส่วนการเป็นภาระเด็ก
อัตราส่วนการเป็นภาระผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2493 - 2593

ปี	องค์การสหประชาชาติ			สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ		
	อัตราส่วนการเป็นภาระรวม	อัตราส่วนการเป็นภาระเด็ก	อัตราส่วนการเป็นภาระผู้สูงอายุ	อัตราส่วนการเป็นภาระรวม	อัตราส่วนการเป็นภาระเด็ก	อัตราส่วนการเป็นภาระผู้สูงอายุ
2493 (1950)	92.6	79.8	12.9			
2498 (1955)	88.6	79.3	9.4			
2503 (1960)	94.6	84.6	9.9			
2508 (1965)	99.8	89.4	10.4			
2513 (1970)	98.8	88.1	10.7			
2518 (1975)	91.6	81.0	10.6			
2523 (1980)	79.7	69.3	10.4			
2528 (1985)	65.7	54.8	11.0			
2533 (1990)	57.0	44.7	12.2			
2538 (1995)	53.2	39.6	13.6			
2543 (2000)	50.8	35.5	15.2	51.7	37.4	14.3
2548 (2005)	49.2	32.3	16.9	49.9	34.4	15.5
2553 (2010)	50.6	31.0	19.6	20.1	31.9	18.2
2558 (2015)	54.6	30.5	24.1	51.2	30.3	20.9
2563 (2020)	59.8	30.2	29.6	55.7	29.6	26.1
2568 (2025)	64.9	29.5	35.4	61.2	28.9	32.2
2573 (2030)	69.8	29.1	40.7			
2578 (2035)	74.5	29.0	45.5			
2583 (2040)	78.3	29.0	49.3			
2588 (2045)	81.4	29.1	52.3			
2593 (2050)	83.9	29.1	54.8			

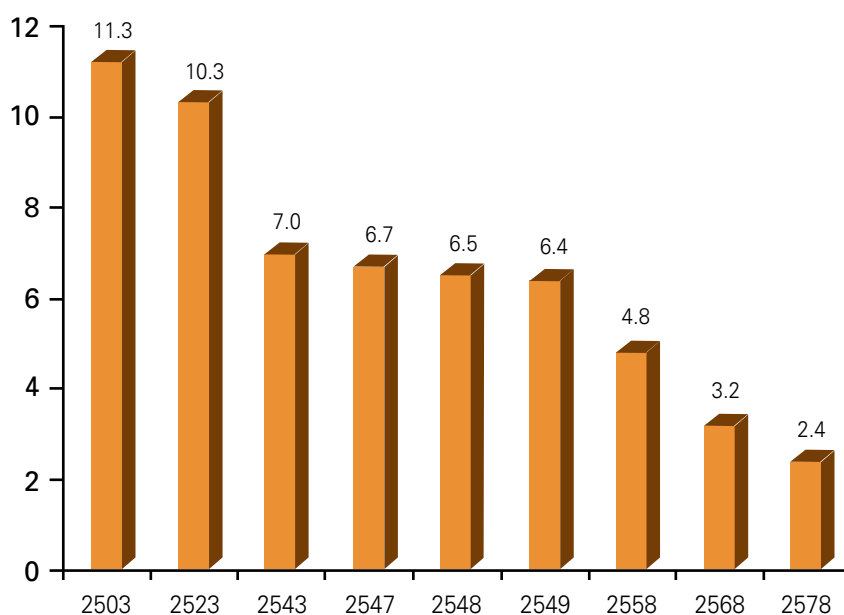
ที่มา : United Nations (2006) World Population Prospects: The 2006 Revision

1.6. อัตราส่วน เกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Potential Support Ratio)

อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นดัชนีอีกตัวหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงจำนวนคนในวัยแรงงานที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน อัตราส่วนนี้ตรงข้ามกับอัตราการเป็นภาระผู้สูงอายุ (Old-age dependency ratio) และใช้กันทั่วไปในฐานะเป็นตัวชี้วัดประชากรสูงอายุ

ในปี พ.ศ.2503 อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุสูงมาก กล่าวคือมีคนในวัยแรงงานถึง 11 คนที่ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน อัตราส่วนนี้ได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง มาเป็น 6.4 คนในปี พ.ศ.2549 กล่าวคือ มีคนวัยแรงงาน 6 คนที่ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยแต่ละคนจะมีคนวัยแรงงานที่จะช่วยดูแลเกื้อหนุนเพียง 2 คนเท่านั้น (แผนภูมิที่ 3)

แผนภูมิที่ 3 อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2503-2578



ที่มา : 1. อัตราในปี พ.ศ.2547-2549 คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง
 2. ปีที่มาจากวัฒนธรรมศาสตร์ และปรามิทยา ประสาทกุล. ประชากรไทยในอนาคต, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548



1.7. จำนวนประชากรสูงอายุปี พ.ศ.2549 (ตามทะเบียนราษฎร)

ข้อมูลจำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ.2549 จากหลักฐานการทะเบียนราษฎรของผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2549 ประมาณ 6.5 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 61.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของประชากรทั้งประเทศ โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 5.9 วัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 3.5 และวัยปลาย (80+ ปี) ร้อยละ 1.3 ในขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) มีร้อยละ 68 (กว่า 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด) และมีประชากรวัยเด็ก ร้อยละ 21 (ดูตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2549

ข้อมูลประชากรตามวัย	2549	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15-59	41,756,928	68.0
60-69	3,607,117	5.9
70-79	2,133,569	3.5
80+	792,784	1.3
รวม	61,395,496	100.0

ที่มา : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด พบว่าในปี พ.ศ.2545 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรและจำนวนประชากรสูงอายุสูงที่สุด 3 จังหวัดแรก ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น และอุบลราชธานี แต่ก็ยังน้อยกว่ากรุงเทพมหานคร ซึ่งมีผู้สูงอายุประมาณครึ่งล้าน และในปี พ.ศ.2549 ทั้ง 3 จังหวัดก็ยังคงครอง 3 อันดับแรก แต่ก็ยังน้อยกว่ากรุงเทพมหานคร ซึ่งมีผู้สูงอายุประมาณ 5.8 ล้านคน แต่เมื่อเทียบจำนวนประชากรสูงอายุกับจำนวนประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในจังหวัด พบว่า ในปี พ.ศ.2545 จังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก คือจังหวัดในภาคกลาง ได้แก่ สิงห์บุรี อ่างทองและชัยนาท ซึ่งมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 14 แต่ในปี พ.ศ.2549 จังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก กลายเป็น สิงห์บุรี ชัยนาท และอ่างทอง ซึ่งมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.6 ซึ่งเท่ากับระดับประเทศ (ดูตารางที่ 7)



ส่วนจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุต่ำที่สุด 3 อันดับแรกของประเทศไทย ได้แก่ ระนอง ภูเก็ต ตรวาด คือมีประมาณ 13,000-21,000 คน ในปี พ.ศ.2545 ส่วนในปี พ.ศ.2549 จังหวัดที่มีประชากรสูงอายุต่ำที่สุด กลายเป็นระนอง ภูเก็ต และมีฮ่องสอน คือมีประมาณ 15,000 คน - 22,000 คน ในปี พ.ศ.2549 แต่ถ้าพิจารณาสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่ำที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดสกลนคร หนองบัวลำพู และระยอง คือมีประมาณ ร้อยละ 7.2-7.6 ในปี พ.ศ.2545 แต่ในปี พ.ศ.2549 สัดส่วนดังกล่าวเปลี่ยนไปเป็นจังหวัด กระบี่ สกลนคร และภูเก็ต คือมีประชากรสูงอายุประมาณ ร้อยละ 8.0-9.5 (ดูตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สูงสุดเป็นสามอันดับแรก ของประเทศไทย ไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2549

พ.ศ.2545			
ลำดับที่ (คน)	จำนวนประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	จำนวนประชากรอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของประชากร
1	นครราชสีมา (2,472,812)	นครราชสีมา (234,802)	สิงห์บุรี (14.4 %)
2	ขอนแก่น (1,724,091)	ขอนแก่น (155,017)	อ่างทอง (14.0 %)
3	อุบล (1,729,397)	อุบล (146,068)	ชัยนาท (13.9 %)
กรุงเทพฯ	5,379,381	506,806	9.4
รวมทั้งประเทศ	59,887,912	5,845,689	9.8
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	อุบล (1,756,711)	อุบล (162,830)	อ่างทอง (14.6 %)
กรุงเทพฯ	5,511,655	581,655	10.6
รวมทั้งประเทศ	61,395,496	6,533,470	10.6

ที่มา : กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย



ตารางที่ 8 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต่ำสุดเป็นสามอันดับแรก ของประเทศไทย ไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2549

พ.ศ.2545			
ลำดับที่ (คน)	จำนวนประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คน)	จำนวนประชากรอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของประชากร
1	ระนอง (154,355)	ระนอง (13,192)	สกจนคร (7.2 %)
2	สมุทรสงคราม (187,861)	ภูเก็ต (18,341)	หนองบัวลำพู (7.4 %)
3	แม่ฮ่องสอน (207,926)	ตราด (20,951)	ระยอง (7.6 %)
พ.ศ. 2549			
1	ระนอง (160,686)	ระนอง (14,671)	กระบี่ (8.0 %)
2	สมุทรสงคราม (192,032)	ภูเก็ต (21,589)	สกจนคร (8.3 %)
3	ตราด (207,616)	แม่ฮ่องสอน (22,330)	ภูเก็ต (9.5 %)

ที่มา : กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย

เมื่อพิจารณาประชากรสูงอายุตามสถานภาพสมรส พบว่า ในปี พ.ศ.2549 ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่กับคู่สมรส กล่าวคือเพศชาย ร้อยละ 86.0 และเพศหญิงร้อยละ 65 โดยผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้น สัดส่วนของการอยู่กับคู่สมรสนี้ลดลง ทำให้สัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้ายกลับสูงขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้ายมากกว่าผู้สูงอายุชายเกือบ 3 เท่า (หญิง ร้อยละ 30.4, ชาย ร้อยละ 10.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าและแยก มีสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 1.5 และผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสดมีมากกว่าชาย 2 เท่า (หญิง ร้อยละ 3.2, ชาย ร้อยละ 1.6) (ดูตาราง 9)



ตารางที่ 9 ร้อยละของประชากรสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามสถานภาพสมรส เพศและอายุ พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2549

สถานภาพสมรส	ชาย				หญิง			
	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	รวม
พ.ศ.2545¹								
โสด	1.4	1.5	1.0	1.5	3.7	4.0	3.7	2.4
สมรส	83.3	89.0	77.3	59.1	48.6	57.8	39.4	16.6
หม้าย	13.8	8.2	19.5	39.2	45.5	35.5	55.3	80.7
หย่า/แยก	1.4	1.2	2.2	0.2	2.2	2.7	1.6	0.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
พ.ศ.2549²								
โสด	2.0	1.1	1.0	1.6	4.3	2.1	1.7	3.2
สมรส	92.3	80.4	69.1	86.0	69.1	62.5	53.7	64.9
หม้าย	3.9	17.3	29.3	10.9	24.7	34.2	44.1	30.4
หย่า/แยก	1.8	1.2	0.7	1.5	1.9	1.1	0.6	1.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา : 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545

2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2548-49,

1.8 คุณลักษณะของประชากรสูงอายุ

ในปี พ.ศ.2549 เมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรสูงอายุ จำแนกตามเพศ พบว่า ประชากรสูงอายุเป็นหญิงมากกว่าชาย และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 54.3 เป็นร้อยละ 56.5) โดยผู้สูงอายุวัยต้นมีสัดส่วนลดลง (จากร้อยละ 62.7 เป็น ร้อยละ 53.6) ขณะที่ผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมาก (จากร้อยละ 28.3 เป็น ร้อยละ 34.2) โดยยิ่งอายุสูงขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงจะมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย

เมื่อพิจารณาตามที่อยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 74) อาศัยอยู่ในชนบทมากกว่า



ในเมือง (ร้อยละ 26) และส่วนใหญ่กระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 36) ภาคเหนือ (ร้อยละ 23) ภาคกลาง (ร้อยละ 21) ภาคใต้ (ร้อยละ 13) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 8) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกหลายคน แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ.2545 เป็น ร้อยละ 7.9 ในปี พ.ศ. 2549 (ดูตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ลักษณะทั่วไปของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2549

ลักษณะทางประชากร	ร้อยละ พ.ศ. 2545 ¹	ร้อยละ พ.ศ.2549 ²
เพศ	100.0	100.0
ชาย	45.7	43.5
หญิง	54.3	56.5
อายุ		
วัยต้น (60- 69 ปี)	62.7 (ช = 46.7 : ญ = 53.3)	53.6 (ช = 45.7 : ญ = 54.3)
วัยกลาง (70 -79 ปี)	28.3 (ช = 45.7 : ญ = 54.3)	34.2 (ช = 42.1 : ญ = 57.9)
วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	9.1 (ช = 38.6 : ญ = 61.4)	9.1 (ช = 37.3 : ญ = 62.7)
เขตที่อยู่อาศัย	100.0	100.0
เมือง	31.0	26.4
ชนบท	69.0	73.6
ภาค	100.0	100.0
กรุงเทพฯ	10.4	7.9
กลาง	25.7	21.8
เหนือ	21.1	22.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	30.6	34.9
ใต้	12.3	12.8
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
1 คน (อยู่คนเดียว)	6.3	7.9
อยู่หลายคน	93.7	92.1

ที่มา : ¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545

² สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2548 - 2549



1.9. ลักษณะเด่นของประชากรวัยสูงอายุ

ภาวะการมีประชากรสูงอายุที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในปี พ.ศ.2549 มีประชากรสูงอายุนัย 60 ปีขึ้นไป และวัย 80 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีสัดส่วนร้อยละ 55 และร้อยละ 61 ตามลำดับ ประชากรวัยสูงอายุหญิงที่เป็นโสดมีมากกว่าชายถึงสามเท่า (ชายร้อยละ 17 หญิงร้อยละ 51) ประชากรสูงอายุหญิงที่อยู่คนเดียวมีมากกว่าชายหนึ่งเท่า (ชายร้อยละ 3 หญิงร้อยละ 6) และประชากรสูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ที่เป็นเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายหนึ่งเท่า (ชายร้อยละ 10, หญิงร้อยละ 21) (ดูตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของประชากรสูงอายุกลุ่มต่างๆ ปี พ.ศ.2549

	ชาย	หญิง
กลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	45	55
กลุ่มประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป	39	61
กลุ่มประชากรสูงวัยที่เป็นโสด	17	51
กลุ่มประชากรสูงวัยที่อยู่คนเดียว	3	6
กลุ่มประชากรสูงวัยที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ *	10	21

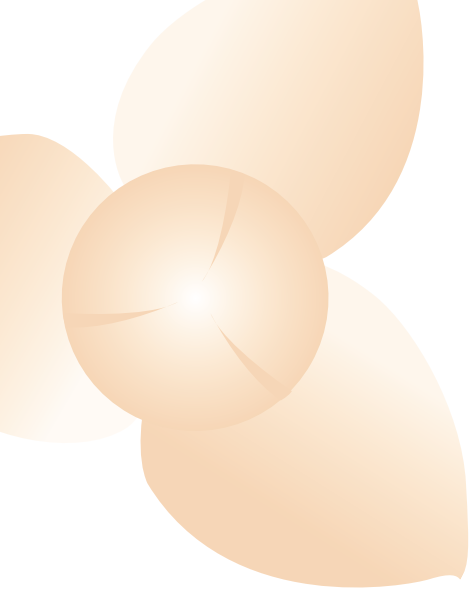
ที่มา : United Nations. World Population Ageing 2006

* กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (UNFPA) 2549. ภาวะประชากรสูงอายุในประเทศไทย



สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทย

บทที่ 2



บทที่ 2

สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทย

2.1. สุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.1 โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว

โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง โดยพบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุด ร้อยละ 48.0 เป็นเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 50.4 และ 47.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่าผู้สูงอายุภาคเหนือมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุด ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 51.4 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 50.5 ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวน้อยกว่าครึ่ง ร้อยละ 44.3 และ 42.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่สูงขึ้นจนถึงช่วงอายุ 70-74 ปี แต่เมื่ออายุช่วง 75 ปีขึ้นไปจะลดลง ซึ่งแนวโน้มของการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวของผู้สูงอายุหญิงมีลักษณะเดียวกับผู้สูงอายุที่แบ่งตามเขตการปกครองทั้งในและนอก



เขตเทศบาล เมื่อพิจารณาสัดส่วนการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวระหว่างเพศของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกช่วงอายุ (ตารางที่ 13)

ใน พ.ศ.2546 และ พ.ศ.2549 การมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงทั้งในผู้สูงอายุชายและหญิง กล่าวคือ พ.ศ.2546 ผู้สูงอายุชายมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวร้อยละ 45.4 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 54.8 ส่วน พ.ศ.2549 ผู้สูงอายุชาย มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวของ ร้อยละ 41.4 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 14)

กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ประชากรเป็นสูงสุด 5 อันดับแรกใน พ.ศ.2547, 2548, 2549 ยังคงเป็นโรคเดียวกัน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไทรอยด์ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบร้อยละ 26.2, 28.0 และ 31.1 ตามลำดับ และโรคของต่อมไทรอยด์พบร้อยละ 16.7, 18.9 และ 19.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 12 ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค ปีพ.ศ.2549

กลุ่มอายุ (ปี)	ทั่วราชอาณาจักร	เขตการปกครอง			ภาค			
		ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
รวม	15.6	14.7	16.0	13.5	15.6	19.9	15.2	12.8
< 5	3.7	4.5	3.4	2.9	3.9	4.3	2.8	5.3
5-14	4.3	4.9	4.1	5.3	5.3	5.3	3.4	3.8
15-24	5.4	4.8	5.7	5.9	4.9	6.0	5.9	4.3
25-59	17.4	14.9	18.6	12.3	16.2	22.4	18.8	14.1
60 ขึ้นไป	48.0	50.4	47.0	50.5	51.4	53.3	42.8	44.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

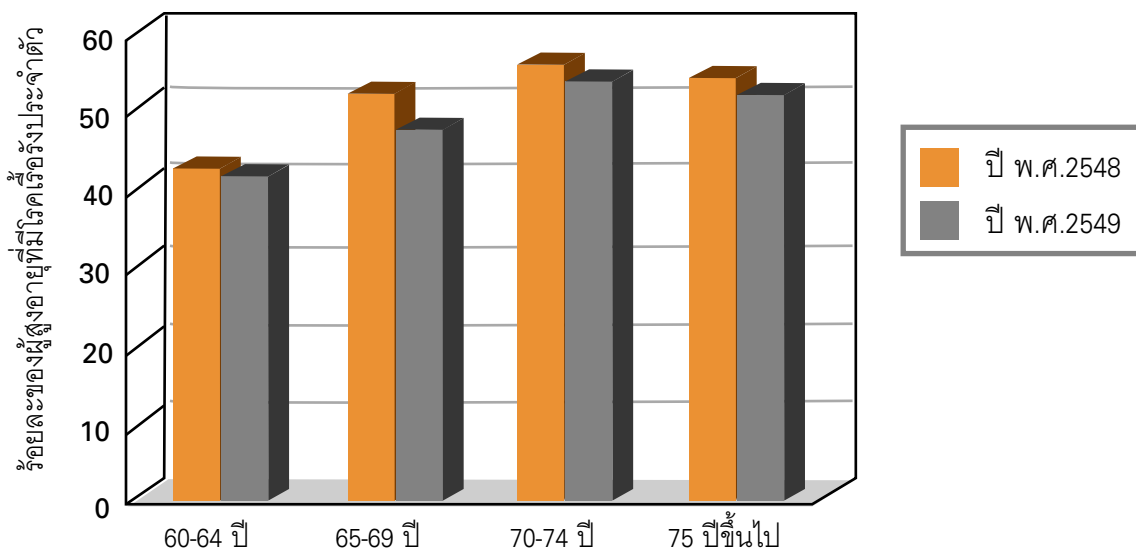


ตารางที่ 13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตาม ช่วงอายุ เพศ และเขตการปกครอง

อายุ (ปี)	รวม	โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว			
		เพศ		เขตการปกครอง	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
60-64 ปี	42.0	31.6	51.3	41.6	42.2
65-69 ปี	47.5	40.6	53.4	47.6	47.5
70-74 ปี	53.9	49.7	57.2	61.4	51.0
75 ปีขึ้นไป	52.1	51.2	52.8	57.4	50.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

แผนภูมิที่ 4 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำแนกตามช่วงอายุ พ.ศ.2548 - 2549



ดัดแปลงจาก : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตาม ช่วงอายุ เพศ และเขตการปกครอง ปี พ.ศ.2548, พ.ศ.2549



ตารางที่ 14 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

พ.ศ.	รวม	โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว			
		เพศ		เขตการปกครอง	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
2546	50.5	45.4	54.8	50.2	50.6
2549	48.0	41.4	53.3	50.4	47.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546, 2549

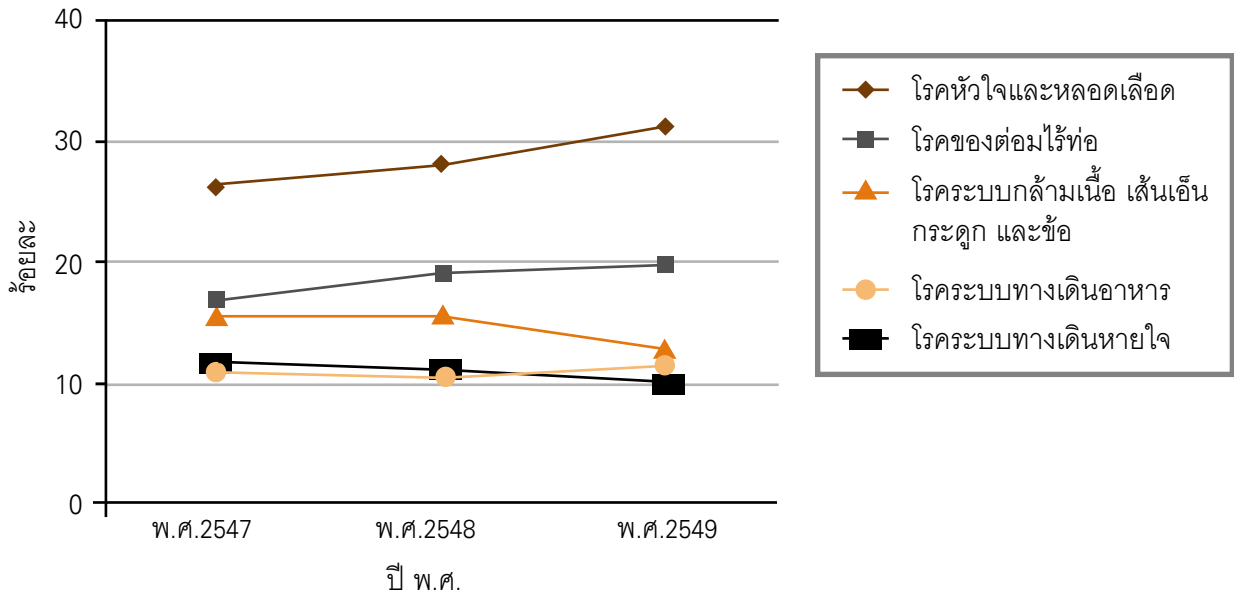
ตารางที่ 15 ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวจำแนกตามปี และกลุ่มโรคที่เป็นสูงสุด 5 อันดับแรก

กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548	พ.ศ.2549
โรคหัวใจและหลอดเลือด	26.2	28.0	31.1
โรคของต่อมไทรอยด์	16.7	18.9	19.7
โรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ	15.7	15.7	13.0
โรกระบบทางเดินอาหาร	11.9	11.1	11.6
โรกระบบทางเดินหายใจ	11.6	11.2	10.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2547, 2548, 2549



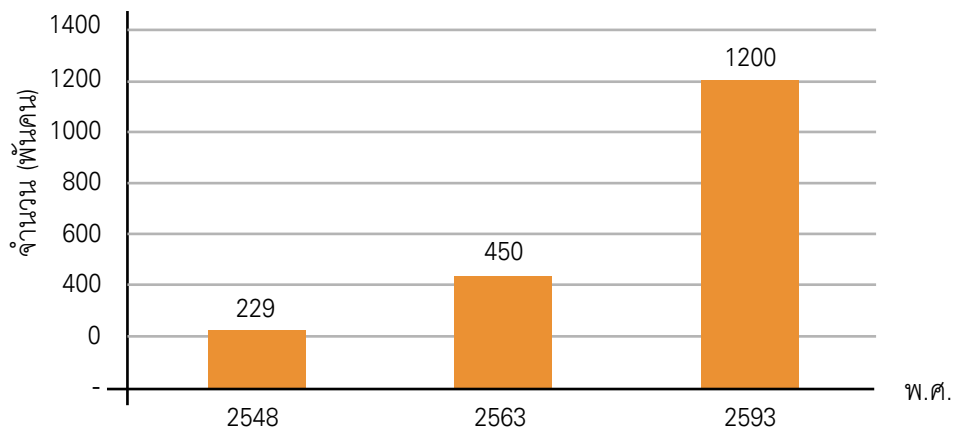
แผนภูมิที่ 5 แนวโน้มร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ใน 3 ปี (พ.ศ.2547 - พ.ศ.2548)



2.1.2 ภาวะสมองเสื่อม

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้พบบ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากผู้สูงอายุจะสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยทั้งกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากการคาดประมาณความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ปี 2548 พบ 229,000 ราย และในอีก 20 ปีข้างหน้าคาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 ราย และในอีก 50 ปีข้างหน้าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1 ล้านคน โดยจะพบว่าภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นในคนที่มีอายุมากขึ้น

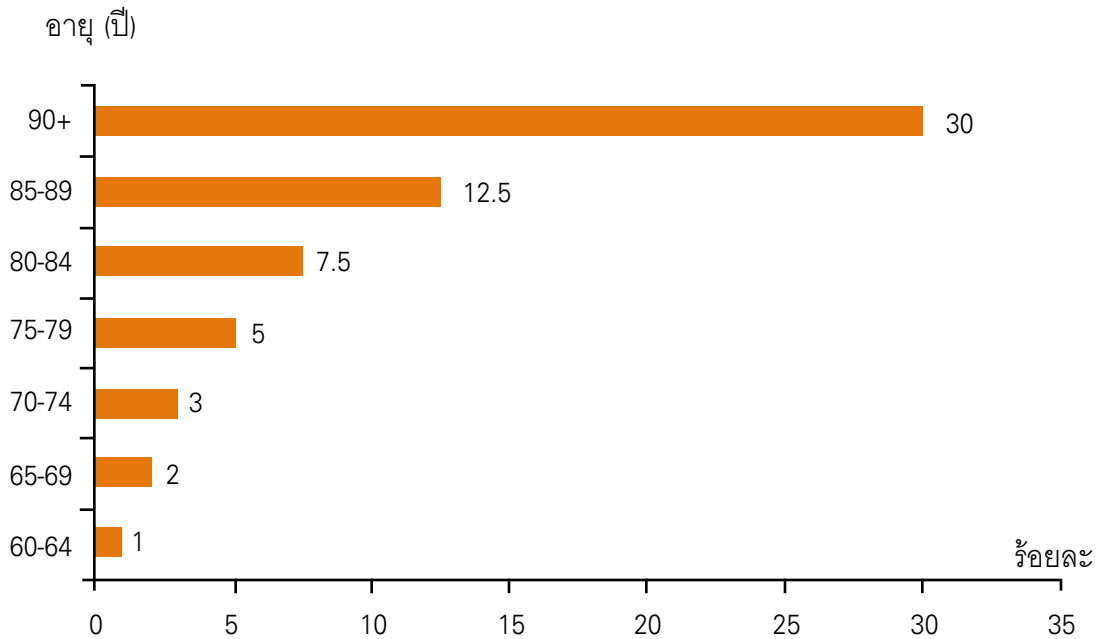
แผนภูมิที่ 6 คาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พ.ศ.2548 - 2593



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สุขภาพคนไทย 2550



แผนภูมิที่ 7 ความชุก (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา: Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence Estimation of Dementia Among Thai Elderly : A National Survey. J Med Assoc Thai 2001;84:461-467.

2.1.3 โรคเอดส์

ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2550 พบว่า พ.ศ.2547 - พ.ศ.2549 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์มีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเอดส์พบว่า มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน กล่าวคือ พ.ศ.2547 มีจำนวน 413 ราย พ.ศ.2548 มีจำนวน 297 ราย และ พ.ศ.2549 มีจำนวน 137 ราย โดยจำนวนผู้สูงอายุชายที่ป่วยเป็นโรคเอดส์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกปี (ตารางที่ 16)

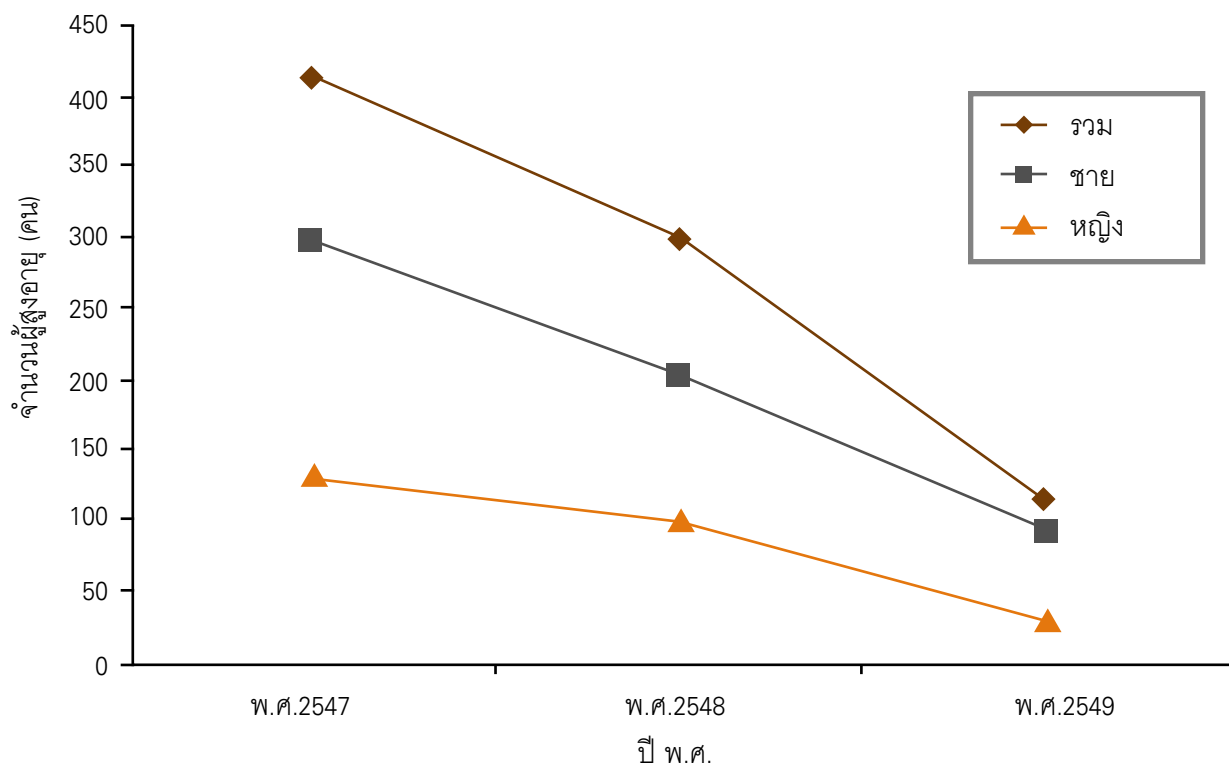


ตารางที่ 16 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ.2527-2546			พ.ศ.2547			พ.ศ.2548			พ.ศ.2549		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
< 5	7,853	4,165	3,688	270	138	132	161	86	75	85	57	28
5-14	3,328	1,690	1,638	659	307	352	347	157	190	185	90	95
15-24	26,024	14,653	11,371	1,403	696	707	1,029	518	511	374	197	177
25-59	213,917	159,491	54,426	24,490	15,162	9,328	17,467	10,947	6,520	7,760	4,907	2,853
60 ขึ้นไป	3,388	2,725	663	413	299	114	297	203	94	134	103	31

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2550

แผนภูมิที่ 8 แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ เปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2547 -2548)



ที่มา: ดัดแปลงจาก กรมควบคุมโรค 2550 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามเพศ



2.1.4 ปัญหาการมองเห็น

ความเสื่อมในวัยสูงอายุทำให้เกิดปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุได้ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด/เลือนราง ร้อยละ 36.6 รองลงมาเป็นมองไกล/ใกล้ไม่ชัด ร้อยละ 13.8 โดยผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด/เลือนรางสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 39.6 ละ 31.6 ตามลำดับ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด/เลือนรางสูงกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 38.9 และ 33.4 ตามลำดับ และผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด/เลือนรางสูงสุด ร้อยละ 46.0 รองลงมาเป็นตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 41.6 และภาคกลาง ร้อยละ 35.7 ส่วนภาคเหนือและภาคใต้มีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด/เลือนรางใกล้เคียงกัน ร้อยละ 32.8 และ 32.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นจำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

รายการ	ปัญหาการมองเห็น				
	มองไม่เห็น	มองเห็นไม่ชัด/ เลือนราง	มองเห็น ภาพซ้อน	มองไกล/ ใกล้ไม่ชัด	อื่นๆ
รวม	1.2	36.6	2.9	13.8	3.8
เพศ					
ชาย	1.1	31.6	2.4	13.4	3.4
หญิง	1.3	39.6	3.3	14.1	4.0
เขตการปกครอง					
ในเขตเทศบาล	1.0	33.4	2.5	14.0	5.3
นอกเขตเทศบาล	1.4	38.9	3.3	13.8	2.8
ภาค					
กรุงเทพมหานคร	2.4	46.0	3.8	24.4	4.0
กลาง	1.3	35.7	2.7	14.9	6.2
เหนือ	1.0	32.8	1.2	10.8	4.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1.3	41.6	4.1	12.3	2.4
ใต้	1.0	32.7	2.9	13.8	2.2

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย, 2549



2.1.5 การหกล้ม

การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบบ่อยและเป็นปัญหาหลักที่สำคัญปัญหาหนึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุโดยพบอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุร้อยละ 30 โดยจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เมื่ออายุมากกว่า 80 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 โดยร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลมีประวัติหกล้ม ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตถึงร้อยละ 10-15 และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ผู้ที่เคยหกล้มแล้วมีอุบัติการณ์ของการหกล้มซ้ำอีกได้ถึงร้อยละ 50 ผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มไม่รุนแรงทำให้เกิดรอยฟกช้ำ ปวดเคล็ดขัดยอก ส่งผลต่อจิตใจ ได้แก่ เกิดความกลัวหรือขาดความมั่นใจในการเดินหรือประกอบกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20-25 การจำกัดกิจวัตรประจำวันและอยู่แต่ในบ้านทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนผลกระทบจากการหกล้มที่รุนแรง ได้แก่ การแตกหักของกระดูกสะโพก (hip fracture) ซึ่งการบาดเจ็บที่รุนแรงอาจจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจตามมาตลอดจนมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น จากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2549 พบว่าในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุเคยหกล้ม ร้อยละ 14.2 โดยส่วนใหญ่หกล้ม 1-2 ครั้ง ร้อยละ 10.5 รองลงมาหกล้ม 3-5 ครั้ง ร้อยละ 2.0 โดยผู้สูงอายุหญิงมีการหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 16.7 และ 9.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการหกล้มสูงกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 14.8 และ 13.3 ตามลำดับ และผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการหกล้มสูงสุด ร้อยละ 16.5 รองลงมาเป็นกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 16.2 ส่วนผู้สูงอายุภาคเหนือมีการหกล้มน้อยที่สุด ร้อยละ 11.0 (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค

รายการ	การหกล้ม (ครั้ง)				
	ไม่เคย	1-2	3-5	>5	ไม่ระบุ
รวม	85.8	10.5	2.0	0.3	1.3
เพศ					
ชาย	90.1	7.2	1.4	0.2	1.2
หญิง	83.3	12.5	2.4	0.4	1.4
เขตการปกครอง					
ในเขตเทศบาล	86.7	9.9	1.9	0.4	1.1
นอกเขตเทศบาล	85.2	11.0	2.1	0.3	1.5



ตารางที่ 18 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค (ต่อ)

รายการ	การหกล้ม (ครั้ง)				
	ไม่เคย	1-2	3-5	>5	ไม่ระบุ
ภาค					
กรุงเทพมหานคร	83.8	12.2	2.0	0.4	1.6
กลาง	86.0	10.8	1.7	0.5	1.0
เหนือ	89.0	7.2	1.4	0.2	2.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	83.5	12.1	2.6	0.3	1.5
ใต้	86.3	10.4	2.2	0.2	0.9

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2549) การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย

2.1.6 การเจ็บป่วย

การเสื่อมสภาพในวัยสูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายโดยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ร้อยละ 30.0 สูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการเจ็บป่วยสูงกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 32.1 และ 24.8 ตามลำดับ และผู้สูงอายุภาคเหนือมีการเจ็บป่วยสูงสุด ร้อยละ 33.5 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 31.9 และ 31.8 ตามลำดับ ส่วนกรุงเทพมหานครมีการเจ็บป่วยน้อยสุด ร้อยละ 17.2 (ตารางที่ 19)

เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ร้อยละ 25.5, 30.2, 33.0, และ 34.0 และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่างเพศของผู้สูงอายุ และเขตการปกครองพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายสูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกช่วงอายุ และผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลทุกช่วงอายุ (ตารางที่ 20)



ตารางที่ 19 ร้อยละของประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์
จำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

กลุ่มอายุ (ปี)	พระราช อาณาจักร	เขตการปกครอง			ภาค			
		ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	กรุงเทพ มหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้
รวม	16.3	14.3	17.2	11.9	15.3	21.1	15.6	16.9
< 5	27.5	26.2	27.9	24.6	24.1	31.8	25.6	33.4
5-14	12.8	12.7	12.8	12.7	13.3	17.6	10.5	12.3
15-24	8.9	8.2	9.2	7.8	8.1	12.0	8.2	9.0
25-59	15.3	12.9	16.4	10.6	14.4	20.5	14.7	15.3
60 ขึ้นไป	30.0	24.8	32.1	17.2	28.3	33.5	31.9	31.8

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

ตารางที่ 20 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์
จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

อายุ (ปี)	รวม	อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย			
		เพศ		เขตการปกครอง	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
60-64 ปี	25.5	20.8	29.6	19.9	27.7
65-69 ปี	30.2	26.1	33.5	21.3	33.7
70-74 ปี	33.0	30.0	35.4	29.4	34.4
75 ปีขึ้นไป	34.0	31.0	36.1	32.4	34.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549



2.1.7 การประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองโดยเปรียบเทียบสุขภาพตนเองในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองในปัจจุบันว่าเหมือนๆ กับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 42.8 รองลงมาเป็นแยกว่าปีที่ผ่านมาเล็กน้อย ร้อยละ 39.6 และดีกว่าปีที่ผ่านมาเล็กน้อย ร้อยละ 10.0 เมื่อผู้สูงอายุเปรียบเทียบสุขภาพตนเองกับผู้อื่นพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพเหมือนๆ กับผู้อื่น ร้อยละ 48.8 รองลงมาเป็นแยกว่าผู้อื่นเล็กน้อย ร้อยละ 24.4 และดีกว่าผู้อื่นเล็กน้อย ร้อยละ 18.8 ส่วนการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนในปัจจุบันพบว่าเหมือนๆ กัน ร้อยละ 48.6 รองลงมาเป็นแยกว่าเล็กน้อย ร้อยละ 26.5 และดีกว่าเล็กน้อย ร้อยละ 20.1 (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ร้อยละของการเปรียบเทียบระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบระดับสุขภาพ	แยกว่ามาก	แยกว่าเล็กน้อย	เหมือนๆ กัน	ดีกว่าเล็กน้อย	ดีกว่ามาก
ตนเองในปัจจุบันกับปีที่ผ่านมา	6.6	39.6	42.8	10.0	1.0
ตนเองกับผู้อื่น	5.1	24.4	48.8	18.8	2.9
ตนเองในปัจจุบัน	3.6	26.5	48.6	20.1	1.2

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

ผู้สูงอายุประเมินความรุนแรงด้านสุขภาพของตนเองระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ดังนี้

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 44.0 รองลงมามีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวเล็กน้อย ร้อยละ 32.7 และมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวปานกลาง ร้อยละ 17.6 (ตารางที่ 22)

2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง ร้อยละ 66.9 รองลงมามีความยากลำบากในการดูแลตนเองเล็กน้อย ร้อยละ 19.1 และมีความยากลำบากในการดูแลตนเองปานกลาง ร้อยละ 11.4 (ตารางที่ 22)

3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการทำงานนอกบ้านหรือทำงานบ้าน ร้อยละ 53.2 รองลงมามีความยากลำบากในการทำงานนอกบ้านหรือทำงานบ้านเล็กน้อย ร้อยละ 25.5 และมีความยากลำบากในการทำงานนอกบ้านหรือทำงานบ้านปานกลาง ร้อยละ 13.9 (ตารางที่ 22)

4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 48.4 รองลงมามีการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายเล็กน้อย ร้อยละ 30.1 และมีการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายปานกลาง ร้อยละ 17.3 (ตารางที่ 22)



5. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติหรือเจ็บปวดในช่องปาก ร้อยละ 81.1 รองลงมามีอาการผิดปกติหรือเจ็บปวดในช่องปากเล็กน้อย ร้อยละ 12.7 และมีอาการผิดปกติหรือเจ็บปวดในช่องปากปานกลาง ร้อยละ 4.9 (ตารางที่ 22)

6. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวล ร้อยละ 58.5 รองลงมามีความรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 26.8 และมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวลปานกลาง ร้อยละ 11.2 (ตารางที่ 22)

7. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ หรือจดจำสิ่งต่างๆ ร้อยละ 43.3 รองลงมา มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ หรือจดจำสิ่งต่างๆ เล็กน้อย ร้อยละ 33.0 และมีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ หรือจดจำสิ่งต่างๆ ปานกลาง ร้อยละ 18.4 (ตารางที่ 22)

8. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการร่วมกิจกรรมกับคนอื่น หรือการเข้าร่วมในสังคม ชุมชน ร้อยละ 66.6 รองลงมา มีความยากลำบากในการร่วมกิจกรรมกับคนอื่นฯ เล็กน้อย ร้อยละ 18.9 และความยากลำบากในการร่วมกิจกรรมกับคนอื่นฯ ปานกลาง ร้อยละ 10.4 (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ร้อยละของการประเมินระดับความรุนแรงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่าง 1 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์

ระดับความรุนแรงของ	รุนแรงมาก	รุนแรง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
1 ความยากลำบากในการเคลื่อนไหว	1.0	4.6	17.6	32.7	44.0
2 ความยากลำบากในการดูแลตนเอง	0.5	2.1	11.4	19.1	66.9
3 ความยากลำบากในการทำงานนอกบ้าน หรือทำงานบ้าน	1.9	5.6	13.9	25.5	53.2
4 การป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย	0.8	3.4	17.3	30.1	48.4
5 อาการผิดปกติหรือเจ็บปวดในช่องปาก	0.5	0.8	4.9	12.7	81.1
6 ความรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวล	1.0	2.5	11.2	26.8	58.5
7 ความยากลำบากในการตั้งสมาธิ หรือจดจำสิ่งต่างๆ	0.7	4.5	18.4	33.0	43.4
8 ความยากลำบากในการร่วมกิจกรรม กับคนอื่น หรือการเข้าร่วมในสังคมชุมชน	0.9	3.1	10.4	18.9	66.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549



2.1.8 สาเหตุการตาย

การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ตาย พ.ศ.2548-2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า มีจำนวนคนตายประมาณ 383,000 คน เป็นชาย 211,000 คน เป็นหญิงประมาณ 171,000 คน โดยพบว่าสาเหตุการตายที่เกิดจากโรคชราสูงเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 25.4 รองจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 51.4 (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 23 ร้อยละของคนตาย จำแนกตามสาเหตุการตาย

สาเหตุการตาย	ร้อยละ
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	51.4
โรคชรา	25.4
กลุ่มโรคติดต่อ	12.7
อุบัติเหตุ	7.9
อื่นๆ	2.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ตาย พ.ศ.2548 - 2549

2.2. การใช้บริการสุขภาพและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

2.2.1 การใช้บริการสุขภาพ

ในปี พ.ศ.2549 ผู้สูงอายุมีการใช้บริการสุขภาพโดยเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ร้อยละ 12.7 ซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ โดยผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีการเข้าพักรักษาตัวสูงกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 13.6 และ 10.5 ตามลำดับ และผู้สูงอายุภาคเหนือมีการเข้าพักรักษาตัวสูงสุด ร้อยละ 16.1 รองลงมาเป็นภาคใต้ ร้อยละ 13.2 ส่วนกรุงเทพมหานครมีการเข้าพักรักษาตัว น้อยสุด ร้อยละ 7.5 (ตาราง 24) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่า การเข้าพักรักษาตัวของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุที่มากขึ้น สัดส่วนการเข้าพักรักษาตัว ระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเข้าพักรักษาตัว สูงกว่าผู้สูงอายุชายในช่วงอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี ส่วนในช่วงอายุ 70-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไปผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ตาราง 25)



ผู้สูงอายุใช้บริการด้านทันตกรรมไม่แตกต่างกับกลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งการใช้บริการทันตกรรมของประชากรทั้งประเทศอยู่ช่วงร้อยละ 5.8-8.0 โดยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีการใช้บริการทันตกรรมสูงกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 8.9 และ 6.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครใช้บริการทันตกรรมสูงสุด ร้อยละ 11.4 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 8.1 ส่วนภาคใต้มีการใช้บริการทันตกรรมน้อยสุด ร้อยละ 5.0 (ตาราง 26) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล (ตาราง 27)

ตารางที่ 24 ร้อยละของประชากรเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

กลุ่มอายุ (ปี)	ตัวราชอาณาจักร	เขตการปกครอง			ภาค			
		ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
รวม	6.4	4.8	7.0	3.5	6.0	7.9	6.5	6.8
< 5	5.9	4.8	6.3	2.5	4.9	9.2	5.4	7.3
5-14	3.3	2.7	3.5	2.6	3.9	3.9	2.9	3.4
15-24	6.4	4.1	7.4	2.8	5.8	7.6	7.2	6.2
25-59	6.0	4.5	6.7	3.3	5.5	7.0	6.6	6.8
60 ขึ้นไป	12.7	10.5	13.6	7.5	12.4	16.1	12.1	13.2

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

หมายเหตุ : การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล หมายถึง การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยในระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์



ตารางที่ 25 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

อายุ (ปี)	รวม	การเข้าพักในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน			
		เพศ		เขตการปกครอง	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
60-64 ปี	10.4	9.9	10.8	7.1	11.6
65-69 ปี	11.5	9.9	12.9	8.5	12.7
70-74 ปี	14.1	16.9	11.9	14.2	14.1
75 ปีขึ้นไป	16.6	17.6	15.8	14.6	17.4

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

ตารางที่ 26 ร้อยละของผู้รับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

กลุ่มอายุ (ปี)	ทั่วราชอาณาจักร	เขตการปกครอง			ภาค			
		ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
รวม	7.4	8.8	6.8	9.4	7.0	8.2	7.0	6.8
0-14	7.6	7.9	7.4	7.9	5.8	9.9	7.8	6.6
15-24	5.8	8.6	4.6	12.2	6.2	4.9	4.0	5.9
25-59	8.0	9.2	7.4	8.8	8.1	8.7	7.3	7.6
60 ขึ้นไป	7.2	8.9	6.5	11.4	5.3	7.4	8.1	5.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549



ตารางที่ 27 จำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)

อายุ (ปี)	รวม	การรับบริการทันตกรรม			
		เพศ		เขตการปกครอง	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
60-64 ปี	210.4	91.8	118.6	74.9	135.5
65-69 ปี	137.6	67.1	70.5	43.8	93.8
70-74 ปี	94.5	40.7	53.8	36.1	58.4
75 ปีขึ้นไป	48.3	27.2	21.1	17.0	31.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

2.2.2 สวัสดิการการรักษาพยาบาล

สวัสดิการการรักษาพยาบาล เป็นการคุ้มครองสวัสดิภาพประชาชนซึ่งได้รับจากหน่วยงานรัฐหรือเอกชน โดยพบว่าประชากรทุกกลุ่มอายุได้รับสวัสดิการฯ มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการฯ สูงสุด ร้อยละ 97.7 ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลได้รับสวัสดิการฯ สูงกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 98.7 และ 95.1 ตามลำดับ และผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับสวัสดิการฯ สูงสุด ร้อยละ 99.5 รองลงมาเป็นภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ร้อยละ 98.2, 97.8 และ 97.2 ตามลำดับ ส่วนกรุงเทพมหานครได้รับสวัสดิการฯ น้อยสุด ร้อยละ 91.4 (ตาราง 28) โดยผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการฯ ไม่แตกต่างกันทุกช่วงอายุ ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล (ตาราง 29)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสวัสดิการประเภทบัตรประกันสุขภาพจำนวน 5,197,000 คน โดยเป็นชนิดมี ท. ไม่เสีย 30 บาท จำนวน 4,185,100 คน และชนิดไม่มี ท. เสีย 30 บาท จำนวน 1,011,900 คน รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/วิสาหกิจ จำนวน 1,299,000 คน ส่วนสวัสดิการที่จัดโดยนายจ้างน้อยสุด จำนวน 14,500 คน (ตาราง 30)



ตารางที่ 28 ร้อยละของประชากรที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค

กลุ่มอายุ (ปี)	ทั่วราชอาณาจักร	เขตการปกครอง			ภาค			
		ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เจียงเหนือ	ใต้
รวม	96.0	92.3	97.5	87.9	94.2	97.1	98.9	96.5
< 5	91.2	81.1	95.2	64.1	86.5	95.6	97.9	93.1
5-14	95.7	90.5	97.6	82.3	91.8	96.8	99.2	98.0
15-24	95.5	90.8	97.4	84.6	94.4	96.0	98.8	95.8
25-59	96.5	94.2	97.6	91.8	95.1	97.6	98.9	96.6
60 ขึ้นไป	97.7	95.1	98.7	91.4	97.2	97.8	99.5	98.2

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

ตารางที่ 29 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง

อายุ (ปี)	รวม	สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล			
		เพศ		เขตการปกครอง	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
60-64 ปี	98.0	97.4	98.6	97.2	98.3
65-69 ปี	98.7	98.9	98.5	97.1	99.3
70-74 ปี	96.8	97.6	96.3	92.7	98.5
75 ปีขึ้นไป	96.7	97.8	96.0	91.5	98.8

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549



ตารางที่ 30 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามประเภทสวัสดิการฯ (หน่วยเป็นพัน)

อายุ (ปี)	ประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล						
	บัตรประกันสุขภาพ		ประกันสังคม/กองทุนทดแทน	สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/วิสาหกิจ	ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง	อื่นๆ
	ประเภทมีท. ไม่เสีย 30 บาท	ประเภทไม่มีท. เสีย 30 บาท					
รวม	4,185.1	1,011.9	62.0	1,299.0	87.8	14.5	41.9
60-64	1,161.0	566.5	41.1	403.1	36.7	5.9	6.9
65-69	1,212.7	217.4	14.8	327.0	32.0	3.4	15.2
70-74	930.3	121.2	3.1	238.4	15.3	4.3	10.1
75 ปีขึ้นไป	981.1	106.8	3.0	330.5	3.8	0.9	9.7

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

2.3. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก ประมาณ 5 ล้านคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา และคาดกันว่าในอีก 25 ปีข้างหน้าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10 ล้านคน ใน พ.ศ.2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการประชากรพบว่า ประชากรที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ร้อยละ 19.2 รองจากกลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 25.0 ซึ่งผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 38.1 และ 4.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุภาคเหนือมีการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 23.7 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 20.9 และ 20.2 ตามลำดับ ส่วนกรุงเทพมหานครมีการสูบบุหรี่น้อยที่สุด ร้อยละ 8.3 (ตาราง 31)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุสามในสี่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย จำนวน 4,783,200 สำหรับผู้สูงอายุที่ปัจจุบันสูบบุหรี่มีจำนวน 1,310,700 คน โดยสูบเป็นประจำ 1,154,200 คน และสูบนานๆ ครั้ง 156,500 คน (ตาราง 32) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรของประชากร



อายุ 15 ปีขึ้นไประหว่างปี พ.ศ.2547 กับ ปี พ.ศ.2549 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของผู้สูงอายุลดลงมากที่สุด ร้อยละ 4.5 (ตาราง 33) และแนวโน้มอัตราการของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ลดลง จากปี 2542 ถึง 2549 เป็นลำดับ (แผนภูมิที่ 9)

ผู้สูงอายุเริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 15-19 ปี จำนวน 1,020,500 คน รองลงมาเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 20-24 ปี 512,900 คน ซึ่งน้อยเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุ 15-19 ปี อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุเท่ากับ 18.9 ปี (ตาราง 34) ผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 8.8 มวน โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 1-10 มวน จำนวน 1,032,300 คน (ตาราง 35)

ตารางที่ 31 ร้อยละของประชากรที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และภาค

กลุ่มอายุ (ปี)	ทั่วราชอาณาจักร	เขตการปกครอง			ภาค			
		ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
รวม	20.2	38.9	2.6	15.0	18.4	21.5	21.4	23.5
11-14	0.4	0.6	0.2	-	0.1	0.4	0.4	0.9
15-24	14.1	26.4	1.3	11.4	12.3	11.9	15.8	17.2
25-59	25.0	48.3	3.0	18.1	22.5	26.7	26.7	30.1
60 ขึ้นไป	19.2	38.1	4.0	8.3	16.5	23.7	20.9	20.2

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549



ตารางที่ 32 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)

รายการ	พฤติกรรมการสูบบุหรี่						
	ปัจจุบันสูบ			เคยสูบ			ไม่เคย
	รวม	เป็นประจำ	นาน ๆ ครั้ง	รวม	เป็นประจำ	นาน ๆ ครั้ง	
รวม	1,310.7	1,154.2	156.5	728.6	529.0	199.6	4,783.2
เพศ							
ชาย	1,161.3	1,047.7	113.6	653.0	480.7	172.3	1,237.6
หญิง	149.4	106.5	43.0	75.7	48.4	27.3	3,545.5
เขตการปกครอง							
ในเขตเทศบาล	218.1	187.4	30.7	199.6	148.6	51.1	1,514.2
นอกเขตเทศบาล	1,092.6	966.8	125.8	529.0	380.5	148.5	3,268.9

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

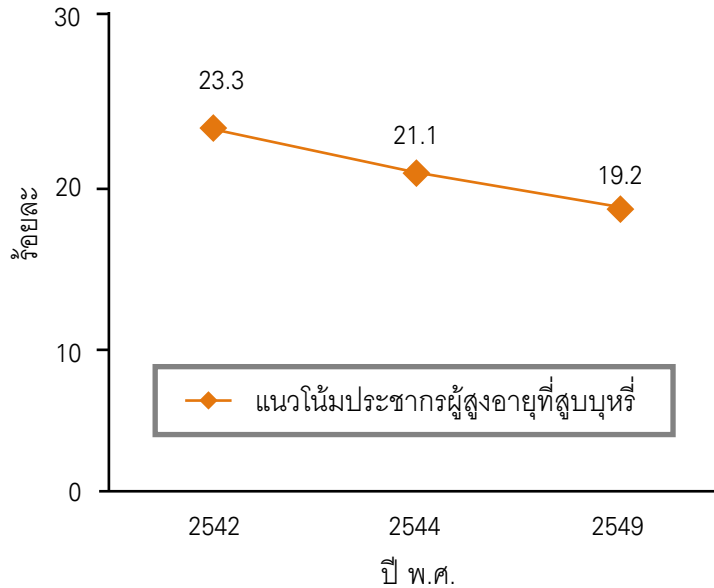
ตารางที่ 33 อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	พ.ศ.2547	พ.ศ.2549	% ความแตกต่าง
รวม	19.5	18.9	-3.1
15-24	11.2	10.9	-2.7
25-59	22.8	21.9	-3.9
60 ปีขึ้นไป	17.7	16.9	-4.5

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย, 2550



แผนภูมิที่ 9 แนวโน้มร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 3 ปี (พ.ศ.2542, 2544, 2549)



ที่มา : ดัดแปลงจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลร้อยละประชากรที่สูบบุหรี่ ปี 2542, 2544 และ 2549

ตารางที่ 34 จำนวนผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่ จำแนกตามอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ เพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)

รายการ	อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ (ปี)									
	ต่ำกว่า 11	11-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 ขึ้นไป	ไม่ทราบ	เฉลี่ย
รวม	59.4	180.4	1,020.5	512.9	114.9	74.7	17.9	50.7	7.8	18.9
เพศ										
ชาย	50.1	147.6	936.9	471.1	104.1	59.0	14.4	29.3	1.9	18.6
หญิง	9.4	32.9	83.6	41.8	10.9	15.6	3.5	21.5	5.9	21.0
เขตการปกครอง										
ในเขตเทศบาล	10.4	29.1	203.1	121.0	28.4	15.0	3.0	7.4	0.3	19.1
นอกเขตเทศบาล	49.1	151.3	817.4	391.9	86.6	59.7	14.8	43.4	7.5	18.9

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549



ตารางที่ 35 จำนวนผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เพศ และ เขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)

รายการ	จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)						
	รวม	1-10	11-20	21-40	41 ขึ้นไป	ไม่ทราบ	เฉลี่ย
รวม	1,310.7	1,032.3	248.8	21.8	0.3	7.5	8.8
เพศ							
ชาย	1,161.3	907.9	230.3	20.9	0.3	1.9	9.1
หญิง	149.4	124.4	18.4	0.9	-	5.6	6.6
เขตการปกครอง							
ในเขตเทศบาล	218.1	169.7	45.7	2.7	-	-	9.0
นอกเขตเทศบาล	1,092.6	862.6	203.0	19.1	0.3	7.5	8.7

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

2.3.2 พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

ผู้สูงอายุดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.1 โดยผู้สูงอายุชายดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 33.2 และ 5.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์สูงสุด ร้อยละ 22.3 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 20.2 ส่วนผู้สูงอายุภาคใต้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์น้อยที่สุด ร้อยละ 11.0 (ตาราง 36) เมื่อเปรียบเทียบการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุใน พ.ศ.2546 และพ.ศ.2549 จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีการดื่มสุราและเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ลดลง ร้อยละ 23.2 และ 18.1 ตามลำดับ ทั้งผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล (ตาราง 37) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ดื่มมานานๆ ครั้ง จำนวน 518,500 คน และดื่มทุกวันเป็นอันดับรองลงมา จำนวน 272,200 คน (ตาราง 38)



ตารางที่ 36 ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และภาค

กลุ่มอายุ (ปี)	พระราชอาณาจักร	เขตการปกครอง			ภาค			
		ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
รวม	29.2	50.3	9.1	27.5	25.8	36.1	33.0	17.6
11-14	0.7	0.9	0.4	0.5	0.2	1.2	1.0	0.0
15-24	23.7	41.2	5.6	20.1	20.1	30.7	28.2	13.7
25-59	36.8	63.2	12.0	33.3	32.3	46.1	41.9	23.3
60 ขึ้นไป	18.1	33.2	5.9	14.5	15.3	20.2	22.3	11.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549

ตารางที่ 37 ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา จำแนกตามเพศ และภาค

พ.ศ.	รวม	การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีนเมา			
		เพศ		เขตการปกครอง	
		ชาย	หญิง	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
2546	23.2	41.9	8.6	20.0	24.5
2549	18.1	33.2	5.9	14.2	19.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546, 2549



ตารางที่ 38 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการดื่มสุรา เพศ และเขตการปกครอง (หน่วยเป็นพัน)

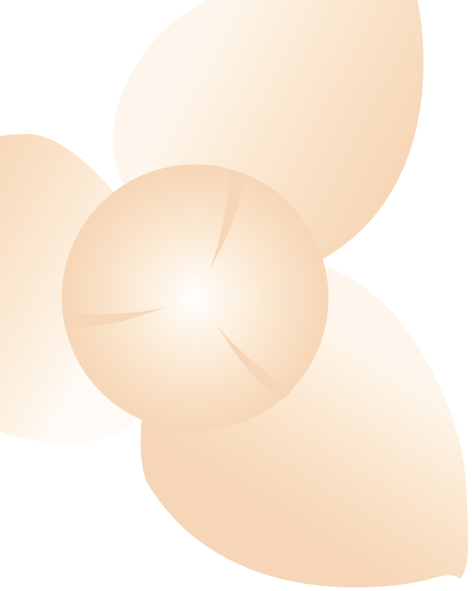
รายการ	พฤติกรรมการดื่มสุรา							
	รวม	ไม่ดื่ม	ดื่ม					
			รวม	ดื่มทุกวัน	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ เดือน	ดื่มนานๆ ครั้ง
รวม	6,822.5	5,589.5	1,233.0	272.2	95.4	203.1	143.8	518.5
เพศ								
ชาย	3,051.9	2,039.5	1,012.4	226.4	80.8	177.4	121.2	406.6
หญิง	3,770.6	3,550.0	220.6	45.8	14.5	25.7	22.7	111.9
เขตการปกครอง								
ในเขตเทศบาล	1,932.0	1,658.3	273.7	62.9	19.1	34.6	32.7	124.4
นอกเขตเทศบาล	4,890.5	3,931.2	959.3	209.3	76.2	168.5	111.2	394.1

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549



การดูแลผู้สูงอายุ (Caring)

บทที่ 3



บทที่ 3

การดูแลผู้สูงอายุ (Caring)

3.1 ผู้ดูแลและเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของปัจเจกชนในช่วงปัจฉิมวัย การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องเปลี่ยนสถานภาพและบทบาททางสังคมจากผู้ที่เคยเป็น “ผู้ดูแล” คนอื่นมาเป็น “ผู้พึ่งพา” และในขณะเดียวกันคนกลุ่มหนึ่งก็ถูกกำหนดบทบาทให้เป็น “ผู้ดูแล” ผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยิ่งต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น การพิจารณาด้าน “ผู้ดูแล” ควบคู่กับ “ผู้สูงอายุ” จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ

นภาพร ชโยวรรณ (2542 : 53-55) ได้ให้เหตุผลที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ

ประการแรก แนวโน้มของการขยายตัวของประชากรสูงอายุและความต้องการเกื้อกูลสนับสนุนที่เพิ่มสูงขึ้น



ประการที่สอง โอกาสของความมั่นคงหรือความไม่เพียงพอของการถือกุสณับสนุนภายในครอบครัว อาจเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครัวเรือน จำนวนบุตรและจำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนลดลง แรงกดดันในสังคมที่ทำให้ลักษณะของแรงงานในครัวเรือนลดลงเพราะผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น การขยายตัวของเขตเมืองและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีพอย่างอิสระของผู้สูงอายุ ตลอดจนวัฒนธรรม ทักษะคติ รูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนแปลง

ประการที่สาม แนวทางของนโยบายหลักของชาติที่กำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัวอย่างมีความมั่นคงและอบอุ่น

จากเหตุผลทั้ง 3 ประการจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันบริบททางสังคม วัฒนธรรมและการเมืองได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่สถาบันครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ไปเป็นบทบาทของชุมชนและนโยบายของรัฐเข้ามาดูแลและเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

นอกเหนือจากนั้น จากการสำรวจ สถานภาพของผู้สูงอายุในการอยู่อาศัยในครัวเรือน พบว่าผู้สูงอายุอยู่ในสถานภาพหัวหน้าครัวเรือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.9 ของจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด และสถานภาพในฐานะ พ่อ แม่ พ่อตาและแม่ยาย ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด รายละเอียดดังตารางที่ 39

และจากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว มีเพียง ร้อยละ 7.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และ สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 92.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-74 และ 80-84 เป็นช่วงอายุที่พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.8 ทั้งสองช่วงอายุ และพบว่า ผู้สูงอายุหญิง มีสัดส่วนการอยู่คนเดียวมากกว่า ผู้สูงอายุเพศชาย คือ ร้อยละ 9.5 และ ร้อยละ 5.8 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง ที่ 40 อย่างไรก็ตามเมื่อมาดูแนวโน้มการอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุ จากข้อมูล ใน 3 ปี คือ พ.ศ.2545, พ.ศ.2548 และ พ.ศ.2549 พบว่า แนวโน้มของการอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไม่มาก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว โดยพบว่า ในปี 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 6.5 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และจำนวน เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 7.1 ในปี 2548 และ ร้อยละ 7.8 ในปี 2549 (แผนภูมิที่ 10)



ตารางที่ 39 จำนวนร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามสถานภาพการอยู่อาศัยในครัวเรือน

สถานภาพการอยู่อาศัยในครัวเรือน	ทั่วประเทศ					
	รวม		ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุ	6,835,656	100.0	1,935,769	100.0	4,899,887	100.0
หัวหน้าครัวเรือน	4,028,957	58.9	1,104,687	57.1	2,924,270	59.7
ภรรยาหรือสามี	1,549,806	22.7	399,453	20.6	1,150,353	23.5
พ่อแม่ พ่อตา แม่ยาย	1,023,236	15.0	320,448	16.6	702,788	14.3
ญาติอื่นๆ	221,525	3.2	102,018	5.3	119,507	2.4
ผู้อาศัย และคนรับใช้	12,132	0.2	9,163	0.5	2,969	0.1

แหล่งที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 2 พ.ศ.2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจำแนกตามกลุ่มและเพศ

อายุและเพศ	รวม	อยู่คนเดียว	ไม่ได้อยู่คนเดียว	รวม	ร้อยละของผู้ที่อยู่คนเดียว	ร้อยละของผู้ที่ไม่ได้อยู่คนเดียว
รวม	6,796,298	531,773	6,264,525	100.0	7.8	92.2
60-64	2,016,945	135,331	1,881,614	100.0	6.7	93.3
65-69	1,674,439	112,776	1,561,663	100.0	6.7	93.3
70-74	1,376,404	134,405	1,241,999	100.0	9.8	90.2
75-79	907,745	74,084	833,661	100.0	8.2	91.8
80-84	469,985	46,235	423,750	100.0	9.8	90.2
85 ปีขึ้นไป	350,780	28,942	321,838	100.0	8.3	91.7
ชาย	3,039,320	176,624	2,862,696	100.0	5.8	94.2
60-64	943,760	49,409	894,351	100.0	5.2	94.8
65-69	777,936	39,414	738,522	100.0	5.1	94.9
70-74	610,160	43,144	567,016	100.0	7.1	92.9

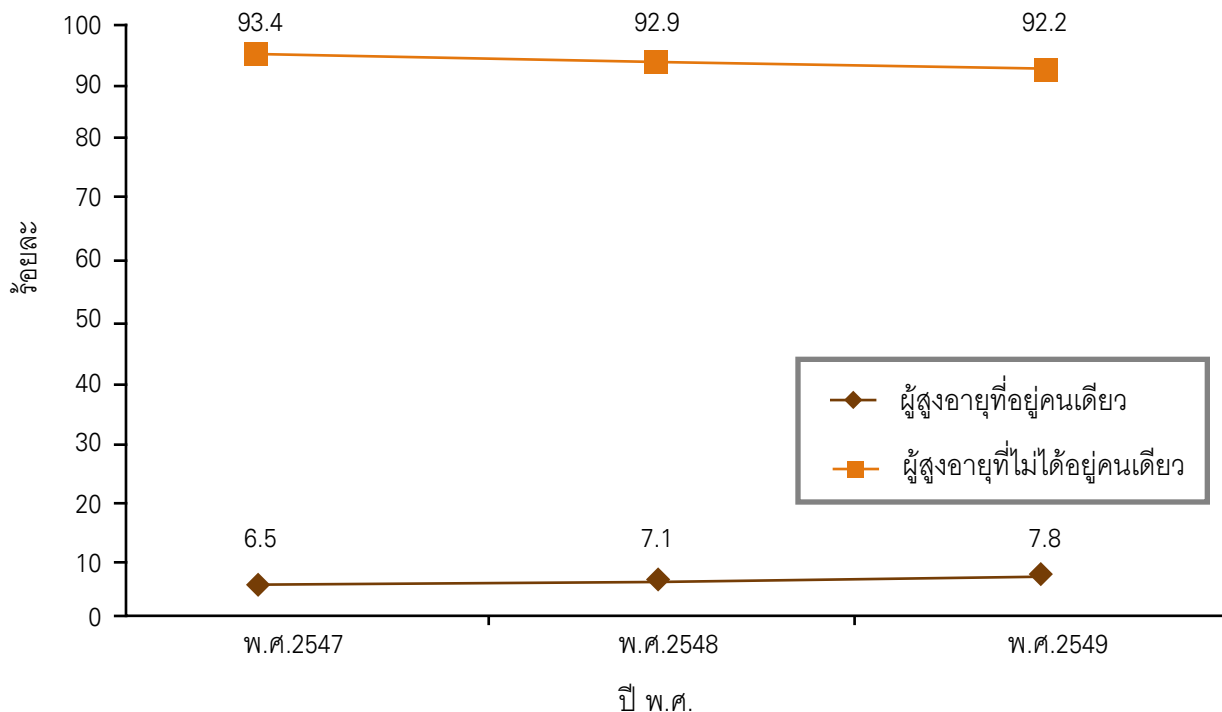


ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจำแนกตามกลุ่มและเพศ (ต่อ)

อายุ และเพศ	รวม	อยู่คนเดียว	ไม่ได้อยู่คนเดียว	รวม	ร้อยละของผู้ที่อยู่คนเดียว	ร้อยละของผู้ที่ไม่ได้อยู่คนเดียว
75-79	389,767	24,759	365,008	100.0	6.4	93.6
80-84	190,240	11,063	179,177	100.0	5.8	94.2
85 ปีขึ้นไป	127,457	8,835	118,622	100.0	6.9	93.1
หญิง	3,756,977	355,149	3,401,828	100.0	9.5	90.5
60-64	1,073,185	85,922	987,263	100.0	8.0	92.0
65-69	896,503	73,362	823,141	100.0	8.2	91.8
70-74	766,244	91,261	674,983	100.0	11.9	88.1
75-79	517,978	49,325	468,653	100.0	9.5	90.5
80-84	279,745	35,172	244,573	100.0	12.6	87.4
85 ปีขึ้นไป	223,322	20,107	203,215	100.0	9.0	91.0

แหล่งข้อมูล : จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 2 พ.ศ.2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 10 แนวโน้มร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว 3 ปี





3.2 ความหมายของผู้ดูแล (Caretaker)

ผู้ดูแล (Caretaker) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้การดูแล และดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ได้รับการดูแล โดยบุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้การดูแล ครอบคลุมถึง บุคคลที่เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคลากรในสถานบริการของรัฐและเอกชน ส่วนคำว่า “ดูแล” สามารถพิจารณาได้เป็นสองลักษณะ คือ “การจัดการดูแล” (Care Management) และ “การดูแลช่วยเหลือ” (Care Providing)

การจัดการดูแล (Care Management) หมายถึง การจัดกิจกรรมต่างๆ แทนผู้สูงอายุทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ส่วนการดูแลช่วยเหลือ (Care Providing) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทดแทนเนื่องจากผู้สูงอายุกระทำเองไม่ได้ หรือเป็นการช่วยเหลือในกิจกรรมบางส่วน หรือเป็นการช่วยเฝ้าระวังซึ่งมีความจำเป็นต่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียหายหรืออุบัติเหตุขึ้น เช่น การติดตามเฝ้าระวัง (Supervise) เวลาที่ผู้สูงอายุเดิน หรือเฝ้าระวังอาการที่จะแสดงถึงความเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่ขั้นรุนแรงได้

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไปตามความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุก็ต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย คือแทนที่จะเป็นหน้าที่หลักของผู้ที่เป็นบุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัว แต่กำลังจะเปลี่ยนไปสู่การให้สังคมเข้ามามีส่วนช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในสังคม หรือชุมชน อย่างไรก็ตามในเรื่องการดูแลต่อผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมอีกคือ ประการแรก ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ประการที่สอง การที่บุตรหลานอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นผู้ดูแล บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุกลับเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ประการที่สาม การให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าเป็นการดูแลเสมอไป การที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงลักษณะของกตัญญู กตเวทิต่อบุพการีเท่านั้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจดีพออยู่แล้ว

นอกจากเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ควรนำมาพิจารณาเพิ่มเติมอีกได้แก่ จำนวนผู้ดูแลและความต้องการผู้ดูแลในอนาคต และระดับของการดูแลผู้สูงอายุ

3.3 จำนวนผู้ดูแลและความต้องการผู้ดูแลในอนาคต

การกำหนดจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าการกำหนดจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะจำนวนผู้ดูแลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนคือ ผู้สูงอายุและการดูแล องค์ประกอบส่วนแรกคือ



ผู้สูงอายุแบบใหม่ที่ต้องการการดูแลหรือต้องได้รับการดูแล และองค์ประกอบส่วนที่สองคือ การดูแลแบบใหม่ และสถานที่ในการดูแลแบบใดจึงจะถือว่าการดูแลผู้สูงอายุ

เนื่องจากจำนวนผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้สูงอายุ ดังนั้นถ้าจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไป จำนวนผู้ดูแลภายใต้คำจำกัดความดังกล่าวอาจจะต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในปัจจุบัน ประเทศไทยใช้อายุ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่าเป็นเกณฑ์กำหนดความเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่อีกหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศในยุโรป ใช้อายุ 65 ปีหรือมากกว่าเป็นตัวกำหนด ในกรณีของ ประเทศไทยหากมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้อายุ 65 ปีเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ จำนวนผู้ดูแล ผู้สูงอายุก็จะเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากเรื่องเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุแล้ว องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดจำนวน ผู้ดูแลยังรวมถึง ระดับของการดูแล เช่น ปัจเจกบุคคล หรือมหภาค และสถานที่หรือรูปแบบของการดูแล เช่น ในบ้าน ในสถาบัน เป็นต้น ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดลงไปว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุกี่คน แต่อย่างไรก็ตาม สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ได้มีการจัดทำโครงการนำร่อง “โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care)” โดยมีการกำหนดว่า อาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 1 คน ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 5 คน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547)

3.4 ระดับของการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับการดูแลผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็นสองระดับคือ **ระดับปัจเจกชนและระดับมหภาค**

ในระดับปัจเจกชน ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรภาครัฐ (Governmental Organization) องค์กรอิสระ (Non-governmental Organization) และองค์กรเอกชน (Private Sector) การให้การดูแลเป็นไปตาม เงื่อนไขที่กำหนด การดูแลโดยองค์กรภาครัฐ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าบริการในการส่งเคราะห์ หรือเสียค่าบริการบางส่วน การดูแลจากองค์กรอิสระมักจะไม่เสียค่าบริการเพราะอยู่ในรูปของการกุศล สำหรับการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรเอกชนจะดำเนินการในรูปธุรกิจแสวงหากำไร เช่น พนักงานเอกชนที่จัดหา บริการดูแลผู้สูงอายุให้กับครอบครัวที่ต้องการผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่ครอบครัวของตน เป็นต้น

ในระดับมหภาค การดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในรูปของการกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ระเบียบ กฎเกณฑ์ และกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้กำหนด เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ



เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

3.5 เครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ

ได้มีการอธิบายถึงเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ คือการที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลอย่างน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย โดยอาจจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามขนาดของเครือข่าย แบ่งเป็น เครือข่ายรวม (Total Network) และเครือข่ายย่อย (Partial Network) หรือจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน แบ่งเป็นเครือข่ายตรง (Direct Network) และเครือข่ายอ้อม (Indirect Network) อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ระดับคือ ระดับครอบครัวและระดับชุมชน (ศศิพัฒน์, 2541: 10-15)

3.5.1. เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว

ปัจจุบันระบบสวัสดิการในสังคมไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรวัยสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และองค์กรในท้องถิ่นยังไม่มี ความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ การสนับสนุนที่เครือข่ายครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ หรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การมีญาติ (Availability) ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้ไกลกับครอบครัว (Location) และรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ (Pattern of Contact) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้ไกลเพียงใดและมีการติดต่อกับญาติอย่างไร ได้รับการดูแลหรือไม่

ในกรณีของสังคมไทย การให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและเครือญาติยังคงเป็นบรรทัดฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันอย่างสูง ถึงแม้ในบางกรณีจะไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ใกล้กันก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปของการให้การเกื้อหนุนทางด้านเสื้อผ้า อาหาร วัตถุสิ่งของและการติดต่อเยี่ยมเยียน ในกรณีที่พำนักอยู่ไกลกัน บุตรก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจโดยการส่งเงินมาให้ หรือยังมีการมาเยี่ยมเยียนและติดต่อกับผู้สูงอายุในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระยะทางไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อความห่วงใยและความอาทรที่สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติมีให้กับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามมีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า ความบ่อยครั้งของการเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องอาจไม่ได้แสดงถึง



ระดับของความสัมพันธ์ ทั้งนี้ เพราะไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งชี้ว่าการเยี่ยมเยียนนั้นเป็นไปอย่างอบอุ่นหรือเป็นทางการ (ศิริวรรณ และ มาลินี, 2535)

3.5.2. เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน

ในปัจจุบันเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติมีข้อจำกัดมากขึ้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (Community-based Approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น พี่เลี้ยง และ ให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน แบ่งออกได้ ดังนี้ :-

• เพื่อนบ้าน

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อน-เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มและสมาคมต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทดังกล่าวน่าจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น หรือมีการกระทำได้จริงในสังคมชนบท เพราะความสัมพันธ์ของคนในสังคมชนบทยังเป็นลักษณะปฐมภูมิ ประกอบกับสังคมและวัฒนธรรมของคนในชุมชน ยังคงมีการเอื้อเฟื้อเกื้อกูลและที่สำคัญยังมีการยอมรับและให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุอย่างจริงจังและแน่นแฟ้น แต่สังคมในเขตเมืองซึ่งมีความสัมพันธ์กันแบบทุติยภูมิ (Secondary Group) มีลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ต่างคนต่างอยู่และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อย เป็นผลให้บทบาทของเพื่อน-เพื่อนบ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุน่าจะมีน้อยกว่าในชนบท

• ผู้นำชุมชน

เครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชน ปัจจุบันมีบทบาทค่อนข้างน้อย ยกเว้น เครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหา หรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้ หรือครอบครัวและเครือญาติไม่สามารถจัดการหรือให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกะทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การให้ข่าวสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น

• วัด

วัดเป็นสถาบันทางสังคมในชุมชนที่จัดเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและกิจกรรมด้านสังคมของชุมชน นอกจากนี้วัด



ยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย นอกจากนี้วัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนหรือผู้สูงอายุที่ต้องการมาปฏิบัติธรรม ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าวัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะเป็นเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นอกเหนือจากครอบครัว

• กลุ่มและสมาคมในชุมชน

สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือสมาคมต่างๆ ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันเอง การรวมกลุ่มของคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ (ศิริวรรณ, 2541: 48-50) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการที่ได้มีการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะเข้าร่วมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์, 2541: 48)

• องค์การบริหารส่วนตำบล

เครือข่ายทางสังคมในระดับชุมชนที่จะมีบทบาทต่อไปในอนาคตได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งเป็นสถาบันหนึ่งของการปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันได้มีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้นเกี่ยวกับภาระหน้าที่และบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น ปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบๆ ที่เกี่ยวกับเฉพาะกิจกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานประเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ นอกเหนือจากนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทเพียงทำหน้าที่เป็นกรรมการพิจารณาจัดสรรงบประมาณหรือราษฎร ซึ่งได้จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ที่พึ่งและอยู่ในภาวะยากลำบาก

โดยสรุปเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุจะมีอยู่สองระดับ คือ ระดับครอบครัวได้แก่ คนในครอบครัวและเครือญาติ และระดับชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน วัด กลุ่มและสมาคมในชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล เครือข่ายทางสังคมในระดับชุมชนจะเป็นเครือข่ายทางสังคมที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นในอนาคต เพราะมีการสนับสนุนจากทั้งทางภาครัฐและเอกชนให้มีการรวมตัวเป็นกลุ่มองค์กรในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น



การทำงานในเชิงรุก สามารถกระจายบริการไปสู่บุคคลกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้น สามารถทราบปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างใกล้ชิดอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งพาตนเองได้ในที่สุดด้วย ลักษณะการทำงานเชิงรุกด้านผู้สูงอายุ เป็นการรุกเข้าไปในพื้นที่ เข้าสู่ชนบท ครอบครัวและตัวบุคคล การบริการจะเน้นการป้องกันฟื้นฟูและพัฒนาเป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพ และเป็นบริการผสมผสานระหว่างวิธีการทางสังคมสงเคราะห์มุ่งเน้นความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก ซึ่งขณะนี้ได้ดำเนินการอยู่แล้ว คือ **โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน** เป็นโครงการเชิงรุกที่มุ่งเน้นการประสานการทำงานอย่างมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่ายในพื้นที่ชุมชน และส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัคร โดยการจัดอบรมความรู้และลักษณะที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2546 สำหรับในปี 2549 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการขยายผลใน 63 จังหวัด มีผู้ผ่านการอบรมปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 2,863 คน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดการดูแล ทุกข์ยาก เดือดร้อน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกละเลยเพิกเฉย ถูกทอดทิ้ง ถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 17,406 คน

ในขณะเดียวกันได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศึกษาการดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เมื่อปี พ.ศ.2549 โดยมี ผศ.ดร.นถ พันธุมานาวิน เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย มีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 2) ศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีต่อโครงการอาสาสมัครฯ และ 3) ศึกษาหาแนวทางขยายผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การศึกษา ครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์อาสาสมัครฯในพื้นที่จังหวัดน่าน และขยายผล รวมทั้งสิ้น 14 จังหวัด จำนวนอาสาสมัคร 399 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมระดับจังหวัด (พมจ.) เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมฯในระดับพื้นที่ คณะกรรมการอาสาสมัครฯ ผู้นำชุมชน และผู้บริหารองค์การส่วนตำบล

ผลการศึกษาในเชิงปริมาณและคุณภาพสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการฯ

1.1 ปัจจัยภายในตัวของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

- 1) มีจิตสำนึกของความเป็นอาสาสมัครฯ
- 2) อาสาสมัครฯส่วนใหญ่มาจากบุคคลที่เป็นสมาชิก อสม.



- 3) อาสาสมัครฯ มีความรู้ความเข้าใจดีมากในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ และวัตถุประสงค์ของโครงการฯ
 - 4) มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการฯ
 - 5) มีการปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง และดำเนินภาระกิจกรรมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
 - 6) อาสาสมัครฯ มีความพยายามช่วยเหลือตัวเอง
 - 7) อาสาสมัครฯ 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้) จึงยังไม่เป็นภาระหนักของอาสาสมัครฯ
 - 8) หลักธรรมทางพุทธศาสนา
- 1.2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
- 1) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่
 - 2) การสนับสนุนจากครอบครัว
 - 3) การสนับสนุนจากชุมชน

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของโครงการ

- 1) ขาดการติดตามงานของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง
- 2) ขาดการสนับสนุนจากองค์กรในพื้นที่ขณะดำเนินการและขาดการสนับสนุนที่จะทำงานต่อเนื่องให้โครงการยั่งยืน
- 3) ขาดความชัดเจนในการปฏิบัติงานของจังหวัดนำร่องที่ยังมีความปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
- 4) ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีส่วนร่วมน้อยกับโครงการอาสาสมัครฯ
- 5) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้รับเงินค่าสนับสนุนล่าช้า

3. การดำเนินการโครงการอาสาสมัครฯ ในช่วงระยะเวลาที่ได้ดำเนินการจนถึงระยะเวลาที่ทำการศึกษา รวมเป็นเวลา 3 ปี (พ.ศ.2546-2548) ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ให้ความคิดเห็นและชี้ให้เห็นว่าโครงการฯนี้ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างเห็นชัดเป็นรูปธรรม

ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อโครงการอาสาสมัครฯ พบว่า โครงการอาสาสมัครฯได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่ดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เจ้าหน้าที่โครงการได้ให้ความช่วยเหลือ เช่น ช่วยผู้สูงอายุโดยการทำกายภาพบำบัด รวมไปถึง การแนะนำผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพ การเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม



- 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอยู่ตามลำพังไม่มีลูกหลาน หรือมีลูกหลาน แต่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านแต่เช้าและกลับค่ำ อาสาสมัครฯ ไปเยี่ยมเยียนเป็นเพื่อนพูดคุย จัดเตรียมอาหารหรือหาอาหารให้ พาไปร่วมกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมที่วัด ฯลฯ
- 3) เดิมสมาชิกในครอบครัวไม่เอาใจใส่ดูแลหรือละเลยต่อผู้สูงอายุได้เกิดความตระหนักรู้ในความสำคัญของผู้สูงอายุในครอบครัวมากขึ้น (โดยเฉพาะพ่อแม่)
- 4) ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฯ นอกจากจะส่งผลให้เกิดความตระหนักต่อสมาชิกในครอบครัวแล้วได้ส่งผลไปยังคนในชุมชนได้เห็นความสำคัญของโครงการฯ และการปฏิบัติของอาสาสมัครฯ ทำให้มีการร่วมมือในกิจกรรมที่คนในชุมชนสามารถช่วยได้ นับว่าเป็นการกลับคืนวัฒนธรรมค่านิยมของสังคมไทยที่ดีงามในอดีต คือการให้ความรักและเคารพต่อผู้สูงอายุ ได้กลับมามีบทบาทที่เข้มแข็งในชุมชนชนบทอีก
- 5) นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างโครงการอาสาสมัครฯ กับวัด เช่น พบว่า วัดเป็นสถานที่ให้ทำกิจกรรม และมีการไปร่วมกิจกรรมกับวัดในวันสำคัญทางศาสนา
- 6) หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในหลายจังหวัดได้เห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุมากขึ้น บางพื้นที่ได้จัดงบประมาณของ อบต. เพื่อสนับสนุนกิจกรรม เช่น งานประเพณี รดน้ำขอพรจากผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 7) นอกเหนือจากการให้ความช่วยเหลือทางด้านงบประมาณ สนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุแล้ว องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บางจังหวัด เช่น จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เรียนรู้แนวทางและวิธีการทำงานจากโครงการอาสาสมัครฯ และนำไปปรับวิธีการดำเนินงานและการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ และขยายขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุไปยังผู้ด้อยโอกาสอื่นด้วย นับว่าเป็นการพัฒนาแนวคิดและการทำงานของหน่วยงานในส่วนท้องถิ่นที่จะผสมผสานภารกิจเพื่อรับผิดชอบในท้องถิ่น

4. แนวทางการขยายผลโครงการอาสาสมัครฯ มี 2 แนวทาง

4.1 การขยายผลการดำเนินงานโครงการอาสาสมัครฯ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้รับผิดชอบ โดยมีแนวทางการปฏิบัติงานดังนี้

- 1) กำหนดระเบียบเรื่องการใช้งบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินงานของโครงการฯ
- 2) กำหนดระเบียบอัตรากำลังเพื่อรองรับโครงการอาสาสมัครฯ
- 3) เนื่องจาก อบต.แต่ละท้องถิ่นที่มีศักยภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการขยายไม่จำเป็นต้องทำพร้อมทั้งประเทศ
- 4) อบต.บางแห่งที่ยังไม่ได้ศึกษาการรองรับการสานต่อภารกิจ ควรให้การสนับสนุนโครงการอาสาสมัครฯ ในรูปแบบอื่นให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เช่น ใช้งบประมาณสนับสนุนทางกิจกรรม



เครื่องมือ สิ่งของหรือวัสดุเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครฯ ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น

4.2 การขยายผลการดำเนินงานโครงการอาสาสมัครฯ โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เป็นเจ้าภาพหลัก มีการทำงานรับผิดชอบร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุน

อย่างไรก็ตามเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ยังมีหน่วยงานที่ได้ดำเนินการเรื่องดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องเช่นกันโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง**การประเมินผลระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน** โดยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในโรงพยาบาล 26 แห่ง ในปี 2548 (2) เพื่อศึกษาการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยเก็บข้อมูลในปี 2549 ด้วย การประเมินตนเอง และการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล 8 คน จากโรงพยาบาล 8 แห่ง 4 ภาค ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 75 คน ผู้สูงอายุ 79 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 68 คนและ ผู้ให้บริการ 89 คน ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งได้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากต่อบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแล อาทิ หาดอาหารให้รับประทาน จัดยาและให้รับประทานยา ป้อนนม ดูแลการขับถ่าย เคลื่อนย้าย

อาสาสมัครส่วนใหญ่ มาปฏิบัติหน้าที่เพราะอยากช่วยเหลือชุมชนดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความชอบ ภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน โดยการเยี่ยมผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยวัดความดันโลหิต คุยให้กำลังใจ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย แผนปฏิบัติการให้ชัดเจน สนับสนุนงบประมาณในการออกเยี่ยมบ้าน จัดหาอุปกรณ์สนับสนุนการดำเนินงาน สนับสนุน/จัดการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน Home Health Care ผู้ดูแลและอาสาสมัคร



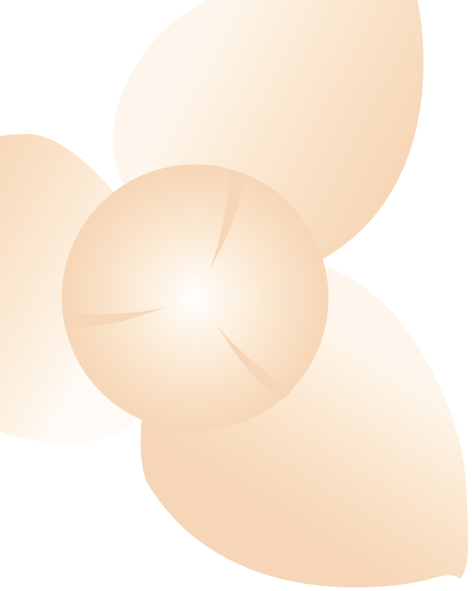
นอกจากนี้ยังได้ดำเนินโครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ด้วยหลักการและเหตุผลที่ว่า วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน เป็นแหล่งพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน วัดกับชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และสิ่งซึ่งจนยากจะแยกออกจากกันได้ เนื่องจากชีวิตของคนในชุมชนเกี่ยวพันอยู่กับวัดตั้งแต่เกิดจน ตาย วัดจึงเปรียบเสมือนจิตใจและวิญญาณของชุมชน ฉะนั้นวัดจึงควรมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต

วัดส่งเสริมสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งโดยใช้วัดเป็น setting เพื่อเป็นศูนย์กลางชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้กับประชาชน ชุมชน พระภิกษุ สามเณร และพุทธศาสนิกชน เพื่อให้ประชาชนที่มาวัด พระ และบุคลากรในวัดมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และให้วัดเอื้อโอกาสต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ปี 2546-2549) มีวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่นระดับประเทศ รับโล่เกียรติคุณ จำนวน 192 วัด และมีวัดส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐาน รับใบประกาศเกียรติคุณ จำนวน 319 วัด มีวัดส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 511 วัด แนวทางในการขยายผลวัดส่งเสริมสุขภาพในปี 2550 กรมอนามัยมีเป้าหมายส่งเสริมให้วัดดำเนินการผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 วัด ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ



การมีงานทำ รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ

บทที่ 4



บทที่ 4

การมีงานทำ รายได้ และการออมของผู้สูงอายุ

จากการที่แนวโน้มประชากรสูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น หากประเทศไทยได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะส่งผลให้ประชากรมีภาวะสุขภาพที่ดีและก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพดี และผู้สูงอายุยังคงมีความพร้อมและต้องการทำงาน แม้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็ตาม รัฐบาลควรมีนโยบายสนับสนุน และส่งเสริมแรงงานสูงอายุให้ได้มีงานทำต่อไป หากเป็นความประสงค์ของผู้สูงอายุเองที่ต้องการใช้ชีวิตเป็นกำลังแรงงานที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

การทำงานของผู้สูงอายุ นอกจากเป็นที่มาของรายได้ เพื่อเลี้ยงชีพทั้งต่อตนเองและครอบครัวแล้ว ยังเป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงภาวะทางกายและจิตใจ รวมถึงศักยภาพในการดำรงชีวิต ของผู้สูงอายุ การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังคงทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว แม้จะมีอายุเกินวัยเกษียณแล้วก็ตาม การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประเทศนั้น เป็นสิ่งที่ดีและควรเปิดโอกาสให้กำลังแรงงานสูงอายุเหล่านั้นที่มีความพร้อม มีความต้องการทำงาน และมีศักยภาพที่จะทำได้ในงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อผู้สูงอายุจะได้ดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข มีศักดิ์ศรีตลอดไป

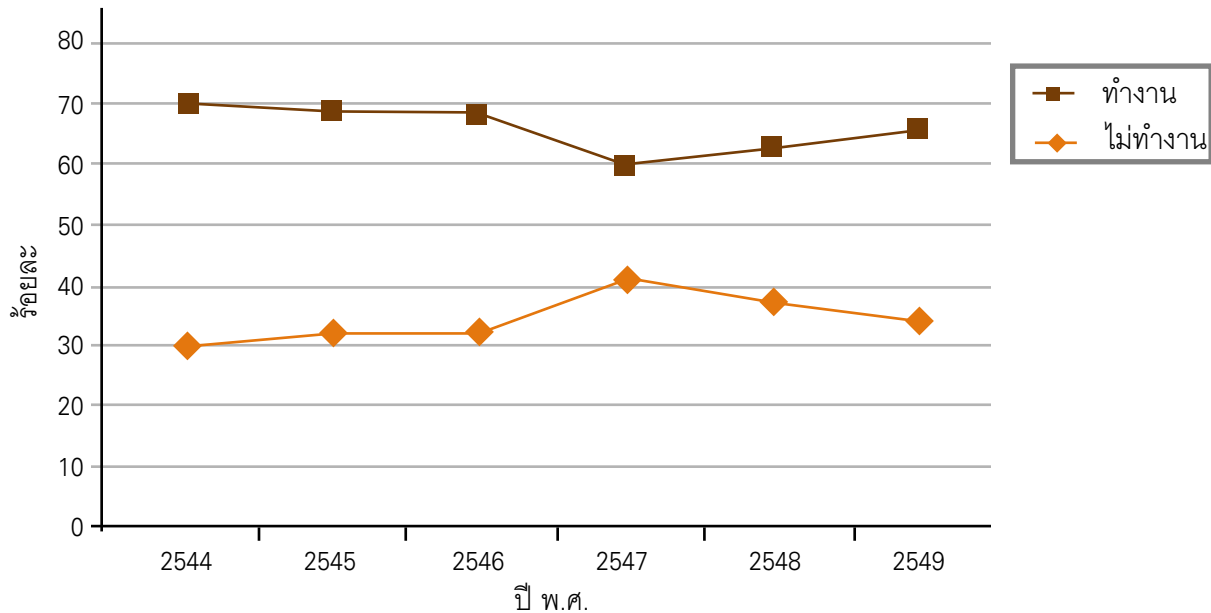
4.1 ภาวะการทำงาน

จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2 ปี 2545 และปี 2549 พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.5 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 34.1 ในปี 2549 เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ เขตการปกครองและภาค จะเห็นได้ว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่สัดส่วนการทำงานของผู้สูงอายุสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 46.5 และร้อยละ 24.0) ผู้สูงอายุในทุกภาคมีส่วนร่วมการทำงานที่เพิ่มขึ้นยกเว้นผู้สูงอายุในภาคใต้และกรุงเทพมหานครที่มีสัดส่วนการทำงานลดลงเล็กน้อย โดยภาคใต้ลดลงจากร้อยละ 44.3 เป็นร้อยละ 41.2 และกรุงเทพมหานครลดลงจากร้อยละ 18.8 เป็นร้อยละ 16.6 ซึ่งนับได้ว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนการทำงานน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ และผู้สูงอายุในภาคใต้มีส่วนร่วมการทำงานสูงที่สุด ภาวะการทำงานของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงผลที่มีต่อปัจเจกบุคคล คือ ตัวผู้สูงอายุและภาพรวมของประเทศ (ตารางที่ 41) และแนวโน้มการมีงานทำของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี ตั้งแต่ปี 2544 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะปี 2547 ที่เพิ่มขึ้นสูงสุด (แผนภูมิที่ 11)

ตารางที่ 41 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะการทำงาน

เพศ เขตการปกครอง และภาค	ภาวะการทำงาน					
	ปี 2545			ปี 2549		
	รวม	ทำงาน	ไม่ทำงาน	รวม	ทำงาน	ไม่ทำงาน
เพศ						
รวม	100.0	31.5	68.5	100.0	34.1	65.9
ชาย	100.0	41.7	58.3	100.0	46.5	53.5
หญิง	100.0	22.9	77.1	100.0	24.0	76.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	100.0	25.7	74.3	100.0	25.7	74.3
นอกเขตเทศบาล	100.0	34.0	66.0	100.0	37.4	62.6
ภาค						
กรุงเทพมหานคร	100.0	18.0	82.0	100.0	16.6	83.4
กลาง	100.0	31.6	68.4	100.0	32.8	67.2
เหนือ	100.0	30.9	69.1	100.0	34.3	65.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	100.0	31.1	68.9	100.0	36.8	63.2
ใต้	100.0	44.3	55.7	100.0	41.2	58.8

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545 และ 2549 จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2

**แผนภูมิที่ 11 แนวโน้มของร้อยละการมีงานทำของผู้สูงอายุ ในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2544-2549)**

ที่มา : ดัดแปลงจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลการมีงานทำของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2544 -2549

4.2 กิจกรรมทางเศรษฐกิจ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมค่อนข้างมากขึ้น แต่ในปี 2546 ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศยังอยู่ในภาคเกษตรถึงร้อยละ 34.8 (ข้อมูลสำมะโนเกษตร พ.ศ.2546 เสนอใน www.nso.go.th) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานในภาคเกษตรกรรม เนื่องจากงานในภาคเกษตรกรรมไม่มีการกำหนดอายุเกษียณ จึงสามารถรองรับแรงงานสูงอายุได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสามารถทำงานในภาคเกษตรกรรมต่อไปได้จนกว่าจะไม่สามารถทำงานได้หรือผู้สูงอายุเองไม่ต้องการทำงาน และข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2 แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มผู้สูงอายุจะทำงานในภาคเกษตร ในสัดส่วนที่สูงขึ้นคือในปี 2545 ร้อยละ 57.1 ของผู้สูงอายุที่ทำงานนั้นทำงานในภาคเกษตรกรรมและในปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.6 โดยเพิ่มขึ้นในพื้นที่นอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 42)



ตารางที่ 42 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ

เพศ เขตการปกครอง	กิจกรรมทางเศรษฐกิจ					
	ปี 2545			ปี 2549		
	รวม	ในภาค เกษตรกรรม	นอกภาค เกษตรกรรม	รวม	ในภาค เกษตรกรรม	นอกภาค เกษตรกรรม
เพศ						
รวม	100.0	57.1	42.9	100.0	59.6	40.4
ชาย	100.0	62.3	37.7	100.0	63.8	36.2
หญิง	100.0	49.0	51.0	100.0	53.0	47.0
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	100.0	23.2	76.8	100.0	22.0	78.0
นอกเขตเทศบาล	100.0	68.6	31.4	100.0	69.6	30.4

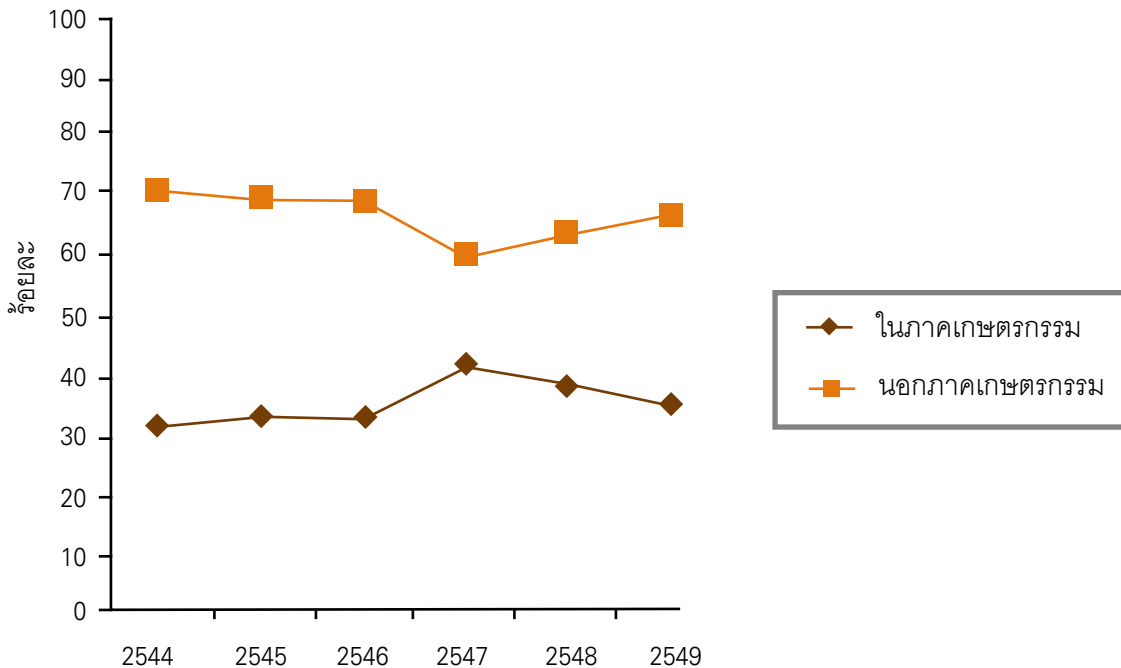
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545 และ 2549 จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2

หมายเหตุ : กิจกรรมทางเศรษฐกิจ หมายถึง กิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลผลิตไม่ว่าจะเป็นสินค้าหรือบริการ เช่น การปลูกข้าว การผลิตเสื้อผ้า การซักกรีด เป็นต้น

จากข้อมูล ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามกิจกรรมเศรษฐกิจ ในรอบ 6 ปี คือตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544-2549 พบว่า ในปี พ.ศ.2545-2546 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมลดลง และเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี 2547 และมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี 2548 และ ปี 2549 ในขณะที่แนวโน้มของผู้สูงอายุที่มั่งงานทำนอกภาคเกษตรกรรมในช่วงปี 2544-2546 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่กลับลดลงในปี 2547 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา (รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 12)



แผนภูมิที่ 12 แนวโน้มของร้อยละผู้สูงอายุที่ทำงานจำแนกตามกิจกรรมเศรษฐกิจในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2544-2549)



ที่มา : ดัดแปลงมาจากข้อมูลที่มาจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานผู้สูงอายุ ปี 2544 -2549

4.3 สถานภาพการทำงาน

เนื่องจากแรงงานสูงอายุไม่ได้เป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานหรือนายจ้าง เมื่อเทียบกับ แรงงานของผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี ดังนั้น โดยภาพรวมแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง และช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยในปี 2545 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 63.1 ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง แต่ในปี 2549 ผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวกลับลดลงเหลือร้อยละ 60.9 ในขณะที่สถานภาพการทำงานอื่นๆ เช่น การช่วยธุรกิจของครัวเรือน การเป็นลูกจ้างเพิ่มขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานเป็นนายจ้างมีสัดส่วนคงเดิม คือร้อยละ 5.1 ทั้งปี 2545 และปี 2549 แต่การรวมกลุ่มประกอบอาชีพนั้น เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 0.1 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 0.2 ในปี 2549 หากพิจารณาแรงงานสูงอายุที่มีสถานภาพเป็นลูกจ้าง พบว่าในภาคเอกชน ผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนการเป็นลูกจ้างเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.4 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 13.2 ในปี 2549 (ตารางที่ 43)



ตารางที่ 43 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน

สถานภาพการทำงาน	ปี 2545			ปี 2549		
	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
นายจ้าง	5.1	8.1	4.1	5.1	8.0	4.3
ประกอบธุรกิจส่วนตัว โดยไม่มีลูกจ้าง	63.1	58.2	64.8	60.9	53.7	62.8
ช่วยธุรกิจครัวเรือน โดยไม่มีค่าจ้าง	18.3	17.5	18.5	18.7	16.8	19.2
ลูกจ้างรัฐบาล	0.9	2.2	0.5	1.8	3.6	1.3
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	0.1	0.3	*	0.2	0.8	0.1
ลูกจ้างเอกชน	12.4	13.7	12.1	13.2	16.9	12.2
การรวมกลุ่ม ประกอบอาชีพ	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.2

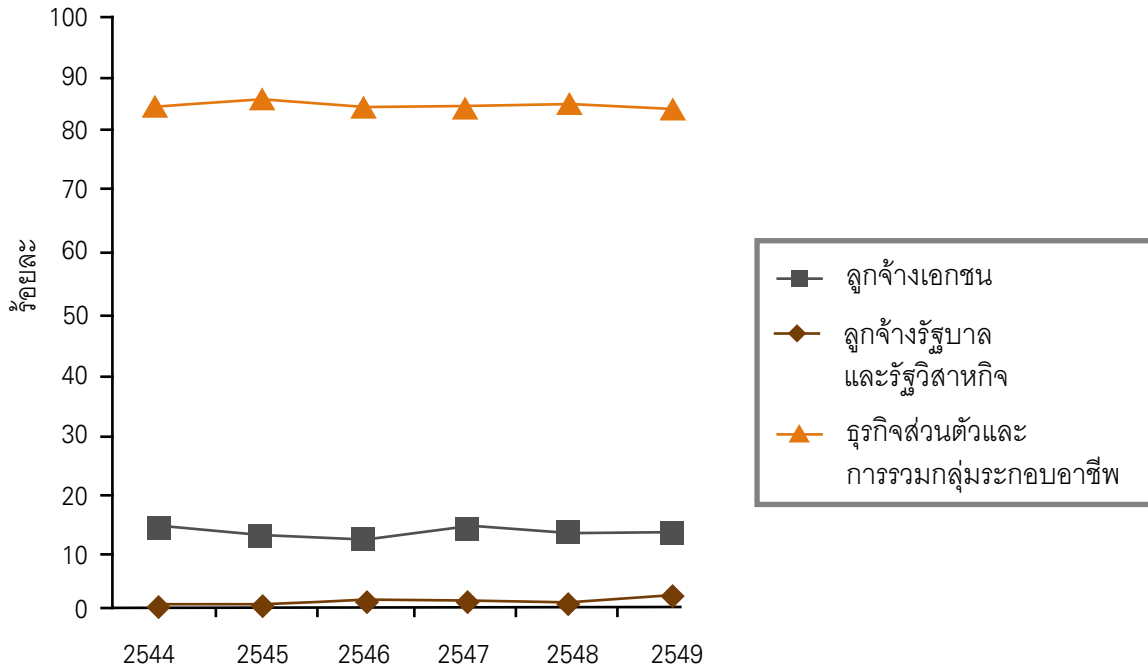
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545 และ 2549 จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2

* น้อยกว่า ร้อยละ 0.05

และจากข้อมูลการสำรวจสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 - พ.ศ.2549 สามารถแบ่ง สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มลูกจ้างของรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ กลุ่มลูกจ้างของเอกชน และ กลุ่มธุรกิจส่วนตัวและการรวมกลุ่มประกอบอาชีพ โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของร้อยละของสถานภาพผู้สูงอายุในทั้ง 3 กลุ่ม รายละเอียด ดังแผนภูมิที่ 13



แผนภูมิที่ 13 แนวโน้มของสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุในรอบ 6 ปี (พ.ศ.2544-พ.ศ. 2549)



ที่มา : ดัดแปลงมาจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ปี 2544 -2549

4.4 รายได้และชั่วโมงทำงาน

พิจารณารายได้และชั่วโมงทำงานเฉพาะผู้สูงอายุที่ทำงานในฐานะเป็นลูกจ้างเท่านั้น คือ เป็นลูกจ้างรัฐบาล ลูกจ้างเอกชนและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ซึ่งเปรียบเทียบปี 2545 และ 2549 พบว่า ผู้สูงอายุมียาได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยลดลง (ตารางที่ 44) กล่าวคือ ผู้สูงอายุมียาได้เฉลี่ย 4,432 บาทต่อเดือน เพิ่มขึ้นเป็น 6,093 บาทต่อเดือน ในขณะที่ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยกลับลดลงจาก 43.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็น 41.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

เมื่อเปรียบเทียบรายได้และชั่วโมงทำงานของผู้สูงอายุชายและหญิงในปี 2549 พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุชายสูงกว่าหญิงเกือบสองเท่า (7,437 บาท และ 3,825 บาท) และชั่วโมงทำงานเฉลี่ยก็สูงกว่าเช่นกัน (42.3 และ 40.8 ชั่วโมง/สัปดาห์)

ในปี 2549 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล มียาได้เฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงกว่านอกเขตเทศบาลกว่าสามเท่า (ในเขตเทศบาล 12,071 บาทต่อเดือน และนอกเขตเทศบาล 3,616 บาทต่อเดือน) และชั่วโมงทำงานเฉลี่ยของใน



เขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล (47.2 และ 40.2 ชั่วโมง/สัปดาห์) และเมื่อคำนวณรายได้เฉลี่ยต่อชั่วโมงพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลได้รับค่าจ้างชั่วโมงละ 60 บาท ในขณะที่นอกเขตเทศบาลได้รับค่าจ้างเพียงชั่วโมงละ 21 บาท นั้นแสดงว่าค่าจ้างแรงงานสูงอายุในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลเกือบสามเท่า

เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุระหว่างภาคต่างๆ พบว่า ในปี 2549 ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีรายได้และชั่วโมงทำงานเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 16,452 บาทต่อเดือน และ 51.3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รองลงมาภาคกลางมีรายได้ 7,082 บาทต่อเดือน และ 44.0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ภาคเหนือมีรายได้เฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2,889 บาทต่อเดือน ในขณะที่ภาคใต้มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่ำสุด 35.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ตารางที่ 44 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามรายได้และชั่วโมงทำงานเฉลี่ย

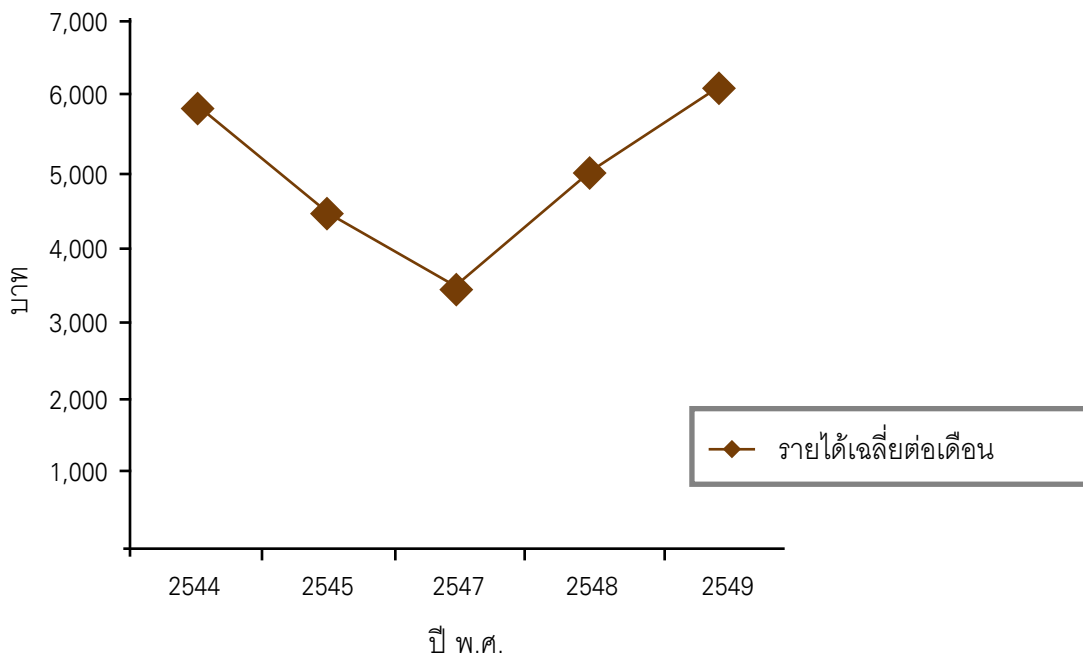
เพศ เขตการปกครอง และภาค	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์	
	ปี 2545	ปี 2549	ปี 2545	ปี 2549
รวม	4,432.4	6,093.4	43.7	41.7
ชาย	5,428.2	7,437.4	44.1	42.3
หญิง	2,704.5	3,824.7	42.9	40.8
เขตการปกครอง				
ในเขตเทศบาล	8,394.6	12,071.1	49.4	47.2
นอกเขตเทศบาล	2,696.3	3,616.4	41.7	40.2
ภาค				
กรุงเทพมหานคร	16,084.6	16,452.3	55.4	51.3
กลาง	4,249.5	7,082.0	48.0	44.0
เหนือ	2,350.4	2,888.7	43.8	42.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2,684.3	4,235.5	41.1	41.3
ใต้	3,503.9	4,637.8	37.4	35.8

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545 และ 2549 จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2



จากข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ ใน 5 ปี ตั้งแต่ปี 2544-2545 และ 2547-2549 พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา และต่ำสุดในปี 2547 และเพิ่มขึ้นมาตามลำดับ ใน 2 ปี ต่อมา รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 14

แผนภูมิที่ 14 แนวโน้มของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุใน 5 ปี (พ.ศ.2544-2545, 2547-2549)



ที่มา : ดัดแปลงมาจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ ปี 2544 -2549

4.5 การทำงานนอกระบบ

แรงงานนอกระบบเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและหลักประกันทางสังคมตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน และเศรษฐกิจนอกระบบ สามารถรองรับแรงงานสูงอายุได้เป็นอย่างดีแต่อย่างไรก็ตาม การได้รับความคุ้มครองของแรงงานเหล่านี้ ยังไม่ได้รับการดูแลจากภาครัฐเพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงและเร่งดำเนินการให้ความคุ้มครองแรงงานนอกระบบเหล่านี้โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในแรงงานนอกระบบเพื่อให้เข้าถึงระบบประกันสังคมที่เหมาะสม ตลอดจนได้รับความเป็นธรรม มีความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



จากการสำรวจแรงงานนอกระบบในปี พ.ศ.2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ตารางที่ 45) พบว่า มีผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ประมาณ 2.4 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบประมาณ 2.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 89.7 ของกำลังแรงงานสูงอายุทั้งสิ้น และในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุชายประมาณ 1.3 ล้านคนและหญิงประมาณ 8 แสน 5 หมื่นคน แต่เมื่อเทียบเป็นสัดส่วน พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุหญิงอยู่ในกำลังแรงงานนอกระบบสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 90.6 และร้อยละ 89.2)

เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบและได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ จากการทำงาน พบว่า มีประมาณร้อยละ 13.1 ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่ได้รับบาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมบาดหรือตีมีดแทง รองลงมา บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม การถูกชนหรือกระแทกโดยวัสดุทั้งแนวราบและแนวตั้ง ถูกไฟหรือน้ำร้อนลวกและอุบัติเหตุจากยานพาหนะ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุชายได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะ การถูกชนหรือกระแทกมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงพลัดตกหกล้ม และของมีคมบาดหรือตีมีดแทงในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุชาย (ตารางที่ 46)

แต่เมื่อพิจารณาตามพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลที่ทำงานนอกระบบมีสัดส่วนการได้รับบาดเจ็บจากของมีคมบาดหรือตีมีดแทง และพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล แต่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีสัดส่วนการถูกไฟหรือน้ำร้อนลวกและอุบัติเหตุจากยานพาหนะมากกว่านอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 47)

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานในระบบ และนอกระบบ จำแนกตามเพศ (ภาคและเขตการปกครอง)

ผู้ปฏิบัติงาน	จำนวน			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	2,425,566	1,492,344	933,222	100.0	100.0	100.0
แรงงานในระบบ	248,722	160,819	87,903	10.3	10.8	9.4
แรงงานนอกระบบ	2,176,844	1,331,525	845,319	89.7	89.2	90.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ



ตารางที่ 46 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตาม การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานและเพศ

การได้รับบาดเจ็บและ ลักษณะการบาดเจ็บ	จำนวน			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	2,176,844	1,331,525	845,319	100.0	100.0	100.0
ไม่ได้รับบาดเจ็บ	1,891,000	1,152,112	738,887	86.9	86.5	87.4
ได้รับบาดเจ็บ	258,844	179,412	106,432	13.1	13.5	12.6
ลักษณะการบาดเจ็บ	285,844	179,412	106,432	100.0	100.0	100.0
พลัดตกหกล้ม	63,591	38,640	24,951	22.2	21.5	23.4
ของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง	175,645	108,736	66,909	61.4	60.6	62.9
ถูกไฟน้ำร้อนลวก	8,995	3,300	5,695	3.1	1.8	5.4
อุบัติเหตุจากยานพาหนะ	12,027	9,984	2,043	4.2	5.6	1.9
ไฟฟ้าช็อต	102	102	-	0.1	0.1	-
การชน / กระแทก โดยวัตถุทั้งแนวราบ และแนวตั้ง	17,721	14,747	2,974	6.2	8.2	2.8
ได้รับสารเคมี	2,687	1,980	707	0.9	1.1	0.7
อื่นๆ	5,078	1,923	3,155	1.8	1.1	3.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ



ตารางที่ 47 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตาม การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานและเขตการปกครอง

การได้รับบาดเจ็บและ ลักษณะการบาดเจ็บ	ปี 2545			ปี 2549		
	รวม	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	รวม	ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล
รวม	2,176,845	410,230	1,766,615	100.0	100.0	100.0
ไม่ได้รับบาดเจ็บ	1,891,000	363,125	1,527,875	86.9	88.5	86.5
ได้รับบาดเจ็บ	285,845	47,105	238,740	13.1	11.5	13.5
ลักษณะการบาดเจ็บ	285,845	47,105	238,740	100.0	100.0	100.0
พลัดตกหกล้ม	63,593	7,677	55,916	22.2	1.9	3.2
ของมีคมบาด/ทิ่ม/แทง	175,645	27,640	148,005	61.4	6.7	8.4
ถูกไฟน้ำร้อนลวก	8,994	2,782	6,212	3.1	0.7	0.4
อุบัติเหตุจากยาน พาหนะ	12,027	3,841	8,186	4.2	0.9	0.5
ไฟฟ้าช็อต	102	102	-	*	*	-
การชน/กระแทก โดยวัสดุทั้งแนวราบ และแนวตั้ง	17,720	4,098	13,622	6.2	1.0	0.8
ได้รับสารเคมี	2,687	150	2,537	0.9	*	0.1
อื่นๆ	5,078	816	4,262	1.8	0.2	0.2

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ

* น้อยกว่าร้อยละ 0.05



เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานที่มีอยู่ประมาณร้อยละ 13.1 ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบทั้งสิ้น พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อยและไม่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 23.4 ซ้ำร้ายรักษาเอง และมีประมาณร้อยละ 14.2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 ใช้สวัสดิการโครงการสุขภาพถ้วนหน้า และมีประมาณร้อยละ 15 ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง โดยสัดส่วนผู้สูงอายุชายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมากกว่าหญิงเกือบสามเท่า (ตารางที่ 48)

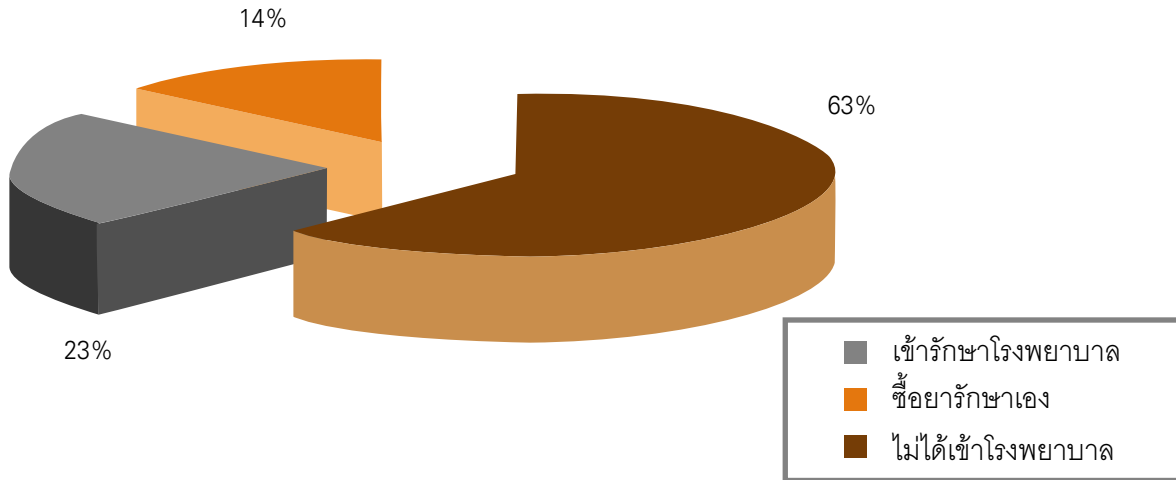
ตารางที่ 48 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ทำงานนอกระบบ และได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน จำแนกตามการรักษาพยาบาล และสวัสดิการที่ใช้

การรักษาพยาบาล และสวัสดิการที่ใช้	จำนวน			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
การได้รับบาดเจ็บ	285,844	179,412	106,432	100.0	100.0	100.0
บาดเจ็บเล็กน้อย	245,203	151,705	93,498			
ไม่ได้เข้าโรงพยาบาล	178,215	111,293	66,921	62.3	62.0	62.9
ซัวยารักษาเอง	66,988	40,411	26,576	23.4	22.5	25.0
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	40,641	27,708	12,934	14.2	15.4	12.2
สวัสดิการที่ใช้ (กรณีเข้ารับ รักษาในโรงพยาบาล)	40,641	27,708	12,934	100.0	100.0	100.0
จ่ายเอง	6,132	5,285	847	15.1	19.1	6.5
หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	28,638	19,427	9,211	70.5	70.1	71.2
ประกันสังคม	439	-	439	1.1	-	3.4
สวัสดิการข้าราชการ/ บำนาญ สวัสดิการ รัฐวิสาหกิจ	1,416	543	872	3.5	2.0	6.7
ประกันชีวิต	1,356	800	556	3.3	2.9	4.3
อื่นๆ	2,660	1,653	1,007	6.5	6.0	7.8

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ

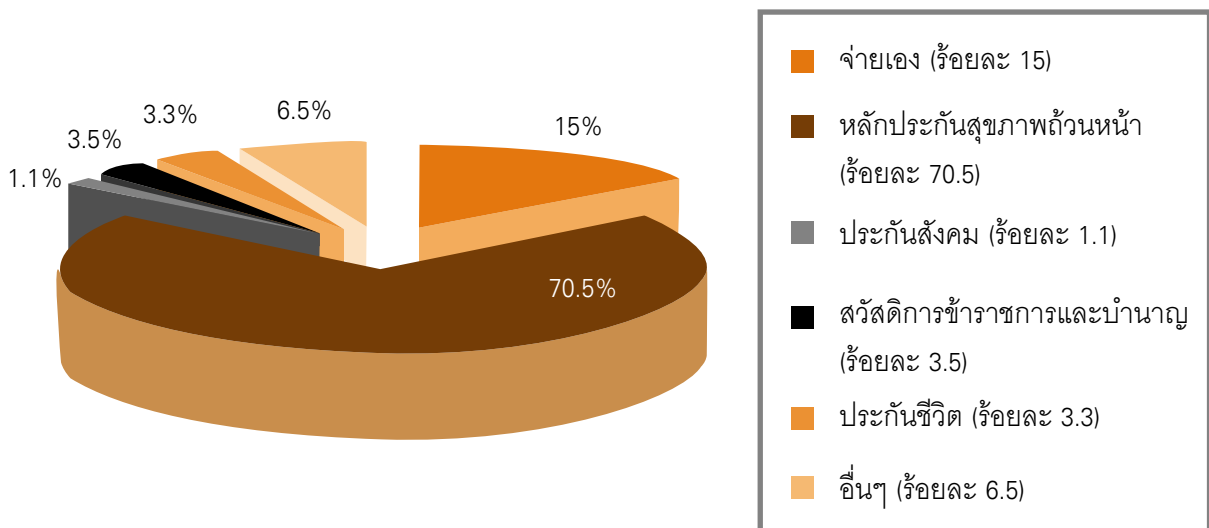


แผนภูมิที่ 15 สัดส่วนของการรักษาพยาบาลของแรงงานนอกระบบที่เป็นผู้สูงอายุเมื่อได้รับบาดเจ็บ



ที่มา : ดัดแปลงข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลการรักษาพยาบาลของแรงงานนอกระบบ ปี 2549

แผนภูมิที่ 16 สัดส่วนของสวัสดิการที่ผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบใช้ (กรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)



ที่มา : ดัดแปลงข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลการรักษาพยาบาลของแรงงานนอกระบบ ปี 2549



ปัญหาและสิ่งแวดลอมในที่ทำงานมีผลต่อสุขภาพทั้งกายและจิตใจของผู้ที่อยู่ในที่ทำงานเสมอ จากการสำรวจแรงงานนอกระบบ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 3 แสน 7 หมื่นคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.9 ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ รายงานว่ามีปัญหาในการทำงาน ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาค่าตอบแทนหนึ่งในห้ามีปัญหาทางน้ก ร้อยละ 17.5 มีปัญหาเรื่องงานที่ทำขาดความต่อเนื่อง ร้อยละ 3.4 มีปัญหาทางไม่มั่นคงหรือไม่มีสวัสดิการ และน้อยกว่าร้อยละ 2 รายงานว่างานที่ทำมีชั่วโมงการทำงานมากเกินไป ไม่มีวันหยุดและไม่สามารถลาหยุดหรือลาพักร้อนได้ (ตารางที่ 49)

ตารางที่ 49 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามปัญหา ในการทำงานและเพศ

ปัญหาในการทำงาน	จำนวน			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	2,176,844	1,331,525	845,319	100.0	100.2	100.0
ไม่มีปัญหา	1,807,904	1,099,718	710,186	83.1	82.6	84.0
มีปัญหา	368,940	233,807	135,132	16.9	17.6	16.0
ปัญหาในการทำงาน	368,940	233,807	135,132	100.0	100.0	100.0
ค่าตอบแทน	199,244	117,563	81,681	54.0	50.3	60.4
งานน้ก	74,680	47,405	27,275	20.2	20.3	20.2
ทำงานไม่ตรงเวลาปกติ	1,986	1,387	599	0.5	0.6	0.4
งานขาดความต่อเนื่อง	64,731	48,730	16,001	17.5	20.8	11.8
ชั่วโมงการทำงานมากเกินไป	5,121	2,976	2,145	1.4	1.3	1.6
ไม่มีวันหยุด	6,915	4,429	2,486	1.9	1.9	1.8
ไม่สามารถลาหยุดหรือลาพักร้อน	3,644	2,398	1,245	1.0	1.0	0.9
ไม่มั่นคง/ไม่มีสวัสดิการ	12,619	8,918	3,701	3.4	3.8	2.7

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ



จากตารางที่ 50 พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 10.7 มีปัญหาสิ่งแวดล้อมในการทำงานโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 40.5 เป็นปัญหาเกี่ยวกับอิริยาบถในการทำงาน ร้อยละ 20.3 สภาพที่ทำงานมี ฝุ่นละออง คว้น กลิ่น ร้อยละ 17.4 มีปัญหาเกี่ยวกับแสงสว่าง ร้อยละ 7.1 สภาพที่ทำงานสกปรกและร้อยละ 6.8 ที่ทำงานคับแคบ อากาศไม่ถ่ายเทและเสียงดัง

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ทำงานนอกระบบ
จำแนกตามปัญหาสิ่งแวดล้อมในการทำงานและเพศ

ปัญหาสิ่งแวดล้อม ในการทำงาน	จำนวน			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	2,176,844	1,331,525	845,319	100.0	100.0	100.0
ไม่มีปัญหา	1,944,380	1,188,132	756,248	89.3	89.2	89.5
มีปัญหา	232,465	143,393	89,071	10.7	10.8	10.5
ปัญหาสิ่งแวดล้อม ในการทำงาน	232,465	143,393	89,071	100.0	100.0	100.0
คับแคบ	8,414	4,286	4,129	3.6	3.0	4.6
สกปรก	16,532	13,203	3,329	7.1	9.2	3.7
อากาศไม่ถ่ายเท	4,829	3,026	1,803	2.1	2.1	2.0
อิริยาบถในการทำงาน	94,218	49,893	44,325	40.5	34.8	49.8
ฝุ่นละออง คว้น กลิ่น	47,139	29,520	17,620	20.3	20.6	19.8
เสียงดัง	2,502	1,597	905	1.1	1.1	1.0
แสงสว่าง	40,353	28,483	11,870	17.4	19.9	13.3
อื่น ๆ	18,476	13,386	5,091	7.9	9.3	5.7

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ

ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบที่มีปัญหาในด้านความปลอดภัยในการทำงานมีถึงร้อยละ 5.8 โดยกว่าครึ่งของผู้ที่มีปัญหาด้านนี้เป็นปัญหาจากสารเคมี ร้อยละ 17.6 มีปัญหาจากเครื่องจักรกล และร้อยละ 15.5 เป็นปัญหาเกี่ยวกับหู ตา ที่ได้รับผลกระทบจากการทำงาน (ตารางที่ 51)



ตารางที่ 51 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ทำงานนอกระบบ จำแนกตามความปลอดภัยในการทำงานและเพศ

ความปลอดภัย ในการทำงาน	จำนวน			ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
รวม	2,176,844	1,331,525	845,319	100.0	100.0	100.0
ไม่มีปัญหา	2,050,875	1,245,316	805,560	94.2	93.5	95.3
มีปัญหา	125,968	86,209	39,759	5.8	6.5	4.7
ปัญหาความปลอดภัย ในการทำงานทำงาน	125,968	86,209	39,759	100.0	100.0	100.0
สารเคมี	69,399	46,969	22,429	55.1	54.5	56.4
เครื่องจักรกล	22,112	16,152	5,960	17.6	18.7	15.0
หูดตา	19,483	11,797	7,687	15.5	13.7	19.3
ทำงานในที่สูง/ ได้น้ำ/ไต่ดิน	5,115	5,115	-	4.1	5.9	-
อื่น ๆ	9,860	6,177	3,683	7.8	7.2	9.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบ

แนวโน้มการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น ผลมาจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปเป็นโครงสร้างประชากรแบบสูงวัย ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยวัยหรืออายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้น ประกอบกับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขมากขึ้น อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจที่บีบรัดทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในตลาดแรงงานหรือยังคงทำงานอยู่แม้วัยจะพ้นอายุเกษียณแล้วก็ตาม จากแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) กล่าวถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมผู้สูงอายุครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ การทำงานและการหารายได้ การสนับสนุน ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ดังนั้นรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน ในการส่งเสริม สนับสนุนการทำงานและการหารายได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องคำนึงถึงลักษณะงานที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถของผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องดูแลในเรื่องความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในที่ทำงานและสวัสดิการที่คุ้มครองสิทธิอันพึงมีพึงได้ของแรงงานสูงอายุ เพื่อสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตลอดไป



4.6 สถานการณ์การออม : ภาคครัวเรือนยังมีการออมในระดับต่ำ

ในช่วงเวลาที่วงจรชีวิตของคนได้ย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกเหนือจากจะมีโอกาสในการทำงานน้อยลง และมีรายได้ที่ถดถอยกว่าช่วงวัยแรงงานแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตนับจากก้าวมาเป็นผู้สูงอายุไปจนถึงบั้นปลายของชีวิต จำเป็นต้องมีการสร้างหลักประกันรายได้ที่มั่นคง ด้วยการเก็บออมและบริหารจัดการการออมได้อย่างเหมาะสมนับตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยหนุ่มสาว

ตารางที่ 52 รายได้ รายจ่าย และการออมภาคครัวเรือน

หน่วย : ล้านบาท

	2543	2544	2545	2546	2547	2548
รายได้ส่วนบุคคล (Disposable Personal Income)	3,179,750	3,265,457	3,384,966	3,691,292	4,092,157	4,465,425
รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค ของประชาชน (Personal Outlay)	2,811,917	2,990,720	3,170,440	3,441,297	3,768,805	4,115,784
การออมส่วนบุคคล (Personal Savings)	367,833	274,737	214,526	249,995	323,352	349,641
ร้อยละของการออมส่วนบุคคล ต่อรายได้	11.6	8.4	6.3	6.8	7.9	7.8
การออมสุทธิในประเทศ	819,735	791,548	873,263	999,434	1,151,643	1,220,331
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP)	4,922,731	5,133,502	5,450,643	5,917,368	6,489,847	7,087,600
ร้อยละของการออมสุทธิต่อ GDP	16.7	15.4	16.0	16.9	17.7	17.2
ร้อยละของการออมส่วนบุคคล ต่อ GDP	7.5	5.4	3.9	4.2	5.0	4.9

ที่มา : สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายได้ประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ.2548

เมื่อพิจารณาการออมในระดับภาคครัวเรือนหรือการออมส่วนบุคคลที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการออมไม่มากเท่าที่ควร และการออมส่วนบุคคลยังต้องขึ้นอยู่กับรายได้และรายจ่ายเป็นหลัก สะท้อนได้จากปี 2543-2545 ซึ่งเป็นช่วงหลังจากที่ประเทศไทยประสบกับปัญหาวิกฤต



เศรษฐกิจ ปรากฏว่า ขณะที่ภาคครัวเรือนมีรายได้ค่อนข้างจะทรงตัว โดยมีการขยายตัวในอัตราร้อยละ 2.0-2.9 หรือคิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อคน 51,092-53,608 บาทต่อปี แต่กลับมีการใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคเพิ่มขึ้นมากกว่าในอัตราร้อยละ 5.2-5.6 หรือมีรายจ่ายเฉลี่ยต่อคน 45,182-50,210 บาทต่อปี ส่งผลให้การออมส่วนบุคคลต่อคนในช่วงเวลาเดียวกันลดลงมาก ในอัตราร้อยละ 13.1-25.8 หรือมีการออมเฉลี่ยต่อคน 3,397-5,910 บาทต่อปี

เป็นที่น่าสังเกตว่า นับจากปี 2545 จนถึงปี 2548 ซึ่งเป็นช่วงที่สถานการณ์เริ่มปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ แม้ว่าภาคครัวเรือนเริ่มมีรายได้เพิ่มขึ้นมากกว่ารายจ่าย โดยมีการขยายตัวร้อยละ 8.2-9.9 หรือมีรายได้เฉลี่ยต่อคน 57,989-68,950 บาทต่อคน ขณะที่รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของประชาชนมีการขยายตัวร้อยละ 7.7-8.6 หรือมีรายจ่ายเฉลี่ยต่อคน 54,062-63,551 บาท/ปี แต่การออมส่วนบุคคลต่อคนยังคงมีน้อยเฉลี่ยเพียงแค่ 3,927-5,399 บาทต่อปีเท่านั้น

นอกจากนี้ เมื่อได้วิเคราะห์ถึงสัดส่วนการออมกับรายได้ส่วนบุคคล และสัดส่วนการออมส่วนบุคคลเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ GDP ยิ่งชี้ชัดว่าการออมของคนไทยในปัจจุบันยังอยู่ในระดับต่ำ จึงเห็นได้ว่า สัดส่วนการออมกับรายได้ส่วนบุคคล ได้ลดลงจากร้อยละ 11.6 ในปี 2543 มาอยู่ที่ร้อยละ 7.8 ในปี 2548 ขณะที่สัดส่วนการออมส่วนบุคคลเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ GDP ในช่วงเวลาเดียวกัน ได้ลดลงจากที่เคยมีสัดส่วนร้อยละ 7.5 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 4.9 ในปี 2548 ซึ่งโดยปกติแล้ว การออมส่วนบุคคลอย่างน้อยควรที่จะอยู่ในระดับร้อยละ 10 ขึ้นไปเมื่อเทียบกับ GDP ดังแสดงในแผนภูมิที่ 17

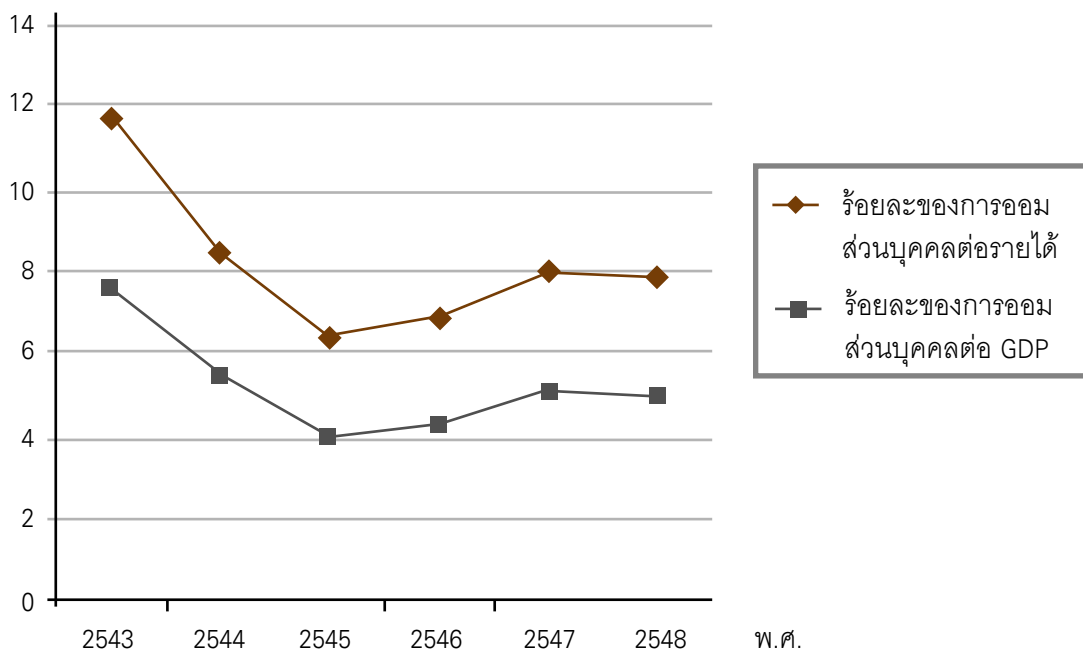
สถานการณ์การออมส่วนบุคคลหรือการออมภาคครัวเรือนที่ยังอยู่ในระดับต่ำดังกล่าว นอกจากจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงในชีวิตของคนไทยแล้ว ยังจะสร้างปัญหาต่อการออมรวมของประเทศในอนาคต เพราะจะทำให้เศรษฐกิจขาดสมดุลระหว่างการออมและการลงทุน อันอาจจะนำมาซึ่งการพึ่งพิงเงินทุนจากต่างประเทศมากยิ่งขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาการขาดดุลบัญชีเดินสะพัดตามมา จึงเป็นประเด็นที่น่าห่วงใยโดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ไทยได้เริ่มก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ* มาตั้งแต่ปี 2548 และจะกลายเป็นประเทศที่มีสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในอีก 10 กว่าปีข้างหน้า ซึ่งคาดว่าจะบประมาณในการจัดบริการทางสังคมของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นการให้เบี้ยยังชีพ การให้บริการด้านสุขภาพ การให้บริการสถานสงเคราะห์คนชรา และบริการอื่นๆ อาจจะไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้การออมเป็นแนวทางสำคัญสำหรับการเตรียมรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยควรมีการพัฒนา รูปแบบการออมใหม่ๆ ซึ่งอาจจะเป็นการจูงใจ

* ถ้าอ้างอิงตามเกณฑ์ของสหประชาชาติ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี 2553 และจะกลายเป็นประเทศที่มีสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี 2573



หรือบังคับให้คนไทยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาสร้างค่านิยมการใช้จ่ายอย่างพอเพียง มีการออมตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการออมในระดับชุมชน เพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ของคน ชุมชนและประเทศชาติ ให้มากยิ่งขึ้นต่อไป

แผนภูมิที่ 17 แนวโน้มการออมส่วนบุคคลต่อรายได้ใน 6 ปี (พ.ศ.2543-พ.ศ.2548)



ที่มา : ดัดแปลงจาก สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2549, ข้อมูลการออมส่วนบุคคลต่อรายได้

4.7 การออมเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับวัยสูงอายุ

กระทรวงแรงงานได้เตรียมความพร้อมขององค์กรด้านแรงงานเพื่อรองรับการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยการออมในลักษณะการประกันสังคมกรณีชราภาพ

การประกันสังคมกรณีชราภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 เป็นการจัดการภาครัฐวิสาหกิจหนึ่งที่ทำให้ลูกจ้าง ผู้ประกันตน ได้รับการคุ้มครองทางรายได้เพื่ออนาคต โดยกำหนดให้ลูกจ้างผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมแบ่งรายได้จากการทำงานส่วนหนึ่งในช่วงวัยทำงานเพื่อเก็บออมไว้ใช้จ่ายในช่วงวัยเกษียณอายุ คือเมื่อมีอายุ 55 ปี และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง ซึ่งปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมจัดเก็บเงินสมทบสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพจากนายจ้างและผู้ประกันตนในอัตราฝ่ายละร้อยละ 3 ของค่าจ้าง และรัฐบาลช่วยสมทบอีกร้อยละ 1



ณ เดือนธันวาคม 2549 มีผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมทั้งสิ้น 8.86 ล้านคน สิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับคือเงินบำเหน็จชราภาพหรือเงินบำนาญชราภาพขึ้นอยู่กับระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบดังนี้

- กรณีจ่ายเงินสมทบน้อยกว่า 12 เดือน จะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนส่งมา
- กรณีจ่ายเงินสมทบ 12 เดือน ขึ้นไป แต่ไม่ถึง 180 เดือน จะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนและนายจ้างส่งมาทั้งหมดพร้อมผลประโยชน์ตอบแทนตามที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนด
- กรณีจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน ได้รับเงินบำนาญชราภาพเป็นรายเดือนไปตลอดชีวิตในอัตราร้อยละ 15 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบ
- กรณีจ่ายเงินสมทบเกินกว่า 180 เดือน ได้รับเงินบำนาญชราภาพเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1 ต่อระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบครบทุก 12 เดือน ที่เกินจาก 180 เดือน

ขณะนี้ สำนักงานประกันสังคมอยู่ระหว่างการแก้ไขกฎหมายเพื่อปรับปรุงการคำนวณเงินบำนาญชราภาพเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับเงินบำนาญในอัตราที่สูงขึ้นเพียงพอต่อการยังชีพหลังจากเกษียณ โดยในปี 2557 จะเป็นปีแรกที่สำนักงานประกันสังคมเริ่มจ่ายเงินบำนาญชราภาพ การจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพจากกองทุนประกันสังคม

ตารางที่ 53 จำนวนผู้รับเงินบำเหน็จชราภาพและจำนวนเงินบำเหน็จชราภาพกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม พ.ศ.2542-2549

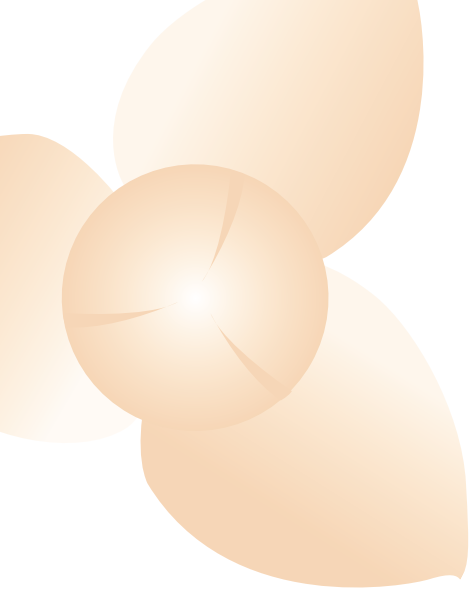
ปี	จำนวนผู้รับเงินบำเหน็จชราภาพ (คน)	จำนวนเงินบำเหน็จชราภาพ
2542	2,986	1.18
2543	12,333	26.12
2544	16,963	76.97
2545	22,063	149.78
2546	41,662	337.58
2547	46,782	566.28
2548	60,874	863.20
2549	65,696	1,146.95

ที่มา : กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน



การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การเรียนรู้ตลอดชีวิต

บทที่ 5



บทที่ 5

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การเรียนรู้ตลอดชีวิต

5.1 การศึกษาและการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้หน่วยงานทางการศึกษาทั้งภาครัฐและ เอกชนได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในด้านการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีความสนใจ และความต้องการเข้ารับการศึกษาได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทราบข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ สามารถนำข้อมูลมาประกอบเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ดังจะเห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ดังนี้

1. การศึกษาและการเรียนรู้การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต

จากข้อมูล (ตารางที่ 54) พบว่า ผู้สูงอายุไทยทั้งประเทศมีการใช้คอมพิวเตอร์และ อินเทอร์เน็ตเพียง 65,902 คน และ 34,499 คน ตามลำดับ ที่น่าสังเกต คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ใช้คอมพิวเตอร์ มี 48,014 คน ในขณะที่ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลใช้ 17,888 คน และผู้สูงอายุในเขต เทศบาลมีการใช้อินเทอร์เน็ตในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลเช่นกัน ประมาณ 7 เท่า เมื่อพิจารณาการใช้คอมพิวเตอร์และ อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ ตามภาคแล้ว พบว่า กรุงเทพมหานคร มีการใช้มากที่สุด คือจำนวน 29,888 คน และจำนวน 19,630 คน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาแนวโน้มของอัตราการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตของ



ผู้สูงอายุ ดังแผนภูมิที่ 18 จะเห็นว่าในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 2547 -2548 โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร แต่หลังจากนั้นแนวโน้มคงที่ไม่เพิ่มขึ้นและบางภาคกลับลดลง (ตารางที่ 57)

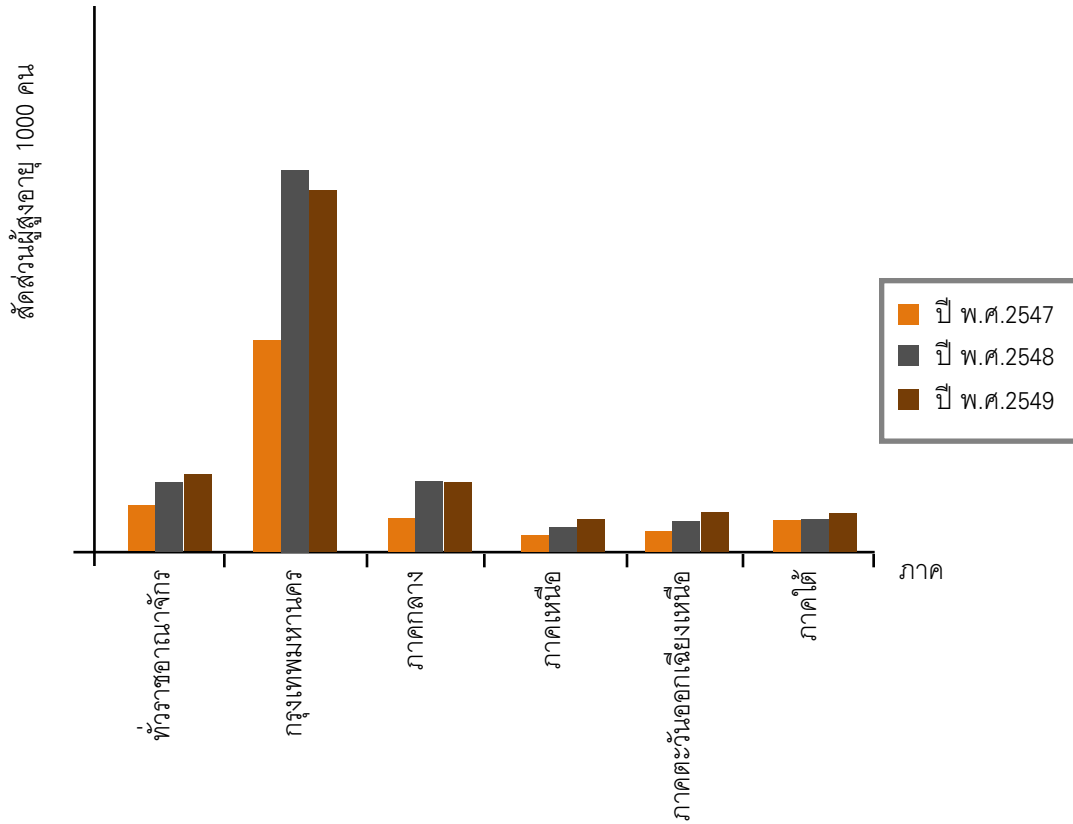
ตารางที่ 54 จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้คอมพิวเตอร์ จำแนกตามภาคและเขตการปกครองเปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2547-พ.ศ.2549)

ภาค และเขตการปกครอง	การใช้คอมพิวเตอร์					
	ปี 47	:1,000	ปี 48	:1,000	ปี 49	:1,000
ทั่วราชอาณาจักร	37,745	6	-	9	65,902	10
ในเขตเทศบาล	29,883	15	-	26	48,014	25
นอกเขตเทศบาล	5,862	1	-	3	17,888	4
กรุงเทพมหานคร	18,560	28	-	51	29,888	48
ภาคกลาง	5,902	4	-	9	15,175	9
ในเขตเทศบาล	4,047	8	-	19	6,493	13
นอกเขตเทศบาล	1,855	2	-	5	8,682	8
ภาคเหนือ	2,555	2	-	3	5,655	4
ในเขตเทศบาล	2,285	8	-	1	4,630	16
นอกเขตเทศบาล	270	0	-	1	1,025	1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5,274	3	-	4	10,493	4.6
ในเขตเทศบาล	3,417	11	-	14	4,626	13
นอกเขตเทศบาล	1,857	1	-	2	5,868	3
ภาคใต้	3,454	4	-	4	4,691	5
ในเขตเทศบาล	1,574	9	-	9	2,377	12
นอกเขตเทศบาล	1,880	3	-	3	2,314	3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 การสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน)



แผนภูมิที่ 18 สัดส่วนผู้สูงอายุที่ใช้คอมพิวเตอร์จำแนกตามภาคเปรียบเทียบ 3 ปี (พ.ศ.2547-2549)



ที่มา : ดัดแปลงข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 การสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน)



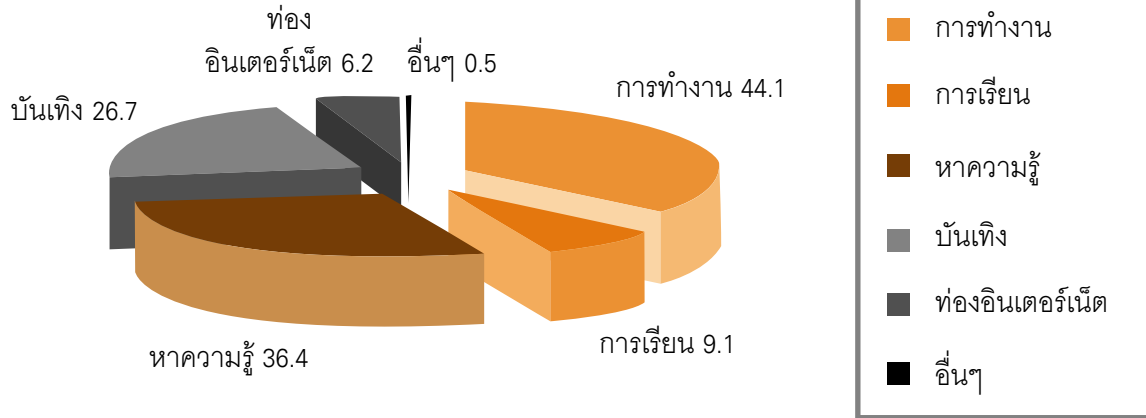
ตารางที่ 55 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้คอมพิวเตอร์ จำแนกตามกิจกรรมที่ใช้คอมพิวเตอร์ ภาค และเขตการปกครอง

ภาค และเขตการปกครอง	กิจกรรมที่ใช้คอมพิวเตอร์					
	การทำงาน	การเรียน	หาความรู้	บันเทิง	ท่องอินเทอร์เน็ต	อื่น ๆ
ทั่วราชอาณาจักร	44.1	9.1	36.4	26.7	6.2	0.5
ในเขตเทศบาล	45.0	4.5	40.8	25.0	7.8	0.6
นอกเขตเทศบาล	41.5	21.3	24.8	31.5	2.0	0.0
กรุงเทพมหานคร	46.0	4.2	47.6	16.0	6.7	0.0
ภาคกลาง	39.2	10.9	39.5	30.5	5.2	0.5
ในเขตเทศบาล	53.4	1.8	33.9	27.9	6.6	1.1
นอกเขตเทศบาล	28.7	17.7	43.7	32.4	4.2	0.0
ภาคเหนือ	35.8	7.0	36.9	39.0	9.1	1.3
ในเขตเทศบาล	31.8	8.5	43.1	39.2	11.1	1.6
นอกเขตเทศบาล	53.5	0.0	8.8	37.8	0.0	0.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	43.3	23.7	6.6	46.3	5.2	0.0
ในเขตเทศบาล	46.1	8.3	6.8	56.2	11.8	0.0
นอกเขตเทศบาล	41.0	35.9	6.5	38.6	0.0	0.0
ภาคใต้	59.1	4.2	21.6	24.6	5.7	3.2
ในเขตเทศบาล	33.3	1.3	35.6	41.5	11.3	6.4
นอกเขตเทศบาล	85.6	7.2	7.2	7.2	0.0	0.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549. การสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน). ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ



แผนภูมิที่ 19 สัดส่วนประเภทการใช้คอมพิวเตอร์ของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2549



ที่มา : ดัดแปลงจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549. ข้อมูล ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้คอมพิวเตอร์จำแนกตามกิจกรรมที่ใช้คอมพิวเตอร์ ภาค และเขตการปกครอง

ตารางที่ 56 จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง เปรียบเทียบ 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2547-พ.ศ.2549

ภาค และเขตการปกครอง	การใช้อินเทอร์เน็ต					
	ปี 47	:1,000	ปี 48	:1,000	ปี 49	:1,000
ทั่วราชอาณาจักร	16,907	3	-	5	34,499	5
ในเขตเทศบาล	13,398	7	-	16	28,920	15
นอกเขตเทศบาล	3,509	1	-	1	5,579	1
กรุงเทพมหานคร	7,761	12	-	34	19,630	31
ภาคกลาง	2,913	2	-	6	7,971	5
ในเขตเทศบาล	1,855	3	-	13	3,742	8
นอกเขตเทศบาล	1,057	1	-	2	4,229	4
ภาคเหนือ	1,287	5	-	1	2,566	2
ในเขตเทศบาล	1,287	5	-	4	2,566	2
นอกเขตเทศบาล	0	0	-	-	-	0



ตารางที่ 56 จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง เปรียบเทียบ 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2547-พ.ศ.2549 (ต่อ)

ภาค และเขตการปกครอง	การใช้อินเทอร์เน็ต					
	ปี 47	:1,000	ปี 48	:1,000	ปี 49	:1,000
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3,539	0.2	-	0.1	1,798	0.1
ในเขตเทศบาล	1,682	5	-	8	1,448	4
นอกเขตเทศบาล	1,857	1	-	-	351	0.2
ภาคใต้	1,408	2	-	1	2,534	3
ในเขตเทศบาล	813	5	-	3	1,535	8
นอกเขตเทศบาล	595	1	-	1	999	1.5

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549 การสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน)

ตารางที่ 57 ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตจำแนกตามแหล่งที่ใช้อินเทอร์เน็ต ภาค และเขตการปกครอง

ภาค และเขตการปกครอง	แหล่งที่ใช้อินเทอร์เน็ต					
	บ้าน	ที่ทำงาน	สถาน	ร้าน	ศูนย์บริการ	บ้านญาติ
ทั่วราชอาณาจักร	83.1	30.5	0.5	1.5	0.4	0.1
ในเขตเทศบาล	89.0	26.7	0.6	1.8	0.5	0.1
นอกเขตเทศบาล	52.2	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0
กรุงเทพมหานคร	91.7	26.4	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคกลาง	76.8	33.7	1.0	2.1	0.0	0.0
ในเขตเทศบาล	90.3	28.8	2.1	4.4	0.0	0.0
นอกเขตเทศบาล	64.9	38.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคเหนือ	80.0	31.8	3.2	2.9	0.0	0.0
ในเขตเทศบาล	80.0	31.8	3.2	2.9	0.0	0.0
นอกเขตเทศบาล	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0



ตารางที่ 57 ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตจำแนกตามแหล่งที่ใช้อินเทอร์เน็ต ภาค และเขตการปกครอง (ต่อ)

ภาค และเขตการปกครอง	แหล่งที่ใช้อินเทอร์เน็ต					
	บ้าน	ที่ทำงาน	สถาน	ร้าน	ศูนย์บริการ	บ้านญาติ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	56.1	43.5	0.0	4.8	8.1	2.1
ในเขตเทศบาล	69.6	29.9	0.0	6.0	10.1	2.6
นอกเขตเทศบาล	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคใต้	57.8	41.1	0.0	7.8	0.0	0.0
ในเขตเทศบาล	84.5	13.6	0.0	12.8	0.0	0.0
นอกเขตเทศบาล	16.6	83.4	0.0	0.0	0.0	0.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549. การสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 58 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตจำแนกตามกิจกรรมที่ใช้อินเทอร์เน็ต ภาค และเขตการปกครอง

ภาค และเขตการปกครอง	กิจกรรมที่ใช้อินเทอร์เน็ต							
	รับ-ส่งอีเมลล์	เล่นเกมส์	ค้นหาข้อมูล/ติดตามข่าว	เพื่อชม/ซื้อสินค้า	ดาวน์โหลดทุกประเภท	ห้องสนทนาส่งข้อความ	การศึกษา	อื่นๆ
ทั่วราชอาณาจักร	15.2	5.7	91.6	2.9	2.2	5.6	0.1	0.4
ในเขตเทศบาล	15.3	3.7	90.6	3.4	1.0	6.7	0.1	0.5
นอกเขตเทศบาล	14.7	15.7	97.0	0.0	8.4	0.0	0.0	0.0
กรุงเทพมหานคร	9.7	1.8	95.9	2.7	0.0	5.5	0.0	0.0
ภาคกลาง	17.5	11.7	87.3	0.0	5.1	2.8	0.0	1.8
ในเขตเทศบาล	31.6	1.6	73.0	0.0	2.8	5.9	0.0	3.8
นอกเขตเทศบาล	5.0	20.7	100.0	0.0	7.2	0.0	0.0	0.0



ตารางที่ 58 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตจำแนกตามกิจกรรมที่ใช้อินเทอร์เน็ต ภาค และ เขตการปกครอง (ต่อ)

ภาค และเขต การปกครอง	กิจกรรมที่ใช้อินเทอร์เน็ต							
	รับ-ส่ง อีเมล	เล่น เกมส์	ค้นหา ข้อมูล/ ติดตาม ข่าว	เพื่อชม/ ซื้อ สินค้า	ดาวน์โหลด ทุก ประเภท	ห้อง สนทนา ส่ง ข้อความ	การ ศึกษา	อื่นๆ
ภาคเหนือ	42.1	8.2	81.6	5.8	0.0	6.3	0.0	0.0
ในเขตเทศบาล	42.1	8.2	81.6	5.8	0.0	6.3	0.0	0.0
นอกเขตเทศบาล	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5.2	25.5	75.9	14.0	10.6	26.1	0.0	1.8
ในเขตเทศบาล	6.5	31.7	70.0	17.3	13.2	32.5	0.0	2.3
นอกเขตเทศบาล	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ภาคใต้	31.2	0.0	93.4	2.0	6.6	0.6	0.0	0.0
ในเขตเทศบาล	11.9	0.0	100.0	3.3	0.0	1.0	0.0	0.0
นอกเขตเทศบาล	60.9	0.0	83.4	0.0	16.6	0.0	0.0	0.0

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549. การสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

5.2 การศึกษาสายอาชีพ

ผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งมีความสนใจเข้ารับการศึกษาสายอาชีพ ตามความต้องการ (ตารางที่ 59) จำนวน 34,276 คน โดยหลักสูตรที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการศึกษา ส่วนใหญ่คือ หลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต จำนวน 17,342 คน รองลงมา คือ หลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน (ระยะสั้น) จำนวน 11,942 คน และหลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ จำนวน 4,993 คน



ตารางที่ 59 จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาศายอาชีพ ประจำปีการศึกษา 2549

ที่	หลักสูตรการศึกษาศายอาชีพ	จำนวนผู้เข้ารับการศึกษาศายอาชีพ					
		ปี 47	ร้อยละ	ปี 48	ร้อยละ	ปี 49	ร้อยละ
	รวม	52,919		34,106		34,276	
1.	การศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาอาชีพ	19,998	37.8	4,968	14.6	4,993	14.6
2.	การศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต	17,141	32.4	17,256	50.6	17,342	50.6
3.	การศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน (ระยะสั้น)	15,780	29.8	11,882	34.8	11,942	34.8

ที่มา : สำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2549

หมายเหตุ : การศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาอาชีพ หมายความว่า การศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะในการประกอบอาชีพของบุคคลและกลุ่มบุคคล ซึ่งมีจุดหมายในชีวิตที่แตกต่างกัน

: การศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต หมายความว่า การศึกษาศายอาชีพเพื่อสร้างเสริมความรู้ ความสามารถ และความสามารถในเรื่องใดเรื่องหนึ่งของบุคคล เป็นการกระตุ้นให้เกิดวิธีคิด เพื่อให้สามารถจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรี ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

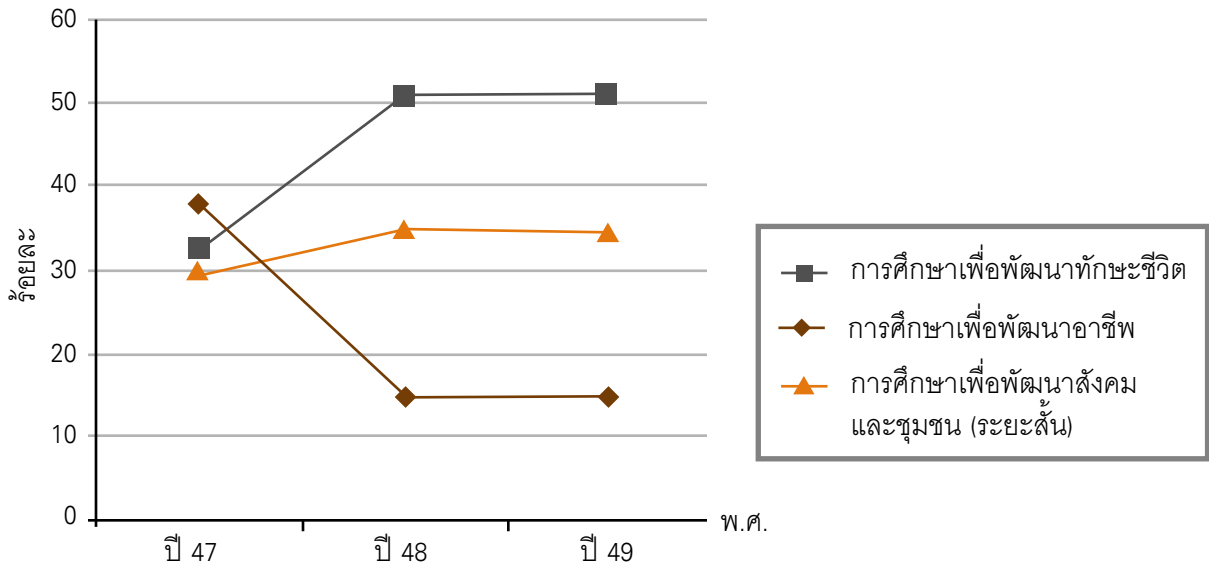
: การศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน (ระยะสั้น) หมายความว่า การศึกษาศายอาชีพที่บูรณาการความรู้และทักษะการศึกษาศายอาชีพที่ผู้เรียนมีอยู่ หรือได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษานอกโรงเรียน โดยรูปแบบการเรียนรู้อันหลากหลาย ใช้ชุมชนเป็นฐานใน

: การพัฒนาการเรียนรู้อะไรก็ตามทางสังคม เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาสังคม และชุมชนให้มีความเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ตามแนวทางทางเศรษฐกิจพอเพียง

เมื่อพิจารณาแนวโน้มของการศึกษาศายอาชีพของผู้สูงอายุไทยในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาตามแผนภูมิที่ 20 พบว่า อัตราการศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตเพิ่มสูงขึ้นช่วง 2547-2548 แต่หลังจากนั้นแนวโน้มคงที่ ส่วนอัตราการศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาอาชีพ กลับลดลงช่วง 2547-2548 และไม่เพิ่มขึ้นอีก เช่นเดียวกับการศึกษาศายอาชีพเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน(ระยะสั้น)ก็ไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



แผนภูมิที่ 20 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษายาสายอาชีพ เปรียบเทียบ 3 ปี



ที่มา : ดัดแปลงมาจาก สำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2549 จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษายาสายอาชีพ ประจำปีการศึกษา 2549

5.3 การศึกษาและการเรียนรู้ในระดับอุดมศึกษา

จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาระดับอุดมศึกษา ปี 2549 (ตารางที่ 60) พบว่า มีตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จนถึงระดับปริญญาเอก รวมทั้งสิ้น 2,155 คน ระดับการศึกษาที่ ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการเรียน ส่วนใหญ่คือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 1,719 คน รองลงมาคือ ระดับปริญญาโท จำนวน 265 คน ระดับปริญญาเอก จำนวน 81 คน ระดับอนุปริญญา จำนวน 44 คน ปริญญาบัณฑิต จำนวน 32 คน ประกาศนียบัตรเฉพาะทาง จำนวน 9 คน และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จำนวน 7 คน เมื่อพิจารณาการเข้าศึกษาต่อของผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุจะเข้าศึกษาต่อในกลุ่มมหาวิทยาลัยรัฐมากที่สุด จำนวน 1,573 คน รองลงมาคือ เข้าศึกษาในกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 497 คน น่าสังเกตว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงระดับปริญญาตรี ถึงแม้ว่าสัดส่วน(ร้อยละ)ผู้สูงอายุที่เข้าเรียนต่อผู้สูงอายุทั้งหมดแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้นนัก และในระดับสูงกว่าปริญญาตรี กลับมีอัตราที่มีแนวโน้มลดลงดังตารางและแผนภูมิที่ 21



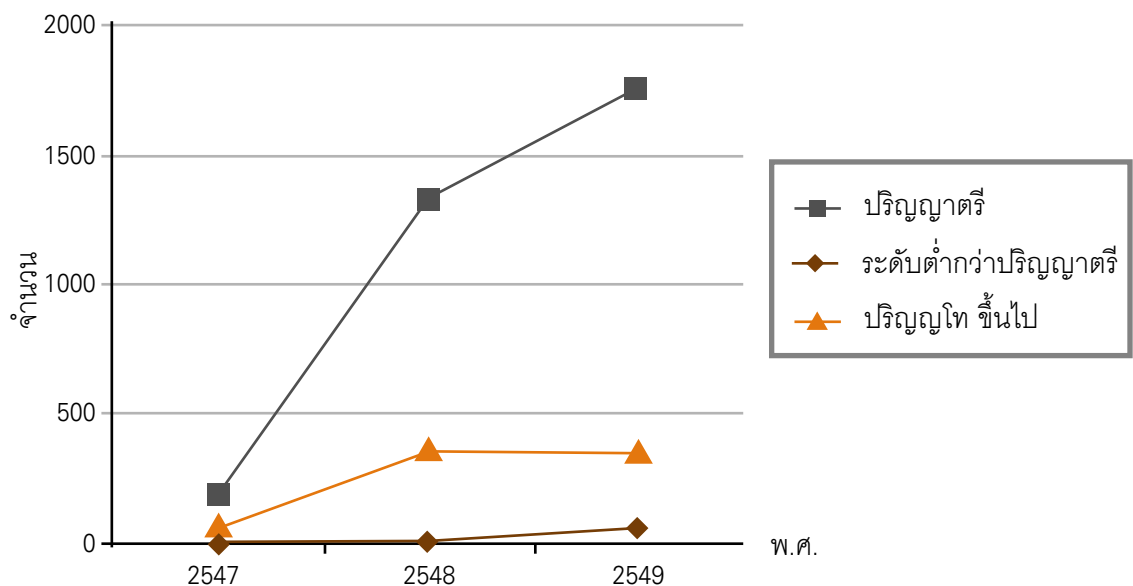
ตารางที่ 60 จำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา จำแนกปีการศึกษาและระดับการศึกษา ปี 2547-2549

ปีการศึกษา	ระดับต่ำกว่าปริญญา	ร้อยละ	ป.ตรี	ร้อยละ	ป.โทขึ้นไป	ร้อยละ	รวม
ปี 2547	-	-	186	72.7	70	27.3	256
ปี 2548	-	-	1,322	78.7	358	21.3	1,680
ปี 2549	53	2.5	1,751	81.3	346	16.1	2,155

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา 2549. การรายงานข้อมูลรายบุคคล

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

แผนภูมิที่ 21 แนวโน้มจำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาจำแนกตามระดับการศึกษา



ที่มา : ดัดแปลงจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา 2549. การรายงานข้อมูลรายบุคคลจำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา จำแนกปีการศึกษาและระดับการศึกษา ปี 2547 -2549



ผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาคือในสถาบันอุดมศึกษา กลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล และกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ (ตารางที่ 61-62) พบว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจ เข้าศึกษาในกลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเข้าศึกษาตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จนถึงระดับปริญญาเอก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1,300 คน โดยเข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชมากที่สุด จำนวน 729 คน รองลงมาคือ มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 338 คน, 95 คน, 55 คน, 19 คน และ 16 คน ตามลำดับ และมหาวิทยาลัยอื่นๆ จำนวน 48 คน ที่น่าสนใจ คือ ผู้สูงอายุมีความตื่นตัวในการเรียนรู้ระดับสูงขึ้น โดยสนใจเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท จำนวน 199 คน ส่วนใหญ่เข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 76 คน รองลงมาเข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย จำนวน 29 คน, 17 คน, 14 คน และ 10 คน ตามลำดับ และมหาวิทยาลัยอื่นๆ จำนวน 53 คน นอกจากนี้ ยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งสนใจใฝ่เรียนรู้ระดับปริญญาเอก จำนวน 59 คน ซึ่งส่วนใหญ่เข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 25 คน รองลงมาคือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 7 คน และ 5 คน ตามลำดับ และมหาวิทยาลัยอื่นๆ จำนวน 22 คน

นอกจากนี้ยังมีสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาอื่นที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการเรียนรู้ คือ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยเข้าศึกษาในระดับอนุปริญญาจนถึงปริญญาเอก ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 369 คน และส่วนใหญ่เข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จำนวน 74 คน รองลงมาคือ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ และมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี จำนวน 37 คน, 26 คน, 26 คน, 23 คน , 18 คน และ 17 คน ตามลำดับ และมหาวิทยาลัยราชภัฏอื่น จำนวน 148 คน



ตารางที่ 61 จำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา แบ่งตามกลุ่มมหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2549

ที่	สถาบันอุดมศึกษา		ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี	รวม
1	กลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ	จำนวน	10	1,300	263	1,573
		ร้อยละ	0.64	82.64	16.72	100
2	กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ	จำนวน	44	369	84	497
		ร้อยละ	8.85	74.25	16.9	100
3	กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	จำนวน	0	2	0	2
		ร้อยละ	0	100	0	100
4	กลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน	จำนวน	4	48	31	83
		ร้อยละ	4.82	57.83	37.35	100
รวม		จำนวน	58	1719	378	2155
		ร้อยละ	2.69	79.77	17.54	100

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, 2549 การรายงานข้อมูลรายบุคคล

นอกเหนือจากสถาบันอุดมศึกษาในกลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคล และกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เลือกเรียนรู้อีกในสถาบันอุดมศึกษา ตามความสนใจและความต้องการแล้ว ยังมีสถาบันอุดมศึกษาอื่น คือ กลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชนที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุในการเรียนรู้หลายสถาบัน โดยมีผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษ ตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงจนถึงปริญญาเอก ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 48 คน โดยเข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยเกริก มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี มากที่สุด จำนวนแต่ละ 7 คน รองลงมา คือ มหาวิทยาลัยรังสิต จำนวน 6 คน วิทยาลัยเฉลิมกาญจนาและวิทยาลัยรัชต์ภาคย์ จำนวนแต่ละ 3 คน ตามลำดับ มหาวิทยาลัย/วิทยาลัยอื่นๆ จำนวน 15 คน มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งสนใจเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่เข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยเกริกและมหาวิทยาลัยศรีปทุม จำนวนแต่ละ 6 คน รองลงมาเข้าศึกษาที่วิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี จำนวน 2 คน และมหาวิทยาลัย/วิทยาลัยอื่นๆ จำนวน 4 คน น่าสังเกตว่ามีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งสนใจไปเรียนรู้ระดับปริญญาเอก จำนวน 4 คน เข้ารับการศึกษที่มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ จำนวน 2 คน มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และมหาวิทยาลัยสยามเข้าศึกษาแต่ละ 1 คน

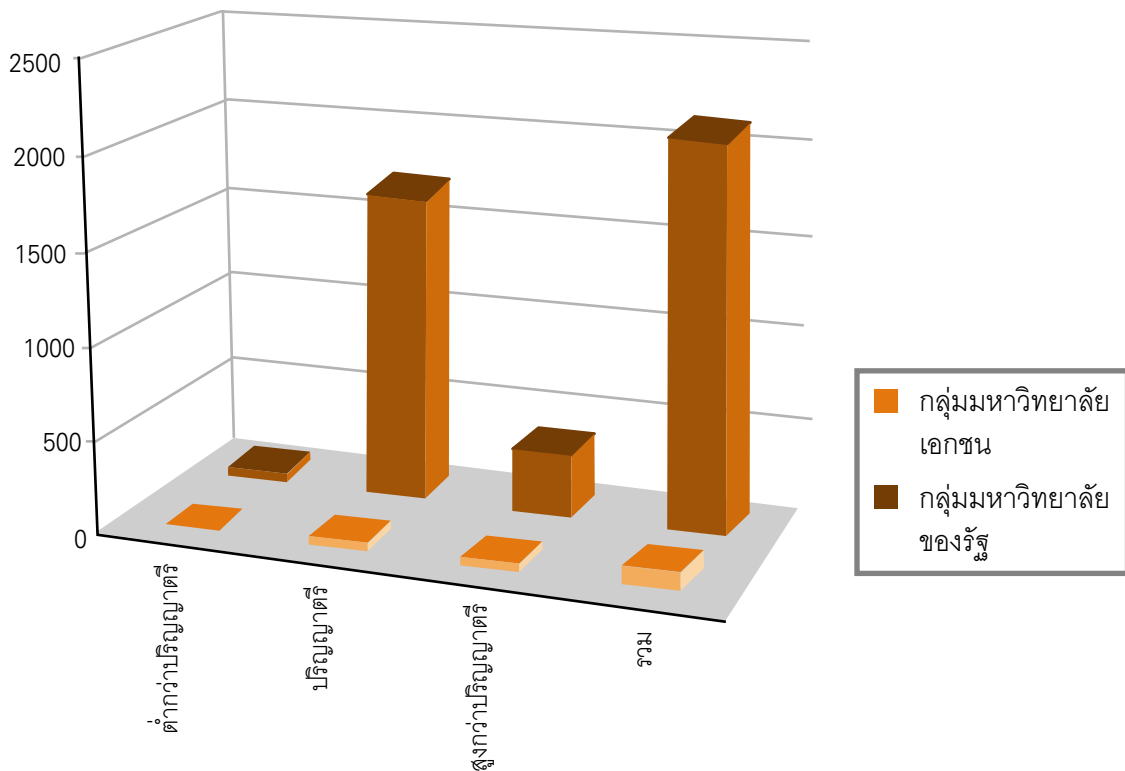


ตารางที่ 62 จำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา แบ่งตาม ประเภทสถาบันการศึกษา ในปีการศึกษา 2549

ที่	สถาบันอุดมศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี	รวม
1	กลุ่มมหาวิทยาลัยของรัฐ	54	1,671	347	2,072
2	กลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน	4	48	31	83
	รวม	58	1,719	378	2,155

ที่มา : ดัดแปลงจาก สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา 2549 , การรายงานข้อมูลจำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสถาบันอุดมศึกษา

แผนภูมิที่ 22 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษแบ่งตามระดับการศึกษาและประเภทสถาบันการศึกษา ในปี พ.ศ.2549



ที่มา : ดัดแปลงจากสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา 2549 , การรายงานข้อมูลจำนวนนักศึกษาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป



5.4 การสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ในด้านการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ให้กับผู้สูงอายุ มีหน่วยงานหลักคือ กระทรวงวัฒนธรรม ได้ดำเนินสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้

5.4.1. การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงในการ จัดเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงวัยที่มีคุณภาพ โดยดำเนินการปลูกจิตสำนึกสังคมให้ตระหนักในคุณค่า / ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่

- 1) การจัดทำเนียบคลังสมองผู้สูงอายุทางด้านวัฒนธรรมภายใต้โครงการภูมิบ้านภูมิเมือง เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของภูมิปัญญาและวัฒนธรรม นำมาจัดระบบสารสนเทศเพื่อเผยแพร่ต่อไป โดยข้อมูลที่จัดเก็บได้แก่
 - 1.1) ภูมิสังคมวัฒนธรรมเรื่องประเพณี ได้แก่ ประวัติ ตำนาน เรื่องเล่าเกี่ยวกับประเพณี อันเป็นรากเหง้าและรากฐานของสังคม
 - 1.2) ภูมิสังคมวัฒนธรรมชื่อบ้าน นามเมือง ได้แก่ หลักฐานทางโบราณคดีและประวัติศาสตร์ของจังหวัดนั้นๆ
 - 1.3) ภูมิปัญญาศิลปะการแสดง ได้แก่ ดนตรี การแสดงดนตรีและการแสดงในพิธีกรรม และเพลงร้องพื้นบ้าน
 - 1.4) ภูมิปัญญางานช่างฝีมือพื้นบ้าน ได้แก่ งานช่างฝีมือประเภทต่างๆ ทั่วประเทศ เช่น ทอผ้า จักสาน แกะสลัก ฯลฯ
- 2) ลานวัฒนธรรมเพื่อเยาวชนและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านศิลปวัฒนธรรมและสร้างให้ครอบครัวเกิดความใกล้ชิดและอบอุ่น โดยเป็นการร่วมมือกันระหว่างสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ในส่วนภูมิภาค

5.4.2. การส่งเสริมผู้สูงอายุ ที่มีศักยภาพ

- 1) การสรรหาและคัดเลือกศิลปินแห่งชาติ ในสาขาต่างๆ เพื่อประกาศยกย่องและเชิดชูเกียรติ ผู้ที่มีความเป็นเลิศในการสร้างสรรค์ ผลงานอันเป็นคุณประโยชน์ทางด้านวัฒนธรรมเป็นที่ยอมรับ ทั้งภายในและต่างประเทศ ศิลปินแห่งชาติที่ได้รับประกาศ มีจำนวน 181 ท่าน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 115 ท่าน
- 2) การสรรหาและคัดเลือกผู้ที่มีผลงานดีเด่นทางวัฒนธรรมเพื่อประกาศยกย่องผู้ที่มีผลงานด้านวัฒนธรรมดีเด่น และเป็นคุณประโยชน์ต่อสังคม ผู้ที่มีผลงานดีเด่นทางวัฒนธรรมที่ได้รับการยกย่อง มีจำนวน 240 ท่าน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 107 ท่าน



3) การเผยแพร่ภูมิปัญญา ได้แก่

- 3.1) การเปิดบ้านศิลปินแห่งชาติ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ทางวัฒนธรรมและเผยแพร่องค์ความรู้ด้าน ศิลปวัฒนธรรม จำนวน 6 แห่ง
- 3.2) ถ่ายทอดงานศิลป์กับศิลปินแห่งชาติ ในสาขาทัศนศิลป์ สาขาวรรณศิลป์ สาขาศิลปะการแสดง เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคนิควิธีการสร้างสรรค์งานของศิลปินแห่งชาติ ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ให้แก่เยาวชน เพื่อสามารถพัฒนาผลงานของตนเองต่อไป
- 3.3) จัดนิทรรศการและศิลปินแห่งชาติสัญจร เพื่อจัดแสดงผลงานของศิลปินแห่งชาติ ตามสถาบัน การศึกษาหรือ หอศิลป์ จังหวัดต่างๆ เพื่อให้เยาวชนได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานร่วมกับ ศิลปินแห่งชาติ

5.4.3. การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ การสร้างระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยดำเนินการสร้างระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน โดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือ

- 1) จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำและทางลาด ภายในบริเวณพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์ และสถานที่สำคัญทางศาสนา จำนวน 56 แห่ง
- 2) การยกเว้นค่าเข้าชมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยพิพิธภัณฑ์ จำนวน 43 แห่ง และอุทยาน ประวัติศาสตร์จำนวน 10 แห่ง

5.5 ด้านการฝึกอาชีพ

ในการฝึกอาชีพให้กับผู้สูงอายุกระทรวงแรงงานในฐานะหน่วยงานหลักได้ จัดให้มีบริการข่าวสาร การฝึกอาชีพ การประกอบอาชีพที่เหมาะสม พัฒนาทักษะด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ สนับสนุนส่งเสริมการมีงาน ทำให้กับผู้สูงอายุตามความสมัครใจและตามอัธยาศัย และการส่งเสริมและพัฒนาแรงงานเพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

- 1) กองพัฒนาศักยภาพแรงงานและสถานประกอบการ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ส่วนภูมิภาค ณ สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานทุกจังหวัด
- 2) กองส่งเสริมการมีงานทำ กรมการจัดหางาน และสำนักงานจัดหางานทุกจังหวัด
- 3) สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม
- 4) กองสวัสดิการแรงงาน กลุ่มงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการคุ้มครองแรงงาน กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายการคุ้มครองแรงงาน สำนักคุ้มครองแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
- 5) กลุ่มงานบูรณาการหลักประกันผู้สูงอายุ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง แรงงาน ได้ดำเนินการให้เกิดกิจกรรมดังต่อไปนี้



- เผยแพร่แนวคิดต่อองค์กรไตรภาคี (นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ) และรับข้อเสนอจากการสัมมนาไตรภาคีทางวิชาการ เรื่อง “เมื่อแรงงานสูงอายุต้องอยู่ได้.....ด้วยความห่วงใยจากไตรภาคี”
- ศึกษาโครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ
- โครงการนำร่องศึกษาความเหมาะสมในการทำงานของแรงงานหลังเกษียณอายุ
- ศึกษา วิจัยเรื่องการขยายกำหนดเกษียณอายุและการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ
- การบูรณาการงานให้เกิดรูปธรรมที่ชัดเจนในการให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในการคุ้มครอง ส่งเสริมสนับสนุนในการทำงานประกอบอาชีพที่เหมาะสม ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดยกระทรวงแรงงานได้มีการแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดมาตรการ แนวทางการดำเนินงานและติดตามสิทธิผู้สูงอายุ การรายงานตามแผนงาน ฯลฯ

ในการส่งเสริมการฝึกอาชีพนั้นได้มีการจัดหลักสูตรดังนี้

1. หลักสูตรเตรียมเข้าทำงาน
 - สาขาพนักงานนวดแผนไทย 420 ชั่วโมง
 - สาขาอิเล็กทรอนิกส์ 840 ชั่วโมง
2. หลักสูตรยกระดับ
 - การผลิตผ้าด้นมือ 60 ชั่วโมง
 - การจัดดอกไม้สด 30 ชั่วโมง
 - การตรวจซ่อมไมโครคอมพิวเตอร์ 30 ชั่วโมง
 - การประกอบคอมพิวเตอร์เบื้องต้น 30 ชั่วโมง
 - การประกอบอาหารว่าง 30 ชั่วโมง
 - สาขาการนวดไทยเพื่อสุขภาพ 80 ชั่วโมง
 - สาขาการทอผ้าลายเปลือกไม้ 60 ชั่วโมง
 - สาขาการทอผ้ามัดหมี่ 3 สี 60 ชั่วโมง
 - สาขาการทอผ้าขาวม้า 2 สี 60 ชั่วโมง
 - สาขาการจักสาน 60 ชั่วโมง
 - สาขาการแปรรูปอาหาร 60 ชั่วโมง
 - สาขาการทอผ้า ย้อมสีธรรมชาติ 60 ชั่วโมง
 - สาขาการทอผ้า ผ้าขึ้นลายแดงโม 60 ชั่วโมง
 - การพัฒนาบุคลิกภาพเพื่อการทำงาน 6 ชั่วโมง



- การปลูกกระเบื้อง	102 ชั่วโมง
- ชุดรับแขกด้วยปูนซีเมนต์	30 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ตกแต่งลายเสือไทยทรงดำ	30 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ดอกไม้จากผ้าใยบัว	60 ชั่วโมง
- การทำเบเกอรี่	30 ชั่วโมง
- การทอผ้าด้วยมือ	60 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ของที่ระลึก	60 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ของดอกไม้	60 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ของดอกไม้ (ดินไทย)	60 ชั่วโมง
- การเย็บปักถักร้อย	60 ชั่วโมง
- ช่างตัดเย็บเสื้อผ้าสตรี	60 ชั่วโมง
- ช่างผลิตภัณฑ์จักสาน	60 ชั่วโมง
- ช่างเย็บจักรอุตสาหกรรม (เสื้อผ้าสำเร็จรูป)	60 ชั่วโมง
- การประกอบอาหารว่างเพื่อการค้า	12 ชั่วโมง
- การนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพ (เชลยศักดิ์)	150 ชั่วโมง
- ช่างเย็บจักรอุตสาหกรรม	60 ชั่วโมง
- การปลูกกระเบื้องเคลือบ	12 ชั่วโมง
- การใช้โปรแกรมไมโครซอฟต์วินโดวส์	30 ชั่วโมง
- การใช้โปรแกรมไมโครซอฟต์เวิร์ด	30 ชั่วโมง
- การทำลูกประคบสมุนไพร	12 ชั่วโมง
- การจับจีบผ้าในงานพิธีต่างๆ	12 ชั่วโมง
- ซ่อมจักร	30 ชั่วโมง
- การนวดแผนไทย	80 ชั่วโมง
3. หลักสูตรเสริมทักษะ	
- การทำกรอบรูปวิทยาศาสตร์	18 ชั่วโมง
- การทอผ้าด้วยกี่กระตุก	60 ชั่วโมง
- ศิลปะประดิษฐ์(การประดิษฐ์กระทง)	18 ชั่วโมง
- เทคนิคการสอนงาน	18 ชั่วโมง
- การทำกาแฟสด	6 ชั่วโมง
- เทคนิคการวิเคราะห์ระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่	6 ชั่วโมง
- การทำขนมไทย	60 ชั่วโมง



- ช่างผลิตภัณฑ์จักสาน	60 ชั่วโมง
- การประกอบอาหารว่าง	30 ชั่วโมง
- เทคนิคการตรวจซ่อมโทรทัศน์สีพานาโซนิค	6 ชั่วโมง
- การทำเต้าหู้นมสด	6 ชั่วโมง
- การทำกาแฟสด	6 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์กระทงใบตอง	6 ชั่วโมง
- สาขาประกอบอาหารอบ	60 ชั่วโมง
- ช่างก่ออิฐ-ฉาบปูน	180 ชั่วโมง
- ช่างก่อสร้างอาคารไม้	180 ชั่วโมง
- ช่างปูนกระเบื้อง	180 ชั่วโมง
- การทำกาแฟสด	6 ชั่วโมง
- เทคนิคการสอนงาน	18 ชั่วโมง
- การทำกาแฟสด	6 ชั่วโมง
- ช่างทาสีอาคาร	180 ชั่วโมง
- ช่างปูนกระเบื้อง	60 ชั่วโมง
- ช่างไม้เครื่องเรือน	180 ชั่วโมง
- การเป็นวิทยากรที่มีคุณภาพ	15 ชั่วโมง
- ช่างไม้เฟอร์นิเจอร์	180 ชั่วโมง
- การทำแก๊ว	60 ชั่วโมง
- สาขาการทำขนมไทย	30 ชั่วโมง
- การทำดอกไม้ประดิษฐ์	60 ชั่วโมง
- การตัดเย็บเสื้อผ้าสตรี	60 ชั่วโมง
- การประกอบคอมพิวเตอร์	30 ชั่วโมง
- การใช้โปรแกรม Microsoft word	30 ชั่วโมง
- การวาดแผนไทย	420 ชั่วโมง
- การเย็บกระเป๋าหนัง	30 ชั่วโมง
- นวดสปา	30 ชั่วโมง
- นวดอบประคบ/หม้อเกลือ	30 ชั่วโมง
- การทำดอกไม้ประดิษฐ์จากใยบัว	60 ชั่วโมง
- การนวดฝ่าเท้า	60 ชั่วโมง
- การทำดอกไม้ประดิษฐ์	30 ชั่วโมง



- การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ	30 ชั่วโมง
- การทำมัดย้อมผ้า	30 ชั่วโมง
- การทำผ้าบาติก	12 ชั่วโมง
- การจัดดอกไม้ในงานพิธีต่างๆ	6 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ของใช้และของที่ระลึกในงานต่าง ๆ	12 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์เครื่องหอม, ยาหม่องน้ำและพิมเสน	6 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์เครื่องหอม	6 ชั่วโมง
- การประกอบอาหารว่างเพื่อการค้า	12 ชั่วโมง
- การทำพวงมาลัยของชำร่วยจากดินไทย	12 ชั่วโมง
- การทอผ้า ลายเปลือกไม้	60 ชั่วโมง
- การทอผ้าด้วยมือ	60 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์กระเป๋าจากผ้าทอ	60 ชั่วโมง
- การจักสาน	60 ชั่วโมง
- การนวดเพื่อสุขภาพ(เชลยศักดิ์)	150 ชั่วโมง
- การแปรรูปอาหาร	30 ชั่วโมง
- การทอผ้า 3 สี	60 ชั่วโมง
- การประดิษฐ์ดอกไม้	30 ชั่วโมง
- การประกอบอาหารไทย	
- การฝึกอบรมโครงการทำอาหารว่างตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ	
- การประดิษฐ์ดอกไม้จากถุงนอง	18 ชั่วโมง
- เครื่องยนต์เล็กเพื่อการเกษตร	30 ชั่วโมง
- การปลูกกระเบื้อง	60 ชั่วโมง
- การประกอบอาหารว่าง	12 ชั่วโมง
- การทำดอกไม้จันทน์และพวงหรีด	12 ชั่วโมง
- ศิลป์ประดิษฐ์การทำผลิตภัณฑ์จากเชือก	60 ชั่วโมง



นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพ รายได้ ได้ดำเนินการจัดจ้างให้ผู้สูงอายุเป็นวิทยากร/ ถ่ายทอดประสบการณ์ดังนี้

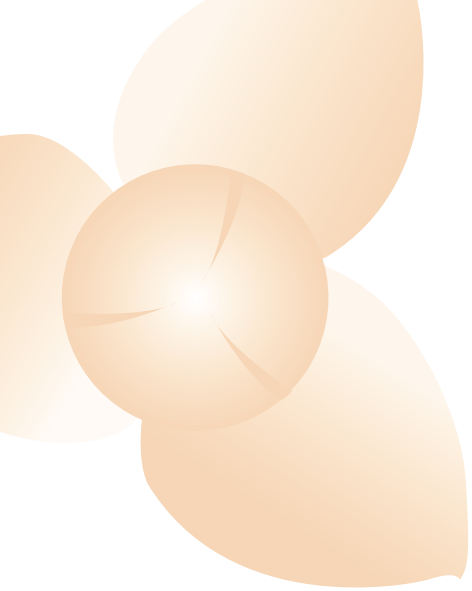
1. วิทยากร
 - การทอผ้า
 - ช่างไม้เครื่องเรือน
2. อนุกรรมการที่ปรึกษา
 - ช่างเครื่องยนต์และช่างจักรยานยนต์

กระทรวงแรงงานมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของแรงงานก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเห็นว่าทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชนในการสนับสนุน อาทิ การเน้นให้มีการยกระดับคุณภาพการศึกษายกระดับมาตรฐานคุณภาพของแรงงานควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะ และความสามารถ เพื่อให้ประชากรวัยแรงงานมีผลิตภาพมากขึ้น มีรายได้เพิ่ม อันจะเชื่อมโยงไปสู่การเพิ่มเงินออมไว้ใช้ช่วงวัยสูงอายุได้



ความต้องการของผู้สูงอายุ (Need assessment)

บทที่ 6



บทที่ 6

ความต้องการของผู้สูงอายุ (Need assessment)

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะตัว มีความเป็นปัจเจกของตนมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะของตัวเอง ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอยู่เดิมของผู้สูงอายุ ดังนั้นทำให้การจัดการบริการใดๆ สำหรับผู้สูงอายุไม่อาจทำได้เหมาะสมกับลักษณะที่กำหนดเป็นแบบตายตัวของคนสูงอายุแต่ละคนได้ การศึกษาเพื่อสนองความต้องการของคนสูงอายุจึงทำได้ยาก เพราะต้องคำนึงถึงความแตกต่างในลักษณะสังคมเศรษฐกิจ และลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละคนดังกล่าว นาค พันธ์มนาวิน และคณะ (อ้างใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539:59) ได้กล่าวว่า ความต้องการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ มีอยู่ 2 ประการ คือ

1. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ คือความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อาจจะทำให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพ แต่ถ้ากล่าวถึงความมั่นคงทางสังคม ก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำนาญบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชราเพื่อให้ทุกคนมีรายได้เมื่อถึงภาวะสูงอายุ



2. ความต้องการทางด้านที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมิที่อยู่อาศัย เช่น ผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในบ้านของตนเองหรือบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

แนวทางที่ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท นาง พันธุ์นาวัน และคณะ (อ้างใน สมศักดิ์, 2539) ดังนี้

- 1) ความต้องการพื้นฐาน คือ ความต้องการโดยทั่วไปที่ผู้สูงอายุต้องแสวงหาให้ได้มา ไม่ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมใดๆ ก็ตาม จากการสำรวจความต้องการพื้นฐานในวัฒนธรรมต่างๆ กัน อาจจะสรุปได้ว่า คนสูงอายุในโลกต่างมีความต้องการตรงกันที่จิตใจ กล่าวคือ
 - ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่านานเท่าที่จะเป็นไปได้ หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้นไม่มีความหมายหรือเมื่อถึงแก่ความตาย
 - ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพทางร่างกายและสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวสูงสุดเท่าที่จะทำได้
 - ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและดำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ ความชำนาญ ทรัพย์สินสมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ เป็นต้น

- 2) ความต้องการขั้นสูง คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้นๆ ด้วย เป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาของแบบแผนและบรรทัดฐานของสังคม เช่น ในสังคมตะวันตก ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การมีงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย มีบริการทางสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักที่อาศัย ฯลฯ ในขณะที่สังคมตะวันออก ความต้องการเหล่านี้อาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว ดังนั้นความต้องการชนิดนี้ จึงเท่ากับเป็นผลของวัฒนธรรมที่มีการปรับปรุงให้เข้ากับวิถีชีวิตของแต่ละคนแต่ละกลุ่ม ตามลักษณะโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม



6.1. สิ่งที่สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัว/ลูก/หลานปฏิบัติต่อตนเอง

จากแนวทางที่ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ ดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น มีความสอดคล้อง ผลการศึกษาเรื่องความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549 ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ผลการศึกษา พบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ (ตารางที่ 63) มีรายละเอียด ดังนี้

ระดับประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดร้อยละ 37.8 ต้องการให้บุคคลในครอบครัว/ลูก/หลานถามไถ่ทุกข์/สุข รองลงมา ร้อยละ 32.4 ต้องการให้มาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ ร้อยละ 19.4 ต้องการให้ส่งเสียค่าใช้จ่าย และร้อยละ 4.4 อื่นๆ (ต้องการให้พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน และให้อยู่ด้วยกัน)

ระดับภูมิภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดร้อยละ 39.5 ต้องการให้บุคคลในครอบครัว/ลูก/หลานถามไถ่ทุกข์/สุข รองลงมา ร้อยละ 35.1 ต้องการให้มาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ ร้อยละ 16.6 ต้องการให้ส่งเสียค่าใช้จ่าย และ ร้อยละ 4.7 อื่นๆ (ต้องการให้พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน และให้อยู่ด้วยกัน)

ระดับกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดร้อยละ 35.2 ต้องการให้บุคคลในครอบครัว/ลูก/หลานถามไถ่ทุกข์/สุข รองลงมา ร้อยละ 28.3 ต้องการให้มาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ ร้อยละ 23.5 ต้องการให้ส่งเสียค่าใช้จ่าย และร้อยละ 4.7 อื่นๆ (ต้องการให้พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน และให้อยู่ด้วยกัน)

สรุป สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างในภูมิภาคและในกรุงเทพฯ ต้องการให้บุคคลในครอบครัวปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามลำดับ คือถามไถ่ทุกข์/สุข/พุดจา มาเยี่ยมมาเยียนในโอกาสสำคัญ ส่งเสียค่าใช้จ่าย และอื่นๆ โดยในภูมิภาคต้องการให้ถามไถ่ทุกข์/สุข/พุดจาและมาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญมากกว่าในกรุงเทพฯ ขณะที่ในกรุงเทพฯ ต้องการให้ส่งเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าภูมิภาค



ตารางที่ 63 สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัว/ลูก/หลานปฏิบัติมากที่สุด

ประเภทการปฏิบัติ	ร้อยละ		
	ประเทศ	ภูมิภาค	กทม.
มาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ	32.4	35.1	28.3
การถามไถ่ทุกข์สุข/พุดจา	37.8	39.5	35.2
ส่งเสียค่าใช้จ่าย	19.4	16.6	23.5
อื่น ๆ เช่น ให้อยู่ด้วยกัน/พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	4.7	4.7	4.7
ไม่ตอบ	5.7	4.1	8.3

และจากรายงาน การศึกษาโครงสร้างและขยายโอกาสการเข้าถึง หลักประกันทางสังคม ชั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ซึ่งได้ทำการสำรวจความต้องการผู้สูงอายุที่ให้ใครเป็นผู้ดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งจากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้บุตรที่แต่งงานแล้วเป็นผู้ดูแลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา คือบุตรที่ยังเป็นโสด ร้อยละ 13.3 และอันดับที่สาม คือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 7.5 รายละเอียดดังตาราง ที่ 64

ตารางที่ 64 บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการให้เกื้อหนุน / ดูแลมากที่สุด

บุคคล	บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการให้เกื้อหนุน / ดูแลมากที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ
1. บุตรโสด	16	13.3
2. คู่สมรส	9	7.5
3. บุตรที่แต่งงานแล้ว / เขย / สะใภ้	72	60.0
4. หลาน / เหลน	3	2.5
5. พ่อแม่	0	0.0
6. เพื่อนบ้าน / เพื่อน/คนรู้จัก	0	0.0
7. ญาติพี่น้อง	14	11.7
8. อาสาสมัคร	4	3.3
9. ไม่มี (ดูแลตนเอง/ไม่มีคนมาเยี่ยม)	1	0.8
10. อื่นๆ ได้แก่ ต้องการให้รัฐบาลดูแล	1	0.8
รวม	120	100.00

ข้อมูลจาก การสำรวจความต้องการได้รับการดูแล สถาบันวิจัยและพัฒนาประเทศไทย 2549



6.2 สิ่งดีๆ ที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง

จากการศึกษาเรื่องความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549 ปรากฏดังตารางที่ 65 ดังนี้

ระดับประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 6.5 ที่มีสิ่งดีๆ ที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะถ่ายทอดสิ่งดีๆ ห้าอันดับแรก ได้แก่ 1) อาหาร 2) งานฝีมือ (จักรสาน, ทอผ้า, สิ่งประดิษฐ์ตกแต่ง) 3) เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรม 4) นวดแผนโบราณสมุนไพร และ 5) เกี่ยวกับทักษะด้านอาชีพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 3.4 มีแต่ไม่แน่ใจว่าคนรุ่นหลังจะต้องการหรือไม่ ที่เหลือส่วนใหญ่หรือร้อยละ 80.7 ไม่มีสิ่งที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง

ระดับภูมิภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีเพียงร้อยละ 8.4 ที่มีสิ่งดีๆ ที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะถ่ายทอดสิ่งดีๆ ห้าอันดับแรก ได้แก่ 1) เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรม 2) งานฝีมือ (จักรสาน, ทอผ้า, สิ่งประดิษฐ์ตกแต่ง) 3) อาหาร 4) นวดแผนโบราณสมุนไพร และ 5) เกี่ยวกับทักษะด้านอาชีพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 3.1 มีแต่ไม่แน่ใจว่าคนรุ่นหลังจะต้องการหรือไม่ ที่เหลือส่วนใหญ่หรือร้อยละ 78.2 ไม่มีสิ่งที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง

ระดับกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีเพียงร้อยละ 6.5 ที่มีสิ่งดีๆ ที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะถ่ายทอดสิ่งดีๆ ห้าอันดับแรก ได้แก่ 1) อาหาร 2) นวดแผนโบราณสมุนไพร 3) งานฝีมือ (จักรสาน, ทอผ้า, สิ่งประดิษฐ์ตกแต่ง) เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรม 4) งานช่าง, ก่อสร้างเครื่องมือ และ 5) เกี่ยวกับทักษะด้านอาชีพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 3.7 มีแต่ไม่แน่ใจว่าคนรุ่นหลังจะต้องการหรือไม่ ที่เหลือส่วนใหญ่หรือร้อยละ 84.5 ไม่มีสิ่งที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง

สรุป สำหรับสิ่งดีๆ ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง ส่วนใหญ่กว่าสามในสี่ตอบว่าไม่มี สำหรับกลุ่มตัวอย่างในภูมิภาคที่ระบุว่าต้องการถ่ายทอดตามลำดับ ได้แก่ ประเพณี/วัฒนธรรม/ศิลปะ งานฝีมือ และอาหาร ขณะที่ในกรุงเทพฯ ระบุว่าอาหาร นวดแผนโบราณ/สมุนไพร และงานฝีมือตามลำดับ



ตารางที่ 65 สิ่งต่างๆ ที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง

รายการ	ร้อยละ		
	ประเทศ	ภูมิภาค	กทม.
การมีสิ่งที่ต้องการถ่ายทอด			
มี	6.5	8.4	3.7
ไม่มี	80.7	78.2	84.5
มีแต่ไม่แน่ใจว่าจะมีคนรับหรือไม่	3.4	3.1	4.0
ไม่ตอบ	9.4	10.3	7.8
สิ่งที่ต้องการถ่ายทอด	N=2,965	N=2,034	N=931
อาหาร	35.9	21.3	68.2
งานช่าง, ก่อสร้างเครื่องมือ	1.0	0.0	3.1
งานฝีมือ	18.9	25.2	5.5
ด้านเกษตร	0.5	0.0	1.7
ด้านอาชีพ	5.5	6.8	2.8
การทำคลอด	1.8	2.7	0.0
ประเพณี วัฒนธรรม ศิลปะ	18.1	25.8	1.4
ดนตรี, กีฬา	2.0	2.3	1.6
หมอดู, โหราศาสตร์	0.5	0.6	0.3
ให้ความรู้สอนหนังสือ	0.7	0.5	1.2
วางแผนโบราณ สมุนไพร	14.5	14.7	14.2

6.3 ความต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ

จากรายงานการศึกษาดูแลการศึกษาเรื่องความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549 พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 66)

ระดับประเทศ พบว่า เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนเกือบครึ่งหรือร้อยละ 46.3 คือ การได้รับการสงเคราะห์จากกองทุนในชุมชน รองลงมาตามลำดับ ร้อยละ 17.3 การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 16.2 การออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.6 การมีส่วนร่วมในการ



เสนอความคิดเห็นในชุมชน ร้อยละ 6.3 การเผยแพร่ข่าวสารผู้สูงอายุให้กับกลุ่มตัวอย่างในชุมชน และมีเพียงร้อยละ 0.5 การจัดบริการด้านสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ระดับภูมิภาค พบว่าเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนเกือบครึ่งหรือร้อยละ 43.4 คือ การได้รับการสงเคราะห์จากกองทุนในชุมชน รองลงมาตามลำดับ ร้อยละ 19.5 การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 17.8 การออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.2 การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในชุมชน ร้อยละ 6.1 การเผยแพร่ข่าวสารผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และมีเพียงร้อยละ 0.7 การจัดบริการด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ระดับกรุงเทพมหานคร พบว่าเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนเกือบครึ่งหรือร้อยละ 50.6 คือ การได้รับการสงเคราะห์จากกองทุนในชุมชน รองลงมาตามลำดับ ร้อยละ 14.0 การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 13.8 การออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.2 การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในชุมชน ร้อยละ 6.7 การเผยแพร่ข่าวสารผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และมีเพียงร้อยละ 0.2 การจัดบริการด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

สรุป กลุ่มตัวอย่างทั้งในภูมิภาคและในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือมากที่สุดคือครึ่งหนึ่งของความต้องการทั้งหมดคือ การได้รับการสงเคราะห์จากกองทุนในชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ ต้องการมากกว่าในภูมิภาค อันดับถัดมาที่มีความต้องการพอควร คือ การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งทั้งสองอันดับนี้ในภูมิภาคต้องการมากกว่าในกรุงเทพฯ สำหรับอันดับถัดๆ ไป ซึ่งมีความต้องการน้อย คือ การร่วมเสนอความคิดเห็น การเผยแพร่ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งกรุงเทพฯ ต้องการมากกว่าชนบท ส่วนอันดับท้ายสุดซึ่งน้อยมากคือ การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งในภูมิภาคต้องการมากกว่าในกรุงเทพฯ



ตารางที่ 66 ความต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ

เรื่องที่ต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ	ร้อยละ		
	ประเทศ	ภูมิภาค	กทม.
จัดกิจกรรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	17.3	19.5	14.0
ร่วมเสนอความคิดเห็น	7.6	7.2	8.2
เยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน	16.2	17.8	13.8
เผยแพร่ข่าวสารผู้สูงอายุ	6.3	6.1	6.7
สงเคราะห์จากกองทุนในชุมชน	46.3	43.4	50.6
บริการสุขภาพ	0.5	0.7	0.2
ไม่ตอบ	5.8	5.3	6.5

6.4. ความต้องการความช่วยเหลือจากราชการ

มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 67)

ระดับประเทศ พบว่า เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือจากราชการมากที่สุด ร้อยละ 39.7 คือ ให้การสงเคราะห์สิ่งของเครื่องใช้จำเป็น เช่น ปัจจัยสี่ รองลงมาตามลำดับ ร้อยละ 25.7 การอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 13.4 การจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 7.3 การเผยแพร่ข่าวสารที่เกี่ยวข้องให้กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.0 การลดหย่อนค่าโดยสารพาหนะ และร้อยละ 4.0 การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ราชการ

ระดับภูมิภาค พบว่า เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือจากราชการมากที่สุด ร้อยละ 39.8 คือ ให้การสงเคราะห์สิ่งของเครื่องใช้จำเป็น เช่น ปัจจัยสี่ รองลงมาตามลำดับ ร้อยละ 24.3 การอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 16.2 การจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 7.1 การเผยแพร่ข่าวสารที่เกี่ยวข้องให้กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.9 การลดหย่อนค่าโดยสารพาหนะ และร้อยละ 4.4 การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ราชการ

ระดับกรุงเทพมหานคร พบว่า เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือจากราชการมากที่สุด ร้อยละ 39.7 คือ ให้การสงเคราะห์สิ่งของเครื่องใช้จำเป็น เช่น ปัจจัยสี่ รองลงมาตามลำดับ ร้อยละ 27.9 การอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 9.2 การจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ



7.7 การเผยแพร่ข่าวสารที่เกี่ยวข้องให้กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.0 การลดหย่อนค่าโดยสารพาหนะ และร้อยละ 3.5 การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ราชการ

สรุป กลุ่มตัวอย่างทั้งในภูมิภาคและในกรุงเทพฯ ต้องการความช่วยเหลือจากการเรียงลำดับเช่นเดียวกัน โดย 3 อันดับแรกที่ต้องการมากคือ การสงเคราะห์เครื่องใช้จำเป็น การอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล การจัดกิจกรรมให้อย่างต่อเนื่องนั้น กลุ่มตัวอย่างต้องการมากกว่ากรุงเทพฯ เกือบสองเท่า สำหรับอันดับถัดๆ ไป ที่ต้องการไม่มากนัก ได้แก่ การได้รับการเผยแพร่ข้อมูล การลดหย่อนค่าพาหนะ และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกใกล้เคียงกันทั้งสองพื้นที่

ตารางที่ 67 ความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากราชการ

ความต้องการได้รับความช่วยเหลือ	ร้อยละ		
	ประเทศ	ภูมิภาค	กทม.
จัดกิจกรรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	13.4	16.2	9.2
เผยแพร่ข่าวสารผู้สูงอายุ	7.3	7.1	7.7
จัดสิ่งอำนวยความสะดวก	4.0	4.4	3.5
อำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล	25.7	24.3	27.9
ลดหย่อนค่าพาหนะ	6.0	5.9	6.0
สงเคราะห์เครื่องใช้จำเป็น/ความปลอดภัยในชีวิตและอื่น	39.7	39.8	39.7
ไม่ตอบ	3.9	2.3	6.0

ในขณะเดียวกันจากรายงาน การศึกษาโครงสร้างและขยายโอกาสการเข้าถึง หลักประกันทางสังคม ชั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ (2549) ผลสำรวจสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการเกื้อหนุน โดยแบ่งตามฐานะของผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุที่มีฐานะดี หรือพอมิกัน และมีฐานะยากจน พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองส่วนมีความต้องการได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินมากที่สุด นอกเหนือจากด้านการเงินแล้ว ผู้สูงอายุที่มีฐานะดีหรือพอมิกัน มีความต้องการได้รับการเกื้อหนุนเรื่องผู้ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวันมากที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมีความต้องการการเกื้อหนุนเรื่องอาหารมากที่สุด (ตารางที่ 68)



ตารางที่ 68 สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการเกื้อหนุน

ประเภท	ผู้สูงอายุที่มีฐานะ พอมือพอกิน หรือฐานะดี (ไม่ยากจน)		ผู้สูงอายุที่มี ฐานะยากจน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเงิน	58	64.4	20	66.7	78	65.0
ผู้ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน	14	15.6	1	3.3	15	12.5
อาหาร	2	2.2	6	20.0	8	6.7
เสื้อผ้า	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ของใช้ส่วนตัว	0	0.0	0	0.0	0	0.0
อื่นๆ ได้แก่ เบี้ยยังชีพ ค่ารักษาพยาบาล การเดินทาง และความรักในครอบครัว	8	8.9	3	10.0	11	9.2
ไม่ต้องการรับการเกื้อหนุน	6	6.7	0	0.0	6	5.0
ไม่ตอบ	2	2.2	0	0.0	2	1.7
รวม	90	100.0	30	100.0	120	100.0

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจความต้องการสิ่งผู้สูงอายุต้องการได้รับการเกื้อหนุน ,สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549)

ขณะเดียวกัน ผศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะได้ทำการศึกษางานวิจัย เรื่อง การศึกษาข้อมูลด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ และทัศนคติของผู้สูงอายุในเมืองเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 500 คน 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความต้องการที่จะอยู่ที่เดิมโดยมีการปรับปรุงที่อยู่อาศัย คิดเป็นร้อยละ 52.1 ยกเว้นผู้สูงอายุจากจังหวัดนครราชสีมาและนครศรีธรรมราช ที่ต้องการที่จะอยู่ที่เดิมโดยไม่มีปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 65.7 ตามลำดับ ส่วนวงเงินที่ใช้ในการปรับปรุงและย้ายที่อยู่ใหม่เฉลี่ยแล้วคือ 441,232 บาท โดยเงินที่ใช้ในการปรับปรุงและย้ายที่อยู่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุคิดวามมาจากเงินออมถึงร้อยละ 64.5 (ตารางที่ 69)



ตารางที่ 69 ความต้องการที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุ

(หน่วย : ร้อยละ)

ความต้องการที่อยู่อาศัยในอนาคต	กรุงเทพมหานคร	เชียงใหม่	นครราชสีมา	นครศรีธรรมราช
1. อยู่ที่เคยโดยไม่ปรับปรุงพื้นที่	-	29.2	53.3	65.7
2. ย้ายที่อยู่ใหม่	28.5	18.7	8.3	8.3
3. อยู่ที่เคยโดยปรับปรุงพื้นที่	71.5	52.1	38.3	25.9
วงเงินที่ใช้ในการปรับปรุงหรือย้าย (บาท)	-	578,065	378,852	180,200

นอกเหนือจากนั้น จากรายงาน การศึกษาโครงสร้างและขยายโอกาสการเข้าถึง หลักประกันทางสังคม ชั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ (2549) ในการสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยในยามชราของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่กับครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมา คือการอยู่คนเดียวกับสถานสงเคราะห์คนชรา คิดเป็นร้อยละ 7 ในขณะที่ ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่สถาน/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ น้อยสุด เพียงร้อยละ 3 รายละเอียดดังตารางที่ 70

ตารางที่ 70 ความต้องการสถานที่อยู่อาศัยในยามชรา

ความต้องการสถานที่อยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่กับครอบครัว	103	85.8
2. อยู่คนเดียว	7	5.8
3. สถานสงเคราะห์คนชรา	7	5.8
4. สถานศูนย์ / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	3	2.5
5. ศาสนสถาน	0	0.0
รวม	120	100.0

ที่มา : ข้อมูลจาก การสำรวจความต้องการสถานที่อยู่อาศัยในยามชรา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549)

จากการสำรวจ ความต้องการสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ มากที่สุด และมีความต้องการสวัสดิการสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ น้อยที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุ ไม่ต้องการอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราเอกชนมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่



ตารางที่ 71 แสดงความต้องการสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย

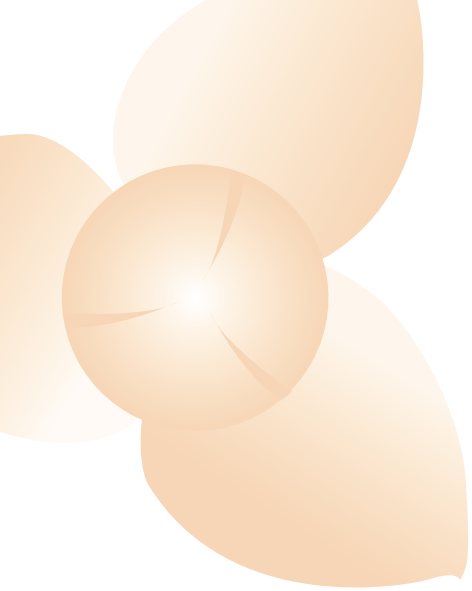
ประเภทสวัสดิการ	ต้องการ		ไม่ต้องการ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ	40	33.3	80	66.7	120	100.00
2. สถานสงเคราะห์คนชราเอกชน	21	17.5	99	82.5	120	100.00
3. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ	64	53.3	56	46.7	120	100.00
4. บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง	55	45.8	65	54.2	120	100.00
5. หมู่บ้านผู้สูงอายุเอกชน	52	43.3	68	56.7	120	100.00

ที่มา : ข้อมูลจาก การสำรวจความต้องการความต้องการสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549)



บทบาทภาคเอกชนในงานผู้สูงอายุ

บทที่ 7



บทที่ 7

บทบาทภาคเอกชนในงานผู้สูงอายุ

7.1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปบทบาทและภารกิจการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น จะเป็นบทบาทที่หน่วยงานภาครัฐหรือส่วนราชการต่างๆ เป็นผู้ดำเนินงานมากกว่าภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ซึ่งมีผลใช้บังคับนับตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ส่วนราชการระดับกระทรวง และหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดจำนวนมากได้เริ่มเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินภารกิจหรือการจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ในขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในทิศทางที่เอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในบ้านเรามากขึ้นเป็นลำดับ ในขณะที่บทบาทของภาคเอกชน ตลอดจนภาคธุรกิจและภาคบริการยังนับว่ามีบทบาทในงานด้านผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย

อย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงในปัจจุบันพบว่า องค์กรภาคเอกชนที่มีสถานะเป็นนิติบุคคลซึ่งมีวัตถุประสงค์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงนั้น มีอยู่ไม่มากนัก โดยส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรที่มีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมสงเคราะห์หรือพัฒนากลุ่มเป้าหมายอื่น หรือเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบปัญหาและสาธารณภัยต่างๆ



สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นองค์การนิติบุคคลหลักภาคเอกชน ที่มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินงานที่มุ่งส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ โดยมีขอบเขตการดำเนินงานครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ขณะเดียวกันก็ยังมีเครือข่ายและองค์กรภาคีเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้แบ่งพื้นที่การบริหารการดำเนินงานออกเป็นสาขาๆ ละ 1 จังหวัด รวม 75 สาขา ในพื้นที่ 75 จังหวัด สำหรับกรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 6 สาขาๆ ละ 1 กลุ่มเขต แต่ละกลุ่มเขตรับผิดชอบครอบคลุมพื้นที่ 6-8 เขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่นมากกว่าจังหวัดอื่น ๆ ปัจจุบันสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ มีสาขาอยู่ในพื้นที่จังหวัดต่างๆ รวมทั้งสิ้น 81 สาขาทั่วประเทศ ขณะเดียวกันได้มีชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการจัดตั้งขึ้นในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ทุกจังหวัดเข้าเป็นสมาชิกเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ โดยในขณะนี้จะมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 11,990 ชมรม

สำหรับการดำเนินงานในปี พ.ศ.2549 สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่สำคัญ รวมทั้งการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดังนี้ คือ

1) การสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินโครงการอบรมให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานไปแล้วดังต่อไปนี้

- 1.1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องนโยบายและการบริหารงานของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
- 1.2 แนวคิดการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
- 1.3 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ
- 1.4 ความรู้เรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

วัตถุประสงค์ของการอบรม เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องระบบสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับการนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุ ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย ประธานและเลขานุการสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ทุกสาขาจากทุกจังหวัด โดยในแต่ละปีจะดำเนินการอบรมในทุกภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้



2) จัดการสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ

การจัดสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการนี้ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ นับเป็นหน่วยงานริเริ่มดำเนินงานขึ้นโดยดำเนินโครงการในลักษณะโครงการตัวอย่างหรือโครงการนำร่อง เนื่องจากยังไม่มีหน่วยราชการใดริเริ่มดำเนินการมาก่อน ในเวลาต่อมาได้มีสำนักงาน ก.พ. รวมทั้งส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ อีกรหลายแห่งได้จัดการสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการในลักษณะดังกล่าวขึ้นบ้าง โดยสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ ได้ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนด้วยการจัดวิทยากรไปบรรยายให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการทำงานแก่บุคลากรของหน่วยงานต่างๆ อาทิ ธนาคารแห่งประเทศไทย การสื่อสารแห่งประเทศไทย การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค การประปา องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ เป็นต้น

การจัดสัมมนาเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการให้แก่ข้าราชการและลูกจ้างของส่วนราชการ จากกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ นั้นจะเน้นกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุก่อนถึงกำหนดเกษียณอายุระหว่าง 3-5 ปี หรือเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 55-60 ปี วัตถุประสงค์สำคัญของการสัมมนา เพื่อให้ข้าราชการและลูกจ้างได้มีการเตรียมตัว สามารถปรับตัว ปรับใจ สำหรับการดำเนินชีวิตหลังเกษียณอายุราชการ การสัมมนาดังกล่าวนี้จะเน้นการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจน แนวทางการใช้ชีวิตภายหลังเกษียณอายุ มีการให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ในปี พ.ศ.2549 ได้จัดที่โรงแรมสวนบัวรีสอร์ท อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 6-9 มิถุนายน 2549 มีข้าราชการและลูกจ้างจากส่วนราชการต่างๆ ทั่วประเทศเข้าร่วมสัมมนา จำนวน 187 คน

3) โครงการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านห่างไกล และหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ

โครงการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านห่างไกล และหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้สูงอายุเป็นแกนนำนี้ เป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหมู่บ้านห่างไกลและด้อยพัฒนา จังหวัดละ 1 หมู่บ้าน โดยมอบหมายให้ชมรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสูงในแต่ละจังหวัดทำหน้าที่เป็นชมรมพี่ เพื่อไปดำเนินการจัดตั้ง “ชมรมน้อง” ขึ้นในหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลในชนบท โดยมีการให้ความรู้ด้วยการสอน และแนะนำให้ชมรมน้องที่มีการตั้งขึ้นใหม่นั้นจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุภายในหมู่บ้านของตนเอง ขณะเดียวกันก็เพื่อส่งเสริมให้หมู่บ้านที่มีการจัดตั้งชมรมน้องเป็นหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพและเป็นตัวอย่างแก่หมู่บ้านใกล้เคียงต่อไป โดยมีเกณฑ์กำหนดมาตรฐานหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพดังนี้

- หมู่บ้านต้องปลอดยาเสพติด
- หมู่บ้านต้องมีกลุ่มออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
- ผู้สูงอายุทุกคนในหมู่บ้านนั้นต้องมีสมุดพกสุขภาพประจำตัว และมีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี



- หมู่บ้านต้องมีการตรวจสอบอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข
- ในหมู่บ้านต้องไม่มีการถวายบุญแก่พระภิกษุสามเณร และไม่มีการดื่มสุราหรือเล่นการพนันในบริเวณวัด

ปีที่ผ่านมาได้จัดตั้ง “ชมรมน้อง” ขึ้นรวม 75 ชมรม ในพื้นที่ 67 จังหวัด

4) การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของสาขาสภาผู้สูงอายุทั่วประเทศ

เป็นการจัดฝึกอบรม ประชุม สัมมนา เพื่อให้ความรู้ และพัฒนาขีดความสามารถของสาขาสภาผู้สูงอายุทั่วประเทศให้มีทักษะและความสามารถในการบริหารจัดการ และการดำเนินงานเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5) การฝึกอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และกีฬาสำหรับผู้สูงอายุ

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ร่วมกับมูลนิธิส่งเสริมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จัดฝึกอบรมความรู้เรื่องการออกกำลังกายและกีฬาสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ชมรมผู้สูงอายุทำการ คัดเลือกกรรมการหรือสมาชิกที่จะเข้ารับการอบรม แล้วนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปเผยแพร่ต่อไปในชมรมของตน สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้จัดการฝึกอบรมเรื่อง การออกกำลังกาย และกีฬาสำหรับผู้สูงอายุ เป็นประจำทุกปีๆ ละ 2 ครั้ง)

สำหรับปี พ.ศ.2549 สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ก็ได้จัดอบรมครั้งแรกในเดือนเมษายน 2549 ครั้งที่สองในเดือนกันยายน 2549 รวมมีผู้เข้าอบรมจำนวน 65 คน ใช้เวลาอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติครั้งละ 2 วัน

6) การมอบโล่ประกาศเกียรติคุณให้แก่ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 100 ปี

ในปี พ.ศ.2549 ได้ดำเนินการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณให้แก่ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 100 ปี จำนวน 126 คน

สำหรับองค์การภาคเอกชนอื่น ที่มีขีดความสามารถและมีขอบเขตการปฏิบัติงานกว้างขวางคล้ายคลึงกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้แก่

สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นองค์กรแม่ข่ายหลักของเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายของสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร



จำนวนรวม 249 แห่ง โดยแยกเป็นชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในสังกัดหน่วยงานต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร ดังนี้

ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง สำนักอนามัย จำนวน 237 ชมรม

- ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดโรงพยาบาล 9 แห่ง สำนักการแพทย์ จำนวน 10 ชมรม
- ชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักพัฒนาสังคม จำนวน 2 ชมรม
- ปัจจุบันมีสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุทั้ง 249 ชมรม เป็นจำนวนกว่า 30,000 คน

สำหรับกิจกรรมหลักของชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครนี้ ได้แก่

- 1) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 2) การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี โดยให้ความสำคัญการค้นหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 3) กิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง และการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ โดยจัดการอบรมให้ความรู้การจัดกิจกรรมทางด้านวิชาการ
- 4) กิจกรรมด้านศิลปวัฒนธรรมและศาสนประเพณีเนื่องในโอกาสวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา เช่น การหล่อเทียนพรรษา การทำบุญตักบาตรที่บริเวณห้องสนามหลวง การวางพานพุ่มเพื่อแสดงความสักการะ
- 5) จัดกิจกรรมเนื่องในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เช่น การรดน้ำขอพร การจัดกิจกรรมนันทนาการ และบันเทิงสำหรับผู้สูงอายุ
- 6) กิจกรรมเนื่องในวันผู้สูงอายุสากล เช่น การเดินเพื่อสุขภาพ การจัดแสดงนิทรรศการ การแสดงด้านศิลปวัฒนธรรมและบันเทิงบนเวทีที่เป็นความร่วมมือจากชมรมผู้สูงอายุในเขตต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภาคเอกชนด้านผู้สูงอายุที่ได้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย

มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) โครงการสานสองวัย โดยเป็นกิจกรรมที่ส่งสมาชิกผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความสามารถไปให้ความรู้เรื่องผู้สูงอายุแก่นักเรียนในโรงเรียนต่างๆ
- 2) การให้บริการแนะนำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับเรื่องของผู้สูงอายุทางโทรศัพท์
- 3) การจัดเลี้ยงอาหารกลางวันผู้สูงอายุที่ยากไร้ที่ชุมชนคลองเตย
- 4) การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย การอบรมวิชาชีพ โหราศาสตร์ เป็นต้น



7.2 ผู้สูงอายุ : โอกาสทางธุรกิจของภาคธุรกิจประกันชีวิต

การขยายตัวของภาคธุรกิจประกันภัยและการประกันชีวิตในตลาดเศรษฐกิจปัจจุบัน นับว่ามีการแข่งขันกันอย่างสูงมาก จะเห็นได้จากความพยายามที่บริษัทประกันระดับแนวหน้าในประเทศไทย รวมทั้ง บริษัทประกันข้ามชาติได้เข้าถึงตัวลูกค้าด้วยการนำเสนอรูปแบบของการประกันที่มีผลตอบแทนหรือสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่มีความหลากหลาย ตลอดจนถึงผลประโยชน์ที่เป็นความคุ้มครองต่างๆ ซึ่งลูกค้าจะได้รับจากการทำประกัน ขณะเดียวกันต้องยอมรับว่าภาคธุรกิจด้านการประกันชีวิตเหล่านี้ ต่างมีความหวาดกลัวและตระหนักถึงข้อเท็จจริงด้านโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังมีความเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนตัวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ เช่นเดียวกับบางประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้น จึงพบว่าบริษัทประกันชีวิตเหล่านี้ได้ให้ความสนใจเป็นการเฉพาะในเรื่องการสร้างความมั่นคงด้านรายได้ให้แก่ลูกค้าในวัยเกษียณอายุ โดยได้มีความพยายามที่จะออกแบบและนำเสนอรูปแบบของการประกันที่เป็นการออมทรัพย์เพื่อการเกษียณอายุโดยเฉพาะ โดยกำหนดเงื่อนไขการจ่ายเงินคืนรายปีให้แก่ลูกค้า (Annuity) ในขณะที่ลูกค้ายังมีชีวิตอยู่ หรือเมื่อลูกค้าอายุ 60 ปี แล้วก็จะได้รับเงินคืนเป็นรายเดือนหรือรายปีก็ได้ รูปแบบของการประกันชีวิตดังกล่าวนี้เป็นการสร้างแรงจูงใจด้านการออมหรือการสะสมทรัพย์ (Savings) ให้แก่คนที่อยู่ในวัยแรงงาน เพื่อการมีรายได้สำหรับการใช้จ่ายเมื่อถึงวัยเกษียณอายุ อีกทั้งยังเป็นแผนการใช้จ่ายของลูกค้าที่ฝากเงินให้กับตนเองเพื่อการใช้จ่ายในอนาคต

7.3 การส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของผู้สูงอายุโดยภาคธุรกิจและสื่อ

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุอาจไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะของภาคธุรกิจการตลาด หรือการจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์ เว้นแต่การรณรงค์เรื่องในโอกาสสำคัญ เช่น วันผู้สูงอายุ วันพ่อ วันแม่ หรือวันสำคัญทางศาสนaprเพณี แต่ต่อมาโดยเฉพาะในปัจจุบันที่กระแสของการดูแล เอาใจใส่ และความสนใจในเรื่องของการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งความพยายามที่จะคงรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีในวัยทำงานให้ยาวนานที่สุด เพื่อเป็นฐานรากที่มั่นคงสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ขณะนี้สัดส่วนประชากรวัยทำงานเหล่านี้ก็กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาคธุรกิจต่างมองเห็นช่องทางด้านการตลาดกับประชากรวัยทำงานกลุ่มนี้ เนื่องจากเห็นว่า เป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยที่มีความมั่นคงทางด้านการงานและการเงิน อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีกำลังซื้อและการบริโภคสินค้าและการบริการสูง ด้วยเหตุผลดังกล่าว การตลาดของภาคธุรกิจในปัจจุบันจึงได้หันมาให้ความสนใจการใช้สื่อเป็นเครื่องมือในการโฆษณาประชาสัมพันธ์สินค้า ผลิตภัณฑ์ รวมทั้งธุรกิจสื่อสารและภาคบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การให้ผู้สูงอายุเป็นผู้แสดงในภาพยนตร์โฆษณา โดยเฉพาะ สปอตโทรทัศน์ การใช้ภาพลักษณ์ในทางบวกของผู้สูงอายุเป็นสื่อในการประชาสัมพันธ์สินค้าและบริการ ฯลฯ ขณะเดียวกัน ภาคธุรกิจระดับแถวหน้าที่มีส่วนแบ่งทางการตลาดค่อนข้าง



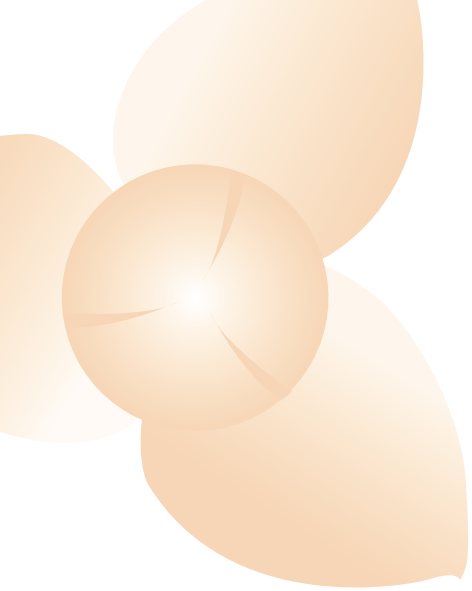
ข้างสูง อาทิ ธุรกิจที่พักอาศัยและอสังหาริมทรัพย์ ได้เริ่มสร้างบ้าน มีการออกแบบและจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ธุรกิจสุขภาพ อาหารและโภชนาบำบัด สมุนไพร เฟอร์นิเจอร์และอุปกรณ์ภายในบ้านที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ อุปกรณ์ออกกำลังกาย ตลอดจนธุรกิจด้านนันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ การท่องเที่ยว สปา การประกันสุขภาพ การออมและการวางแผนทางการเงิน หลักเกษียณอายุ ตลอดจนบริการส่งเสริมสุขภาพที่รวมถึงการดูแลสุขภาพของดวงตา ฟัน ผิวพรรณ บริการการแพทย์แผนไทย เช่น การนวด การประคบสมุนไพร เป็นต้น จึงได้มีการร่วมมือกันในนาม World Expo Service Co.Ltd. โดยขอรับการสนับสนุนและความร่วมมือจากส่วนราชการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร ตลอดจนโรงเรียนและวิทยาลัยแพทยศาสตร์ การจัดงาน **Smart and Healthy 50 up** ได้จัดขึ้นในกลางปี พ.ศ.2549 ซึ่งรูปแบบของงานนอกจากจะเป็นการจัดแสดงสินค้าที่มีกลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ (50 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักแล้ว ยังได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยการจัดแสดงนิทรรศการ กิจกรรมบันเทิงและนันทนาการบนเวที การอภิปรายในหัวข้อความรู้ที่เกี่ยวข้องการใช้ชีวิตในวันสูงอายุในด้านต่างๆ โดยวิทยากรและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียงในสาขาต่างๆ เช่น แพทย์ ศิลปินแห่งชาติ ดาราและศิลปิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การลีลาศ การสาธิตภูมิปัญญาผู้สูงอายุ รวมทั้งมีบริการให้คำแนะนำด้านอาชีพ การทำงานการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต คำปรึกษาด้านกฎหมาย การจัดแสดงบ้านและการตกแต่งภายในบ้าน รวมทั้งสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดงาน **Smart and Healthy 50 up** นี้ แม้จะเป็นการจัดเป็นครั้งแรก แต่ก็ได้รับการตอบสนองจากประชาชนค่อนข้างดี โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในวัยทำงานและเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุเอง ซึ่งการจัดงานในปี 2549 มีผู้เข้าร่วมชมงานทั้งสิ้น จำนวน 39,850 คน ซึ่งภาคธุรกิจเหล่านี้กำหนดที่จะจัดกิจกรรม **Smart and Healthy 50 up** ในเดือนมิถุนายนปี 2550 นี้ และมีแผนที่จะจัดอย่างต่อเนื่องในปีต่อไป



สถานการณ์เด็npผู้สูงอายุไทย ปี 2549

บทที่ 8



บทที่ 8

สถานการณ์เด็สูงอายุไทย ปี 2549

ในปี พ.ศ.2549 หลายหน่วยงาน และเครือข่ายด้านผู้สูงอายุได้ขับเคลื่อนนโยบาย ได้ดำเนินการกิจกรรมต่าง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้มีสถานการณ์เด่นที่น่าสนใจ 4 เรื่อง ได้แก่ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ, แนวคิดการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย “บ้านอายุผู้สูงอายุ”, สถานะบริบาลผู้สูงอายุ, และสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการนำเสนอให้เห็นถึงสถานการณ์ที่สำคัญในกิจกรรมของผู้สูงอายุต่อไป

8.1 ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ*

8.1.1 ทำไมต้องเป็นศูนย์เอนกประสงค์ฯ

การเกิดขึ้นของศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เกิดจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพปัญหาในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และรูปแบบบริการ โดยสภาพปัญหาในการจัดบริการนั้นบริการ

* รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ,คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา รัฐบาลให้กับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งด้านรายได้ ที่อยู่ อาศัยและการดูแล โดยมีผู้สูงอายุที่ได้รับบริการเพียงประมาณ ร้อยละ 12 ของผู้สูงอายุทั้งประเทศ ในขณะที่ ประชากรสูงอายุที่เหลือมิได้รับสวัสดิการที่เหมาะสมจากรัฐ หรืออาจกล่าวได้ว่ารัฐมิได้มีสวัสดิการที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุวัยต้น 60-79 ปี มีจำนวนถึง 6 ล้านคนเศษ และคาดว่าจะมี จำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความรู้ มีสุขภาพแข็งแรง มีความสามารถที่จะดำเนินชีวิต ด้วยตนเอง และยังสามารถเกื้อกูลต่อผู้อื่นและสังคมอีกด้วย เป็นลักษณะของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ซึ่งควรใช้ศักยภาพอันโดดเด่นนี้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเองและสังคม

การจัดสวัสดิการที่มุ่งเน้นการเสริมพลัง (Empowerment welfare) เป็นแนวคิดที่ควรนำมาใช้ในสังคมที่ เต็มไปด้วยผู้มีศักยภาพดังกล่าว โดยผู้สูงอายุควรเป็นผู้กำหนดความต้องการ และจัดสวัสดิการด้วยตนเอง หน่วยงานภาครัฐทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำและพี่เลี้ยง ท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและเป็น แกนหลักในการให้บริการ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ และมีศักดิ์ศรีที่สามารถยังประโยชน์ต่อตนเอง และสังคมได้ ดังนั้น ศูนย์อเนกประสงค์ฯ จึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่น่าเสนอภายใต้แนวคิดดังกล่าว

ส่วนรูปแบบบริการนั้นปัจจุบันระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้มีการ เปลี่ยนแปลงเข้าสู่เวทีแห่งการเตรียมการ เพื่อสร้างหลักประกันสำหรับประชาชนทุกวัย และเน้นการพึ่งตนเอง โดยใช้ศักยภาพของประชาชนมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากตระหนักถึงความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนว่ามี อิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และเป็นปัจจัยสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนมากกว่าการให้บริการจากสถาบัน ดังนั้นแนวนโยบายด้านผู้สูงอายุจึงนำแนวคิดเรื่องการใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นพื้นฐานมาเป็นกรอบในการ จัดบริการ โดยเชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคล เป็นสถาบันพื้นฐานที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญ ส่วนชุมชนนั้นเป็นการ มุ่งใช้คุณลักษณะเด่น และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือในการสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนให้เกิดการ แก้ไขปัญหา พัฒนาบริการ และแสวงหาความร่วมมือในทุกระดับ ดังนั้นแนวคิดการจัดบริการในระดับ ครอบครัวยุคใหม่และชุมชน โดยใช้ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุเป็นแหล่งปฏิบัติการจึงเกิดขึ้น

ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นสถานที่รวมสำหรับองค์การ ชุมชน และผู้สูงอายุใช้ในการจัด บริการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุและสมาชิกในชุมชน ทุกเพศ ทุกวัย สามารถทำกิจกรรม ต่างๆ ร่วมกันได้อย่างเต็มที่ ศูนย์อเนกประสงค์ฯ จึงเป็นศูนย์รวมของสมาชิกทุกคนในชุมชน ที่มุ่งเน้นการร่วมมือกันเพื่อให้ชุมชนนั้นมีความสุข สมาชิกทุกคนได้แสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยมีผู้สูงอายุที่ เป็นผู้ควรค่าแก่การเคารพนับถือ เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำในการทำกิจกรรม เป็นเสมือนเสาหลักของ ชุมชน ดังนั้น ศูนย์อเนกประสงค์ฯ จึงเป็นของชุมชน โดยชุมชน เพื่อคนทุกวัย โดยวัตถุประสงค์ของการมีศูนย์



อเนกประสงค์ เพื่อมุ่งเน้นการเข้าถึงผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการยอมรับในบทบาทและความสามารถของผู้สูงอายุ รวมทั้งทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุอีกด้วย

8.1.2 ศูนย์อเนกประสงค์ฯ สิ่งที่สูงอายุจะได้รับ

ศูนย์อเนกประสงค์ฯ มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม ในด้านกายนั้น กิจกรรมในศูนย์อเนกประสงค์ฯ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาด้านกาย โภชนาการ และการรู้จักรักษาสุขภาพ ศูนย์อเนกประสงค์ฯ เป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาความสนใจส่วนบุคคล สามารถทำกิจกรรมใฝ่หาความรู้ สนทนาปราศรัยกับผู้อื่นได้อย่างอิสระเหมาะสม ในส่วนของปัญญานั้น จุดมุ่งหมายสำคัญของศูนย์อเนกประสงค์ฯ คือ การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการบริหาร การดำเนินการ และการจัดกิจกรรมในศูนย์ร่วมกับสมาชิกอื่นๆ เป็นการใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภูมิปัญญาที่มีคุณค่าให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม ซึ่งนับเป็นการพัฒนาด้านปัญญาและสังคมของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม สร้างความภาคภูมิใจต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งนับว่าศูนย์อเนกประสงค์ฯ เป็นสิ่งที่สร้างประโยชน์แก่ผู้สูงอายุทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคมอย่างรอบด้าน

แผนภูมิที่ 23 ประโยชน์ของศูนย์อเนกประสงค์





8.1.3 ศูนย์บริการทางสังคมและศูนย์อเนกประสงค์ฯ ความเหมือนภายใต้ความแตกต่าง

ประเทศไทยได้ให้ความสนใจเรื่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมอย่างจริงจังเมื่อปี พ.ศ.2538 โดยทำโครงการทดลองจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน โดยกำหนดพื้นที่ทดลอง 3 พื้นที่ คือ เขตกรุงเทพฯ เขตชุมชนชานเมือง และเขตชนบท ผลการดำเนินงานพบทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว โดยสิ่งที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวได้แก่ สถานที่ตั้ง สัมพันธภาพของสมาชิกและคณะกรรมการ รวมทั้งการบริหารงานที่ขาดความเป็นธรรม ต่อมาในปี พ.ศ.2542 กรมประชาสงเคราะห์ได้จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดทั่วประเทศขึ้นจำนวน 200 ศูนย์ ลักษณะของศูนย์เป็นการดำเนินการให้มีสถานบริการขึ้นภายในวัด มีการจัดหาอุปกรณ์ด้านการออกกำลังกาย และฟื้นฟู สุขภาพไปไว้ในศูนย์ทุกแห่ง แต่เนื่องจากศูนย์ฯ มีความไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหลายประการ ศูนย์ฯ นี้ จึงไม่ได้รับความนิยมจากผู้สูงอายุ นอกจากนั้น หากพิจารณาถึงศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

1. ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นสโมสรทางสังคมที่จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกไว้ให้ผู้สูงอายุไปใช้บริการ กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการสังสรรค์ และให้บริการแบบเข้าไปเย็นกลับ

2. ศูนย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบศูนย์ที่มุ่งให้บริการด้านสังคมแก่สมาชิกที่ขาดโอกาสในการพบปะผู้อื่น อาจด้วยปัญหารายได้หรือสุขภาพ ศูนย์จะจัดกิจกรรมเป็นครั้งคราว มีบริการด้านอาหาร เครื่องดื่ม การตรวจสุขภาพ สังคมสงเคราะห์ และนันทนาการ บางแห่งอาจมีการจัดบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุด้วย

ส่วนศูนย์อเนกประสงค์ฯ เป็นศูนย์ที่มีลักษณะต่างที่จากที่กล่าวมา โดยเป็นศูนย์ที่มีจุดมุ่งหมายให้เกิดสวัสดิภาพที่ดี (Well - Being) แก่ผู้สูงอายุ เป็นศูนย์ที่มุ่งพัฒนาผู้สูงอายุทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ สติปัญญา ภาย สังคม จิตวิญญาณ และการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางมุ่งการพัฒนา และบริการผู้สูงอายุ แบบองค์รวม รวมทั้งสนับสนุนให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการบริหาร เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อตนเองและกลุ่มด้วย

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ศูนย์อเนกประสงค์ฯ เป็นศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุเช่นเดียวกับศูนย์บริการอื่นๆแต่มีความแตกต่างจากศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในประเทศไทย ที่กล่าวมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นแนวคิดพื้นฐานในการก่อตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ ก่อตั้งจากแนวคิดการจัดบริการโดยใช้สถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐาน (Family and Community Based) ส่วนศูนย์บริการทางสังคมก่อตั้งจากแนวคิดการจัดบริการโดยใช้สถาบันเป็นพื้นฐาน (Institution Based) โดยผู้สูงอายุต้องไปรับบริการที่ศูนย์เท่านั้น และมีการบริหารจัดการ โดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อย จึงทำให้ผู้ใช้บริการมีภาพ



ของการไปรับบริการสงเคราะห์และเกิดปัญหาด้านศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่ศูนย์อเนกประสงค์ฯ เป็นศูนย์ที่มุ่งเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) โดยให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศได้ใช้ความรู้ ความสามารถของตนเอง พิจารณาความต้องการ และจัดการกับภาพปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง โดยการให้บริการมีทั้งในสถานที่ที่เป็นที่ตั้งของศูนย์ และบริการถึงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ในขอบเขตบริการของศูนย์ อาจกล่าวได้ว่า ศูนย์อเนกประสงค์สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชนได้อย่างรอบด้าน มีกลุ่มเป้าหมายการให้บริการ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และกลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ สมาชิกในชุมชนไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร

เมื่อพิจารณาถึงเจ้าภาพของการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ แล้ว เนื่องจากบริการสาธารณะเป็นอำนาจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้น ศูนย์อเนกประสงค์ฯ จึงเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานภาคท้องถิ่นที่จะให้การสนับสนุนและจัดตั้ง ส่วนการบริหารนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ดังนั้นองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารจึงเป็นผู้สูงอายุในชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 นอกนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ภาครัฐและสมาชิกในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมให้คำแนะนำ ปรึกษา และจัดบริการด้วยกัน

ในส่วนของกิจกรรมนั้นศูนย์อเนกประสงค์ดำเนินงานภายใต้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ผ่านการวิเคราะห์ร่วมกันของสมาชิก ดังนั้นบริการของศูนย์อเนกประสงค์ฯ จึงแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและสมาชิกในชุมชนนั้นๆ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ประเด็นหลักของความแตกต่างอยู่ที่ปรัชญาพื้นฐานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ที่มุ่งให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีเกียรติ และศักดิ์ศรีในสังคม โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ และภูมิปัญญาของตนให้เป็นประโยชน์ในการกำหนดวิถีชีวิตที่เลือกสรรเอง ภายใต้ความร่วมมือและเอื้ออาทรของสมาชิกในชุมชน



ภาพที่ 1 แสดงกิจกรรมภายในศูนย์อเนกประสงค์



ภาพที่ 2 แสดงกิจกรรมภายในศูนย์อเนกประสงค์



ภาพที่ 3 การจัดห้องภายในศูนย์อเนกประสงค์

ที่มา : ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี



8.1.4 จากการศึกษา ขับเคลื่อนสู่นโยบาย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เครือข่ายวิจัยสุขภาพ โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยด้านผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ชุดโครงการวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นชุดโครงการวิจัยหนึ่งที่ได้ดำเนินการ เมื่อผลการวิจัยได้เสร็จสิ้นลง ได้มีการสังเคราะห์ข้อมูล และเชื่อมโยงองค์ความรู้เหล่านั้นมาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบบบูรณาการ

กระบวนการขับเคลื่อนสู่นโยบาย เริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2548 โดยเริ่มจากการเผยแพร่ข้อมูลแก่นักวิชาการ ภาควิชาผู้สูงอายุ สาธารณะชน และผ่านทางสื่อสาธารณะหลายแห่ง ซึ่งในกลุ่มวิชาการและภาควิชาผู้สูงอายุได้มีการประชุมหลายครั้ง เพื่อหาข้อสรุป และตกผลึกความคิดเห็นร่วม จนกระทั่งในปี พ.ศ.2549 ที่ประชุมได้มีข้อสรุปแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุร่วมกันว่า ควรใช้รูปแบบครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จากข้อสรุปดังกล่าวนี้จึงเกิดการค้นคว้า และศึกษาตัวแบบการดำเนินการในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วันที่ 13 กรกฎาคม 2549 ได้มีการจัดให้มีเวทีสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เพื่อนำเสนอตัวแบบการดำเนินงานดังกล่าวนี้แก่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ ผู้สูงอายุ และภาคประชาชน เพื่อรับฟังความคิดเห็น และหาข้อสรุปในการขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป ซึ่งที่ประชุมได้มีความเห็นชอบร่วมกันต่อตัวแบบนี้ มีมติให้ใช้ชื่อว่า ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและให้นำเสนอต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติต่อไป

การประชุมของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (ครั้งที่2/2549 วันที่ 27 กรกฎาคม 2549) คณะกรรมการมีมติเห็นชอบให้มีการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ และมอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เชิญประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ และกรุงเทพมหานคร เพื่อหารือข้อตกลง และดำเนินการจัดตั้งศูนย์ อเนกประสงค์ฯ ในรูปแบบโครงการนำร่องต่อไป

8.1.5 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในชุมชน

เพื่อให้การนำนโยบายการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการบูรณาการโครงการ นำร่องการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นกรรมการ ทำหน้าที่ ส่งเสริม สนับสนุน ให้ความรู้ รูปแบบการจัดตั้ง และกำกับ



ติดตามการดำเนินการ ซึ่งคณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาคัดเลือกพื้นที่นำร่องการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ 8 พื้นที่ ดังนี้

พื้นที่ภาคเหนือ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่เหียะ อ.เมือง จังหวัดเชียงใหม่ และเทศบาลตำบลบางระกำ อ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น และเทศบาลสกลนคร อ.เมือง จังหวัดสกลนคร

พื้นที่ภาคกลาง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลสามพระยา อ.ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี และองค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหียง อ.พนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

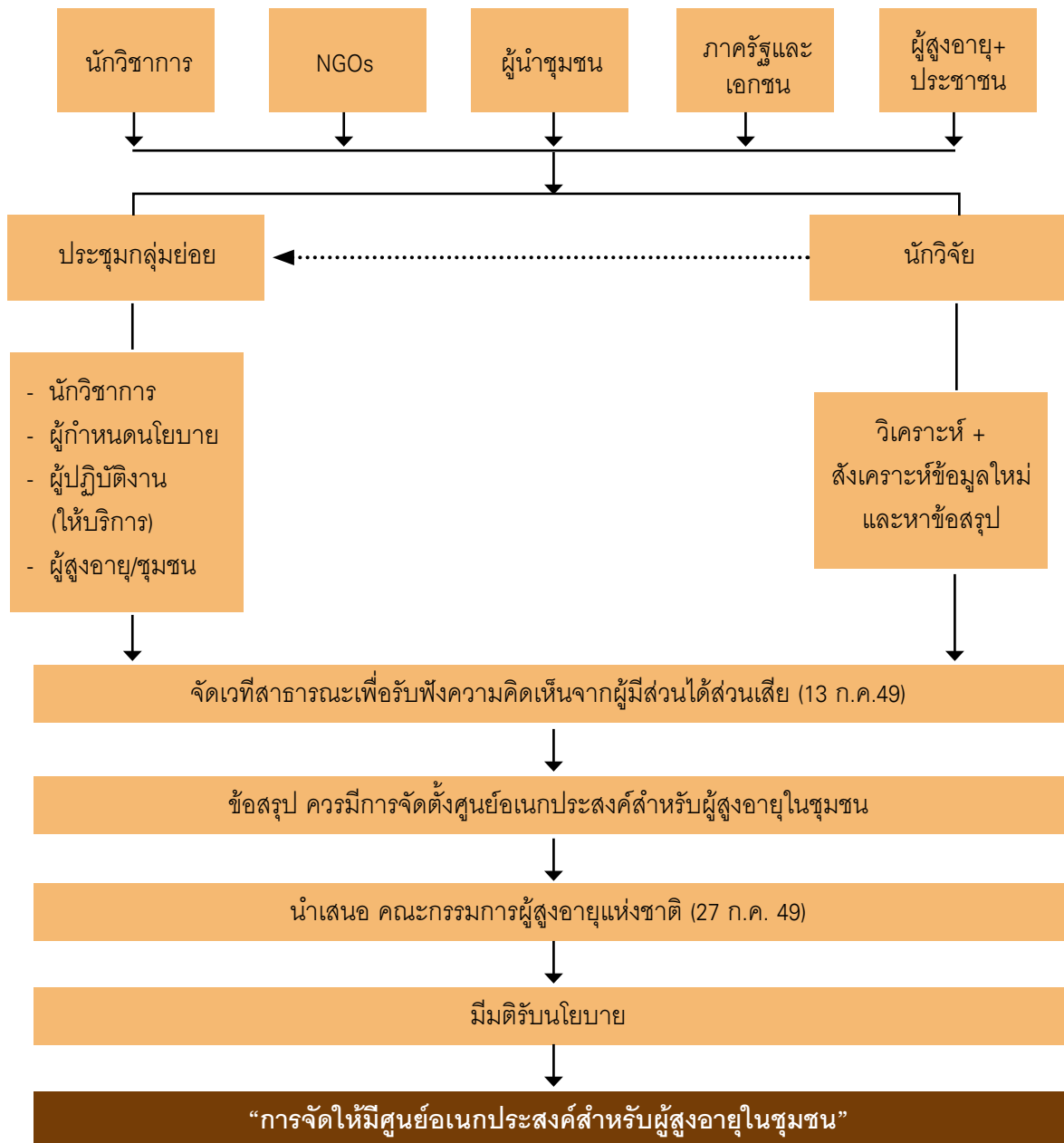
พื้นที่ภาคใต้ ได้แก่ ศูนย์การแพทย์แผนไทยเขาชัยสน อ.เขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

สุดท้าย พื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตบางขุนเทียน สถานที่ที่จัดนำร่องคือ ชมรมผู้สูงอายุเพชรทองคำ

ในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ ในพื้นที่ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบของศูนย์อเนกประสงค์ อย่างเหมาะสมต่อไป ปัจจุบันศูนย์อเนกประสงค์ อยู่ในระหว่างการทดลองดำเนินการ



แผนภูมิที่ 24 การนำข้อเสนองานวิจัยสู่ระดับนโยบาย (ภาพรวม)



8.1.6 อนาคตของศูนย์เเนกประสงค์ฯ

การที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และครอบครัวไทย มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นกระบวนทัศน์และนโยบายด้านผู้สูงอายุจึงควรมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย ข้อมูลสำคัญทางประชากรระบุว่า ผู้สูงอายุไทยในอนาคตต้องพึ่งตนเองใน ทุกด้าน ดังนั้นแนวคิดการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักยภาพ และมีความสามารถที่จะพึ่งตนเอง จึงเป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนา



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นนโยบายการกระจายบริการด้านสวัสดิการสังคม ไม่ควรยึดติดกับแนวคิดเรื่องสุขภาพ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หรือการสงเคราะห์เมื่อมีปัญหาเท่านั้น แต่ควรเป็นนโยบายที่มุ่งให้เกิดการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุไว้แต่ต้น เช่น การจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่จะเป็นแหล่งฝึกหัดในการสร้างความเข้มแข็งของระบบการสนับสนุนทางสังคม อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองของประชาชนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสบความสำเร็จในที่สุด รัฐบาลควรให้ความสนใจต่อการดำเนินงานด้านนี้อย่างจริงจัง และควรปรับเปลี่ยนนโยบายให้เกิดการบูรณาการบริการอย่างเหมาะสม นอกจากนั้นควรปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการปฏิบัติงานแบบแยกส่วนของหน่วยงานภาครัฐให้เกิดความเข้าใจต่อแนวคิดการบูรณาการการบริการสุขภาพและสังคม เพื่อเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดความสำเร็จของศูนย์อเนกประสงค์อย่างจริงจัง

อนาคตของศูนย์อเนกประสงค์ฯ อาจพัฒนาไปเป็นศูนย์ชุมชน หรือศูนย์อื่นใดก็ได้ แต่มิได้หมายความว่า ศูนย์อเนกประสงค์ฯ มีความล้มเหลว แต่ทุกอย่างมีการพัฒนาตนเอง และปรับเปลี่ยนวิถีที่สอดคล้องกับความต้องการ และความพึงพอใจของสมาชิกในชุมชน ซึ่งในอนาคตหากศูนย์อเนกประสงค์ฯ กลายเป็นศูนย์ที่เป็นที่รวมของสมาชิกในชุมชนที่จะมาจัดบริการร่วมกัน มีความร่วมมือกันระหว่างวัย มีความเอื้ออาทรต่อกัน เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาพร้อมกัน ศูนย์อเนกประสงค์ฯ กลายเป็นศูนย์ชุมชนได้ที่มีผู้สูงอายุเป็นหลัก และเป็นที่ยังสำคัญในการจัดบริการแล้ว นับว่าจะเป็นความสำเร็จอย่างแท้จริงของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

8.2 แนวคิดการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย “บำนาญผู้สูงอายุ”*

ประเทศไทยมีระบบการออมเพื่อการชราภาพ ซึ่งเป็นระบบการออมแบบผูกพันระยะยาว (Long term contractual saving) หรือระบบบำนาญบำนาญ สำหรับผู้สูงอายุ แบบ Multi pillar คือ การออมเพื่อการชราภาพ เพื่อให้สามารถเป็นหลักประกันด้านรายได้ในวัยชรา ที่ประกอบด้วย 3 ระดับการออม คือ 1) การออมเพื่อไม่ให้ตกไปสู่ความยากจน : pillar1 2) การออมเพื่อให้มีความพอเพียงด้านรายได้ในวัยชรา : pillar2 และ 3) การออมเพื่อให้มีความเป็นอยู่ที่ดีในวัยชรา : pillar 3

คุณสุวัฒนา ศรีภิรมย์ ผู้อำนวยการกลุ่มนโยบายการออม สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง



จากผลการศึกษาพบว่า ประชากรของประเทศไทยควรมีรายได้ในวัยสูงอายุโดยประมาณที่ระดับร้อยละ 50 ของรายได้ครั้งสุดท้าย ซึ่งจะทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ในวัยสูงอายุ มีศักดิ์ศรีของตนเอง ไม่เป็นภาระของสังคม จากข้อเท็จจริงปัจจุบัน ประเทศไทยมีโครงสร้างการจัดระบบบำเหน็จบำนาญ เพื่อให้ผู้อยู่ในวัยทำงานมีหลักประกันด้านรายได้ในวัยสูงอายุเมื่อพ้นวัยทำงานแล้วแบบ Multi pillar ดังกล่าวแล้วข้างต้น โดยกำหนดจากกลุ่มอาชีพซึ่งเริ่มจากอาชีพ ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงาน/ลูกจ้างภาคเอกชน ครูโรงเรียนเอกชนและพนักงานส่วนท้องถิ่น(ผศ.ดร.วรวุฒิ สุวรรณระดา : 2550) ดังนี้

Pillar 1 : ข้าราชการ ลูกจ้างประจำส่วนราชการ ครูโรงเรียนเอกชน และพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการออมเพื่อการชราภาพในระบบบำเหน็จบำนาญ ซึ่งดำเนินการให้โดยนายจ้าง คือ รัฐบาล สำหรับลูกจ้างภาคเอกชน มีการออมในระบบประกันสังคม (กองทุนประกันสังคม) ซึ่งเป็นการออมภาคบังคับโดยกฎหมายกองทุนประกันสังคม กำหนดให้ลูกจ้างออม 3% และนายจ้างต้องสมทบอีก 3% เป็นการออมที่จะได้รับผลประโยชน์ที่กำหนดไว้แล้วตามจำนวน และระยะเวลาการออมตามสูตรการคำนวณ (Defined Benefit : DB) ประมาณผลประโยชน์ได้ว่า ระดับการออมในกองทุนประกันสังคม หรือ Pillar 1 นี้ ผลประโยชน์หรือบำเหน็จบำนาญตกอยู่ประมาณ 13% ของเงินเดือนครั้งสุดท้าย ซึ่งคาดว่าเป็นระดับที่ทำให้ผู้ออมสามารถมี ความเป็นอยู่ได้ในระดับที่จะไม่ตกไปสู่ความยากจน

Pillar 2 : การออมภาคบังคับเพื่อให้ผู้ออมมีเครื่องมือการออมเพิ่มขึ้น จนถึงระดับที่ 50% ของรายได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีในวัยชรา ซึ่งกระทรวงการคลังเห็นความจำเป็นในการที่จะให้ประชาชนมีการออมเพิ่มขึ้นจากระดับการออมของ Pillar 1 ถึงระดับ 50% ของรายได้ จึงได้ดำเนินการในเรื่องการออมเพื่อการชราภาพภาคบังคับ (Mandatory Provident Fund : Pillar 2) เพื่อสร้างหลักประกันด้านรายได้หลังวัยชราให้เพิ่มขึ้นอีก โดยขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ

Pillar 3 : ข้าราชการ ลูกจ้างประจำส่วนราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างภาคเอกชน มีการออมภาคสมัครใจเพิ่มขึ้น เป็นความร่วมมือกันระหว่างนายจ้าง ลูกจ้าง เพื่อสร้างสวัสดิการด้านชราภาพให้อยู่ในระดับที่มีความเป็นอยู่ที่สุขสบาย ข้าราชการมีการออมในกองทุน กบข. ตามกฎหมายกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และลูกจ้างประจำมีการออมในกองทุน กสจ. และลูกจ้างภาคเอกชนมีการออมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ตามกฎหมายกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ.2530โดยผลประโยชน์ของการออมขึ้นอยู่กับระดับการออมของตนเอง คือ มีลักษณะเป็นบัญชีรายตัว ซึ่งเรียกการออมแบบนี้ว่า Defined Contribution : DC

เนื่องจากการออมใน Pillar 3 เป็นการออมภาคสมัครใจ จึงยังมีเอกชนหรือรัฐวิสาหกิจบางส่วน มิได้จัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ



ตารางที่ 72 ข้อมูลกองทุนชราภาพ

		2547	2548	2549
กองทุนประกันสังคม	ขนาดของกองทุน	292,468.16	364,973.10	440,169.00
	เงินสำรองเฉพาะส่วนชราภาพ	144,099.33	192,088.92	246,963.00
กองทุน กบข.	ขนาดของกองทุน	246,891.00	286,975.00	320,736.00
กองทุน กสจ.	ขนาดของกองทุน	6,189.41	7,483.03	8,844.71
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	ขนาดของกองทุน	44,406.00	60,755.00	63,622.00

ที่มา : กลุ่มนโยบายการออม สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กันยายน 2550

เนื่องจากการออมในระบบ Multi pillar เป็นการจัดการออมตามกลุ่มอาชีพ กลุ่มอาชีพดังกล่าวทั้งหมดเป็นกลุ่มอาชีพที่มีนายจ้าง มีการจ่ายค่าจ้างเป็นเงินเดือนแน่นอน จากข้อมูลสถิติกำลังแรงงานปัจจุบันของประเทศซึ่งมีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีกำลังแรงงาน 36.40 ล้านคน จากประชากรของประเทศ 65.22 ล้านคน ผู้ที่อยู่ในอาชีพที่มีนายจ้างและอยู่ในระบบบำเหน็จบำนาญดังกล่าวมีจำนวนประมาณ 13.68 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ : กันยายน 2549) ซึ่งเมื่อถึงวัยชรา (อายุ 60 ขึ้นไป) จะมีรายได้บำเหน็จบำนาญซึ่งเกิดจากสะสมในกองทุนชราภาพต่างๆ โดยสังเขป คือ

ตารางที่ 73 ข้อมูลการได้รับเงินบำเหน็จบำนาญจากกองทุนชราภาพของผู้เกษียณอายุ

	2547		2548		2549	
	จำนวนคน	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	จำนวนคน	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	จำนวนคน	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
กองทุนประกันสังคม	46,782	144,099.33	60,874	192,088.92	65,696	342,441.00
กองทุน กบข.	6,487	3,170.99	4,691	2,462.77	6,752	3,982.83
กองทุน กสจ.	3,731	207.13	4,160	259.22	4,371	344.45
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ*	-	22,845.00	-	27,479.00	-	28,630.00

*จ่ายคืนให้กับสมาชิกตามข้อตกลงโดยไม่แยกกรณีเกษียณอายุ (เช่นกรณีพ้นสมาชิกภาพ)

ที่มา : กลุ่มนโยบายการออม สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กันยายน 2550



ประชาชนในวัยแรงงาน 36.40 ล้านคน อยู่ในระบบบำเหน็จบำนาญ 13.68 ล้านคน จากข้อมูลดังกล่าว จึงยังมีแรงงานอีก 21.82 ล้านคน ยังไม่มีระบบบำเหน็จบำนาญรองรับ ซึ่งมีเหตุผลจากการที่กลุ่มประชากรดังกล่าวอยู่ในระบบการทำงานที่ไม่มีนายจ้าง หรือเรียกว่า เป็นกลุ่มแรงงานอิสระประกอบด้วย เกษตรกร ชาวประมง ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ผู้ขับซักรถสาธารณะรับจ้าง ผู้ค้าขายทั่วไป ฯลฯ รวมเรียกว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบ

สันนิษฐานว่า การไม่สามารถดำเนินการหรือออกกฎหมายเพื่อรองรับการมีระบบบำเหน็จบำนาญของประชากรกลุ่มดังกล่าวข้างต้น อาจมีสาเหตุจาก ไม่มีสถานที่ทำงานแน่นอน ไม่มีนายจ้าง ไม่มีการจดทะเบียนไว้ที่ใด มีอัตราการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนแปลงประเภทการทำงานสูง ฯลฯ

ดังนั้นจึงเป็นการยากในการดำเนินการ เพื่อให้ประชากรของประเทศที่อยู่ในกลุ่มแรงงานอิสระแรงงานนอกระบบ เกษตรกร สามารถเข้าถึงระบบการออมเพื่อการชราภาพได้ แต่เนื่องจากการสร้างหลักประกันด้านรายได้ในวัยชราให้แก่ตนเอง (ลดภาระของรัฐบาลและสังคม) เป็นเรื่องสำคัญ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรสร้างระบบให้เป็นเครื่องมือในการออมเพื่อการชราภาพ เพื่อให้ประชากรใน วัยทำงาน 36.40 ล้านคน มีระบบการออมโดยทั่วถึงกัน

ระบบการออมเพื่อการชราภาพโดยทั่วไปเป็นที่ยอมรับกันโดยสากลว่าควรเป็นระบบการประกันรายได้ จึงมีองค์ประกอบ ดังนี้ คือ

1. ผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน สะสมเงินด้วยตนเอง
2. นายจ้าง มีส่วนร่วมในการสมทบการออม
3. อยู่ในระบบการจ้างงานภายใต้กฎหมายเกี่ยวกับการจ้างงานรูปแบบต่างๆ ที่จัดตั้งขึ้นตามกลุ่มอาชีพ และกฎหมายว่าด้วยกองทุนการออม เช่น กฎหมายแรงงาน กฎหมายกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กฎหมายประกันสังคม กฎหมายกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

แรงงานอิสระ ขาดซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในข้อ 2 และข้อ 3 ดังนั้นเพื่อให้สามารถสร้างระบบการออม ให้เป็นเครื่องมือในการมีระบบบำเหน็จบำนาญแก่แรงงานอิสระ จึงควรพิจารณาหลักการที่สามารถสร้างระบบการออมให้กับบุคคลในกลุ่มแรงงานนอกระบบได้อย่างทั่วถึง **การมีระบบการออม กลุ่มการออมหรือองค์การการเงินในพื้นที่ต่างๆ ระดับชุมชน ได้เป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถใช้ในการสร้างระบบการออมให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงได้เป็นอย่างดี** ด้วยเหตุผลที่ว่าประชาชนไทยทุกคนมีความเป็นสมาชิกของชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ทุกคน กล่าวคือ คนไทยทุกคนมี ภูมิลำเนาแน่นอน ดังนั้นหากได้มีการสร้างกองทุนการออมเพื่อการชราภาพให้ทั่วถึงทุกตำบลหรือทุกหมู่บ้าน ก็กล่าวได้ว่าจะสามารถทำให้



ประชากรทุกคนเข้าถึงระบบการออมได้ การออมในระบบกองทุนการออมชุมชนนี้ได้มีการดำเนินงานมาแล้วอย่างกว้างขวางในประเทศ ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ กลุ่มองค์กรการเงิน หรือเรียกว่าองค์กรการเงินฐานราก โดยเป็นการร่วมมือร่วมใจกันระหว่างประชาชนในชุมชน โดยการให้สวัสดิการแก่ประชาชนในชุมชนเพิ่มขึ้น จากที่รัฐบาลได้จัดหาไว้ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

บทความนี้จะเรียกกิจกรรมการออมในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งมีอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศและดำเนินกิจกรรมในรูปแบบที่มีความแตกต่าง หลากหลาย แต่เหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกของแต่ละพื้นที่ด้วยคำรวมๆ ว่า “กองทุนการออมชุมชน” ซึ่งอาจจะหมายถึงกองทุนเดี่ยวๆ ที่มีกิจกรรมเพียงอย่างเดียว หรือกองทุนที่มีกิจกรรมหลายอย่าง และสวัสดิการประชาชน หรือเป็นกองทุนระดับเครือข่ายตำบล ที่มีกองทุนหลายๆ กองทุนมารวมกัน โดยบทความนี้มีจุดประสงค์เพียงแสดงให้เห็นว่าในระดับพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน การรวมตัวกันด้านการเงิน เป็นกองทุนการออมชุมชนของสมาชิกในพื้นที่มีความเหมาะสมที่จะพัฒนาให้เกิดการบูรณาการกันเพื่อดำเนินกิจกรรมการให้สวัสดิการด้านการชราภาพได้ โดยในขั้นต้นได้มีผลการศึกษาในเรื่องนี้โดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง คือโครงการความร่วมมือเพื่อพัฒนาความคุ้มครองทางสังคม (Country Development Partnership-Social Protection : CDP-SP) ของกระทรวงแรงงานโดยการสนับสนุนของธนาคารโลกซึ่งได้ทำการศึกษาเสร็จเรียบร้อยแล้ว 4 โครงการ (www.fpo.go.th :2549) คือ

1. การศึกษาความเสี่ยงและผลกระทบทางสังคมของประเทศไทย : การวิเคราะห์ข้อมูลผลการสำรวจภาคครัวเรือนและรายบุคคล
2. การศึกษาความเหมาะสมของระบบการออมเพื่อสวัสดิการ และการชราภาพสำหรับ แรงงานนอกระบบโดยใช้กลไกชุมชน
3. การศึกษาความเสี่ยงและความคุ้มครองทางสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบของประเทศไทย : ทางเลือกสำหรับรูปแบบการออมและการออมเพื่อเกษียณอายุ
4. โครงการนำร่องการสร้างกองทุนสวัสดิการและการชราภาพ

ผลการดำเนินโครงการพบว่า

1. ประเทศไทยมีกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานนอกระบบ ถึง 2 ใน 3 ของกำลังแรงงาน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงและความเปราะบางทางสังคม และประชากรกลุ่มนี้มีคุณสมบัติ เรียกว่า เป็นผู้อยู่ใน Informal Economies และเป็น Informal Workers มีแนวโน้มอัตราการปรับเปลี่ยนไปสู่ความเป็นแรงงานในระบบ หรือ Formal Sector ต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบเข้ามารองรับ เพื่อให้เป็น ตาข่ายแห่งความปลอดภัย



2. การสร้างระบบเพื่อเป็นตาข่ายแห่งความปลอดภัย ให้มีลักษณะเหมือนระบบสวัสดิการของ Formal Sector มีข้อจำกัดด้วยลักษณะของ Informal Sector เองแต่ขณะเดียวกัน Informal Sector เองก็มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมในการสร้างให้เป็นระบบการประกันความคุ้มครองทางสังคม Social Insurance ที่ดี

3. การร่วมกลุ่มของ Informal Sector เพื่อให้เกิด Social Insurance ดำเนินการได้ 2 ลักษณะ

3.1 การร่วมกลุ่มโดยการออมชุมชน Community Saving group (Area base)

3.2 การร่วมกลุ่มโดยการออมกลุ่มอาชีพ Occupation Saving group (Occupation base)

4. ประชากรที่เป็น Informal Sector มีความต้องการ มีความตั้งใจ และได้มีการดำเนินการโดยตนเอง ในการสร้าง Saving group สามารถจัดระบบสวัสดิการและระบบบำนาญได้ในกลุ่มชุมชนด้วยตนเอง แต่การศึกษาก็พบว่ามีการออมชุมชนที่มีศักยภาพจำกัด ต้องการการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการ และสร้างศักยภาพ เพิ่มด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย เช่นกัน

เพื่อให้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน จึงใคร่ขอยกตัวอย่างกองทุนการออมชุมชนที่ได้มีการดำเนินการในเรื่อง การออมเพื่อการชราภาพ ดังนี้

1. กองทุนสวัสดิการและบำนาญประชาชน กรุงเทพมหานคร (กสบ. กทม.)

กสบ.กทม. เป็นโครงการการออมภาคประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ประชาชนในเขตต่างๆ ของกทม.ได้ร่วมกันก่อตั้งกลุ่มการออมขึ้น เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการจัดสวัสดิการ โดยแบ่งเป็น 4 โซนคือ โซนเหนือ โซนใต้ โซนกลาง โซนธนบุรี การจัดโครงสร้างของกลุ่มการออมแบ่งเป็นกลุ่มเครือข่ายตามลักษณะ การแบ่งพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร(กทม.) อาทิ เช่น เครือข่ายบางกะปิ หลักสี่ พระโขนง ธนบุรีร่วมใจ ลาดพร้าว ทวีวัฒนา จตุจักร บางคอแหลม ลาดกระบัง เป็นต้น

กสบ. กทม. โดยการดำเนินการของคณะกรรมการแต่ละเครือข่ายได้นำเงินออมของสมาชิกมาจัดสวัสดิการและสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยมีหลักการคือสวัสดิการทั่วไป : การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ สัดส่วน 60 : 40 ในสัดส่วนร้อยละ 40 ของสวัสดิการผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการให้บริการสวัสดิการรูปแบบต่างๆ และสวัสดิการบำนาญ โดยมีหลักเกณฑ์เบื้องต้น คือ ผู้ที่มีความเป็นสมาชิกมาครบ 5 ปีแล้ว เมื่ออายุ 60 ปี จะได้รับบำนาญอย่างน้อย (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการออมด้วย) เดือนละ 300 บาท และจะเพิ่มให้ 50 บาท/เดือน ในปีต่อไปทุกๆ ปี



2. กลุ่มสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชนจังหวัดสงขลา โดย ดร.ครูชบ ยอดแก้ว

เป็นนวัตกรรมองค์การการเงินชุมชนที่มุ่งเน้นการพัฒนาคนให้เป็นคนดีและมีความสามารถ โดยอาศัยเงินจากกิจกรรมการออม เป็นเครื่องมือ เพื่อนำไปจัดสวัสดิการซึ่งจะช่วยฟื้นฟูความสัมพันธ์ อันเกื้อกูลกัน ตลอดจนช่วยพัฒนาความสมดุลของทุนในชุมชน ซึ่งนำไปให้เกิดสุขภาวะโดยองค์รวมให้เกิดขึ้นกับคนไทยในสังคม มีหลักการสำคัญ คือ

การใช้กลุ่มสัจจะลดรายจ่ายวันละ 1 บาท ทำสวัสดิการภาคประชาชนเป็นเครื่องมือใน การเรียน และการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายการสร้างสังคมดี คนมีความสุข มีการจัดสวัสดิการถึง 9 เรื่องและมีเรื่องสวัสดิการชราภาพ โดยมีสัจจะครบ 15 ปี อายุ 60 ปี ได้บำนาญเดือนละ 300 บาท จนมีสัจจะครบ 60 ปี อายุ 60 ปี ได้บำนาญเดือนละ 1,200 บาท

3. โครงการกองทุนสวัสดิการชุมชน ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ธนาคารกองทุนหมู่บ้านเกิดขึ้นในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จากกลุ่มในระดับหมู่บ้านที่ได้เชื่อมโยงเป็นแหล่งเงินทุนเครือข่าย ชื่อ “ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน” โดยการประสานการอำนวยความสะดวกของ ครูมุกดา อินต๊ะสาร

ธนาคารหมู่บ้านเป็นรากฐานแหล่งเงินทุนสำหรับแก้ไขปัญหาต่างๆของสมาชิก โดยก่อนที่จะมีการจัดตั้งธนาคารหมู่บ้านนั้น คนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านไม่มีการออม เมื่อยามเดือดร้อนจำเป็นต้องกู้เงินจากนายทุนซึ่งเสียดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 10-20 ต่อเดือน และเนื่องจากคนในหมู่บ้านต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน จึงเกิดการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันจึงได้ร่วมกันจัดตั้งธนาคารหมู่บ้านแรกเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2535 คือธนาคารหมู่บ้านจิวหงก ตำบลบ้านเป็น อำเภอดอกคำใต้ และต่อมาได้ขยายการจัดตั้งกลุ่มธนาคารหมู่บ้านไปสู่หมู่บ้านใกล้เคียงจนมีทั้งหมด 37 กลุ่ม ครอบคลุม 4 ตำบล คือ ตำบลบ้านเป็น ตำบลบ้านถ้ำ ตำบลหนองหล่ม และตำบลคือเวียงในปี 2536 จากการได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน จึงได้รวมตัวกันเป็นเครือข่าย โดยใช้ชื่อว่า **ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน**

วัตถุประสงค์ของการรวมตัวเป็นเครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน คือ

1. เป็นเวทีแลกเปลี่ยนปัญหาพร้อมหาแนวทางแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน
2. เป็นศูนย์รวมในการประสานงานระหว่างชาวบ้าน
3. จัดสวัสดิการให้สมาชิกในชุมชน
4. เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน



โดยใช้ “องค์กรการเงิน” เป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาความทุกข์ยากของคนในชุมชน การดำเนินงานของศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้านที่กลายเป็นแหล่งเงินทุนสำหรับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของสมาชิกส่งผลให้สมาชิกมีการออมของตนเอง และเงินที่ออมร่วมกันยังสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทันทั่วถึง

การจัดสวัสดิการของแต่ละกองทุนสวัสดิการ มีหลายประการรวมทั้งเรื่องการรักษาภาพ คือ

1. ช่วยเหลือในกรณี ป่วย จะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเป็นสมาชิกครบ 90 วันหรือ 3 เดือน
2. การเข้าโรงพยาบาลชดเชยวันละ 100 บาท แต่ไม่เกิน 20 วันหรือ 2,000 บาท ต่อปี
3. คลอดบุตร(รับขวัญเด็ก)ช่วยเหลือครั้งละ 500 บาท ส่วนแม่จะได้รับจากข้อมูลข้อ 1
4. ทุนการศึกษา

กรณีที่กองทุนของตำบลมีความเข้มแข็งให้ดำเนินการจัดสวัสดิการบำนาญผู้สูงอายุ(60 ปี)ที่เป็นสมาชิกครบภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้จะได้รับเงินช่วยเหลือดังนี้ คือ

เป็นสมาชิกครบ 10 ปี ได้รับเงินบำนาญไม่เกิน 200 บาท
จนถึง เป็นสมาชิกครบ 60 ปี ได้รับเงินบำนาญไม่เกิน 2,500 บาท

4. เครือข่ายออมบุญวันละหนึ่งบาทเพื่อสวัสดิการชุมชน สร้างทุนทางสังคมอย่างยั่งยืนจังหวัดลำปาง

อาจารย์ธวัช ธนวิจิตรานันท์ ประธานเครือข่ายร่วมด้วยประชาชนในพื้นที่อำเภอเถิน อำเภอแม่พริก อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางได้จัดตั้งกองทุน “ออมบุญวันละหนึ่งบาท เพื่อสวัสดิการชุมชน สร้างทุนทางสังคมอย่างยั่งยืนขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างโอกาส สร้างศรัทธา พัฒนาคุณภาพชีวิต พิชิตความยากจน ชุมชน มีสวัสดิการภาพอย่างยั่งยืน จังหวัดลำปาง” มีสมาชิก 8 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มบ้านดอนไชย ต.ล้อมแรด , บ้านแม่พริก ต.แม่พริก บ้านเหล่า ตำบลล้อมแรด บ้านพระบาทวังตวง ต.แม่ตั้ง บ้านแม่วะ เด่นไชย บ้านเกาะคา ต.เกาะคา บ้านท่านาง ต.ล้อมแรด และบ้านท่าตาล ต.เถินบุรี โดยมีแกนนำในการดำเนินการ อาทิ นายภูกิจ นันติชัย อาจารย์นวกภัทร ปัญญาเทศ รองประธานเครือข่าย และคุณยุพิน เถาเบี้ยปลุก เป็นเลขานุการเครือข่าย ได้ดำเนินการในเรื่องการระดมเงินออม การส่งเสริมอาชีพ การจัดสวัสดิการ เกิด แก่ เจ็บ ตาย แก่สมาชิก รวมทั้งกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ของชุมชน

เครือข่ายออมบุญ ได้ดำเนินกิจกรรมด้านสวัสดิการหลายประการ รวมทั้งกิจกรรมการ จัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ และได้จัดตั้งระบบการออมเพื่อการรักษาภาพ เริ่มต้นในปี 2550 โดยทั้ง 8 กลุ่ม มีแนวทงนโยบายและหลักการประการเดียวกัน คือ จะจ่ายเงินบำนาญให้ผู้สูงอายุเมื่อถึงวัย 85 ปี คนละ 300 บาท ทั้งนี้สมาชิกจะต้องมีระยะเวลาการออม 15 ปีขึ้นไป แต่หากผู้ออมปัจจุบันได้ออมมาถึงอายุ 80 ปี และครบ 10 ปี กลุ่มออมบุญจะเป็นผู้จ่ายเงินออมให้แก่สมาชิก



โดยที่เครือข่ายออมบุญฯ เพิ่งเริ่มดำเนินการและเป็นการดำเนินการโดยประชาชนที่มีความตั้งใจในการพึ่งตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากเห็นความสำคัญของการมีระบบการเตรียมความพร้อมในวัยชรา แม้ว่าแนวทางการเงินบำนาญ 300 บาท เมื่ออายุ 85 ปี จะไม่สร้างความพอใจแก่ผู้ออม แต่สมาชิกเครือข่ายออมบุญฯ มีความคิดเห็นพ้องต้องกันและมีความมุ่งมั่นในการสร้างระบบ ด้วยการริเริ่มที่มั่นคง ซึ่งเป็นรากฐานที่ดีที่สามารถปรับปรุงให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกในวันข้างหน้าได้ ดังนั้นจึงมีความระมัดระวังในเรื่องความยั่งยืน(จึงต้องการระยะเวลาการสะสมเงินยาวนาน) ความเสี่ยงของการบริหารจัดการที่โปร่งใส โดยได้พยายามให้มีโปรแกรมการตรวจสอบ กลุ่มแกนนำมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวิธีการดำเนินงานให้มีระดับมาตรฐาน มีความเป็นไปได้ในเรื่องการตั้ง ธนาคารสวัสดิการให้แก่สมาชิกในพื้นที่ต่อไป

5. องค์การออมทรัพย์ชุมชนบ้านป่าตัน ต.ป่าตัน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

โดยนายอุทัย ใจเชื้อ เป็นประธานคณะกรรมการดำเนินงาน อาจารย์นพชัย ไชยชมพู เป็นกรรมการ/เลขานุการ เป็นกลุ่มการออมเพื่อกิจการด้านสวัสดิการ ด้านธุรกิจชุมชน เช่นเดียวกับกองทุนการออมชุมชนอื่นๆ และมีกองทุนการออมเพื่อการชราภาพโดยการจัดสัดส่วนของเงินออมเพื่อกิจกรรมต่างๆ จุดเด่นของกองทุนนี้คือ การระดมโครงสร้างการตรวจสอบกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน ภายใต้โครงสร้างของคณะกรรมการกองทุนได้กำหนดให้มีสัดส่วนการจัดสรรเงินกองทุนดังนี้

1. กองทุนสวัสดิการชุมชนมีสัดส่วนการจัดสรรเงินกองทุนสวัสดิการครบวงจรชีวิต 50% กองทุนธุรกิจชุมชน 30% กองทุนเพื่อการศึกษา* 5% กองทุนชราภาพ*5%
2. กองทุนกลาง* (มีการจัดสรรภายในกองทุนอื่นๆ) 20%

การจัดระบบบำเหน็จบำนาญโดยกลุ่มการออมชุมชน การจัดให้มีสวัสดิการในชุมชนมีความหลากหลายในแนวทางการดำเนินกิจกรรม แต่สิ่งที่ปรากฏเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนคือ ความตั้งใจและความต้องการให้มีสวัสดิการด้านบำนาญ แต่ด้วยข้อจำกัดหลายประการ กลุ่มการออมชุมชนจึงต้องดำเนินกิจกรรมอยู่บนรากฐานความพอเพียงของทรัพยากรทางการเงิน และการจัดการเท่าที่ตนเองและชุมชน พึ่งดำเนินการได้ เพื่อให้ได้มีการจัดการในเรื่องของการมีรายได้ในวัยสูงอายุ

จากผลการศึกษาวิจัยของโครงการ CDP-SP ซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้น มีผลปรากฏว่า ประชาชนที่เป็นผู้อยู่ในวัยแรงงาน ในกลุ่มแรงงานอิสระสาขาต่างๆ แม้ประชากรในกลุ่มเกษตรกร มีความพร้อมที่จะให้มีระบบการออมเพื่อการชราภาพ เพื่อให้เป็นปัจจัยรองรับด้านรายได้ในวัยสูงอายุ นอกจากนั้นผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ว่ากลุ่มการออมชุมชนเป็นกลไกที่มีความเหมาะสมในการดำเนินการเรื่องระบบบำเหน็จบำนาญได้

*มีการจัดสรรภายในจากกองทุนอื่นๆ



ข้อสรุป

เพื่อให้มีการจัดระบบบำนาญบำนาญให้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะเป็นผู้สูงอายุที่มาจากกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ไม่มีองค์กรการจ้างงานและนายจ้างเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย จึงควรจัดให้มีระบบการออมเพื่อการชราภาพระดับพื้นฐานแก่แรงงานนอกระบบโดยใช้องค์กรการเงินชุมชนหรือกลุ่มการออมชุมชนเป็นกลไกดำเนินการ ดังตัวอย่างที่ได้กล่าวมาแล้ว

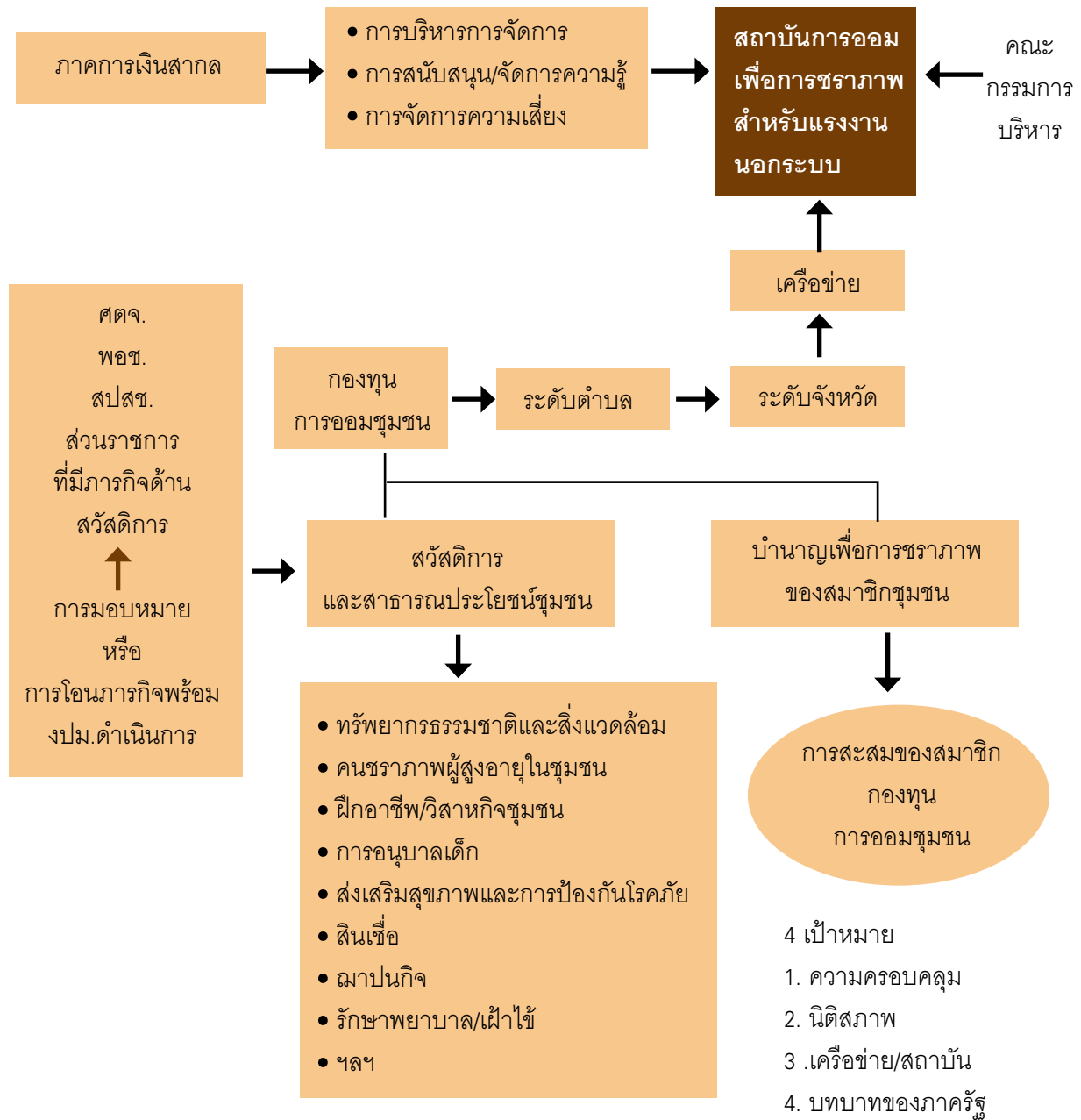
ข้อเสนอแนะ

ด้วยข้อจำกัดหลายประการของผู้อยู่ในกลุ่มแรงงานนอกระบบและเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการเข้าร่วมในระบบการออมเพื่อการชราภาพ ภาครัฐควรให้การสนับสนุนค้ำจุน โดยการเอื้ออำนวยให้ระบบบำนาญบำนาญของแรงงานนอกระบบหรือระบบการออมเพื่อสวัสดิการและการชราภาพของชุมชน สามารถดำเนินการไปได้อย่างยั่งยืนมีประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการ เป็นตาข่ายแห่งความมั่นคงรองรับความเสี่ยง ในเรื่องการมีรายได้ในวัยสูงอายุของแรงงานนอกระบบ และเป็นแหล่งเงินออมภาคครัวเรือนที่สำคัญของประเทศโดยการดำเนินการดังนี้

1. จัดให้มีการดำเนินการ การบริหารจัดการเงินออมภาคชุมชนที่แรงงานนอกระบบได้ดำเนินการมาแล้วในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืนเพื่อเป็นกองทุนบำนาญบำนาญสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มแรงงานนอกระบบ
2. ดำเนินการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการ การจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดการสร้างกลุ่มการออมชุมชนให้ทั่วถึง (Coverage) ให้กลุ่มการออมชุมชนได้รับการยอมรับ ในเรื่องสถานะและสามารถรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย ในระดับที่สร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการได้
3. เพื่อให้มีการออมภาคครัวเรือนเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการออม (ที่สูงขึ้นจากการออมระดับชุมชน) และความต้องการการออมเพื่อการชราภาพอย่างสมัครใจ ในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ภาครัฐพึงขยายระบบประกันสังคม (อาจมิใช่การขยายกองทุนประกันสังคมแต่เพียงประการเดียว) เพื่อให้ประชาชนในกลุ่มแรงงาน 21.82 ล้านคน มีเครื่องมือในการออมเพื่อการชราภาพเพิ่มขึ้นอีก



แผนภูมิที่ 25 ข้อเสนอโครงสร้างกองทุนการออมเพื่อสวัสดิการและชราภาพโดยชุมชน





8.3 สถานบริการผู้สูงอายุ*

8.3.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทย ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ.2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนถึง 499,837 คน 741,766 คนและ 1,103,754 คนตามลำดับ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

จากการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ และ ทิพวรรณ อิศรพัฒนสกุล (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางและระดับมากโดยเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 5,780 คนในปี พ.ศ.2538 ไปเป็น 35,302 คนในปี พ.ศ.2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,192 คนในปี พ.ศ.2558 คิดเป็น ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง (ดูตารางที่ 74)

* โดย ผศ.รอ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคุณเตือนใจ ภักดีพรหม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



ตารางที่ 74 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำแนกตามลักษณะการดูแล และระดับความต้องการการดูแล

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล (คน)					
	ดูแลภายในครอบครัว			ดูแลในสถานบริการ		
	ญาติดูแลเอง	จ้างผู้ดูแล	รวม	ต้องการการดูแลปานกลาง	ต้องการการดูแลมาก	รวม
2538	52,013	19,264	71,277	1,445	4,335	5,780
2543	60,541	22,703	83,244	4,415	13,243	17,658
2548	67,395	25,675	93,070	8,826	26,476	35,302
2553	73,220	28,475	101,695	15,254	45,763	61,017
2558	79,888	31,955	111,843	25,298	75,894	101,192

ที่มา : ปรับปรุงจาก สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธ์ และ ทิพวรรณ อิศรพัฒนสกุล (2540)

ด้วยความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม ครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขนาดของครอบครัวลดลง ผู้หญิงออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ที่จะเป็นผู้ดูแลลดลง (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม, 2549) และศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่ต้องการการดูแลในสถานบริการเพิ่มมากขึ้น

8.3.2 ประเภทของสถานบริการผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาว (long-term care) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การดูแลในสถาบัน (institutional care) และการดูแลในชุมชน (community care services) และการดูแลในสถาบันเป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2548) นอกจากนี้ยังเป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ หรือให้บริการ ณ ที่สถานที่ตั้ง สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท การดูแลในสถาบันแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ (Ribbe et al., 1997; Lassey and Lassey, 2001; ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2549) ได้ดังนี้

1. โรงพยาบาล (hospitals) เป็นสถานที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ ให้บริการในกรณีผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อน ที่จำเป็นต้องการการรักษาแบบรีบด่วน เช่น ภาวะ



ปอดบวม หรืออาการของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่มีอาการเปลี่ยนแปลง และอาจต้องการพักรักษาตัวระยะสั้นในโรงพยาบาล บริการที่ให้มีทั้ง คลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ

2. สถานะบริการผู้สูงอายุ (nursing home) เป็นสถานที่ให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลทางด้านจิตสังคมและการดูแลส่วนบุคคล การดูแลสนับสนุนทางการแพทย์ รวมทั้งบริการห้องพักและอาหาร สถานะบริการนี้มักให้การดูแลที่มีลักษณะ “การดูแลในระดับสูงสุด (highest level of care)” แบ่งออกเป็น สถานะบริการผู้ที่มีปัญหาทางกาย (somatic nursing home) สถานะบริการเฉพาะโรค เช่น สถานะดูแลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia care facilities) และ สถานะดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospice care)

3. บ้านพักคนชรา (residential homes) ให้บริการ “การดูแลในระดับต่ำกว่า (lower level of care)” เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีสถานที่พักอาศัยประเภทให้เช่าห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ (hostels) บริการให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (sheltered housing)

ดังนั้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ขาดคนดูแล หรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้เนื่องจากมีระดับความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงระดับมาก ที่จำเป็นต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ และต้องการการดูแลในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลในสถานะบริการ

8.3.3 สถานการณ์สถานะบริการผู้สูงอายุ

บริการของภาครัฐ

จากแนวโน้มความต้องการการดูแลในสถานะบริการ (institutional care) ที่เพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ปรากฏว่าภาครัฐจัดให้มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ชัดเจน ที่ผ่านมานโยบายภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ในบางส่วน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งสถานะสงเคราะห์คนชรา (residential home) เพื่ออุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2549) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น อันเนื่องมาจากเมื่อผู้สูงอายุที่เข้าไปรับบริการสงเคราะห์ในสถานะสงเคราะห์เป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจเกิดการเจ็บป่วย มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เช่น การศึกษาของ จิราลักษณ์ จงสถิตมัน พรประภา สีนุทนาวา และ นภัส



ศิริสัมพันธ์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ดูตารางที่ 75) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังอยู่ในภาวะพึ่งพา (ดูตารางที่ 76) ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ต้องการการดูแลในระดับที่สูงกว่าการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นความต้องการการดูแลด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม

ตารางที่ 75 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและภาวะสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างสถานสงเคราะห์

ภาวะสุขภาพ	สถานสงเคราะห์ใหญ่		สถานสงเคราะห์ขนาดกลาง		สถานสงเคราะห์ขนาดเล็ก	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
แข็งแรงดี	36	33.	33.3	7.7	50	10
มีโรคประจำตัว	64	66.7	66.7	92.3	50	90

แหล่งที่มา: จิราลักษณ์ จงสถิตมันน์ พรประภา สินธุนาวา และ นภัส ศิริสัมพันธ์. (2543).

ตารางที่ 76 ร้อยละของผู้สูงอายุชายหญิงในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษา จำแนกตามการพึ่งพาผู้อื่น

การพึ่งพา	สถานสงเคราะห์ใหญ่		สถานสงเคราะห์ขนาดกลาง		สถานสงเคราะห์ขนาดเล็ก	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
พึ่งพาตนเอง	40	52.1	14.8	11.5	10	20
พึ่งพาผู้อื่น	60	47.9	85.2	88.5	90	80

แหล่งที่มา: จิราลักษณ์ จงสถิตมันน์ พรประภา สินธุนาวา และ นภัส ศิริสัมพันธ์. (2543).

จากรายการการศึกษาของ ศิริสัมพันธ์ สาส์ตย์ และเตื่อนใจ ภัคดีพรหม. (2550) พบว่าถึงแม้ภาครัฐยังไม่มียบริการสถานบริบาล (nursing home) สำหรับผู้สูงอายุ แต่การบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือมีภาวะเจ็บป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบันแฝงอยู่ในการให้บริการให้เฉพาะผู้พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ ปัจจุบันมีทั้งหมด 20 แห่งทั่วประเทศ เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก ซึ่งเป็นความต้องการการดูแลที่เฉพาะ ที่ต้องใช้ทักษะการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ



จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและบกรพ่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในสถานสงเคราะห์มีจำนวนมาก ดังนั้นลักษณะการให้บริการในสถานสงเคราะห์ที่รัฐจัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาอาศัยยังไม่ตอบสนองความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เนื่องจากยังไม่มี การแบ่งระดับภาวะพึ่งพาหรือแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ชัดเจน ที่จะนำไปสู่การจัดบริการและการให้การช่วยเหลือที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามสภาพปัญหา มากขึ้นได้ ดังนั้นประเทศไทยจะต้องเตรียมการบริการที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในอนาคต นอกจากนี้ อาจต้องมีการพัฒนาทั้งการดูแลระยะยาวในสถานบริการและในชุมชน เนื่องจากยังมีผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพจำนวนมากที่ไม่มีญาติ ถึงแม้บางคนมีแต่ญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุปกติโดยทั่วไป

8.3.5 การบริการของภาคเอกชน

สถานบริบาลผู้สูงอายุในภาคเอกชน ส่วนใหญ่จดทะเบียนในรูปสถานพยาบาลเอกชน ประเภททั่วไป แต่เนื่องจากสถานพยาบาลเอกชนของไทยในปัจจุบันมีมากกว่า 400 แห่ง จึงไม่สามารถแยกประเภทของสถานบริบาล (nursing home) ผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภัคดีพรหม, 2550) อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชน โดยเริ่มมีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 (กองประกอบโรคศิลปะ, 2549) และจากสำรวจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุที่สามารถติดต่อได้จำนวน 76 แห่ง ของ นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปี พ.ศ.2549 พบว่าเป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุ 19 แห่ง สถานรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 5 แห่ง สถานรับดูแลและบริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 11 แห่ง บ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุ 1 แห่ง ที่เหลือเป็น สถานบริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลตามบ้าน โรงเรียนผู้ช่วยดูแล และสมาคมและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม จากสถานบริบาลผู้สูงอายุ 19 แห่ง มีเพียง 8 แห่งที่จดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน กับกองประกอบโรคศิลปะ นอกจากนี้ยังพบว่าในสถานรับดูแลและบริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 11 แห่ง แต่มีการขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพาณิชย์ 8 แห่ง กระทรวงแรงงาน 8 แห่งและไม่ขึ้นทะเบียน 1 แห่ง (ดูตารางที่ 77) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกฎกระทรวงที่ว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ.2545 ยังไม่มีการกำหนดประเภทของสถานบริบาล (nursing home) และยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะผู้ให้บริการและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการ ทำให้ผู้ให้บริการต้องจดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรงพยาบาลและต้องเผชิญกับกฎข้อบังคับมากมาย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ประกอบการบางรายหลีกเลี่ยงการจดทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ แต่ไปขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงพาณิชย์หรือกระทรวงแรงงาน โดยระบุว่าเป็นสถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยแทน



ตารางที่ 77 แสดงประเภทของการจดทะเบียนสถานดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานต่างๆ

ประเภทของการจดทะเบียน	หน่วยงานที่รับจดทะเบียน	จำนวน
สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	กองประกอบโรคศิลปะ	8
โรงพยาบาล (มีบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว)	กองประกอบโรคศิลปะ	5
สถานรับดูแลและบริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ	กระทรวงพาณิชย์	8
	กระทรวงแรงงาน	8

นอกจากนี้พบว่ามีโรงพยาบาลบางแห่งมีการปรับเปลี่ยนจากหอผู้ป่วยทั่วไป ไปเป็นสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยที่อุปกรณ์การดูแลต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม อาจยังไม่ได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ระดับความสูงของเตียง ความปลอดภัยของห้องน้ำ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น แสงสว่าง หรือพื้นผิวทางเดิน ทางลาด นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลรักษาและการพยาบาลยังคงมีลักษณะการดูแลให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน (acute care) มากกว่าการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long-term care) ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากกว่าการดูแลรักษาให้หายจากโรคที่มักจำกัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลคนเดียว จึงมีคำถามถึงคุณภาพ มาตรฐานการดูแลและสมรรถนะผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริบาลนี้ได้เช่นกัน

8.3.6 สภาพปัญหาของสถานบริบาล

1. จากความต้องการการดูแลในสถานบริการที่เพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ปรากฏว่าภาครัฐจัดให้มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ชัดเจน ที่ผ่านมามาหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ในบางส่วน แต่จากการศึกษาของ ทิพวรรณ วีระกุล (2548) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พบว่าการดำเนินงานที่ประสบปัญหามากที่สุดคือ ปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เพราะมีสัดส่วนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรง หลงลืม การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ ของ ศิริพันธ์ สาส์ตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม (2550) พบว่าการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ได้แฝงอยู่ในการบริการให้เฉพาะผู้พักอาศัยซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก แต่เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการการดูแลที่มีรูปแบบเฉพาะ ต้องใช้ทักษะการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีคำถามถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ให้ และความเหมาะสมในการ



ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในสถานสงเคราะห์คนชรา และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมการจัดตั้งสถานบริบาลผู้สูงอายุแยกออกมาจากบ้านพักคนชรา เนื่องจากเป็นความต้องการในการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์มีความแตกต่างกันกับผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีทั่วไป นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่รับโอนสถานสงเคราะห์เข้าไปอยู่ในความดูแล และ อปท. ที่มีขนาดใหญ่หรือที่มีความพร้อม เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดให้มีบริการสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับสูง

2. การบริการโดยทั่วไปยังไม่มี การจัดให้มีการบริการที่แบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ (level of care) เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงมากส่วนใหญ่มิได้รับการดูแลในสถานสงเคราะห์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่แท้จริง และส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นภาครัฐ ควรมีการประเมินผู้สูงอายุและจัดให้มีบริการที่แบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เช่น บ้านพักคนชรา หรือ สถานบริบาลผู้สูงอายุ (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550)

นอกจากนี้การบริการสถานบริบาลของภาครัฐที่ให้ ควรเปิดกว้างสำหรับให้บริการผู้สูงอายุที่มีต้องการการดูแลในระดับสูงที่ญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ อาจเป็นบุคคลทั่วไป โดยไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่ตรงได้รับ การสงเคราะห์เท่านั้น อาจจัดให้บริการเป็นระบบการจ่ายร่วม เนื่องจากญาติบางรายอาจไม่สามารถนำไปอยู่ในสถานบริบาลของภาคเอกชนได้ เนื่องจากมีราคาแพงและยังไม่มีมาตรการควบคุมอัตราค่าบริการที่เป็นธรรม

3. การขึ้นทะเบียนของสถานบริบาลของเอกชนไม่ชัดเจน ได้มีสถานประกอบการหลายแห่งเปิดสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยจดทะเบียนเป็นสถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง บางแห่งแฝงอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังขาดกฎหมายเข้ามาควบคุมการขึ้นทะเบียน ขาดเกณฑ์การจัดตั้งสถานบริบาลที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่มี การจัดทำมาตรฐานการดูแล การกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการ และหน่วยงาน ที่ให้การรับรองมาตรฐานของสถานบริบาล

สรุป

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น แต่กลับพบว่าจำนวนผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลงและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลงด้วย สถานบริบาลจึงเป็นการบริการที่สำคัญยิ่งที่จะรองรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ขาดคนดูแลหรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ เนื่องจากต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ที่ซับซ้อนมากขึ้น จากการศึกษากลับพบว่ามีการประเภนี้



ในภาคเอกชนเท่านั้น ประเภทของการจดทะเบียนยังไม่ชัดเจน อีกทั้งผู้ประกอบการบางส่วนไม่จดทะเบียนเลย ส่วนในภาครัฐมีบริการแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีข้อจำกัดในการดูแลด้านสุขภาพที่ซับซ้อน จึงควรมีการแยกบริการสถานพยาบาลออกจากสถานสงเคราะห์คนชรา และควรมีการจัดบริการตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละคน รวมทั้งจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ เพื่อนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพและเป็นส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระยะยาว

8.4 สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ... ความเคลื่อนไหวในรอบปีที่ผ่านมา*

สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต ตั้งแต่เรื่องการเคี้ยว การกัด การกลืน การพูด การยิ้ม การหัวเราะ ซึ่งเป็นเรื่องของการทำงานด้านกายภาพของช่องปาก โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ กระแสพระราชดำริสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เมื่อเดือนเมษายน 2547 ความว่า “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” แสดงให้เห็นพระปรีชาสามารถของพระองค์ท่านที่ทรงคำนึงถึงผลกระทบของการสูญเสียฟัน ต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า การสูญเสียฟันมีผลต่อการเคี้ยวอาหาร การเลือกชนิดของอาหาร ซึ่งส่งผลถึงระดับโภชนาการ เช่น การศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหารมีโอกาสเกิดสภาวะที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underweight) เป็น 3 เท่า ของผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหาร และจำนวนฟันที่เหลือน้อยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดสารอาหารบางประเภท ส่งผลต่อสภาวะโภชนาการได้ นอกจากนี้ การสูญเสียฟันยังมีผลต่อภาพลักษณ์ ความมั่นใจ ความสวยงาม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอาย ไม่อยากยิ้ม เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายเนื่องจากฟัน เช่น ปวดฟัน เสียวฟัน มีผลต่อการพักผ่อน การนอนหลับ และมีผลต่อการทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ รวมทั้งมีผลต่อการเข้าสังคม



ภาพที่ 4 ป้ายประชาสัมพันธ์

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



ข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากประชาชนไทย จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544(3) พบว่า

- ผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี่ ร้อยละ 92 ในจำนวนนี้เป็น การสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 8 และจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 5 ซึ่งเมื่อคิดตามจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี 2547 ที่มีประมาณ 6 ล้านคน ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากจึงมีประมาณ 300,000 คน และใส่ฟันเทียมบางส่วน 3,700,000 คน
- ผู้สูงอายุเป็นโรคฟันผุร้อยละ 96 เป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 62 มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 20
- ผู้สูงอายุมีการแปรงฟันร้อยละ 85 แต่แปรงถูกเวลา คือ หลังตื่นนอนตอนเช้า และก่อนนอนร้อยละ 31
- มีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร้อยละ 23 และใช้ไหมขัดฟันร้อยละ 64

จึงเห็นได้ว่า นอกจากความต้องการฟันเทียมจะสูงแล้ว ผู้สูงอายุยังมีโอกาสสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ทำให้ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย อีกทั้งสัดส่วนประชากรสูงอายุมิแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 10.5 หรือ 6.4 ล้านคนในปี 2548 เป็นร้อยละ 19.5 หรือ 11 ล้านคน ในปี 2563 ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน ขณะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการใส่ฟันเทียมเพื่อการเคี้ยวอาหารเป็นจำนวนมาก แต่ทันตบุคลากรผู้ให้บริการในภาครัฐ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนจำกัด และการจัดบริการใส่ฟันเทียมต้องใช้เทคโนโลยีเฉพาะ ใช้ค่าใช้จ่ายสูง กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย ได้ประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมพลังดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 เพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟันแก่ผู้สูงอายุ ระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี 2548-2550 ด้วยการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ 80,000 ราย และลดการสูญเสียฟันด้วยการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ให้ผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในลักษณะ Vertical program เพื่อการจัดบริการและสนับสนุนการจัดบริการตลอดเวลา 3 ปี รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน 435.1 ล้านบาท นอกจากนี้ ยังใช้งบประมาณปกติของกรมอนามัยในการพัฒนาวิชาการ การพัฒนาบุคลากร และเนื่องจากมีประชาชนทั่วไปที่เห็นประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีความประสงค์จะร่วมสมทบค่าใช้จ่าย กรมอนามัยจึงได้จัดตั้งกองทุนโครงการฟันเทียมพระราชทาน จัดกิจกรรมทอดผ้าป่ามหากุศล การสร้างพระพุทธรูปชินสีห์จำลอง “ภ.ป.ร.” รวมทั้งการรับบริจาคจากผู้รับบริจาคทั่วประเทศสมทบกองทุน จนถึงปัจจุบันยังคงมีประชาชนทั่วประเทศที่ร่วมสมทบผ่านผู้รับบริจาคทั่วประเทศเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งกองทุนดังกล่าวได้นำมาใช้สำหรับการใส่ฟันเทียมเพิ่มเติมจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุน



ความเคลื่อนไหวในรอบปีที่ผ่านมา

ภายใต้โครงการพิเศษ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งการพัฒนาวิชาการ การฝึกทักษะทันตบุคลากรทั่วประเทศในการจัดบริการใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพแก่ประชาชน การพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุขทั่วประเทศ การพัฒนาความเข้มแข็งภาคประชาชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนภาคประชาชน การรณรงค์จัดบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ร่วมกับหน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ขณะเดียวกัน ก็เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการอย่างต่อเนื่อง ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงพระมหากรุณาธิคุณขององค์ท่าน ที่ทรงห่วงใยสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และสนับสนุนกิจกรรมของทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โครงการฟันเทียมพระราชทานเป็นพันธะสัญญาต่อประชาชนไทยในปี 2549 และ 2550 ซึ่งมีความเคลื่อนไหวในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การจัดบริการใส่ฟันเทียม

ในปี 2548-2549 ผู้สูงอายุทุกสิทธิ์ทั่วประเทศ[N3]ประมาณ 61,197 ราย ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก และคาดว่าจะจัดบริการในปี 2548-2550 ได้รวม 90,000 ราย จากการติดตาม ประเมินผลโครงการ พบว่า ในปี 2548 ผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 44.1 ปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.8 และร้อยละ 97 ของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมในโครงการมีความพึงพอใจ รวมทั้งพบว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างชัดเจนในด้านต่างๆ กินอาหารได้มากขึ้นร้อยละ 83 พุดชัดขึ้นร้อยละ 66 พอใจในความสวยงามมากขึ้นร้อยละ 71 มีความสุขมากขึ้นร้อยละ 69 และมั่นใจในการเข้าสังคมมากขึ้นร้อยละ 49 นับว่าเป็นบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และจากการจัดมหกรรมการประชุมวิชาการเมื่อวันที่ 20-21 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้แทนชมรมผู้สูงอายุสาขาจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ ได้เน้นย้ำถึงความต้องการฟันเทียมของผู้สูงอายุทั้งฟันเทียมทั้งปากและฟันเทียมบางส่วนเพื่อการเคี้ยวอาหาร

ทั้งนี้ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ได้มีการพัฒนาเทคนิคการทำฟันเทียม ในหน่วยทันตกรรมพระราชทานให้แล้วเสร็จใน 3 วัน โดยคณะกรรมการพัฒนาวิชาการด้านเทคโนโลยีการทำฟันเทียม ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากทุกมหาวิทยาลัย กรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรุงเทพมหานคร เทคโนโลยีดังกล่าวจะลดขั้นตอนและระยะเวลาการทำฟันเทียมจาก 5-6 ครั้ง ที่ใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือน/ราย ให้รวมอยู่ใน 3 วัน ทำให้สามารถจัดบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังพัฒนาทันตบุคลากร ด้วยการอบรม



เพื่อพัฒนาทักษะการใส่ฟันเทียมทั้งปากแก่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยคณะทันตแพทยศาสตร์ ทุกมหาวิทยาลัย สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ และกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานทั่วประเทศ ได้รับการฝึกทักษะ รวม 686 คน



ภาพที่ 5 หนังสือเอกสารความรู้เกี่ยวกับการทำฟันเทียม



ภาพที่ 6 การฝึกทักษะแก่ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน

2. การพัฒนาด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปาก

2.1 แนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ

คณะกรรมการพัฒนาวิชาการด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก โดยผู้เชี่ยวชาญจากทุกมหาวิทยาลัย กรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรุงเทพมหานคร ได้ทบทวนองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังว่าจะเป็นบริการเพื่อลดการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ และจะศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยบริการต่อไป

2.2 ภาติเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแก่สมาชิกในชมรม ในโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปี 2548-2549 ร่วมดำเนินการโดยภาติเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมอนามัย โดยกองทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัย 3 แห่ง (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา และศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่) ซึ่งศูนย์อนามัยได้มีการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยในเครือข่าย ได้แก่ จังหวัดราชบุรี เพชรบุรี สุพรรณบุรี ชัยภูมิ บุรีรัมย์ เชียงใหม่ และลำปาง ทำให้เกิดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ ในหลายๆ รูปแบบ โดยเกิดขึ้นมาจากการที่ผู้สูงอายุร่วมคิด และทำกันเอง ร่วมกับการ



สนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาล และตำบล เป็นต้น กิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้มีการคิดทำกันขึ้นมาเมื่อมองในภาพรวม ได้แก่

- ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้จัดให้มีกิจกรรมในชมรมฯ ได้แก่ การแปรงฟัน แปรงลิ้น หลังอาหารกลางวัน การแปรงฟันหลังจากการทำบุญที่วัด และการปรับรูปแบบอาหารว่างจากขนมหวานเป็นผลไม้
- ด้านการให้ความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุเอง มีการจัดกิจกรรม การให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก จัดทำบอร์ดความรู้เรื่องฟัน และตำแหน่งของฟันในช่องปาก การจัดทำคู่มือความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ การจัดทำโมเดลฟัน เพื่อระบุตำแหน่งฟันที่ต้องเน้นการทำความสะอาดช่องปาก และจัดทำเพลงแปรงฟัน นำเพลงพื้นบ้านเพื่อสุขภาพมาใช้
- ด้านเสริมสร้างกำลังใจให้กับสมาชิกชมรมฯ ได้แก่ การประกวดแปรงฟัน และการประกวดผู้สูงอายุฟันสวย
- ด้านการให้ความช่วยเหลือในชุมชนที่อยู่ของชมรมผู้สูงอายุ ได้จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรม การตรวจฟันให้กับลูกหลานที่บ้าน และเพื่อนบ้านในชุมชน และส่งต่อเพื่อให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และสอนเรื่องการแปรงฟันแก่พระ เด็กเล็ก นักเรียน อสม. ประชาชน
- ด้านการสร้างนวัตกรรม / สิ่งประดิษฐ์ การทำความสะอาดช่องปาก อาทิ การจัดทำไม้คนทาเพื่อเป็นอุปกรณ์เสริมการทำความสะอาดช่องปาก การจัดทำไม้จิ้มฟัน เพื่อเป็นอุปกรณ์เสริมการทำความสะอาดช่องปาก การตั้งกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟัน และการทำกระเป๋ากี้อ (จากกล่องเหล้า) สำหรับใส่แปรงสีฟัน ยาสีฟัน
- ด้านการสร้างมาตรการด้านสุขภาพช่องปาก มีการจัดทำข้อตกลงหมู่บ้าน เรื่อง ไม่กินหวาน การตั้งชมรมผู้สูงวัยไม่กินหวาน และการจัดกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้เรื่องการทำความสะอาดฟัน

โครงการดังกล่าวแสดงให้เห็นศักยภาพของผู้สูงอายุ ในการการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก โดยผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต สามารถทำให้เกิดเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องได้ ในระดับชุมชนในพื้นที่ ด้วยการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตามบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการประกวด “10 ยอดฟันดีวัย 80 ปี” เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุที่ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอย่างดี ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน



ภาพที่ 7 การส่งเสริมความรู้การ
แปรงฟันที่ถูกต้องหลังอาหารกลางวัน



ภาพที่ 8 การแปรงฟันหลังจากทำบุญที่วัด



ภาพที่ 9 การประกวดการแปรงฟัน
ในผู้สูงอายุ

3. การรณรงค์ร่วมกับหน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์

เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ถึงพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงห่วงใยสุขภาพช่องปากของประชาชน หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว คณะทันตแพทยศาสตร์ ทุคมหาวิทยาลัย จึงได้จัดการรณรงค์ใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุในถิ่นทุรกันดาร หรืออยู่ห่างไกล หรือกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสึนามิ พระสงฆ์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้จัดพิธีถวายราชสักการะและมอบฟันเทียมพระราชทานแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการผลิต สื่อ สิ่งพิมพ์ต่างๆ

4. การจัดหาแหล่งทุน

งบประมาณในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2548-2549 และได้เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมเฉลิมพระเกียรติฯ ในกองทุนโครงการฟันเทียมพระราชทาน โดยจัดการทอดผ้าป่ามหากุศล จัดสร้างพระพุทธรูปชินสีห์จำลอง “ภ.ป.ร.” และสมทบกองทุนผ่านผู้รับบริจาคทั่วประเทศ

จากการพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจ จากภาคีเครือข่ายทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดบริการอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้สูงอายุ ตรงตามความต้องการที่แท้จริง ทำให้โครงการฟันเทียมพระราชทาน เป็น 1 ในโครงการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ในปี 2549 และ หนึ่งในพันธะสัญญาของกระทรวงสาธารณสุขต่อประชาชนไทยในปี 2549 เช่นกัน ผลสัมฤทธิ์ของโครงการฟันเทียมพระราชทานที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ทำให้กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมที่จะ

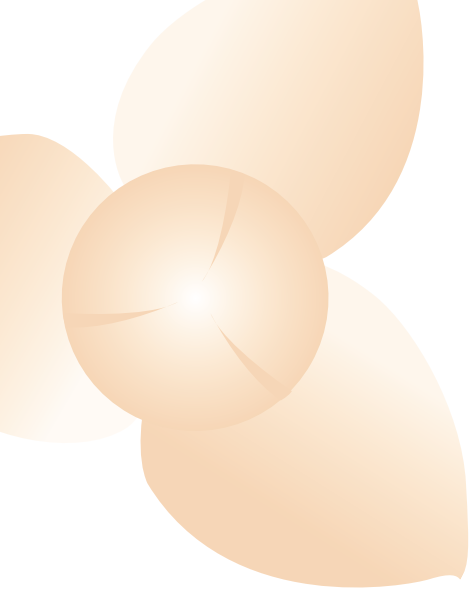


ดำเนินการตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ในการเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพช่องปากดี เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการจัดบริการใส่ ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ ตามความต้องการของประชาชนสูงอายุอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับจัดระบบบริการเพื่อการ ส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปาก และพัฒนาความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ดูแลสมาชิกชมรม ซึ่งจะลดการสูญเสียฟัน ลดความต้องการใส่ฟันเทียมในระยะยาวต่อไป



ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

บทที่ 9



บทที่ 9

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

จากข้อมูลข้างต้นที่นำเสนอจะเห็นแนวโน้มสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยที่มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในด้านต่างๆ ดังนี้

9.1 การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ 2545 -2564

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา ส่วนที่ได้ดำเนินการไปบ้างแล้วได้แก่ การส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดูแลตนเองเบื้องต้น ผ่านชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศได้มาร่วมกันจัดกิจกรรมอย่างกว้างขวาง

การมีกฎหมายที่บังคับอาคารใหม่ให้จัดสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ แต่ก็มีอาคารเก่าอีกมากที่ไม่อยู่ภายใต้ข้อบังคับนี้ การจัดบริการสาธารณะต่างๆ ที่ได้ดำเนินการแล้วเช่น การลดราคาค่าโดยสารรถไฟ รถประจำทางสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น



การจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุก็ยังมีจำนวนน้อยและยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้สูงอายุ การส่งเสริมการจัดบริการด้วยระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่กำลังขยายออกไปทั่วประเทศภายใต้การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นในปีนี้จึงมีข้อเสนอในการเพิ่มความเข้มข้นของการดำเนินการเตรียมความพร้อมต่างๆ โดยการส่งเสริมให้เกิดชุมชนเข้มแข็งโดยชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนในการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ดูแลตนเองเบื้องต้น เช่น การจัดการศึกษาเพื่อเรียนรู้ตลอดชีวิต การฝึกทักษะอาชีพเพื่อการมีรายได้หลังวัยเกษียณ การส่งเสริมการเป็นอาสาสมัครของผู้สูงอายุก่อนวัยต้นในการดูแลผู้สูงอายุวัยปลายที่นับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ภายในชุมชน ทั้งนี้ภาครัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นจะต้องให้ความช่วยเหลือประสานและพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุเหล่านี้และชุมชนเองให้เข้มแข็งที่จะเกื้อหนุนกันภายในชุมชน

ในด้านบริการสาธารณสุขรัฐจะต้องส่งเสริมให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่เอื้อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ เช่น สถานี บันได ทางลาด ห้องน้ำของการใช้รถยนต์ รถไฟสาธารณะ สถานีสาธารณสุขต่างๆ โดยการสร้างแรงจูงใจด้านภาษี หรือออกข้อบัญญัติท้องถิ่นมาบังคับใช้อย่างทั่วถึง

9.2 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่านอกเขตเทศบาล เกือบทั้งหมดเป็นโรคไม่ติดต่อ ปัญหาการมองเห็น และภาวะสมองเสื่อมที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ตลอดจนปัญหาที่เป็นสาเหตุใหญ่ของการทุพพลภาพ คือการหกล้ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงแม้ว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ แต่ถ้าการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง นั้นจะต้องเดินทางไปไกลจากชุมชนที่อยู่ ก็เกิดความไม่สะดวกทั้งค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการ บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนของผู้สูงอายุก็มีความสำคัญที่รัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้มีศักยภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ไม่ว่าจะเป็นการให้การรักษเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ หรือการดำเนินการป้องกันโรคหรือภาวะโรคเรื้อรังดังกล่าวด้วยการคัดกรองโรค/ภาวะเสี่ยงทุติยภูมิ (secondary risk factors) เพื่อเฝ้าระวังและค้นหาผู้เป็นโรคระยะเริ่มต้นมาทำการรักษาก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอันเป็นเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพซึ่งจะต้องการทรัพยากรทุกด้านอย่างมาก นอกจากนี้ในอนาคตอันใกล้จะมีผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายที่อยู่เพียงลำพังมากขึ้น ความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว(Long term care)อย่างถ้วนหน้า ที่บูรณาการทั้งด้านสุขภาพกาย จิตและสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในระดับต่างๆ ระบบการดูแลนี้จะต้องเน้นหนักที่การใช้ครอบครัว ชุมชนเป็นฐาน และหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนของผู้สูงอายุเป็นกำลังหลักในการให้บริการ และต้องเน้นการบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันการเข้า



ถึงของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลอยู่คนเดียวมีภาวะพึ่งพิง และต้องการการดูแลระดับสูง 24 ชั่วโมงนั้น รัฐควรมีนโยบายเตรียมการเรื่องระบบบริการการดูแลในสถาบันที่ ขณะนี้มีเพียงภาคเอกชนเท่านั้นที่จัดบริการสถานบริบาลให้คนระดับกลางสามารถเข้าถึงบริการได้ในราคาที่ เป็นธรรมและดูแลด้านคุณภาพ ส่วนการบริการภาครัฐควรจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้และ พิจารณาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่กลายเป็นผู้ป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลในสถาบันที่ เหมาะสมมากกว่าที่จะให้คงอยู่ในสถานสงเคราะห์ต่อไป นอกจากนี้การวางแผนเพื่อจัดบริการสุขภาพที่ เหมาะสมต้องมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบและทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรทั้งด้านการแพทย์และด้านที่เกี่ยวข้องให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

9.3 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วิถีแห่งการ เตรียมการ เพื่อสร้างหลักประกันสำหรับประชาชนทุกวัย และเน้นการพึ่งตนเอง โดยใช้ศักยภาพของประชาชน มากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากตระหนักถึงความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน ว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และ เป็นปัจจัยสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนมากกว่าการให้บริการจากสถาบัน ดังนั้นแนวนโยบายด้านผู้สูงอายุ จึงควรนำแนวคิดเรื่องการใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นพื้นฐานมาเป็นการจัดบริการ โดยเชื่อว่าครอบครัว เป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคล เป็นสถาบันพื้นฐานที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้อง คุ้มครอง รวมทั้งเป็นตัวแทน เรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญ ส่วนชุมชนนั้นเป็นการมุ่งใช้คุณลักษณะเด่น และทรัพยากร ในชุมชนเป็นเครื่องมือในการสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนให้เกิดการแก้ไขปัญหา พัฒนาบริการ และแสวงหา ความร่วมมือในทุกกระดับ ปัจจุบันรัฐโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ดำเนินการ โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่เน้นการดูแลโดยชุมชนเพื่อสนับสนุนและแบ่งเบาภาระของครอบครัว ที่นับวันบทบาทจะแผ่วลง โดยการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดตั้งโครงการนำร่องศูนย์ อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 8 แห่งของประเทศ ข้อเสนอแนะคือรัฐควรมีนโยบายสร้างความเข้ม แข็งของชุมชน และการส่งเสริมการรวมกลุ่มในระดับชุมชนโดยมีหรือไม่มีชมรมผู้ สูงอายุเป็นแกนก็ได้ เพื่อ ดำเนินกิจกรรมหรือจัดบริการเพื่อการเกื้อหนุนระหว่างวัยต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในวัยต่างๆ ภายใน ชุมชน การยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุที่มีคุณงามความดี เป็นแบบอย่างในการทำประโยชน์แก่สังคม การถ่ายทอด ภูมิปัญญาท้องถิ่น ควรมีนโยบายส่งเสริมให้ชุมชนมีองค์กรของตนเองในการประสานและบูรณาการ กิจกรรม/ บริการต่างๆ ที่แต่ละหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นที่เข้าไปดำเนินการในชุมชน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และสามารถให้บริการผู้สูงอายุ/คนในชุมชนได้อย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุ เช่น สภาชุมชน ศูนย์อเนกประสงค์ การส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรม ครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง จะช่วยให้การเตรียมความพร้อมของสังคมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุได้ดีขึ้น



9.4 การเรียนรู้ตลอดชีวิต

การที่พบว่าขณะนี้ผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ประมาณร้อยละ 80 แต่อัตราการอ่านหนังสือหรือการเรียนรู้ใหม่ๆ ยิ่งน้อยมาก จะเป็นข้อจำกัดอย่างยิ่งต่อการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ 2545-2564 นั้นจะต้องเตรียมความพร้อมด้วยการให้การศึกษา การเรียนรู้ตั้งแต่วัยเด็ก วัยทำงาน วัยก่อนเกษียณ และหลังวัยสูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานด้านการศึกษาจึงควรจัดให้มีหลักสูตรเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงในการเข้าสู่วัยสูงอายุตั้งแต่หลักสูตรในวัยเด็ก ถึงวัยรุ่น ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อวัยสูงอายุว่าสามารถดำรงตนเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นทรัพย์สินที่มีค่าของสังคมและประเทศได้ หากมีความเข้าใจความเปลี่ยนแปลงและมีการเตรียมความพร้อมที่ดี สำหรับการจัดการเรียนรู้ในวัยสูงอายุนั้น รัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงศึกษาธิการร่วมกับกระทรวงแรงงาน ควรส่งเสริมการจัดการศึกษาที่เน้นการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อจัดการศึกษา การเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ผู้สูงอายุ โดยกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้ที่มีบทบาทในเรื่องของการบริหารจัดการและพัฒนาช่องทางสื่อสารให้เหมาะสมกับการเรียนการสอนของผู้สูงอายุ พัฒนาช่องทางและรูปแบบของสื่อที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงได้ง่าย และสำนักงานการศึกษานอกโรงเรียนก็ดำเนินการสนับสนุนในการจัดการศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัย โดยส่งเสริมและสนับสนุน การฝึกอบรม การบริหารจัดการ ประสาน ให้มีการเรียนรู้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ควรให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ซึ่งจะได้ผลตรงตามความต้องการและประสบความสำเร็จกับตัวผู้สูงอายุเอง ปัญหาการเข้าถึงการศึกษาของผู้สูงอายุควรจะได้มีการทบทวนกฎหมายที่มีอยู่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุว่ายังมีช่องว่างที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนการเรียนรู้ตามสิทธิที่พึงมีหรือไม่

9.5 รายได้ในวัยสูงอายุและการออมเพื่อการชราภาพ

ผู้สูงอายุยังคงมีความพร้อมและต้องการทำงาน แม้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็ตาม รัฐบาลควรมีนโยบายสนับสนุน และส่งเสริมแรงงานสูงอายุให้ได้มีงานทำต่อไป การทำงานของผู้สูงอายุ นอกจากเป็นที่มาของรายได้ เพื่อเลี้ยงชีพทั้งต่อตนเองและครอบครัวแล้ว ยังเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงภาวะทางกายและจิตใจ รวมถึงศักยภาพในการดำรงชีวิต ของผู้สูงอายุ การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประเทศนั้น เป็นสิ่งที่ดีและควรเปิดโอกาสให้กำลังแรงงานสูงอายุเหล่านั้นที่มีความพร้อม มีความต้องการทำงาน และมีศักยภาพที่จะทำได้ในงานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อผู้สูงอายุจะได้ดำรงชีวิต ในบั้นปลายอย่างมีความสุข มีศักดิ์ศรีตลอดไป จากข้อมูลรายงานด้านการทำงาน จะพบว่าแม้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่เด่นชัดถึงอัตราการเพิ่มการจ้างแรงงานผู้สูงอายุในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นรัฐควรมีนโยบายส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกเหนือจากภาคเกษตรที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเจ้าของ โดยให้มีแรงจูงใจในการได้รับการลดหย่อนภาษีของผู้ว่าจ้าง



หน่วยงานของรัฐควรเริ่มต้นทำเป็นแบบอย่างโดยมีหลักเกณฑ์สัดส่วนในการจ้างผู้สูงอายุกับพนักงานทั่วไปอย่างชัดเจน และควรทบทวนอายุในการเกษียณของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับสถานที่ทำงานควรจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานของผู้สูงอายุด้วยนอกเหนือจากช่วยเหลือลดหย่อนภาษีเงินได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ นอกจากนี้ต้องส่งเสริมให้มีการจัดการศึกษาเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุหรือใกล้วัยสูงอายุ(เน้นที่นอกระบบและตามอัธยาศัย) เพื่อฝึกทักษะใหม่ในการเปลี่ยนอาชีพ/บทบาทใหม่ที่ต้องการและเหมาะสมเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

หลักประกันที่สำคัญอย่างหนึ่งของวัยสูงอายุนอกเหนือจากการทำงานหลังวัยเกษียณเพื่อการมีรายได้แล้ว ก็ยังอาจไม่เพียงพออาจต้องพึ่งเงินออมที่ได้มาระหว่างวัยแรงงาน จากข้อมูลรายงานด้านการออม พบว่าสัดส่วนการออมส่วนบุคคลเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศยังอยู่ในระดับต่ำและลดลงอย่างต่อเนื่องในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้แรงงานส่วนใหญ่ถึง 2 ใน 3 ของแรงงานทั้งประเทศเป็นแรงงานนอกระบบที่ยังไม่มีหลักประกันการออมเพื่อชราภาพ และยังมีกลุ่มที่มีปัญหาไม่สามารถทำงานได้ เช่น คนพิการ ดังนั้นรัฐจะต้องเร่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจดังกล่าวอย่างถ่วงหน้า เพิ่มเติมขึ้นจากการประกันตนเพื่อการชราภาพของระบบประกันสังคม และระบบบำนาญบ้านาญข้าราชการตลอดจนกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ครอบคลุมประชากรไทยทุกคน หลักประกันนี้รัฐควรเป็นผู้ดำเนินการบนพื้นฐานการช่วยตนเองของประชากรวัยแรงงานก่อน และอาจมีความเชื่อมโยงกับความช่วยเหลือภายในชุมชนกันเองผ่านกองทุนสวัสดิการชุมชนที่เข้มแข็ง โดยรัฐจัดสร้างกลไก การจัดการ การกำกับ และติดตามประเมินผลเพื่อประกันให้สามารถจ่ายบำนาญชราภาพแก่แรงงานนั้นได้เมื่อถึงวัยสูงอายุ



บรรณานุกรม

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) 2549. ภาวะประชากรสูงอายุในประเทศไทย : สภาพการณ์และนโยบาย. กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

กองประกอบโรคศิลปะ. (2549). **สถานพยาบาลเอกชน**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://mrd-hss.moph.go.th/Admin/filestat/11.xls> [12 มกราคม 2550]

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544**. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ).

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพช่องปากผู้สูงอายุ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวาระมหามงคล 80 พรรษา ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548**, มิถุนายน 2548.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549. **คู่มือวัดส่งเสริมสุขภาพ**.

กระทรวงสาธารณสุข. **ในหลวงกับงานทันตกรรม** โดย ศ.(พิเศษ) ทพญ.ท่านผู้หญิงเพ็ชรา เตชะกัมพุช. กันยายน 2548.

กลุ่มประเมินผล กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **เอกสารบทคัดย่อ การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ประจำปี 2550 เรื่อง “ภาควิชาจิต พืชตพุง มุ่งวิถีสุขภาพ”**. พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2550, หน้า 92.

ชนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง การดูแลระยะยาวในประเทศต่างๆ**, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://library.nhso.go.th/pages/nhsodoc-enhsso/E4900013.pdf>

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. 2549. **สถาบันการณัผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2548**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2549. **รายงานการสำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย** สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2549. **รายงาน การวิจัยการศึกษาข้อมูลด้านสภาพสังคมเศรษฐกิจและทัศนคติของผู้สูงอายุในเมืองเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย** คณะสถาปัตยกรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ ลินจง ไบธิบาล และจิตตวดี เจริญทอง. (2550). **รายงานการวิจัยเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพวรรณ วีระกุล. (2548). **การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจั้ดบริการผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร ุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2549). **รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ.** (The development and Enhancement of Reach of and Access to Basic Social Security of the Elderly). รายงานนำเสนอต่อ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน

นาถ พันธุมนาวิณ และคณะ, 2549. **รายงานการวิจัยการศึกษาการดำเนินงานขยายผล โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน** สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นภาพร ชัยวรรณ. 2542. **สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน : การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ : ผู้วิจัยสูงอายุด้วยคุณภาพ.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิติตปริญญามหาดบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. (2549). **รายงานการสำรวจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุ.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และ บัทยา ว่าพัฒนางศ์. (2548). **ภาวะการตายและความยืนยาวของชีวิต ประชากรไทย, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**

พัชราวรรณ ศรีศิลป์ปัทม. **ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปาก ต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ : เอกสารประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุ และความชรา พ.ศ.2544** วันที่ 21-22 มิถุนายน 2544.

วรรณภา ศรีธีรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). **การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541. “บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ”. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2541 เรื่อง เสริมสร้างดูแลแก่ผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ : สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2535. **ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2549). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย, เครือข่ายวิจัยสุขภาพ** สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thainhf.org/hrn/www/Research-Detail.asp?ID=143>

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2550). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ, เครือข่ายวิจัยสุขภาพ** สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thainhf.org/hrn/www/Research-Detail.asp?ID=157>

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548-2568,** มหาวิทยาลัยมหิดล.



ปัทมา ว่าวัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. 2548. ประชากรไทยในอนาคต, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สารประชากร ปีที่ 15 มกราคม 2549

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สารประชากร ปีที่ 14 ฉบับพิเศษ (กรกฎาคม 2548)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สารประชากร ปีที่ 13 กรกฎาคม 2547

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2548-2549. สำนักงานสถิติพยากรณ์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานลักษณะของประชากร จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลง 2550. ของประชากร พ.ศ.2548-2549 สำนักงานสถิติพยากรณ์

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2548). หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ, available from <http://oppo.opp.go.th/info/network.htm>, retrived on August 2, 2005.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2547. สถาบันการณัผู้สูงอายุไทย. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. **วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**, 20(2): 1-9.

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

United Nations (2006) *World Population Prospects: The 2006 Revision*.

United Nations (2006). *World Population Ageing 2006*, New York.

Lassey, W.R. and Lassey, M.L. (2001). Japan: Challenges of Aging and Culture Change (pp. 286-316). In **Quality of Life for Older People: An International Perspective**, New Jersey: Prentice Hall.

Ribbe, M.W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinkova, E., Hawes, C., Ikegam, N., Henrard, J. and Jonnson, P.V. (1997) *Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and setting*. *Age and Ageing*, Sep, 26-S2: 3-12.



สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ตราขึ้นโดยมีเจตนารมณ์เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานภาครัฐ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ ตลอดจนองค์กรอื่นในการจัดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุนตามพระราชบัญญัตินี้ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการเพื่อติดตามสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติฯ มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- ผู้สูงอายุได้รับ
- การบริการที่สะดวก รวดเร็ว
 - มีช่องทางเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขอรับบริการได้ที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ
- ข้อมูลเพิ่มเติมที่
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข 02-590-6230 <http://www.agingthai.org>

2. ด้านการศึกษา

- ผู้สูงอายุได้รับ
- การศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย
 - การจัดกิจกรรม ฝึกอบรม มีรายการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ
 - การจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน
 - มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐานถึงขั้นอุดมศึกษา
- ขอรับบริการได้ที่
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนในจังหวัดทุกจังหวัด
- ข้อมูลเพิ่มเติมที่
- กระทรวงศึกษาธิการ 02-628-6398 <http://www.moe.go.th>

3. ด้านการประกอบอาชีพ

- ผู้สูงอายุได้รับ
- บริการข้อมูลทางอาชีพ ตำแหน่งงานว่าง
 - การจัดหางาน สมัครงาน
 - ข้อมูล คำปรึกษา ช่างสำรวจตลาดแรงงาน
- ขอรับบริการได้ที่
- สำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานจัดหางานทุกจังหวัด สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาค ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด
- ข้อมูลเพิ่มเติมที่
- กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน 02-247-9423
- สายด่วนกระทรวงแรงงาน 1694 , 1506 <http://www.doe.go.th>



4. ด้านการฝึกอาชีพ

ผู้สูงอายุได้รับ	- การอบรม ฝึกอาชีพ
ขอรับบริการได้ที่	สำนักงานจัดหางานเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานจัดหางานทุกจังหวัด สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาค ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด
ข้อมูลเพิ่มเติมที่	กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน 02-247-9423 http://www.doe.go.th กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน 02-245- 1706 http://www.dsd.go.th สายด่วนกระทรวงแรงงาน 1694 ,1506

5. ด้านการจัดหาตลาดรองรับสินค้า

ผู้สูงอายุได้รับ	- การนำสินค้าร่วมจำหน่ายในงานต่างๆ - การอบรมด้านการจัดการ การตลาด
ขอรับบริการได้ที่	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า สถาบันฝึกอบรมธุรกิจการค้า และสำนักงานพาณิชย์จังหวัด
ข้อมูลเพิ่มเติม	02 - 547-5950 , 02547-5963 http://www.moc.go.th

6. ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร การอำนวยความสะดวกในการเดินทาง

รถไฟ	การลดค่าโดยสารครึ่งราคา ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกันยายน การอำนวยความสะดวก โดยไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตัว พนักงานช่วยยกสัมภาระ ปฐมพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
ข้อมูลเพิ่มเติม	การรถไฟแห่งประเทศไทย 02-225-0300 http://www.railway.co.th
รถไฟฟ้าใต้ดิน	การลดค่าโดยสารครึ่งราคา
ข้อมูลเพิ่มเติม	การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย 02-612-2444 http://www.mrta.co.th
รถไฟฟ้า BTS	ลิฟต์บริการ ที่สถานีหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช และช่องนนทรี
ข้อมูลเพิ่มเติม	บริษัทระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพจำกัด 02-246-0039, http://www.bts.co.th
รถโดยสารประจำทาง ขสมก.	การลดค่าโดยสารครึ่งราคา(ไม่รวมค่าธรรมเนียม)ตั้งแต่ช่วงเวลา09.30 - 15.00 น. จัดที่นั่งสำรองเป็นการเฉพาะ
ข้อมูลเพิ่มเติม	องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ ฯ 02-246-0339 , 184 , http://www.bmta.co.th
รถโดยสาร บริษัทขนส่ง จำกัด (บขส.)	การลดค่าโดยสารครึ่งราคา จัดที่นั่งพักผ่อน และห้องสุขา
ข้อมูลเพิ่มเติม	บริษัทขนส่ง จำกัด , 02-272-3601-9 , 1854 , http://www.transpot.co.th
เครื่องบิน	
การบินไทย	ลดค่าโดยสาร 15% ,อำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก
ข้อมูลเพิ่มเติม	บริษัท การบินไทย จำกัด 02- 573-0099 , http://www.thaiair.com
สายการบินกรุงเทพ	ลดค่าโดยสาร 15% อำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก
ข้อมูลเพิ่มเติม	บริษัทการบินกรุงเทพฯ จำกัด 02-265-5555, http://www.bangkokair.com



สายการบินภูเก็ตแอร์ไลน์ ข้อมูลเพิ่มเติม	ลดค่าโดยสาร 5% เฉพาะเที่ยวบินภายในประเทศ ,อำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องลำดับแรก สายการบินภูเก็ตแอร์ไลน์ โทร 02-679-8999 http://www.phuketairline.com
สายการบินนกแอร์ ข้อมูลเพิ่มเติม	อำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก สายการบินนกแอร์ โทร 1318 http://www.nokair.com
สายการบินแอร์เอเชีย ข้อมูลเพิ่มเติม	อำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก สายการบินแอร์เอเชีย 02-515-9999 http://www.airasia.com
ท่าอากาศยาน ข้อมูลเพิ่มเติม	จัดสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ลิฟต์ โทรศัพท์ ทางลาด ห้องสุขา มุมพักผ่อน กรมการขนส่งทางอากาศ , 02 - 287-0320-9 http://www.aviation.go.th
ท่าเรือข้ามฟาก ข้อมูลเพิ่มเติม	อำนวยความสะดวก ปลอดภัย มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เส้นทาง กรมการขนส่งทางน้ำและพาณิชยนาวี 02-233-1131-8 http://www.md.go.th
ทางด่วน ข้อมูลเพิ่มเติม	จัดบริการห้องน้ำเป็นการเฉพาะที่ด่านดินแดง ด่านสุขุมวิท 62 และด่านบางนา การทางพิเศษแห่งประเทศไทย , 02-579-5380-9 http://www.eta.co.th

* ผู้สูงอายุต้องแจ้งและแสดงบัตรประจำตัวประชาชน ต่อเจ้าหน้าที่ก่อนซื้อตั๋วโดยสารบริการขนส่งสาธารณะ*

7. ด้านการท่องเที่ยว

ผู้สูงอายุได้รับ ขอรับบริการที่	- การจัดกิจกรรม โครงการสำหรับผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย 02- 250-5500 http://www.tat.or.th
------------------------------------	--

8. ด้านกีฬาและนันทนาการ

ผู้สูงอายุได้รับ	- การบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย - ใช้บริการในสนามกีฬา สวนสุขภาพ ลานกีฬาเอโรบิค สนามเปตอง ห้องออกกำลังกาย - เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การแข่งขันกีฬา การลีลาศ - การรับสมัครเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพล้าย
ขอรับบริการได้ที่ ข้อมูลเพิ่มเติม	การกีฬาแห่งประเทศไทย และการกีฬาภูมิภาค สำนักพัฒนากีฬาและนันทนาการ 02-214-0120 ต่อ 1511 http://www.osrd.go.th

9. ด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม

ผู้สูงอายุได้รับ	- การลดอัตราค่าเข้าร่วมกิจกรรม - การส่งเสริม สนับสนุนการจัดกิจกรรม - การอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยในพิพิธภัณฑ์ - โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์ สถานที่จัดกิจกรรม
ข้อมูลเพิ่มเติม	กระทรวงวัฒนธรรม 02-247-0028 ต่อ 4148 http://www.m-culture.go.th



10. ด้านการช่วยเหลือในทางคดี

ผู้สูงอายุที่ได้รับ	<ul style="list-style-type: none">- การให้คำแนะนำ ปรีกษา ความรู้ทางกฎหมาย- การดูแลจากอาสาสมัครคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพในพื้นที่- การจัดหาหนวยความช่วยเหลือ- การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือว่าความแก้ต่างคดี
ขอรับบริการได้ที่	สำนักงานช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายและจำเลยในคดีอาญา คลินิกยุติธรรม ศูนย์บริการร่วม กระทรวงยุติธรรม และสำนักงานยุติธรรมจังหวัดทุกจังหวัด
ข้อมูลเพิ่มเติม	กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ 02 -502 -8221 , http://www.rlpd.moj.go.th ศูนย์บริการประชาชน กระทรวงยุติธรรม 02-502-0800 http://www.callcenter.moj.go.th

11. การช่วยเหลือจากการถูกละเมิด

ผู้สูงอายุที่ถูกละเมิด จะได้รับ	<ul style="list-style-type: none">- การช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงิน ไม่เกิน 500 บาท- ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ความต้องการ เช่น การรักษาพยาบาล การดำเนินคดี การให้คำแนะนำปรีกษา
ขอรับบริการได้ที่	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด
ข้อมูลเพิ่มเติม	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 02-306-8802 -12 http://www.oppo.opp.go.th

12. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจะได้รับ	<ul style="list-style-type: none">- การช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงิน ไม่เกิน 500 บาท เช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะเดินทาง- ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ความต้องการ เช่น การอุปการะในบ้านพักฉุกเฉิน / สถานสงเคราะห์ การให้คำแนะนำ ปรีกษา
ขอรับบริการได้ที่	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด
ข้อมูลเพิ่มเติม	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 02-306-8802 -12 http://www.oppo.opp.go.th



13. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย

ผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ ที่ถูกหลอกลวง แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายจะได้รับ

- การช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นเงิน ไม่เกิน 500 บาทเช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะ เดินทาง ค่าเครื่องนุ่งห่ม
- ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ความต้องการ เช่น การรักษาพยาบาล การดำเนินคดี การให้คำแนะนำปรึกษา

ขอรับบริการได้ที่

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

ข้อมูลเพิ่มเติม

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 02-306-8802 -12 <http://www.oppo.opp.go.th>

14. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาครอบครัว

ผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ที่ประสบปัญหาครอบครัวจะได้รับ

- การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาความต้องการ

ขอรับบริการได้ที่

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

ข้อมูลเพิ่มเติม

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 02-306-8802 -12 <http://www.oppo.opp.go.th>

15. การช่วยเหลือด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม

ผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนในเรื่องอาหาร และ/หรือเครื่องนุ่งห่มจะได้รับ

- การช่วยเหลือเป็นเงิน สิ่งของ ไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท ไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปี
- บัตรประจำตัวประชาชน /บัตรอื่น ๆ ที่ทางราชการออกให้/ทะเบียนบ้านฉบับจริงและสำเนาอย่างละ 1 ชุด และหลักเกณฑ์อื่น ๆ ตามที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กำหนดขอรับบริการได้ที่

หลักฐาน

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง
สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

ข้อมูลเพิ่มเติม

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 02-306-8802 -12 <http://www.oppo.opp.go.th>

**16. การช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัย**

ผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนในเรื่องที่อยู่อาศัยจะได้รับ

	- การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยในกรณีชั่วคราว หรือตลอดไป
ขอรับบริการได้ที่	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
ข้อมูลเพิ่มเติม	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 02-306-8802 -12 http://www.oppo.opp.go.th

17. การช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ ที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ /ถูกทอดทิ้ง /ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู /ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนได้ จะได้รับ

	- การช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพตลอดชีวิตเดือนละ 500 บาท
ขอรับบริการได้ที่	สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมืองพัทยา
ข้อมูลเพิ่มเติม	กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น 02-241-9000 ต่อ 4131-2

18. การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์จัดการศพ

ผู้สูงอายุได้รับ	- การช่วยเหลือเงินจัดการศพ รายละ 2,000 บาท
หลักเกณฑ์	- ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม มีอายุ 60 ปีขึ้นไป /สัญชาติไทย/ฐานะยากจน มีรายได้น้อยกว่า 1,243 บาทต่อเดือน /ไม่มี ญาติหรือมีญาติ แต่ไม่สามารถจัดการศพได้
หลักฐาน	- ใบมรณบัตร/ทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ตัวจริง พร้อมสำเนา และหากเป็นผู้ยื่นคำขอรับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุใช้เอกสารดังนี้ บัตรประจำตัวประชาชน/ ทะเบียนบ้าน /หนังสือรับรองคุณสมบัติผู้สูงอายุ และรับรองผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ที่รับผิดชอบจัดการศพ
ขอรับบริการได้ที่	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 8 แห่ง สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร พมจ.ทุกจังหวัด
ข้อมูลเพิ่มเติม	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 02-306-8802 -12 http://www.oppo.opp.go.th

19. การลดหย่อนภาษีเงินได้

- การหักค่าลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูบิดา มารดา
 - ผู้มีเงินได้สามารถหักค่าลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูบิดา มารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดา มารดาของคู่สมรส ของผู้มีเงินได้ที่ไม่มีเงินได้ จำนวนคนละ 30,000 บาท
 - สำหรับบิดา มารดา ต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ (บิดา มารดาต้องมีเงินได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อไป) และอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีเงินได้



2. การยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับดอกเบี้ยเงินฝาก

- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินได้พึงประเมินที่เป็นดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารในราชอาณาจักร เฉพาะดอกเบี้ยเงินฝากประจำที่มีระยะเวลาการฝากตั้งแต่หนึ่งปีขึ้นไป
- ดอกเบี้ยเงินฝากประจำทุกประเภทรวมกันมีจำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 30,000 บาท ตลอดปีภาษี
- ผู้มีเงินได้ที่ได้รับสิทธิต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปีบริบูรณ์
- หากดอกเบี้ยเงินฝากประจำทุกประเภทรวมกันมีจำนวนเกิน 30,000 บาท ตลอดปีภาษี ให้ธนาคารผู้จ่ายดอกเบี้ยเงินฝากดังกล่าวหักภาษีเงินได้ ณ ที่จ่ายทั้งจำนวน และนำส่งกรมสรรพากร

3. การยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ

- ยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเงินได้เท่าที่จ่ายเป็นค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพในอัตราไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้พึงประเมิน แต่เมื่อรวมเข้ากับเงินสะสมที่จ่ายเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการต้องไม่เกิน 300,000 บาท
- สำหรับการยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ได้รับจากกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพกรณีสูงอายุ ผู้ถือหน่วยลงทุนต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปีบริบูรณ์ และถือหน่วยลงทุนมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี กรณีทุพพลภาพ ต้องเป็นกรณีที่แพทย์ที่ทางราชการรับรองได้ตรวจ และแสดงความเห็นว่า ผู้ถือหน่วยลงทุนทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบอาชีพซึ่งก่อให้เกิดเงินได้ที่จะนำมาซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพได้อีกต่อไป และกรณีตายต้องเป็นกรณีที่ผู้ถือหน่วยลงทุนถึงแก่ความตายในระหว่างการถือหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ

4. การยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา สำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในประเทศไทย เฉพาะเงินได้ที่ได้รับส่วนที่ไม่เกิน 190,000 บาทในปีภาษีนั้น
- ผู้มีเงินได้สามารถเลือกใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ไม่เกิน 190,000 บาทในปีภาษีนั้นนอกจากเงินได้ประเภทใดก็ได้ที่ได้รับ และนำเงินได้หลังใช้สิทธิมาคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามปกติ

5. การหักค่าลดหย่อนเงินหรือทรัพย์สินที่บริจาคให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

- กรณีบุคคลธรรมดาที่มีการบริจาคเงินสามารถนำมาหักเป็นค่าลดหย่อนในการคำนวณภาษีได้เท่ากับจำนวนที่บริจาค แต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้สุทธิ
- กรณีนิติบุคคลบริจาคเงินหรือทรัพย์สิน สามารถนำรายจ่ายมาหักเป็นค่าใช้จ่ายได้ตามจำนวน ที่บริจาค แต่ไม่เกินร้อยละ 2 ของกำไรสุทธิ

ข้อมูลเพิ่มเติม

กรมสรรพากร 02-272-9000 ,02-272-8000 <http://www.rd.go.th>

20. การลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

บุคคลทั่วไป

- กรณีบริจาคเงินให้ หักลดหย่อนภาษีได้เท่าที่จ่ายจริง โดยรวมกับเงินบริจาคอื่น แต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินได้หลังจากหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อนแล้ว

นิติบุคคล

- กรณีบริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้ หักลดหย่อนได้เท่าที่จ่ายจริง แต่เมื่อรวมกับเงินบริจาคอื่น แต่ต้องไม่เกินร้อยละ 2 ของกำไรสุทธิก่อนหักรายจ่ายเพื่อการกุศลสาธารณะหน่วยงานติดต่อในการบริจาคเงินหรือทรัพย์สิน คือ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

ขอรับบริการลดหย่อนได้ที่

สำนักงานสรรพากรพื้นที่ และสำนักงานสรรพากรพื้นที่สาขาทุกแห่ง



21. หน่วยงานของรัฐทั่วประเทศให้การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่

ผู้สูงอายุได้รับ

- การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ จำนวน 257 แห่ง เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ สวนสัตว์ โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ เป็นต้น

ข้อมูลเพิ่มเติม

- อุทยานแห่งชาติ
- กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 02-278-8585 <http://www.monre.go.th>
- พิพิธภัณฑ์ - กระทรวงวัฒนธรรม 02-247-0028 ต่อ 4148 <http://www.m-culture.go.th>
- กรุงเทพมหานคร 02-245-5191 , <http://www.bma.go.th>



รายชื่อคณะกรรมการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2549

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2549

1. นพ.บรรลุ ศิริพานิช มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	ประธาน
2. ศาสตราจารย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
3. ผู้แทนกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
4. ผู้แทนกรมสรรพากร กระทรวงการคลัง	กรรมการ
5. ผู้แทนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
6. ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
7. ผู้แทนสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
8. ผู้แทนสำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
9. ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
10. ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	กรรมการ
11. ผู้แทนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงแรงงาน	กรรมการ
10. ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม	กรรมการ
11. รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
12. รองศาสตราจารย์ ดร.กุศล สุนทรธาดา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาลัดดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
14. ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย	กรรมการ
15. ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
16. ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
17. คุณสุวัฒนา ศรีภิรมย์ สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง	กรรมการ
18. คุณปัทมา อมรสิริสมบุญรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ	กรรมการ
19. ทญ.นนทลี วีระชัย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
20. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	กรรมการและเลขานุการ
21. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	กรรมการการและผู้ช่วยเลขานุการ