มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
(มส.ผส.)
1168 ซอยพหลโยธิน 22 แขวงจอมพล
เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900
โทรศัพท์ 0-2511-4963 โทรสาร 0-2511-4962

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI)
Phahon Yothin 22, Chom Phon,
Chatuchak, Bangkok 10900
Tel +66-2511-4963 Fax +66-511-4962

www.thaitgri.org

สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย

พ.ศ. ๒๕๕๙

SITUATION OF THE THAI ELDERLY 2016



สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙



ปก : นายเสนาะ อูนากูล, ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี พุทธศักราช 2559

COVER : Snoh Unakul, The Honorary Senior Fellow of 2016



คำนำ

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย เป็นรายงานที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) มีหน้าที่จัดทำขึ้นตามที่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 9 (10) เพื่อเสนอรายงานสถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศต่อคณะรัฐมนตรีเป็นประจำทุกปี

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มอบหมายให้มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ดำเนินการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปีนับตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2559 ฉบับนี้ได้รวบรวมสถิติข้อมูลสถานการณ์การสูงอายุของประชากรไทยในปัจจุบัน และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรที่เกิดขึ้นในอดีตเพื่อฉายภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับรายงานประจำปีนี้มีอรรถบทที่เน้นเป็นพิเศษในประเด็นเรื่องสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย

การจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปีนี้และประจำปีก่อนๆ ที่ผ่านมาทุกฉบับได้รับความอนุเคราะห์จากหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่สุด ในนามของ มส.ผส. ขอขอบคุณ หน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณกองทุนผู้สูงอายุที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำรายงานประจำปีมาโดยตลอด

(นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช)
ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

บทสรุป
สำหรับผู้บริหาร
และข้อเสนอแนะ

ในทศวรรษนี้ การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ใน พ.ศ. 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด

สำหรับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ ประชากรของอาเซียนก็กำลังมีอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) ประเทศที่กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุในอีก 2-3 ปีข้างหน้านี้ ได้แก่ มาเลเซีย (ร้อยละ 9.5) เมียนมา (ร้อยละ 9.2)

ใน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมดประมาณ 68.9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรไทย 65.9 ล้านคน และเป็นแรงงานข้ามชาติอีกประมาณ 3 ล้านคน

ในจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5

ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปีในปัจจุบัน ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุยิ่งสูงยิ่งเพิ่มเร็ว ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6 ต่อปี

ในอนาคตอันใกล้ จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกประมาณ 5 ปีข้างหน้าเมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 จำนวนประชากรสูงอายุที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคตเห็นได้ชัดเจนจากการที่ประชากรรุ่นที่เกิดเกินกว่าล้านคนต่อปี ระหว่างปี 2506-2526 (ซึ่งขณะนี้มีอายุ 33-53 ปี) กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอีกไม่ช้า อีก 20 ปีข้างหน้า คลื่นประชากรลูกใหญ่นี้จะมีอายุ 53-73 ปี เมื่อนั้น สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยจะสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด

ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ ประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ที่จะต้องสูงขึ้นตามไปด้วย

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 นี้ได้แสดงให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบาง หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคนในปี 2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน และผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 นี้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน ยังมีความเหลื่อมล้ำ ไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย ซึ่งเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเดินทาง และการรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆ

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม แม้จะไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยตรง แต่จะช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก

ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมพร้อมด้วยการระดมทรัพยากรทั้งหลาย สร้างบุคลากร ปรับบทบาทหน้าที่และเพิ่มการประสานงานขององค์กร/หน่วยงาน แก้ไขและปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ พัฒนารูปแบบและระบบต่างๆ ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันแก่ผู้สูงอายุที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกมากในอนาคตอันใกล้นี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย

เสริมสร้างสุขภาพอนามัยและสร้างรูปแบบ การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

(1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ โดยจัดรถโดยสารรับส่งผู้สูงอายุ

(2) เพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานพยาบาล โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน

(3) ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุเพื่อลดผลข้างเคียงจากยา

(4) เพิ่มประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งเบาหวาน ความดันเลือด การหกล้ม และสุขภาพจิต

(5) ส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคมด้วยการยกระดับระบบขนส่งโดยสาร การเข้าถึงพื้นที่สีเขียว ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และระบบบริการปฐมภูมิ

(6) พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงได้แม่นตรงและทันสมัย

(7) จัดระบบบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เช่น ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพและระบบการดูแลระยะกลางในชุมชน

(8) ส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ทุกสาขาวิชา พยาบาลและบุคลากร ด้านสุขภาพอนามัยอื่นๆ ให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

(9) ส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของตนตั้งแต่วัยเยาว์ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

(10) กำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าของนโยบายและแผนที่ใช้ประโยชน์ได้จริง เชื่อถือได้ เป็นไปได้ที่จะรวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างตัวชี้วัด และมีความสอดคล้องระหว่างดัชนีกับเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในด้านต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประชากรไทยมีแนวโน้มชัดเจนว่ากำลังสูงวัยขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในเวลาอีกประมาณ 5 ปีข้างหน้า รัฐบาลจึงต้องรีบเร่งวางนโยบายและหามาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุโดยไม่ชักช้า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้เสนอไว้ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยฉบับประจำปีก่อนๆ ได้รวบรวมไว้ ดังต่อไปนี้

1

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัย ที่ช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

(1) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิม ในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นชิน โดยปรับปรุงสถานที่ และสิ่งก่อสร้างทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ

(2) สนับสนุนคนในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

(3) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างกลไกเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุ เช่น มีระบบอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน

(4) ส่งเสริมให้ อปท. และชุมชน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และจัดบริการสาธารณะโดยเฉพาะการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตนอกบ้านของผู้สูงอายุ

(5) ยกระดับมาตรฐานของที่อยู่อาศัย ไม่ว่าจะดำเนินการโดยรัฐหรือเอกชน สำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องไปอยู่ในที่อยู่อาศัยใหม่

2

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ อย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี

(1) สร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้สูงอายุในการปกป้องตนเองจากภัยรอบด้านด้วยการให้ข่าวสาร ความรู้ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือ/กลไก/เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี

(2) ลด “วยาคติ” หรือแนวความคิดเชิงลบต่อผู้สูงอายุในหมู่ประชากรทุกเพศทุกวัย

(3) สนับสนุนให้กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทและความเข้มแข็ง

(4) ให้ทุกหน่วยงาน ครอบครัว และสถาบันการศึกษา มีส่วนร่วมรณรงค์ให้ประชาชนมีค่านิยมเอื้ออาทร เห็นคุณค่า และแสดงความกตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงอายุ

3

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันรายได้ ที่มั่นคงและยั่งยืน

(1) ส่งเสริมให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุ

(2) สร้างมโนทัศน์ใหม่เกี่ยวกับนิยามผู้สูงอายุเพื่อให้สังคมเห็นว่าผู้สูงอายุยังมีพลังและมีศักยภาพเป็นผู้ผลิตในตลาดแรงงานได้

(3) ปรับแก้ระเบียบ/กฎเกณฑ์/กฎหมาย ที่เป็นอุปสรรคต่อการจ้างงานผู้สูงอายุ รวมทั้งการขยายอายุเกษียณของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

(4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และวางแผนการออมเงินและใช้จ่ายอย่างประหยัดเพื่อเป็นเงินออมไว้ใช้จ่ายยามชรา

(5) สนับสนุนให้กองทุนการออมแห่งชาติมีความเข้มแข็งและมีการบริหารจัดการที่ดี

(6) มุ่งพัฒนาระบบบำนาญให้ครอบคลุมผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า รวมทั้งปรับปรุงระบบเบี้ยยังชีพให้เหมาะสมกับค่าครองชีพ/ภาวะเงินเฟ้อที่สูงขึ้น

4

จัดทำแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุ เมื่อเกิดภัยพิบัติ

(1) ให้ อปท. ทุกระดับรวมผู้สูงอายุไว้เป็นกลุ่มเป้าหมายในแผนการป้องกัน/รับมือภัยพิบัติ

(2) จัดทำ “คู่มือรับภัยพิบัติ” ที่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นพิเศษเมื่อเกิดภัยพิบัติ

(3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับมือภัยพิบัติจะต้องมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งควรมีรายละเอียดเรื่องตำแหน่งที่อยู่ สถานะทางสุขภาพ และผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ข้อมูลเหล่านี้ต้องปรับให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

(4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการซักซ้อมแผนปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามกำหนดเวลาที่เหมาะสม

(5) ให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุในการเตรียมความพร้อม การดูแลตนเอง และการฟื้นฟู หากเกิดภัยพิบัติ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙

คำนิยามของ "ผู้สูงอายุ" 12
คำนิยามของ "สังคมสูงอายุ" และ "สังคมสูงวัย" 13
แหล่งข้อมูลที่ใช้ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 14

บทที่ 1 สถานการณ์ทั่วไป 15

1.1 การสูงวัยของประชากรโลก 16

1.2 การสูงวัยของประชากรอาเซียน 20

1.3 สถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทย 22
1) สัดส่วนประชากรสูงอายุใกล้ถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด 23
2) ผู้สูงอายุจะมีมากกว่าเด็กเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ 24
3) "ประชากรรุ่นเกิดล้าน" กำลังเคลื่อนเข้าสู่กลุ่มประชากรสูงอายุ 26
4) ประชากรยิ่งอายุสูงยิ่งเพิ่มเร็ว 27
5) ลำพูน ลำปาง แพร่ มีดัชนีการสูงวัยสูงสุดในประเทศ 28

1.4 การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย 29
1) ในปี 2559 ขนาดครัวเรือนไทยเหลือเพียง 3 คน 30
2) ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวในเขตเทศบาลมีมากถึงร้อยละ 10 31
3) สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 31
4) สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ 32

1.5 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ 34
1) 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน 34
2) บุตรยังเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ แต่ก็ลดลงอย่างมาก 35
3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังทำงานเพิ่มสูงขึ้น 35

1.6 สถานการณ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ 37

แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง 39
ศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการประเมินด้วยตนเอง 40
ศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์

การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมในประเทศไทย 42
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

1.7 กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสังคมสูงอายุ 44

ทำไมประเทศไทยจะต้องมีการผลิตบุคลากรทางสุขภาพเฉพาะทางผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรีบด่วน 46
ศาสตราจารย์ นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

เอกสารอ้างอิง 48

สารบัญ

บทที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 49

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ 50
ศาสตราจารย์ นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

ศูนย์ฟื้นฟูในชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น 66
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ปรารถนาดี

บทที่ 3 สถานการณ์เด่น 71

นายเสนาะ อูนากูล ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี 2559 73
คุณค่าผู้สูงอายุ : ศิลปินแห่งชาติ 80
โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 85
ปฏิญญาผู้สูงอายุกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย 88
มติ ครม. เรื่องผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 92
การตื่นตัวของสื่อในเรื่องสังคมสูงอายุ 97
ผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ 99
นวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ 102

บทที่ 4 งานวิจัยเพื่อสังคมสูงอายุ ปี 2559 111

การศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ 112
ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุ

โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 114
ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การทบทวนเอกสารด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย 117

ถอดบทเรียนสถานประกอบการที่มีการจ้างแรงงานสูงวัย 120

ผลสัมฤทธิ์การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบ 122
ต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564

การศึกษาศตวรรษิกชนคนร้อยปีในประเทศไทย 124

การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิต 126
และสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 129

รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 133

คำนิยาม

ของ

“ผู้สูงอายุ”

ปัจจุบัน สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” WHO, 2002

สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ “ประชากรสูงอายุ” หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

คำนิยามของ
“สังคมสูงอายุ”
และ “สังคมสูงวัย”

คำว่า “สังคมสูงอายุ” และ “สังคมสูงวัย” มีความหมายเหมือนกัน และใช้แทนกันได้

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ได้อ้างถึงข้อเขียนของ สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ในหนังสือเรื่อง “สูงอายุเป็น ก็น่าเป็นผู้สูงอายุ” ที่กล่าวว่า “อายุ” เป็นภาษาบาลี หมายถึง “พลังส่งต่อหล่อเลี้ยงชีวิต” และ “วัย” หมายถึง “ความเสื่อม ความโทรม” จึงเสนอให้ใช้คำว่า “สังคมสูงอายุ” เพื่อหมายถึง “สังคมที่สูงด้วยพลังสืบต่อหล่อเลี้ยงชีวิต” ไม่ใช้คำว่า “สังคมสูงวัย” เพราะมีความหมายสื่อไปในทางลบว่าเป็นสังคมที่สูงด้วยความเสื่อมโทรม

ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 นี้ จะใช้คำว่า “สังคมสูงอายุ” โดยตลอด

“สังคมสูงอายุ” (Aged society)
หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society)
หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)

“สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society)
หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)

“สังคมสูงอายุ” (Ageing society)
มีความหมายอีกอย่างหนึ่งคือ หมายถึง สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น สังเกตได้จากอัตราส่วนร้อยของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

แหล่งข้อมูลที่ใช้ใน
รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559

United Nations, 2016. World Population Prospect, The 2015 Revision จัดทำโดยสหประชาชาติ ฉายภาพประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรของประเทศต่างๆ เป็นฐาน

สำมะโนประชากรและเคหะ ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ทำการแจงนับประชากรทุกคน ทั่วประเทศ ทุก 10 ปี ในปีพุทธศักราชที่ลงท้ายด้วยเลข 3 ประเทศไทยทำสำมะโนประชากรและเคหะครั้งหลังสุด เมื่อ พ.ศ. 2553

ทะเบียนราษฎร ดำเนินการโดยสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งจะรายงานจำนวนราษฎร จำนวนคนเกิดและคนตาย ที่จดทะเบียนในแต่ละปี รายงานข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคมของปีนั้น

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 จัดทำ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ใช้ประชากรจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 เป็นฐานเริ่มต้น ทำการฉายภาพประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ ตามเงื่อนไขแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง อัตราเจริญพันธุ์ การรอดชีพ และการย้ายถิ่น

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมได้ปรับประชากรคาดประมาณ พ.ศ. 2558 ใหม่ให้สอดคล้องกับประกาศจำนวนราษฎร พ.ศ. 2558 ของกรมการปกครอง เนื่องจากมีการจดทะเบียนราษฎรที่ไม่ใช่สัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเพิ่มขึ้น แล้วฉายภาพประชากรใหม่ตั้งแต่ปี 2558 ออกไปตามข้อสมมุติเดิมของ สศช.

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) เริ่มสำรวจครั้งแรกเมื่อปี 2537 การสำรวจปี 2557 เป็นการสำรวจครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นการสำรวจตัวอย่างของประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ใน 83,880 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรสูงอายุในระดับประเทศ รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 นำเสนอเฉพาะข้อมูลของตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป

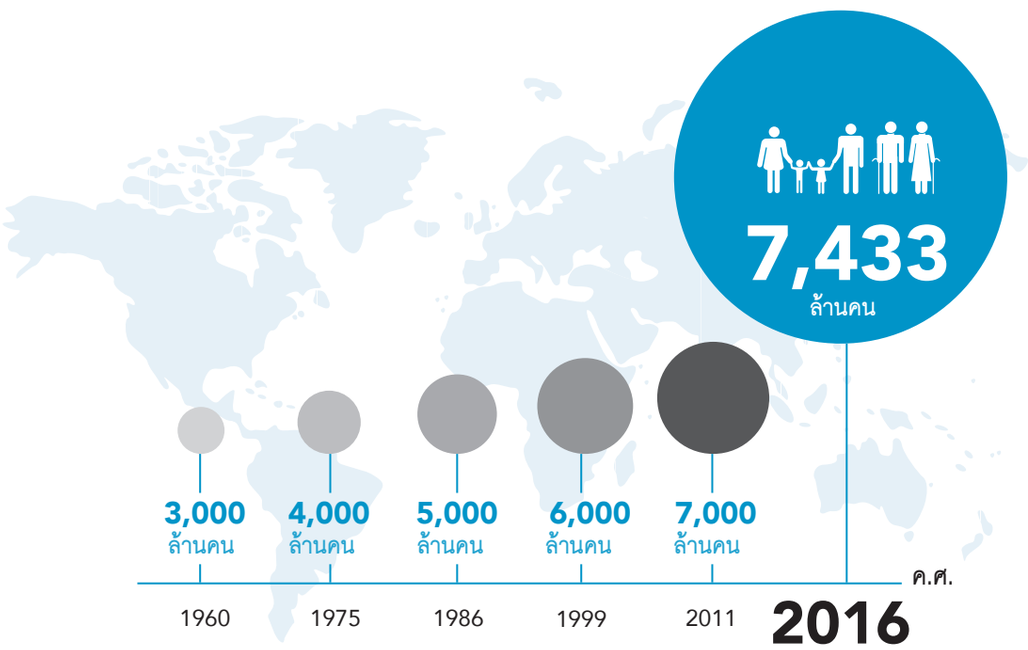
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ดำเนินการโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดทำครั้งแรกเมื่อปี 2534-2535 และดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี การสำรวจฯ นี้ใช้วิธีการตรวจร่างกายและการตรวจสารตัวอย่าง ของทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุ รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุคัดเลือกข้อมูลเฉพาะของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.

สถานการณ์ทั่วไป

1.1

การสูงวัยของประชากรโลก



แหล่งข้อมูล: UN, 2016

ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกได้เพิ่มขึ้นมากกว่า 4 พันล้านคน โลกมีประชากรครบ 3 พันล้านคนใน ค.ศ.1960 ประชากรโลกได้เพิ่มขึ้นถึงหลัก 7 พันล้านคนใน ค.ศ. 2011 และเพิ่มขึ้นเป็น 7,433 ล้านคนใน ค.ศ. 2016

สหประชาชาติคำนวณว่า ประชากรโลกมีจำนวนครบ 5,000 ล้านคนในวันที่ 11 กรกฎาคม ค.ศ. 1986 ตั้งแต่ปีนั้นเป็นต้นมา สหประชาชาติให้ถือเอาวันที่ประชากรโลกครบ 5 พันล้านคน เป็น **“วันประชากรโลก”**

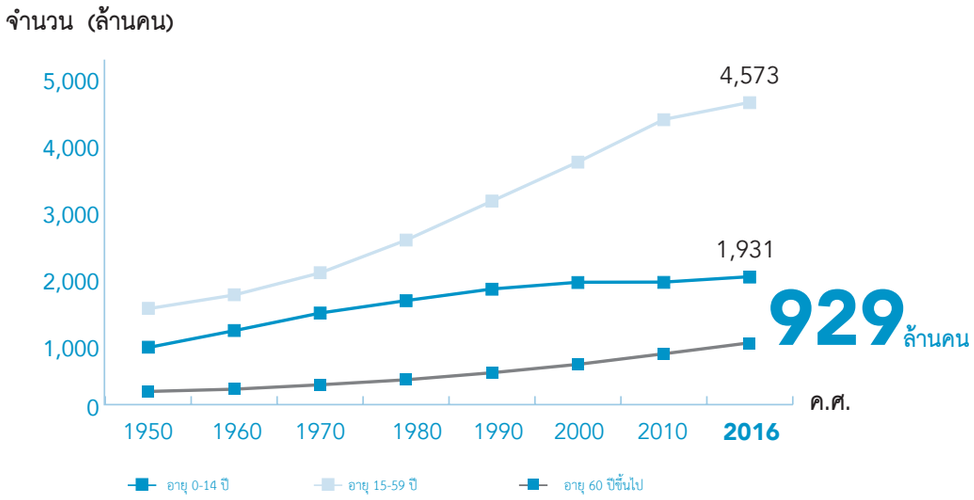
ใน ค.ศ. 1986 ปีที่โลกมีจำนวนประชากรครบ 5 พันล้านคน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในโลกมีจำนวนประมาณ 435 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.8 ของประชากรทั้งหมด

โลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุใน ค.ศ. 2006 เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 หลังจากนั้น ประชากรโลกได้สูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรรวมทุกอายุของโลกเพิ่มช้าลงด้วยอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 1.1 ต่อปี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากถึงร้อยละ 3.1 ต่อปี

ใน ค.ศ. 2016 โลกของเรามีประชากรประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด

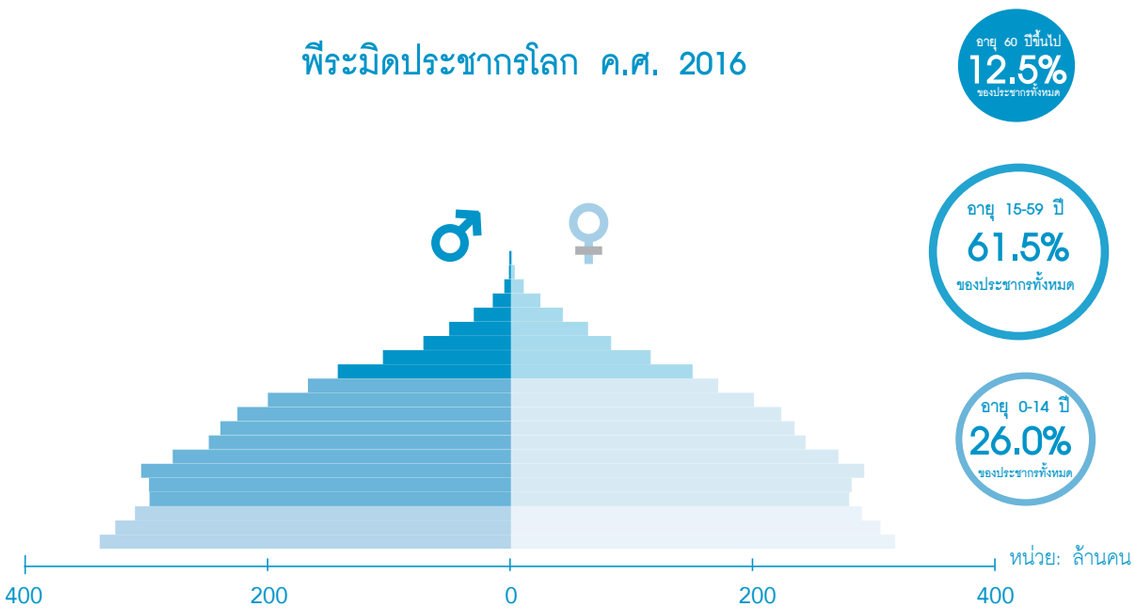
มีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ไปแล้วทุกประเทศ ประเทศกำลังพัฒนากำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว และหลายประเทศกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุในไม่ช้า

การสูงวัยของประชากรจึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้านี้



แหล่งข้อมูล: UN, 2016

พีระมิดประชากรโลก ค.ศ. 2016



ประชากรรวม 7,433 ล้านคน

อัตราส่วนเพศ: ผู้ชาย 107 คนต่อผู้หญิง 100 คน

แหล่งข้อมูล: UN, 2016

	จำนวนประชากร (ล้านคน)	% ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป
ญี่ปุ่น	128	33.1
อังกฤษ	66	23.7
สหรัฐอเมริกา	322	21.0
บราซิล	208	12.2
เคนยา	48	4.2
ออสเตรเลีย	24	20.7

แหล่งข้อมูล: UN, 2016

สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้มีมติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 1990 ให้ถือเอาวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปีเป็น **วันผู้สูงอายุสากล (International Day for Older Persons)** เพื่อปลุกให้ชาวโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่นเรื่องคุณค่าและคุณูปการที่ผู้สูงอายุมีต่อสังคม และเรื่องการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

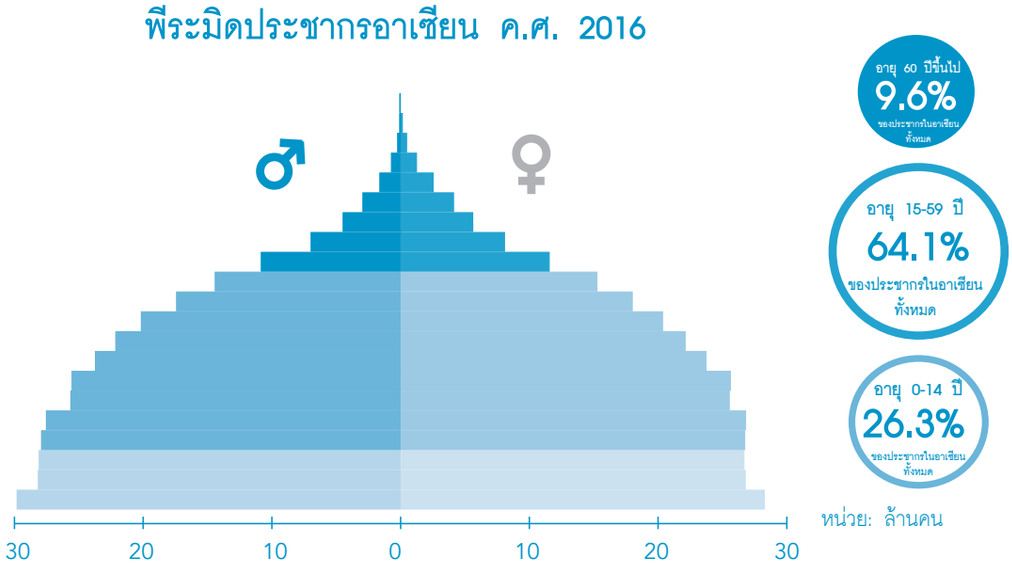
Take a Stand Against Ageism

ร่วมกันยืนหยัดต่อต้านวยาคติ

คำขวัญวันผู้สูงอายุสากล ปี 2016

1.2

การสูงวัยของประชากรอาเซียน



แหล่งข้อมูล: UN, 2016

สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of South East Asian Nations - ASEAN) ก่อตั้งขึ้นตามปฏิญญากรุงเทพ (Bangkok Declaration) เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม ค.ศ. 1967 มีประเทศผู้ก่อตั้งแรกเริ่ม 5 ประเทศ คือ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทย ต่อมาประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคได้ทยอยเข้าร่วมเป็นสมาชิกจนครบ 10 ประเทศ ใน ค.ศ. 1999

ใน ค.ศ. 1999 เมื่ออาเซียนมีสมาชิกครบ 10 ประเทศ อาเซียนมีประชากรรวมกัน 518 ล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวน 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.3 ของประชากรทั้งหมด

ใน ค.ศ. 2016 อาเซียนมีประชากรรวมกัน 639 ล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 61 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.6 ของประชากรทั้งหมด

ใน ค.ศ. 1999 สิงคโปร์เป็นประเทศเดียวใน 10 ประเทศสมาชิกของอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในขณะนั้นสูงถึงร้อยละ 10.5 ของประชากรทั้งหมด

อีก 17 ปีต่อมา ใน ค.ศ. 2016 นี้มีประเทศอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุแล้วเพิ่มขึ้นอีก 2 ประเทศ คือ ไทย และเวียดนาม

จำนวนประชากรรวม และสัดส่วนประชากรสูงอายุของประเทศสมาชิกอาเซียน ใน ค.ศ. 1999 และ 2016 เรียงตามลำดับสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปใน ค.ศ. 1999

ประเทศ	ค.ศ. 1999*		ค.ศ. 2016	
	จำนวนประชากรทั้งหมด (พันคน)	ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	จำนวนประชากรทั้งหมด (พันคน)	ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป
สิงคโปร์	3,823	10.5	5,697	18.7
ไทย	61,974	9.6	68,147	16.5
เวียดนาม	79,400	8.6	94,444	10.7
อินโดนีเซีย	208,644	7.2	260,581	8.5
เมียนมา	47,107	7.1	54,363	9.2
มาเลเซีย	22,899	6.1	30,752	9.5
ลาว	5,256	5.4	6,918	6.1
ฟิลิปปินส์	76,285	5.0	102,250	7.4
กัมพูชา	11,928	4.9	15,827	6.9
บรูไน	324	4.0	429	8.1

*ค.ศ. 1999 เป็นปีที่อาเซียนมีสมาชิกครบ 10 ประเทศ

แหล่งข้อมูล: UN, 2016

หมายเหตุ: จำนวนประชากรของประเทศไทยที่คำนวณโดยสหประชาชาติอาจแตกต่างจากจำนวนประชากรตามการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติบ้างเล็กน้อย อันเป็นผลมาจากข้อสมมุติในการคาดประมาณที่ต่างกัน

1.3

สถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรไทยเพิ่มช้าลงอย่างมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประชากรไทยเคยเพิ่มด้วยอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี แต่ปัจจุบัน อัตราเพิ่มประชากรได้ลดต่ำลงเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ต่อปีเท่านั้น

ประชากรไทยมีจำนวน 26 ล้านคนในปี 2503 และได้เพิ่มจนมีจำนวนครบ 60 ล้านคนในปี 2539 นับจากปีนั้นถึงปัจจุบันในปี 2559 นี้เป็นเวลานานถึง 20 ปี แต่ประชากรไทยเพิ่มขึ้นอีกไม่ถึง 6 ล้านคน เป็น 65.9 ล้านคนในปัจจุบัน



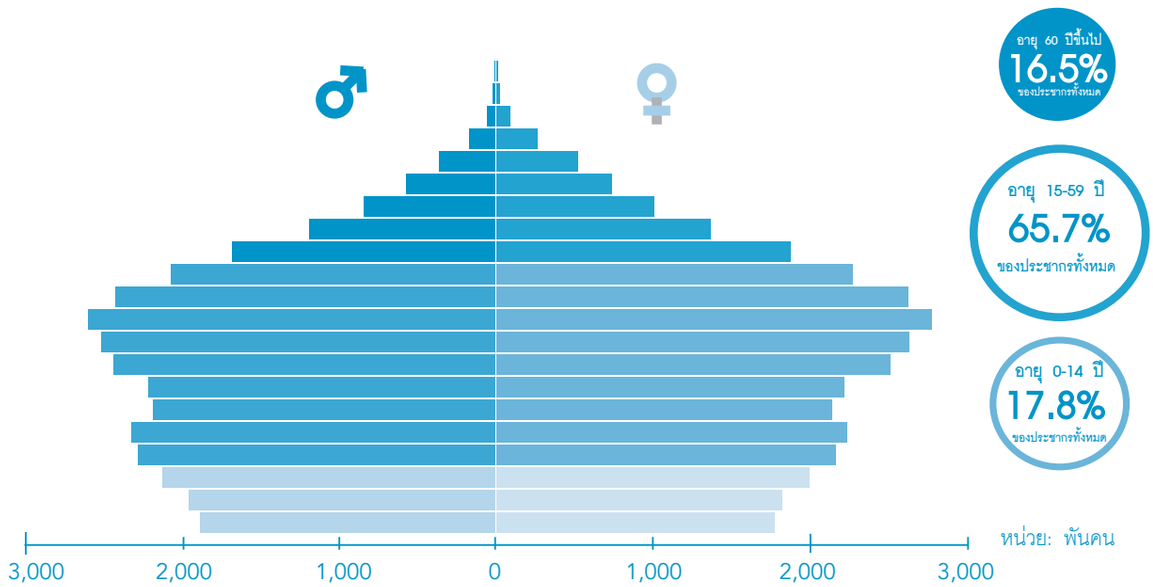
แหล่งข้อมูล : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.

ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่เร่งเร็วขึ้น ในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1 ล้านคน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 4 ของประชากร 26 ล้านคนเท่านั้น จนถึงปี 2548 เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นปีแรกเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน

ในปี 2559 นี้ ในจำนวนประชากรไทย 65.9 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด

1)
สัดส่วนประชากรสูงอายุ ใกล้ถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

พีระมิดประชากรไทย พ.ศ. 2559



ประชากรรวม 65.9 ล้านคน

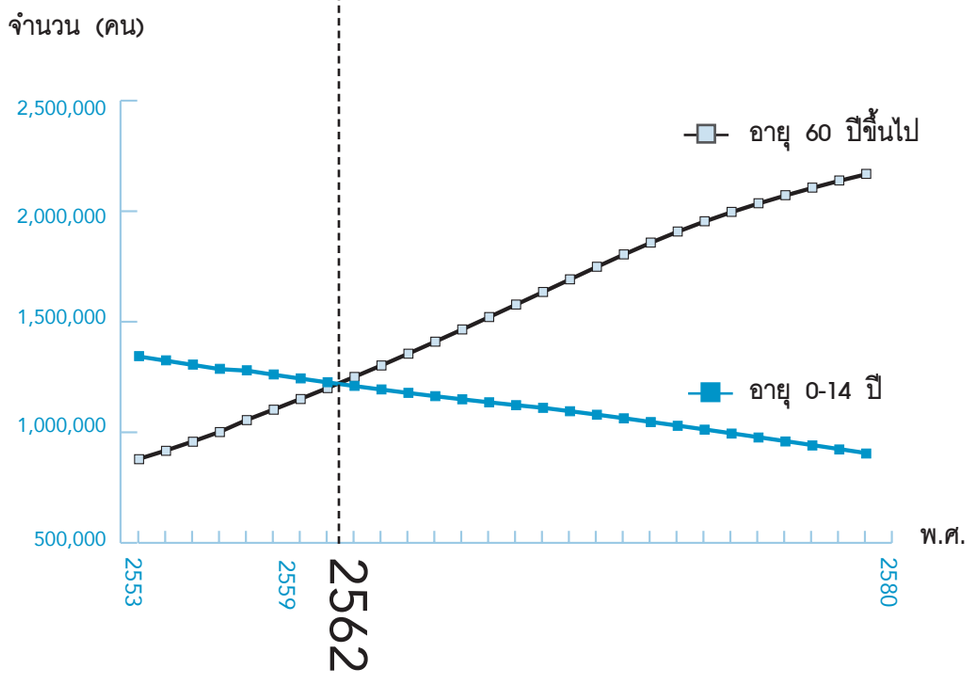
อัตราส่วนเพศ: ผู้ชาย 96 คนต่อผู้หญิง 100 คน

แหล่งข้อมูล : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.

2)
ผู้สูงอายุจะมีมากกว่าเด็กเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์

การเกิดที่ลดลงอย่างมากในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้ทำให้สัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดต่ำลงอย่างมาก เมื่อ 30 ปีก่อน ประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปีมีอยู่มากกว่าร้อยละ 35 ของประชากรทั้งหมด ร้อยละของประชากรวัยเด็กนี้ได้ลดลงเหลือเพียง 18 ในปี 2559 นี้

คาดประมาณว่า
ใน พ.ศ. 2562
จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทย
มีประชากรสูงอายุ
(อายุ 60 ปีขึ้นไป)
มากกว่าประชากรวัยเด็ก
(อายุต่ำกว่า 15 ปี)

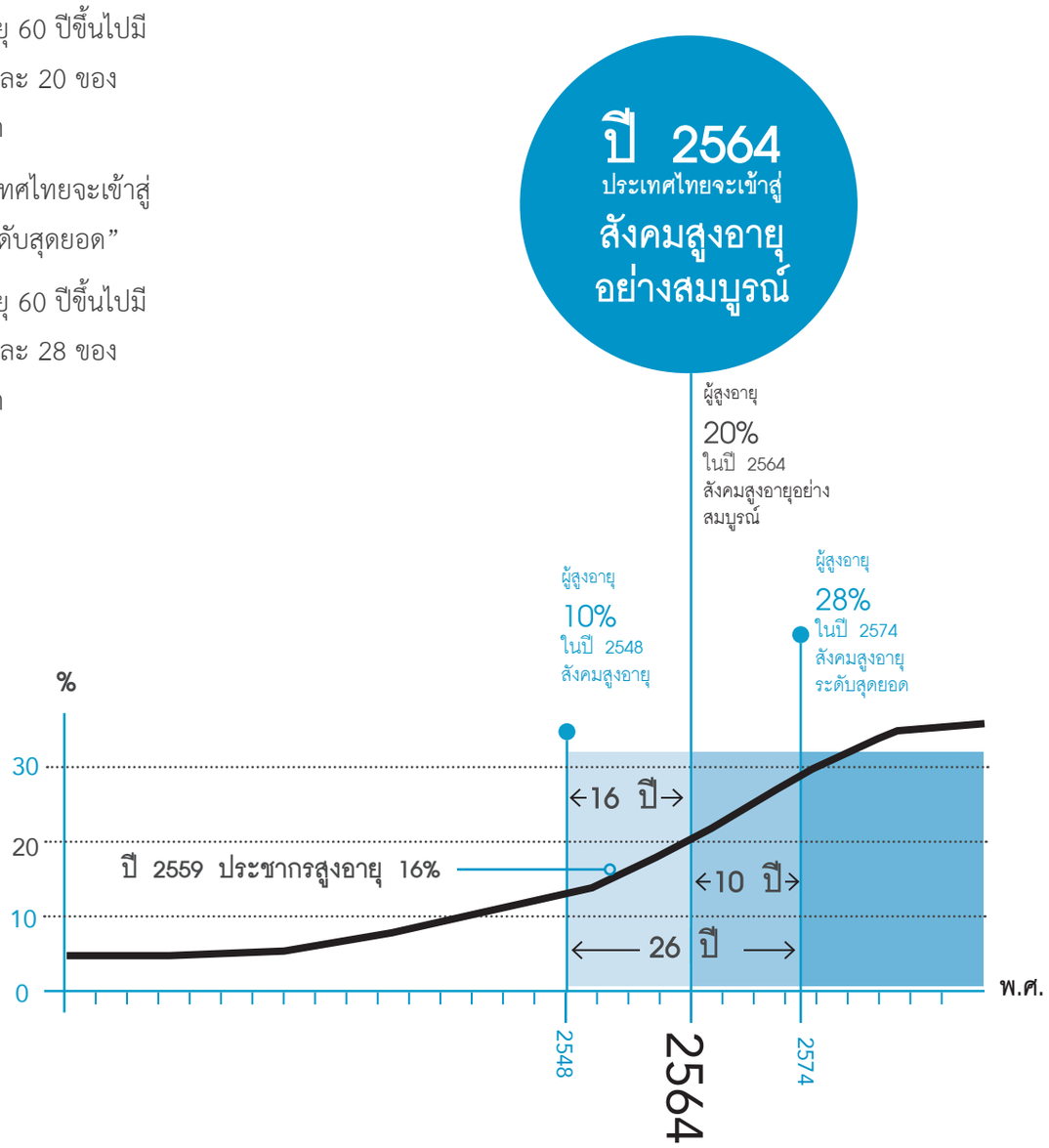


แหล่งข้อมูล : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.

คาดประมาณว่า...

ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่
”สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”
เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมี
สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของ
ประชากรทั้งหมด

ในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่
”สังคมสูงอายุระดับสุดยอด”
เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมี
สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของ
ประชากรทั้งหมด



แหล่งข้อมูล : สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513, 2533, 2553, สสช.
การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.

3)
“ประชากรรุ่นเกิดล้าน” กำลังเคลื่อนเข้าสู่กลุ่มประชากรสูงอายุ

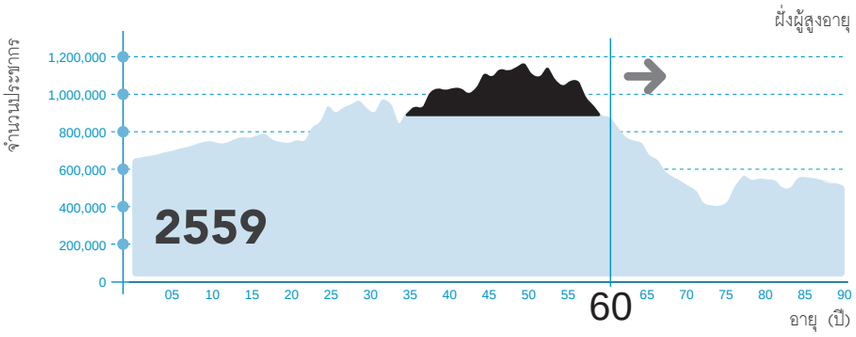
นับจากวันนี้เป็นต้นไป ประชากรไทยจะสูงวัยเร็วขึ้น

ในปี 2559 นี้ ประมาณร้อยละ 80 ของเด็กจำนวน 7 แสน 7 หมื่นคนที่เกิดในปี 2499 จะมีอายุถึง 60 ปี เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ

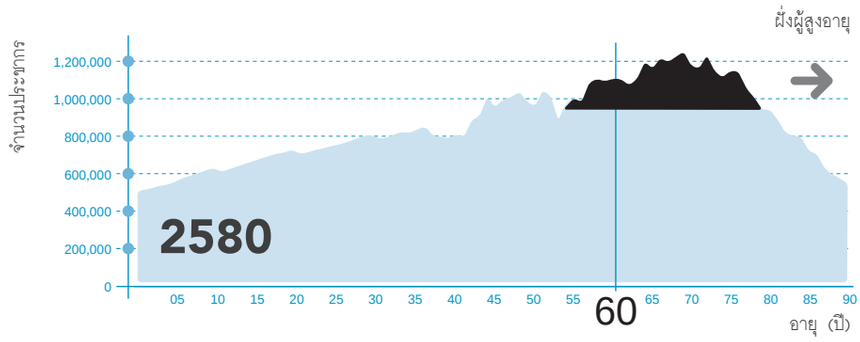
“ประชากรรุ่นเกิดล้าน” หมายถึง ประชากรที่เกิดในช่วงปี 2506-2526 จำนวนเกิดที่จดทะเบียนในช่วง 20 ปีนี้ มีมากกว่า 1 ล้านคนในแต่ละปี ในปี 2514 จำนวนเกิดในประเทศไทยมีจำนวนสูงสุดที่ 1.2 ล้านคน ในปี 2559 ประชากรรุ่นเกิดล้านมีอายุ 33-53 ปี

อีก 7 ปีข้างหน้า ประชากรรุ่นเกิดล้านจะเริ่มเคลื่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งจะทำให้จำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างเร็วมาก

อีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2580 ประชากรรุ่นเกิดล้านจะมีอายุ 53-73 ปี



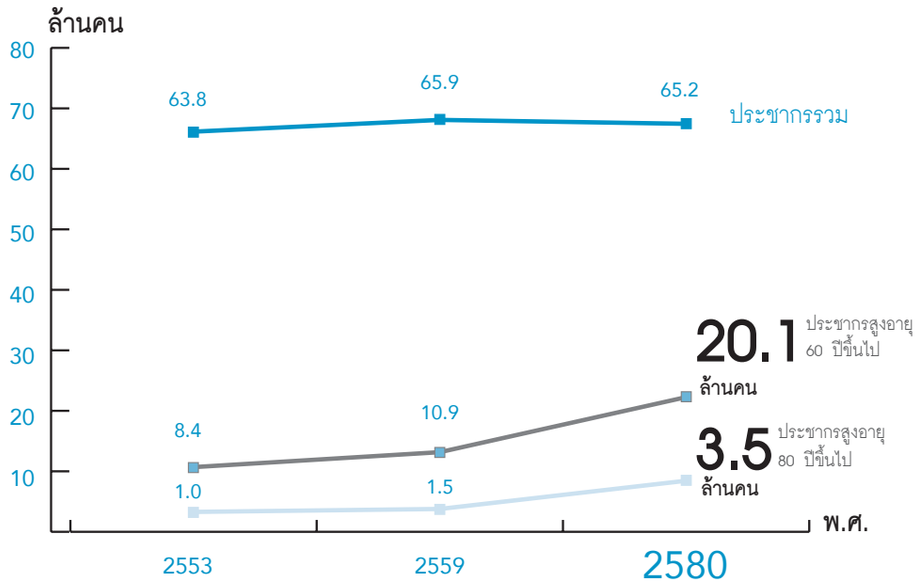
ในปี 2559
ประมาณร้อยละ 80 ของเด็กเกิดในปี 2499 จะมีอายุถึง 60 ปี เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ



ในปี 2580
ประชากรรุ่นเกิดล้านจะมีอายุ 53-73 ปี

4)
ประชากรยิ่งอายุสูง ยิ่งเพิ่มเร็ว

ในขณะที่จำนวนรวมของประชากรไทยกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก



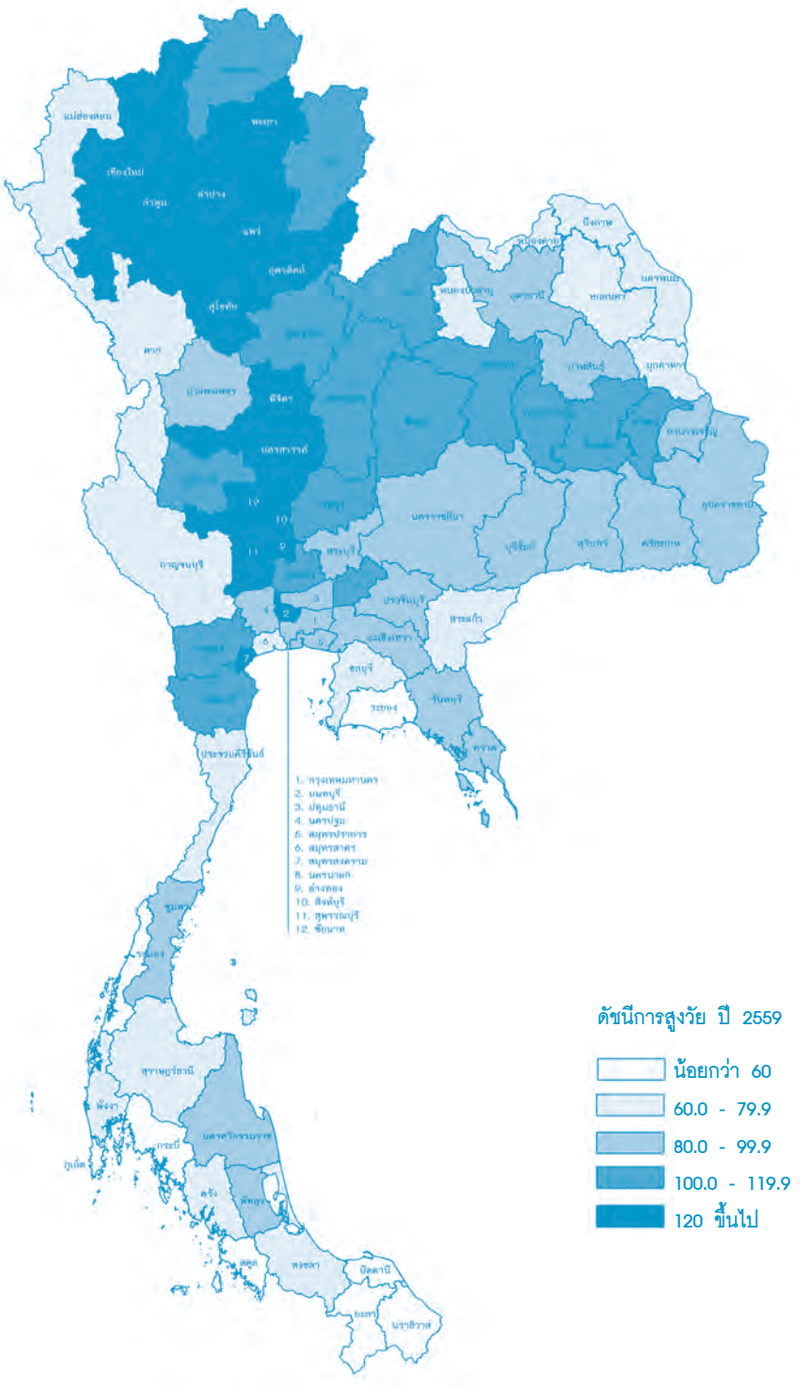
	2553		2559		2580
	จำนวน (ล้านคน)	% เพิ่ม (เฉลี่ยต่อปี)	จำนวน (ล้านคน)	% เพิ่ม (เฉลี่ยต่อปี)	จำนวน (ล้านคน)
ประชากรรวม	63.8	0.5	65.9	0.0	65.2
ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	8.4	4.9	10.9	4.0	20.1
ประชากรสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป	1.0	6.5	1.5	6.3	3.5

แหล่งข้อมูล : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.

5)

ลำพูน ลำปาง แพร่

มีดัชนีการสูงวัยสูงสุดในประเทศ



จังหวัดที่มี ดัชนีสูงวัยน้อยที่สุด 10 อันดับแรก เยาว์วัยที่สุด

อันดับ	จังหวัด	ดัชนีสูงวัย
1	นราธิวาส	43.4
2	ยะลา	43.7
3	ปัตตานี	47.7
4	สตูล	49.4
5	กระบี่	51.4
6	ภูเก็ต	53.6
7	ระนอง	56.1
8	ระยอง	59.7
9	แม่ฮ่องสอน	62.9
10	สระแก้ว	63.0

จังหวัดที่มี ดัชนีสูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรก สูงวัยที่สุด

อันดับ	จังหวัด	ดัชนีสูงวัย
1	ลำพูน	164.8
2	ลำปาง	163.9
3	แพร่	159.6
4	สมุทรสงคราม	147.7
5	สิงห์บุรี	141.8
6	อุตรดิตถ์	138.2
7	พะเยา	136.8
8	ชัยนาท	136.0
9	นครสวรรค์	128.8
10	สุโขทัย	127.9

แหล่งข้อมูล : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สศช.

1.4

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คนที่อยู่ด้วยกันในครัวเรือนของผู้สูงอายุอาจเป็นได้ทั้งภาระและผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ปัจจุบันครอบครัวไทยได้เปลี่ยนรูปแบบไปมาก จากที่เคยเป็นครอบครัวขยาย คนหลายรุ่นอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครัวเรือนน้อยลง ไปจนถึงครัวเรือนที่คนคนเดียวอาศัยอยู่ หรืออยู่ด้วยกันกับคนที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องจนไม่อาจเรียกว่าเป็น “ครอบครัว” ตามคำนิยามเดิมที่ใช้กันมา

นิยาม
“ครอบครัว”
ที่ใช้กันมาแต่เดิม

กลุ่มของบุคคลที่มีความเชื่อมโยงกันโดยการสมรส
ทางสายเลือด หรือการรับเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม
รวมตัวกันเป็นครอบครัวมีความผูกพันกันทางอารมณ์
และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และ
การสื่อสารระหว่างกันตามบทบาททางสังคม
ของสามีและภรรยา แม่และพ่อ พี่และน้อง
รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2557

1)
ในปี 2559
ขนาดครัวเรือนไทย
เหลือเพียง 3 คน

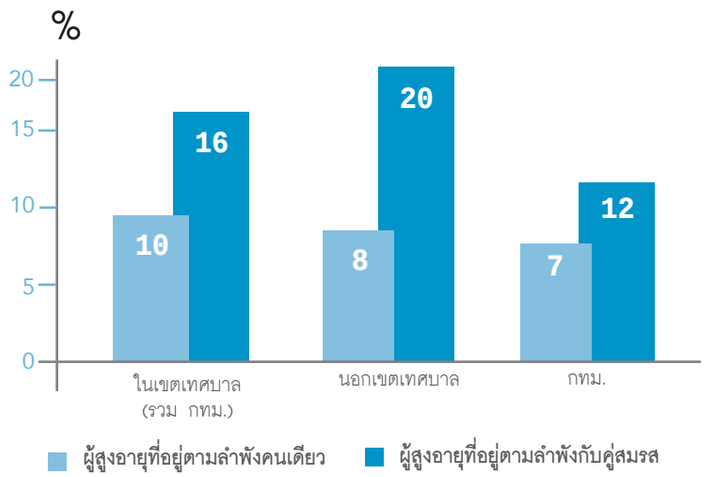


ขนาดครัวเรือนของประชากรไทย

ปี 2523		5.2
ปี 2533		4.4
ปี 2543		3.8
ปี 2553		3.1

แหล่งข้อมูล: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523, 2533, 2543, และ 2553, สสช.
ข้อมูลขนาดครัวเรือนเฉลี่ย พ.ศ. 2559 คำนวณจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

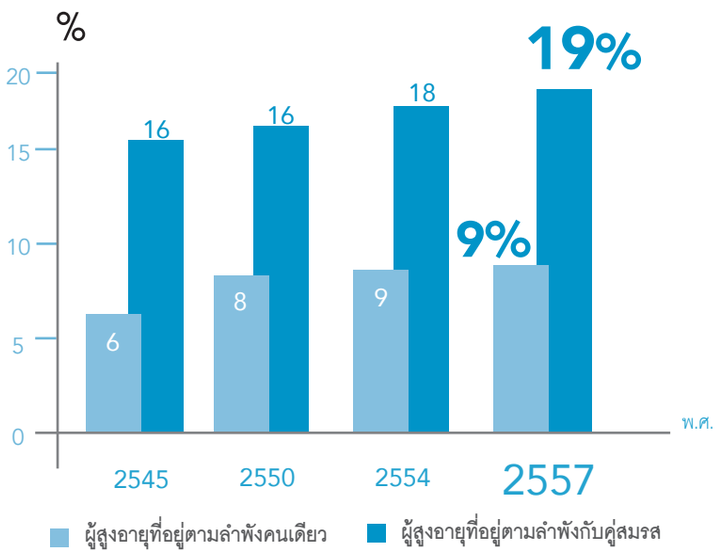
ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557, สสช.

2) ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวในเขตเทศบาลมีมากถึงร้อยละ 10

ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ปี 2545-2557

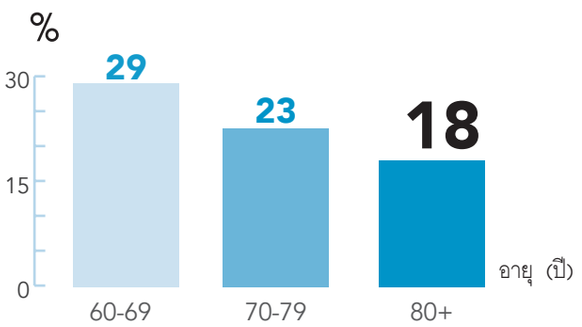


แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545, 2550, 2554 และ 2557, สสช.

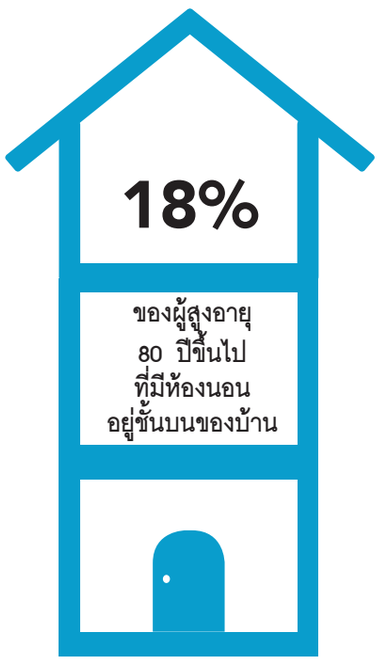
3) สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

4)
สภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

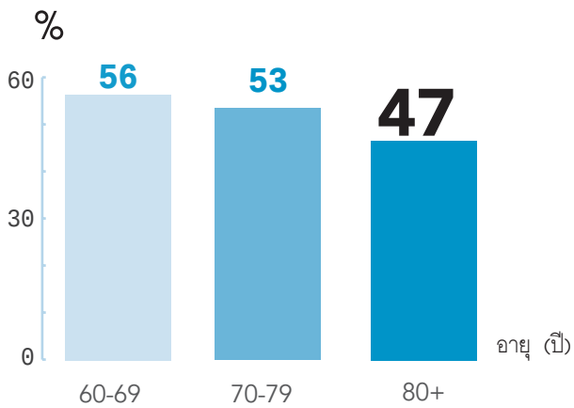
ผู้สูงอายุที่มีห้องนอนอยู่บนชั้นบนของบ้าน



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557, สสช.



ผู้สูงอายุที่ใช้ส้วมแบบนั่งยอง



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557, สสช.

เกือบครึ่งของ ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ใช้ส้วมแบบนั่งยอง

6-7 %

ของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

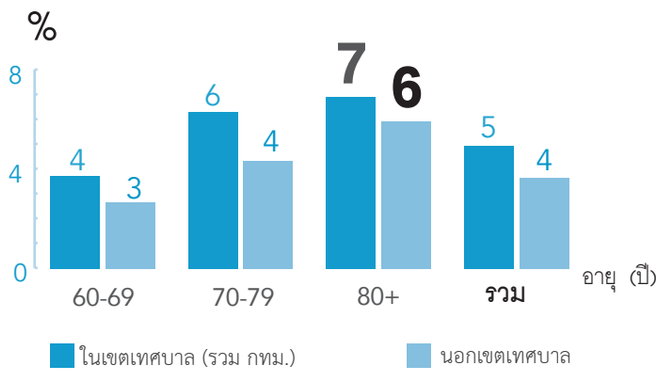
เคยหกล้มภายในบ้าน

ในช่วงเวลา 6 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์

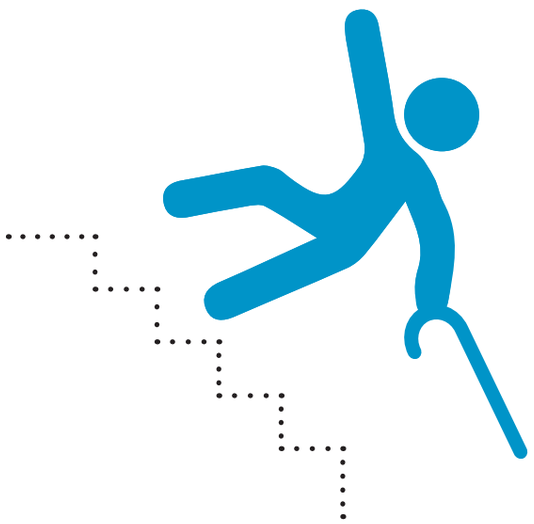
การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ได้สอบถามผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้ม ด้วยคำถามว่า “ในระหว่าง 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ท่านเคยหกล้มขณะเดิน/ยืน หรือ ตกจากเตียง/เก้าอี้/ที่สูง หรือไม่” (ถ้าเคยจะบันทึกจำนวนครั้งที่หกล้ม สถานที่ที่หกล้ม)

การหกล้ม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุหกล้มจากท่ายืน/ ตกจากเตียง เก้าอี้ หรือ ตกจากที่สูง ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ไม่นับรวมถึงการหกล้มที่เกิดจากการถูกบุคคล สัตว์เลี้ยง หรือวัตถุสิ่งของมาชนหรือกระแทก

ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มภายในบ้าน



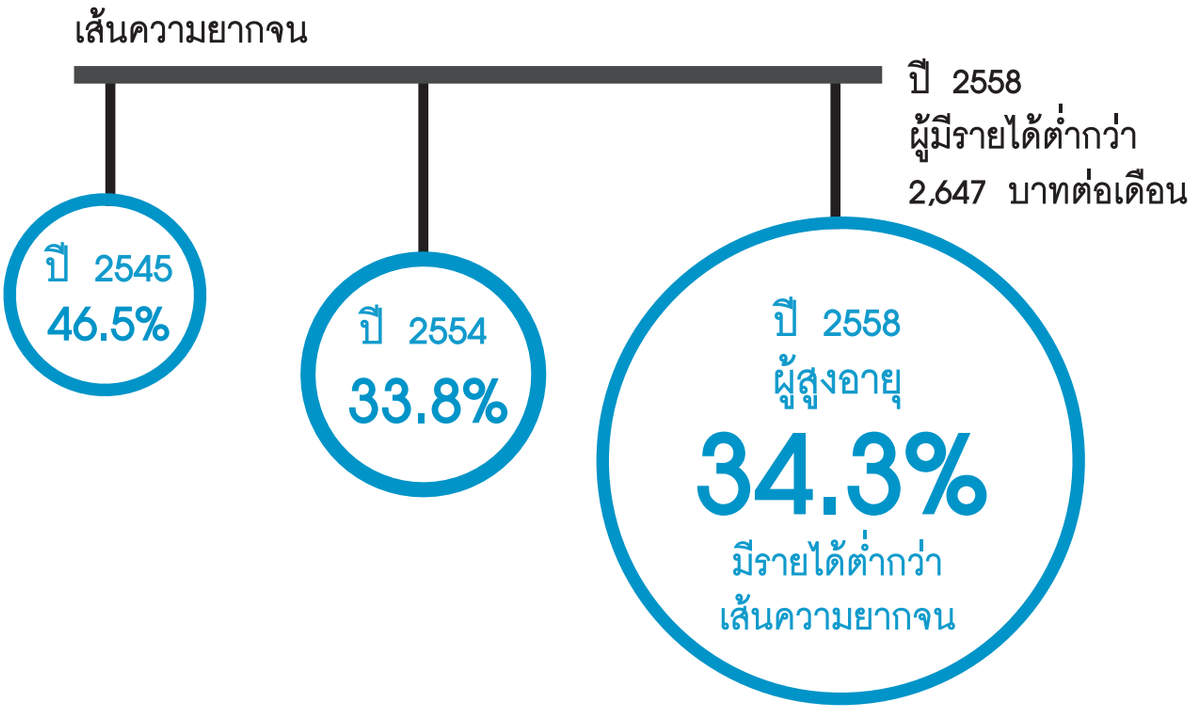
แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557, สสช.



1.5

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

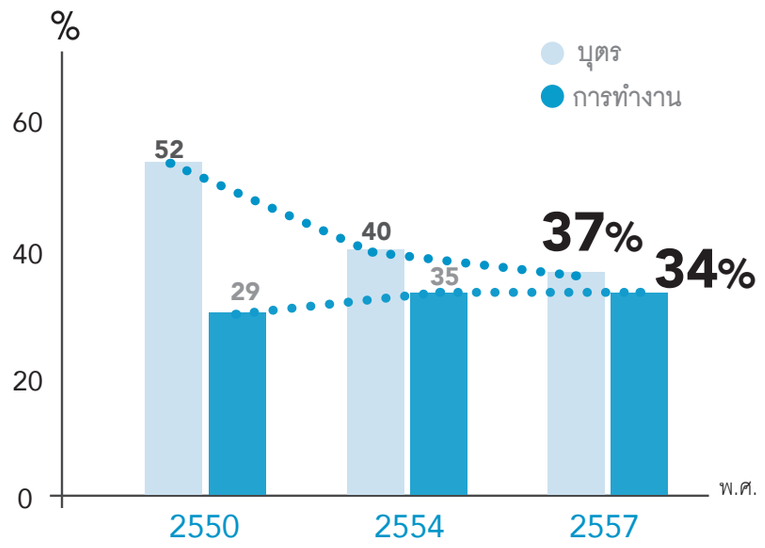
1)
หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545, 2554 และ 2557, สสช.
ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต, สศช.

เส้นความยากจน คือ ตัวชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจ และเป็นมาตรฐานการครองชีพขั้นต่ำที่เป็นจำนวนเงิน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารและสิ่งจำเป็นที่ไม่ใช่อาหารในขั้นพื้นฐานที่ทำให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้

แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ



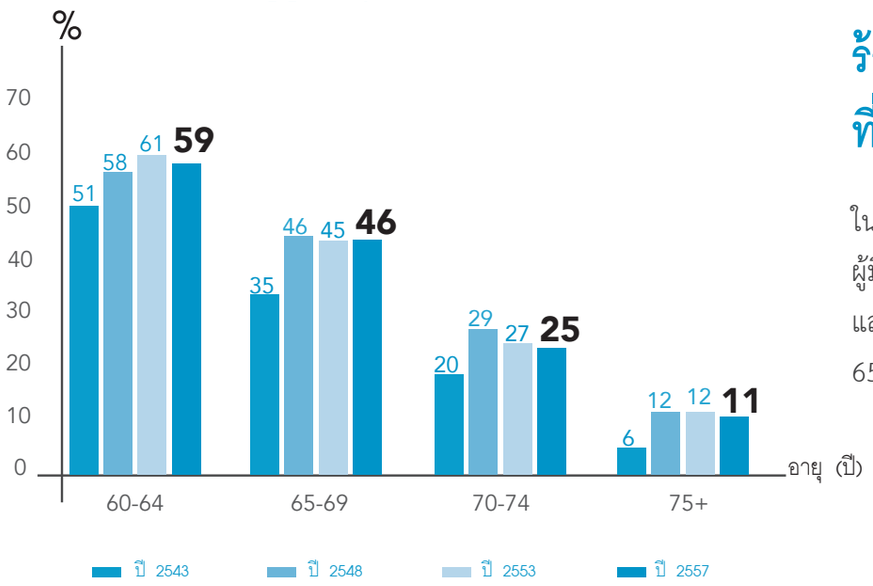
แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, 2554 และ 2557, สสช.

2)
บุตรยังเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ แต่ก็ลดลงอย่างมาก

แหล่งรายได้หลักที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 52 ในปี 2550 เหลือร้อยละ 37 ในปี 2557

ในขณะที่รายได้จากการทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้น แล้วกลับลดลง

การทำงานของผู้สูงอายุ



แหล่งข้อมูล: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2543, 2548, 2553 และ 2557, สสช.

3)
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังทำงานเพิ่มสูงขึ้น

ในปี 2557 ร้อยละ 59 ของผู้มีอายุ 60 – 64 ปี และร้อยละ 46 ของผู้มีอายุ 65-69 ปี ยังทำงานอยู่

ในปี 2559
มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ

8 ล้านคน

รัฐจ่ายเบี้ยยังชีพสูงถึง

63,219 ล้านบาท

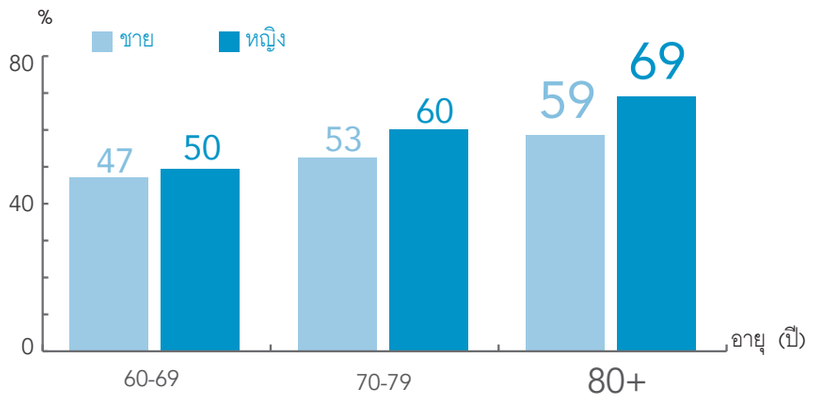
แหล่งข้อมูล: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กทม. , และเทศบาลเมืองพัทยา

1.6

สถานการณ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

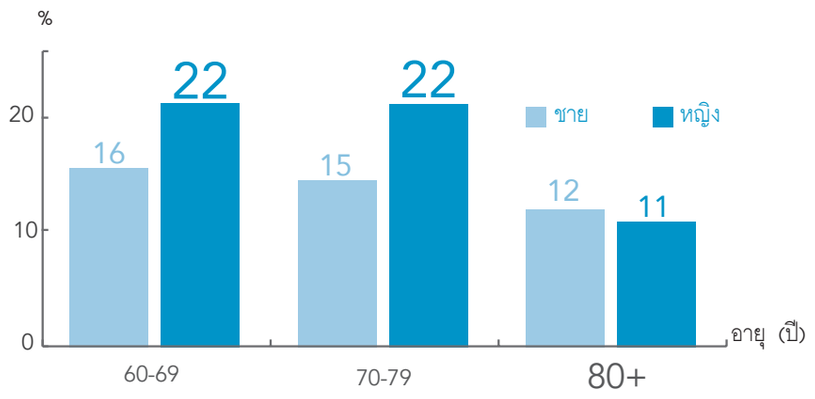
การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันเลือดสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันเลือดสูง



มากกว่า 60 %
ของผู้สูงอายุวัยปลาย
เป็นโรคความดันเลือดสูง

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

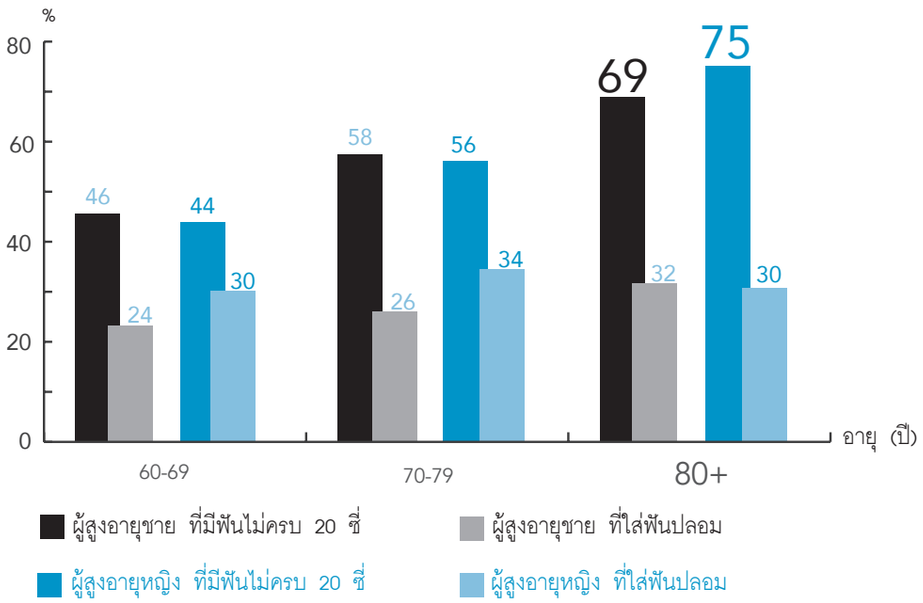


มากกว่า 10 %
ของผู้สูงอายุวัยปลาย
เป็นโรคเบาหวาน

แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557, สวรส.

ผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และใส่ฟันปลอม

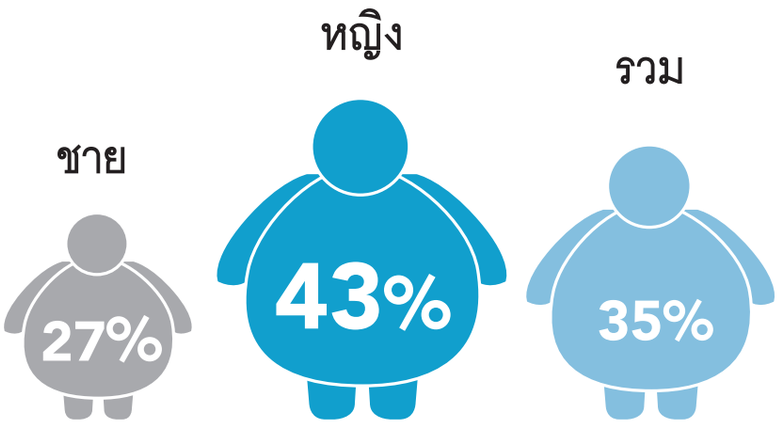
มากกว่า 70%
ของผู้สูงอายุวัยปลาย
มีฟันไม่ครบ 20 ซี่



35%
ของผู้สูงอายุ
มีภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน วัดด้วยดัชนีมวลกาย (Body Mass Index-BMI) ที่คำนวณจากน้ำหนักตัว หน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วย ความสูง หน่วยเป็นเมตร ยกกำลังสอง

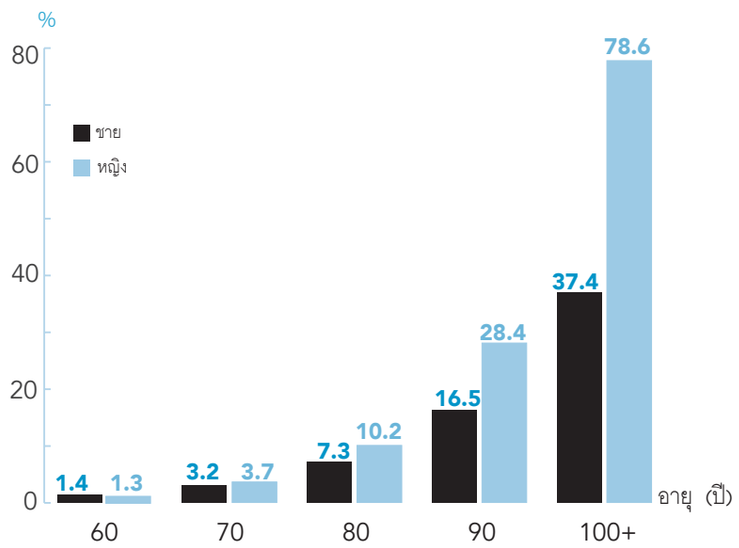
หากดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (BMI >= 25 kg/m^2) ถือได้ว่าบุคคลนั้นมีภาวะอ้วน



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557, สวรส.

แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง*

การประเมินสภาวะ “ติดเตียง” “ติดบ้าน” หรือ “ติดสังคม” ของผู้สูงอายุนั้น ต้องอาศัยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีถึง 10 ด้านด้วยกัน ในกิจวัตรเหล่านี้ มีอยู่ 3 เรื่องที่เป็นกิจวัตรพื้นฐานและใกล้ตัวผู้สูงอายุที่สุดจริงๆ ได้แก่ การกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ/ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเองแม้เพียงกิจวัตรใดกิจวัตรหนึ่งย่อมเป็นภาระต่อบุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้



ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557 สามารถนำมาคำนวณอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง จำแนกตามกลุ่มอายุได้ดังนี้

	พ.ศ. 2559		พ.ศ. 2580	
	จำนวน (พันคน)	%	จำนวน (พันคน)	%
ชาย	156	3.2	475	5.4
หญิง	261	4.4	861	7.7
รวม	417	3.8	1,336	6.7

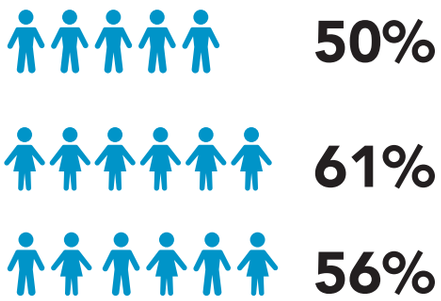
ถ้าอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองยังคงที่ในระดับเดียวกับอัตราในปี 2557 จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในปี 2559 และ 2580 จะเป็นดังนี้

* ศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม คาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อคำนวณหาอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการประเมินด้วยตนเอง*

จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว (เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง)

ร้อยละผู้สูงอายุที่รายงานว่ามีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2558

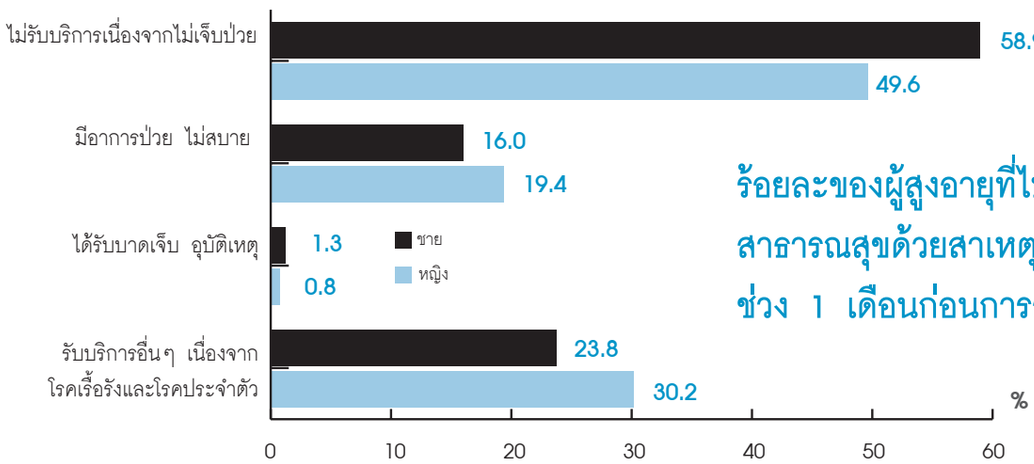


36.8%
ของผู้สูงอายุชาย และ

42.3%
ของผู้สูงอายุหญิง

ที่ตอบว่ามีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป

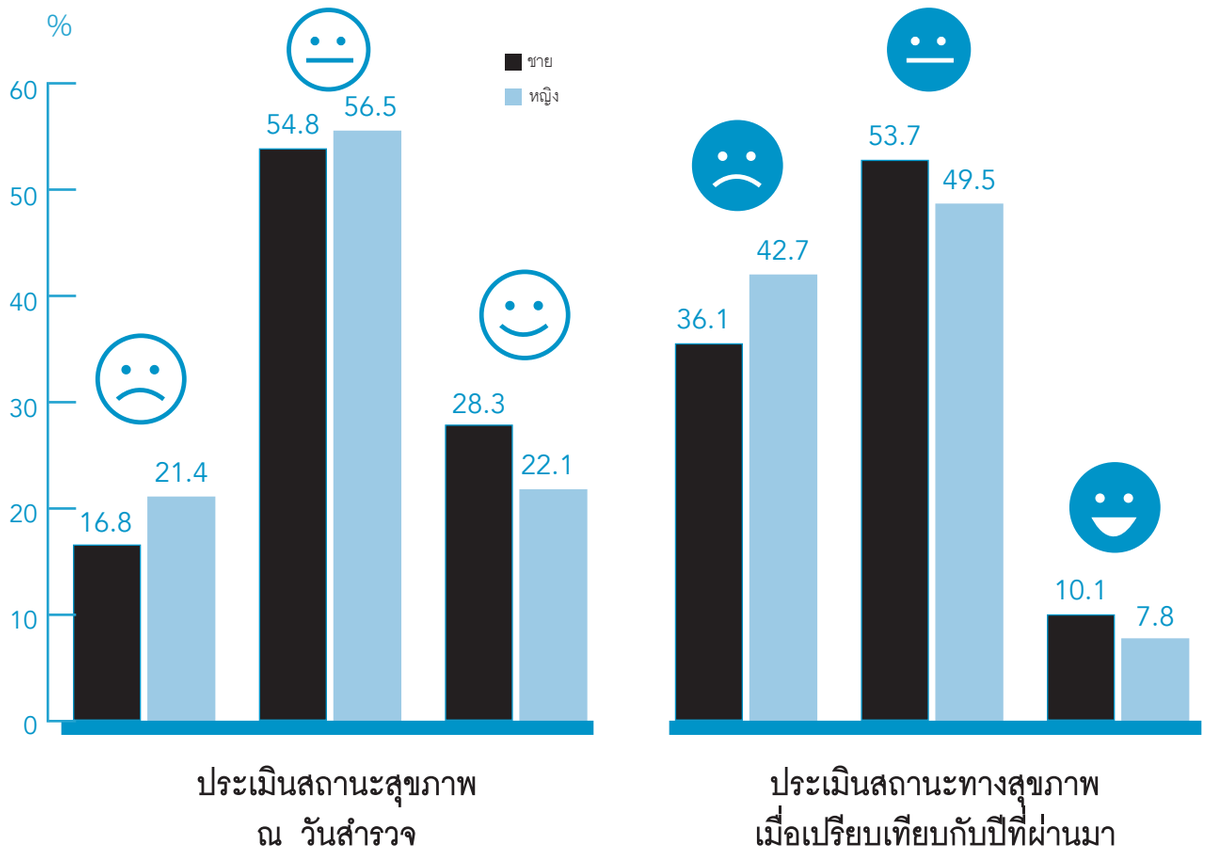
ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร โดยผู้เขียน



ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไปรับบริการสาธารณสุขด้วยสาเหตุต่าง ๆ ช่วง 1 เดือนก่อนการสำรวจ

* ศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ประเมินสถานะสุขภาพเมื่อประเมินด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไร สุขภาพดี ปานกลาง (ไม่ดี/ ไม่แย่) และแย่ และให้ผู้สูงอายุประเมินเปรียบเทียบสุขภาพของตนกับปีที่ผ่านมาว่าแย่ลง พอๆ กับปีที่ผ่านมา หรือดีกว่า พบว่าผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุหญิง



ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558 ที่มีการถ่วงน้ำหนักประชากร โดยผู้เขียน

หมายเหตุ : การสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย ในปี 2556 โดยแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ สำรวจผู้สูงอายุใน 28 จังหวัด จำนวน 13,642 คน พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียงมีประมาณร้อยละ 1.5 หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และอีกร้อยละ 19.0 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่มีปัญหาการเคลื่อนที่เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน จึงไม่สะดวกที่จะออกนอกบ้าน

การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมในประเทศไทย*

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของสมอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด และบุคลิกภาพ

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมที่พบบ่อยๆ มีดังนี้
(สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2556)

1. **เนื้อสมองเสื่อมสลาย** ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุใด ชนิดที่ได้ยินกันบ่อยๆ คือ โรคอัลไซเมอร์ และพาร์กินสัน
2. **หลอดเลือดสมองตีบ** คนที่เป็นโรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน คนมีระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง รวมทั้งคนที่มีน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานจะมีโอกาสสูงกว่าปกติที่จะเป็นเส้นเลือดสมองตีบ
3. **ติดเชื้อในสมอง** เช่น เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัส หรือเชื้อแบคทีเรียบางชนิด
4. **ขาดสารอาหารบางชนิด** โดยเฉพาะการขาดวิตามิน เช่น วิตามิน B1 หรือ B12 หรือสาร folic acid
5. **ระบบเมตาโบลิกในร่างกายแปรปรวน** เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ การทำงานของตับหรือไต
6. **สมองถูกกระทบกระแทก** เช่น คนที่ศีรษะมีโอกาสถูกกระทบกระแทกอยู่เสมอ การหกล้มศีรษะฟาดพื้น
7. **เนื้องอกในสมอง** โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดตรงบริเวณด้านหน้าของสมอง
8. **น้ำเลี้ยงสมองคั่ง** น้ำเลี้ยงสมองที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเกิดคั่งค้างอยู่ในสมอง ช่องสมองจึงขยายใหญ่ผิดปกติ และไปกดเบียดเนื้อสมองที่อยู่รอบๆ นั้น ทำให้อาการสมองเสื่อมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว
9. **ได้รับยาหรือสารที่เป็นพิษต่อการทำงานของสมอง** ยาบางอย่าง เช่น ยานอนหลับ ยากันชัก ยาคลายเครียด ถ้าได้รับในขนาดที่สูงเกินไป หรือสะสมอยู่ในร่างกายนานๆ ก็อาจทำให้การทำงานของสมองผิดปกติ
10. **หลอดเลือดอักเสบ** เช่น เกิดการอักเสบของหลอดเลือดเล็กๆ ที่สมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่สมบูรณ์



* ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม คาดประมาณจำนวนคนที่มีอาการสมองเสื่อมโดยใช้อัตราความชุกของอาการสมองเสื่อม จาก Prince, et al. 2013 และการคาดประมาณประชากร พ.ศ.2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ปัญหาของผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อม คือ การพลัดหลงออกจากบ้าน การถูกฉ้อฉลหลอกลวง และการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยด้วยอาการสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

เมื่อสังคมยิ่งมีอายุสูงขึ้น ผู้ป่วยด้วยอาการสมองเสื่อมจะยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น และจะเป็นปัญหาหนักขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง

Prince et al (2013) ได้นำข้อมูลจากงานศึกษาวิจัยจำนวนมากมาวิเคราะห์เพื่อหาอัตราความชุกของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศของภูมิภาคต่างๆ ของโลก

ความชุก (ร้อยละ) ของผู้ป่วยสมองเสื่อม จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
ชาย	1.7	2.6	4.0	6.2	9.8	15.0	26.4
หญิง	1.8	3.0	5.1	9.0	15.9	27.2	54.9
รวม	1.6	2.6	4.2	6.9	11.6	18.7	35.4

ถ้าเราสมมุติว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีอัตราความชุกผู้ป่วยสมองเสื่อมรายอายุและเพศ ที่ได้จากข้อมูลการศึกษาวิจัยตามตารางข้างบน เราจะคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยได้ดังนี้

ปี 2559

617,000 คน

♂ **206,000** คน

♀ **411,000** คน



ปี 2580

1,350,000 คน

♂ **418,000** คน

♀ **932,000** คน

หมายเหตุ : ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยสมองเสื่อม 8.1% (ชาย ร้อยละ 6.8 หญิงร้อยละ 9.2)

1.7

กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสังคมสูงอายุ

ประชากรยิ่งมีอายุสูงขึ้น ก็ยิ่งมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น สังคมไทยที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จำเป็นจะต้องเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพไว้ให้เพียงพอ ปัจจุบัน กำลังคนด้านสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ ยังไม่น่าเพียงพอที่จะรองรับสังคมไทยที่กำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วนี้

กลุ่มวิชาชีพ	จำนวนที่มีอยู่ (คน)	สัดส่วนต่อประชากร	แหล่งข้อมูล
แพทย์	50,573	1,292	จำนวนแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแพทยสภา (31 ธ.ค. 2558)
พยาบาล	158,317	419	สภาการพยาบาล (2559)
ทันตบุคลากร			
ทันตแพทย์	11,575	5,643	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2558)
ทันตาภิบาล	6,818	9,581	สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2558)
เภสัชกร	26,187	2,494	สภาเภสัชกรรม
เทคนิคการแพทย์	15,200	4,298	สภาเทคนิคการแพทย์
กายภาพบำบัด	10,065 (ยังปฏิบัติวิชาชีพ 4,355)	6,490 (ยังปฏิบัติวิชาชีพ 14,999)	สภากายภาพบำบัด
สาธารณสุข			
นักวิชาการสาธารณสุข	24,035	2,416	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	27,006	2,419	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
แพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์	30,371	2,151	สภาการแพทย์แผนไทย (2559)

แหล่งข้อมูล: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) , 2560

ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นโดยการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งทำหน้าที่แจ้งข่าวสาร สิทธิและบริการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ

จำนวนชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559)

กรุงเทพมหานคร	391
ภาคกลาง	3,193
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12,257
ภาคเหนือ	8,618
ภาคใต้	1,804
รวมทั้งหมด	**26,263**

แหล่งข้อมูล: สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

ในการดูแลและให้บริการผู้สูงอายุในพื้นที่ หน่วยงานที่จะมีบทบาทสำคัญและต้องทำงานประสานร่วมมือกัน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง

ในปี 2559 ประเทศไทย

มี รพ.สต. 9,750 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 720 แห่ง
เทศบาลทั้งหมด 2,441 แห่ง
เทศบาลนคร 30 แห่ง เทศบาลเมือง 178 แห่ง
เทศบาลตำบล 2,233 แห่ง
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 5,334 แห่ง
การปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กรุงเทพฯ และเมืองพัทยา) 2 แห่ง

ในปี 2559 ประเทศไทย มีจำนวนชมรมผู้สูงอายุ 26,263 แห่ง

ทำไมประเทศไทยจะต้องมีการผลิตบุคลากรทางสุขภาพเฉพาะทางผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรีบด่วน*

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการ ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการสุขภาพมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ

ประเด็นที่สำคัญคือผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป ทำให้วงการแพทย์ทั่วโลกผลักดันให้มีการผลิตบุคลากรทางสุขภาพด้านผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา เกิดขึ้นในทุกระบบอวัยวะของผู้สูงอายุ
2. การมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะในสองลักษณะคือ **อาการและอาการแสดงของโรคที่ไม่เหมือนกับที่พบในผู้ป่วยทั่วไป และกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ ภาวะหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการเดิน อาการซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) อาการน้ำหนักลด ตลอดจนภาวะเปราะบาง (Frailty)** ที่บุคลากรทางสุขภาพในอดีตอาจไม่เข้าใจและมักให้การวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้องว่าเป็น “โรคชรา”
3. การมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้วส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน
4. การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน (Polypharmacy) เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา
5. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องการการดูแลทางสังคม (Social care) พร้อมกับการดูแลทางสุขภาพ

* ศาสตราจารย์ นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นายกสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

ด้วยวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมัยใหม่ตามแนวทางของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric medicine) ที่คำนึงถึงปัจจัยต่างๆข้างต้น ตลอดจนนวัตกรรมด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม การทำงานของบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมกับการรักษาพยาบาลทุกช่วงระยะ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เมื่อหายจากความเจ็บป่วยแล้ว ยังสามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เหมือนหรือใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย ดังนั้นประเทศไทยจึงจำเป็นจะต้องมีบุคลากรทางสุขภาพด้านนี้โดยเฉพาะอายุรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician) เพิ่มมากขึ้น

นอกจากนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุต้องการความชำนาญจากหลายสาขาของบุคลากรทางสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างรีบด่วนเช่นกัน ที่ต้องเพิ่มเติม (ไม่ใช่เพียงสอดแทรก) ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเข้าไปในหลักสูตรปริญญาตรีของหลักสูตรต่างๆ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

เมื่อ 70 ปีก่อนที่ประเทศไทยยังไม่มีกุมารแพทย์ ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการดูแลโดยแพทย์ทั่วไป ปัจจุบันเมื่อลูกป่วย พ่อแม่ทุกคนที่เลือกได้คงต้องการให้ลูกได้รับการดูแลโดยกุมารแพทย์ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไทยในปัจจุบันก็กำลังอยู่ในจุดเปลี่ยนที่สำคัญเหมือนการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อ 70 ปีก่อน นั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

Prince, M. et al. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis Alzheimer's & Dementia. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 9 (1), 63 – 75.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2016). *World Population Prospect: The 2015 Revision*. United Nations: Department of Economic and Social Affairs.

World Health Organization. (2002). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project.* Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/

วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สิรินทร ฉันศิริกาญจน. (2556). *คู่มือยืดอายุสมอง*. กรุงเทพฯ: รักลูกกรุ๊ป.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *โครงการวิจัยเพื่อสังเคราะห์ทางเลือก และข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า*. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2548). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2548*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2553). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2554). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2557). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2559). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (ม.ป.ป.). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (ม.ป.ป.). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (ม.ป.ป.). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (ม.ป.ป.). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (ม.ป.ป.). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (ม.ป.ป.). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2559). *ระบบสถิติทางการทะเบียน*. สืบค้นจาก http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statTDD/ เมื่อ 18 พฤษภาคม 2560

สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2557). *สถิติเผยแพร่.* สืบค้นจาก http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=131 เมื่อ 18 พฤษภาคม 2560

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. นนทบุรี: กรมอนามัย.

2.

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ*

บริบท

- สถานการณ์ “แก่เร็ว รวยช้า” ของประเทศไทยท้าทายต่อการปรับตัวของสังคมไทยที่เหลื่อมล้ำทุกมิติ ท่ามกลางความท้าทายทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสภาพแวดล้อม
- สุขภาพของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเสื่อมถอยหลายด้านพร้อมๆ กัน ส่วนหนึ่งอาจอธิบายได้จากความจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยโดยลำพัง และ/หรือประสบความยากลำบากในการเดินทาง ผู้สูงอายุสิทธิบัตรทอง[1] มีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยกว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการ[2]
- ขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุขยายตัว วัยแรงงานก็กำลังหดตัวจึงมีแนวโน้มที่จะรับภาระผู้สูงอายุมากขึ้น
- เสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไม่ต่อเนื่องมานาน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว

แก่เร็ว รวยช้า

แก่เร็ว รวยช้า

แก่เร็ว รวยช้า

*ศาสตราจารย์ นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[1]ผู้มีสิทธิบัตรทอง หรือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ คนไทยทุกคนตั้งแต่แรกเกิดสามารถมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ หากไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพอื่น เช่น สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น

[2]ระบบสวัสดิการข้าราชการใช้ระบบ “จ่ายตามการให้บริการ” โดยไม่จำกัดสถานพยาบาลที่ไปรับบริการ ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมนี้

ทางเลือกเชิงนโยบาย

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (seamless) เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการโดยจัดบริการรถโดยสารส่วนบุคคล หรือสาธารณะตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ หรือการอาศัยอย่างโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจดำเนินการได้หลายช่องทางตามบริบทของพื้นที่ เช่น อาจส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือใช้ระบบคูปองบริการรถโดยสารของเอกชน

2. เพิ่มประสิทธิผล (effectiveness) ของการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยนอกสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน

3. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อลดผลข้างเคียงจากยาอันเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งในการเข้านอนโรงพยาบาล

4. เพิ่มประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งเบาหวาน ความดันเลือด หกล้ม และสุขภาพจิตใจ ทั้งนี้ควรเริ่มต้นนับแต่วัยกลางคนเป็นต้นไป

5. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคมควรได้รับการเน้นหนักด้วยการยกระดับระบบขนส่งโดยสาร การเข้าถึงพื้นที่สีเขียวอย่างทั่วถึง ตลอดจนความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และระบบบริการปฐมภูมิ

6. พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงได้แม่นตรงและทันสมัย เพราะระบบสารสนเทศเป็นหัวใจของการพัฒนา

7. ข้อพิจารณาเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าของนโยบายและแผน ได้แก่ ก) ความจำเป็นและการใช้ประโยชน์ได้จริง ข) เชื่อถือได้ทางวิชาการ ค) เป็นไปได้ที่จะรวบรวมข้อมูล ง) ความสอดคล้องระหว่างดัชนีและการได้สมดุลมิติต่างๆ ของเป้าหมาย

ประเด็นความรู้ทางวิชาการที่สนับสนุนทางเลือกเชิงนโยบาย 7 ประการข้างต้น

นิยามสังคมสูงอายุที่พึงประสงค์

ไม่ว่าจะมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลหรือสังคม การยอมรับนิยามเชิงปฏิบัติการสังคมอายุที่พึงประสงค์เป็นจุดตั้งต้นของความร่วมมือและการดำเนินการใดๆ ให้บรรลุผล

กว่าห้าสิบปีมาแล้ว ทั่วโลกมีแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อสังคมสูงอายุผุดขึ้นเป็นระยะ แต่ยังไม่มีแนวคิดใดที่นำไปสู่นิยามเชิงปฏิบัติการอันเป็นที่ยอมรับเป็นฉันทมติ จึงไม่แปลกที่แนวคิดใหม่ยังบังเกิดขึ้นเรื่อยๆ

Healthy ageing เป็นคำที่นิยมแพร่หลายในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย และหลายประเทศในเอเชีย การแปลงแนวคิด Healthy ageing ให้เป็นจริง ในทางปฏิบัติยังเป็นความท้าทาย เพราะขาดนิยามเชิงปฏิบัติการที่ยอมรับโดยกว้างขวาง เช่นเดียวกับแนวคิดอื่นๆ ในอดีตที่ขยายความหมาย ageing ด้วยคำว่า successful, active, productive, positive ก็ประสบความท้าทายเช่นเดียวกัน

Healthy ageing เป็นกระบวนการตลอดชีวิตเพื่อใช้โอกาสใดๆ สำหรับการดูแลรักษาผู้สูงอายุในด้านต่อไปนี้ สุขภาพ (กาย จิตใจ สังคม) การพึ่งตนเองได้ คุณภาพชีวิต และการปรับตัวจากวัยหนึ่งสู่อีกวัยหนึ่งอย่างราบรื่น โปรดสังเกตว่า กระบวนการนี้มีความซับซ้อนท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ จิตใจ และสังคม สังคมไทยที่มีความเสี่ยงสูงจากการบาดเจ็บเพราะอุบัติเหตุจราจร ได้พลิกผันชะตากรรมของคนวัยรุ่นและวัยทำงานให้กลายเป็นผู้พิการสืบเนื่องไปสู่วัยชรา การขยายตัวของโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูงก็คุกคามคนวัยทำงานในลักษณะเดียวกัน สองกรณีตัวอย่างนี้จึงเป็นอุทาหรณ์ว่า มุมมองต่อการพัฒนาสังคมสูงอายุไม่อาจละเลยการควบคุมป้องกันภาวะคุกคามต่อสุขภาพในวัยอื่น

อาจกล่าวโดยทั่วไปว่า Healthy ageing มีความหมายทางบวกในหลายมิติเกี่ยวกับสมรรถนะในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อปรับตัวทางกายภาพ จิตใจ สังคม ซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามพื้นฐานวัฒนธรรมและอายุ ความหมายนี้สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในแผนฯ นี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์ห้าด้านเพื่อยกสถานภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีดัชนีวัดความสำเร็จถึง 60 ตัว ภายใต้วิสัยทัศน์ **“ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”** ซึ่งขยายความด้วยการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ สุขภาพกาย/จิต ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร สิ่งแวดล้อมเหมาะสม ปลอดภัย และหลักประกันมั่นคง

โปรดสังเกตว่า วิสัยทัศน์ **“ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”** มุ่งเน้นที่ตัวผู้สูงอายุ ในอีกด้านหนึ่งวิสัยทัศน์ในบางประเทศ เช่น ไอร์แลนด์ กลับกำหนดวิสัยทัศน์เน้นลักษณะพึงประสงค์ของสังคมที่เกื้อกูลผู้สูงอายุและในทุกกลุ่มวัย กล่าวคือ มุ่งสร้างสังคมเพื่อคนทุกวัยได้เตรียมพร้อม และได้ประโยชน์เต็มตามศักยภาพทางกาย จิตและการกินดีอยู่ดี (well-being) เป็นสังคมที่ส่งเสริมและยอมรับผู้สูงอายุให้มีบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ชุมชน และครอบครัว เกื้อกูลต่อความผูกพันระหว่างคนต่างวัย เป็นสังคมที่ผู้สูงอายุดำรงชีพอย่างเท่าเทียม สมศักดิ์ศรี เต็มภาคภูมิ เป็นอิสระ มีส่วนร่วม และ ได้รับการดูแลในทุกที่ทุกโอกาส

ผู้เขียนเชื่อว่า ถ้าสังคมไทยสามารถเรียนรู้จากการดำเนินนโยบาย แผน หรือยุทธศาสตร์เพื่อผู้สูงอายุไทยอย่างต่อเนื่อง ความคิด หลักการ ก็จะค่อยๆ ตกผลึก นิยามเชิงปฏิบัติการก็จะได้รับการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางท่ามกลางการปฏิบัติจริงของทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วม ระบบสารสนเทศและการกำกับติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นเงื่อนไขที่ขาดเสียมิได้ถ้าการเรียนรู้จะได้ประโยชน์สูงสุด

ผู้สูงวัย เป็นหลักชัย ของสังคม

ขยายการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ความต้องการบริการของผู้สูงอายุ อาจจำแนกเป็นบริการรักษาภาวะเฉียบพลัน ภาวะเรื้อรัง ภาวะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) และในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative/End-of-life care) ความจริงอันเป็นที่ยอมรับทั่วโลกคือ ระบบบริการสุขภาพของไทยและทั่วโลกถนัดในการดูแลภาวะเฉียบพลัน ดังนั้น การเข้าถึงบริการรวมทั้งคุณภาพบริการภาวะเฉียบพลันน่าจะเป็นที่พอใจมากกว่าการเข้าถึงบริการสำหรับภาวะอื่นๆ ในประเทศไทย ถ้าพิจารณาโดยไม่จำแนกชนิดบริการดังกล่าว สถิติการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุสิทธิบัตรทองกรณีคนไข้นอกเพิ่มขึ้นชัดเจนจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 6.9 ในช่วงปี 2555-2559 ส่วนกรณีคนไข้ใน แนวโน้มค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยที่คนไทยสิทธิบัตรทองคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 75 ของคนไทยทุกประเภทสิทธิรวมกัน จึงอาจอนุมานได้ว่า บริการคนไข้นอกสำหรับผู้สูงอายุมีความทั่วถึงมากขึ้น ส่วนบริการคนไข้ในคงที่ในช่วงเวลาดังกล่าว แนวโน้มเช่นนี้อาจเกี่ยวข้องกับความพยายามปรับปรุงระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

ความพยายามในการพัฒนาบริการรักษาภาวะเรื้อรังได้เกิดขึ้นมานานกว่าสิบปีทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ จนทุกวันนี้ภาวะเรื้อรังได้กลายเป็นภาวะที่พบบ่อยอันดับต้นของสถานพยาบาลทั่วประเทศ ความทั่วถึงของบริการโรคเรื้อรังอาจอนุมานได้จากกรณีโรคเบาหวานและความดันเลือดสูงอันเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด การสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยพบว่าคนไทยที่เป็นเบาหวานเข้าถึงบริการคัดกรองร้อยละ 63 และที่เป็นความดันเลือดสูงเข้าถึงร้อยละ 70 ในปี 2557 อันเป็นการเข้าถึงเพิ่มขึ้นจากอดีต (ประมาณร้อยละ 50 ทั้งสองกรณี) เมื่อสิบปีที่แล้วอย่างชัดเจน นอกจากนั้น การสำรวจเดียวกันยังพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุสองโรคนี้ยังได้รับการรักษาจนควบคุมได้มากเกินหนึ่งในสาม

ไม่นานมานี้ การพัฒนาบริการระยะท้ายและภาวะกึ่งเฉียบพลันได้เริ่มขึ้น ดังปรากฏอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของสามกองทุนสุขภาพหลักของไทย (สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ บัตรทอง และประกันสังคม) ในด้านการจัดบริการ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าภาพหลักของสถานพยาบาลรัฐทั่วประเทศก็มีนโยบายสอดคล้องกับการจัดชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ดังปรากฏเป้าหมายและกลยุทธ์ทางนโยบายชัดเจนต่อเนื่องมากว่าห้าปี เช่น นโยบายเขตสุขภาพที่เน้นการจัดบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอายุทั้งการรักษา ฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นโยบายหมอครอบครัวเน้นผู้ป่วยสี่กลุ่มได้แก่กลุ่มสูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ และผู้ป่วยระยะท้าย ล่าสุดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ดำเนินนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยร่วมมือกับ สปสช. และหน่วยงานอื่น

ความสำเร็จของการดำเนินนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว อาจเป็นผลจากการที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 มีบันทึกข้อตกลงและผลการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รายงานเบื้องต้นโครงการประเมินผลนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ระหว่างปี 2556 – 2560 ของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ (2560) พบว่า ตัวชี้วัดความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากเขตสุขภาพเป็น 12 เขตสุขภาพ โดยตัวเลขความชุกสูงกว่าร้อยละ 90 ในแต่ละเขตตั้งแต่เริ่มปรากฏรายงานเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดของ สปสช. พบว่าสอดคล้องกัน กล่าวคือ สปสช.กำหนดตัวชี้วัดเป็นชุด โดยเน้นที่บทบาทการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและ อปท. โดยในขั้นผลผลิตกำหนดตัวชี้วัดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพความสอดคล้องพบมากขึ้นระหว่างชุดตัวชี้วัดของกรมอนามัย และ สปสช.

อย่างไรก็ตาม รายงานของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะชิ้นนี้ พบความไม่ลงรอยระหว่างระเบียบการใช้เงินของ สปสช. กับของกระทรวงมหาดไทย ทำให้ อปท.ลังเลที่จะจัดสรรเงินอุดหนุนผู้ช่วยผู้ดูแล การดำเนินนโยบายส่งเสริมการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนและครัวเรือนเป็นฐานจึงยังไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควรภายหลังเริ่มดำเนินนโยบายสองปีแรก (2559-2560)

ทั่วถึง
และเท่าเทียม

ทั่วถึง
และเท่าเทียม

ในด้านความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ปรากฏหลักฐานว่าภายใต้แนวโน้มสัดส่วนครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยโดยลำพังเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุในครัวเรือนเหล่านี้เข้าถึงบริการได้น้อยกว่าผู้สูงอายุในครัวเรือนที่มีญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วย ลักษณะเช่นนี้อาจทับซ้อนกับความสามารถของครัวเรือนในการจัดหาหรือเข้าถึงบริการขนส่งโดยสารสาธารณะ ซึ่งกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในเขตชนบท ผู้สูงอายุมีภาระค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ค่าใช้จ่ายเหล่านี้อาจจำแนกเป็นหมวดค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายสำหรับญาติ โดยหมวดค่าเดินทางมีตัวเลขมากที่สุด บ่งชี้ว่าความขาดแคลนบริการโดยสารในพื้นที่ชนบทรุนแรงกว่าในเขตเมือง

ด้วยความตระหนักเช่นนี้ อปท.จำนวนมากพยายามตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้พิการด้วยการจัดบริการโดยสารอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่น่าเสียดายที่กระทรวงมหาดไทยไม่มีระเบียบรองรับบทบาทนี้ของ อปท. จึงนำไปสู่การลงโทษทางการเงินต่อผู้บริหาร อปท. ทำให้บริการนี้ต้องยุติลง

ถ้าเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุระหว่างสิทธิบัตรทองและสวัสดิการข้าราชการจะพบความแตกต่างสี่เท่ากรณีการเข้าถึงบริการคนไข้นอก และสิบเท่ากรณีคนไข้ใน ความแตกต่างนี้เกี่ยวข้องกับอย่างน้อยสองปัจจัย ได้แก่

1. สถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระหว่างผู้สูงอายุสิทธิบัตรทองและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งเกี่ยวพันกับสภาพการอยู่อาศัยโดยลำพังและการเข้าถึงบริการโดยสารที่กล่าวข้างต้นด้วย ดังนั้นลำพังการมีสิทธิรักษาพยาบาลจึงไม่เพียงพอแก่การให้หลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเต็มที่ กระทรวงมหาดไทยจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาท อปท. ในการจัดบริการโดยสารด้วยการออกระเบียบการเงินรองรับให้ อปท. สามารถจัดบริการโดยสารได้หลากหลายรูปแบบ

2. วิธีการและอัตราชดเชยค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลแตกต่างกันระหว่างสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิบัตรทอง จนส่งผลให้รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปีประเภทแรกมากกว่าประเภทสองมากกว่าสามเท่า

นอกจากที่กล่าวมา เงื่อนไขอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. วิธีจัดบริการของสถานพยาบาลโดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นตัวอย่างโรงพยาบาลที่จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ จัดรถเข็นรับผู้สูงอายุ จัดห้องน้ำเฉพาะ จัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ ตำแหน่งเดียวในโรงพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การใช้ประโยชน์จากสถานพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ปี 2550 ถึงปัจจุบัน ความร่วมมือกับสถานพยาบาลเอกชนทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถ้าสามารถขยายความร่วมมือลักษณะนี้ไปสู่บริการดูแลระยะยาวซึ่งต้องการการบูรณาการ และความต่อเนื่องในการให้บริการมากกว่าการผ่าตัดต้อกระจก ก็จะยังประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ เมื่อคำนึงถึงแนวโน้มการเคลื่อนย้ายประชากรสู่เขตเมืองที่มากขึ้น การคิดค้นนวัตกรรมทางการบริหารจัดการ และนวัตกรรมทางการเงินการคลังเพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองจะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น

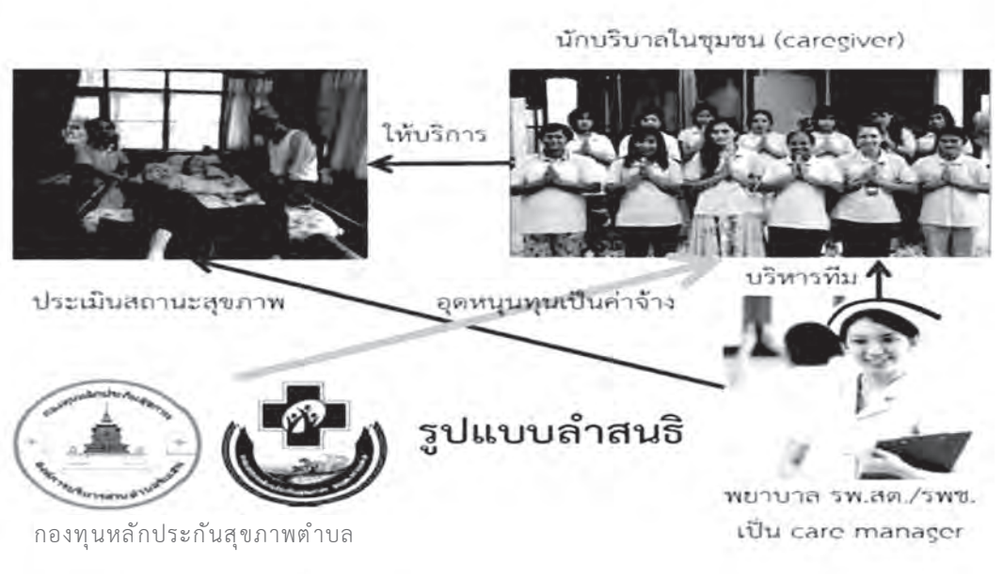
3. การจัดบริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) เพื่อปิดช่องว่างระหว่างการดูแลคนไข้ในที่มีภาวะเฉียบพลัน กับการดูแลที่บ้าน ปัจจุบันผู้สูงอายุที่ป่วยเข้าโรงพยาบาลด้วยภาวะเฉียบพลันแทรกซ้อนจากภาวะเรื้อรังได้กลายเป็นภาระอย่างหนักแก่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศ เช่น คนไข้หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้ว โรงพยาบาลไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เพราะสภาพที่บ้านไม่มีความพร้อม ทำให้คนไข้ลักษณะนี้ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกินจำเป็น ก่อให้เกิดภาวะแออัดและด้อยคุณภาพในการดูแลคนไข้ในของโรงพยาบาลต่างๆ ถ้ามีบริการกึ่งเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลเอกชนรับดูแลผู้สูงอายุหรือคนไข้ลักษณะนี้ ไม่เพียงจะช่วยแก้ปัญหาความแออัดของบริการคนไข้ในดังกล่าวแล้วยังจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุและทำให้การดูแลระยะยาวที่บ้านมีความพร้อมมากยิ่งขึ้น อันที่จริงในบางพื้นที่ได้เริ่มพัฒนานวัตกรรมบริการชนิดนี้แล้ว เช่น จังหวัดสระบุรี จังหวัดสงขลา จังหวัดสุราษฎร์ธานี การติดตามประเมินผลจะช่วยให้ได้ความรู้ชัดเจนว่าถ้าจะขยายรูปแบบการดูแลระยะยาวในลักษณะนี้จะต้องพัฒนาองค์ประกอบอะไรบ้างในระดับสถานพยาบาลและระดับมหภาค ตัวอย่างเช่น ในจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ สปสช. เขต 12 และโรงพยาบาลบางกล่ำ ร่วมมือกันพัฒนาบริการกึ่งเฉียบพลันที่โรงพยาบาลบางกล่ำโดยโรงพยาบาลหาดใหญ่ถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากร สนับสนุนรายการยาและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นแก่โรงพยาบาลบางกล่ำ สปสช. เขต 12 เพิ่มน้ำหนักสัมพัทธ์แก่ค่าชดเชยบริการกึ่งเฉียบพลันคนไข้ในของโรงพยาบาลบางกล่ำ

ระบบบริการอย่างบูรณาการ

การสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยทั้งประเทศต่อเนื่องมาหลายปี แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยถดถอยทางสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลจากการบาดเจ็บ โรคเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงที่ขยายตัวไม่หยุดยั้ง ตลอดสามสิบปีมานี้ผู้ป่วยจำนวนมากมีปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนเพราะมักเกี่ยวเนื่องกับหลายอวัยวะ จำเป็นต้องพึ่งพาบริการสุขภาพและบริการสังคมหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุติดเตียง แต่ละรายอาจต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพและสังคมมากถึง 5 คนในแต่ละครั้งที่ให้การดูแล ซึ่งอาจใช้เวลา 2-4 ชั่วโมงต่อครั้ง นอกจากความต้องการการดูแลระยะยาวดังกล่าว ผู้สูงอายุจำนวนมากยังอาจต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ครั้งละหลายสัปดาห์จนถึงหลายเดือน เพราะมีภาวะเฉียบพลันแทรกซ้อนเพิ่มเติมจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะเฉียบพลันจำนวนไม่น้อยเกิดจากความล้มเหลวในการดูแลระยะยาว หรือเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาหลายขนานพร้อมๆ กัน หรือเกิดจากไม่ได้รับการดูแลจากญาติอย่างเหมาะสม กระทั่งมีผู้ป่วยสูงอายุหลายรายที่ญาติเจตนาทอดทิ้งให้ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น รับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวไม่ได้ ญาติสูญเสียอาชีพ/รายได้ เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการในระยะยาวเชื่อมโยงบริการในสถานพยาบาลไปจนถึงบ้านผู้สูงอายุ โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลลำสนธิอาจเป็นตัวอย่างที่ยังพบเห็นได้จำกัดในระบบบริการสุขภาพไทย อย่างไรก็ตาม หลังจากรัฐบาลเริ่มดำเนินนโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จึงมีความเป็นไปได้มากขึ้นว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการที่อำเภอลำสนธิจะขยายตัวในปีแรก (พ.ศ.2559) ของการดำเนินนโยบาย รัฐบาลจึงได้จัดสรรเงินอุดหนุนการจัดบริการสังคมจำนวน 600 ล้านบาทกระจายให้ อปท. 1,752 ตำบล ซึ่งมีผู้สูงอายุตามทะเบียนเป็นจำนวน 8 หมื่นคน โดยร้อยละ 20 ของจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุในภาวะติดเตียง และในปีถัดมาจำนวนเงินอุดหนุนจะเพิ่มเป็น 900 ล้านบาทเพื่อขยายพื้นที่ดำเนินการต่อไป

บริการที่มีลักษณะ “เชื่อมโยงบริการในสถานพยาบาลไปจนถึงบ้านผู้สูงอายุ” มีนัยสำคัญต่อการตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลันแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่กล่าวมา หรืออาจเรียกว่า การดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless care) ซึ่งหมายถึง บริการที่คนไข้หรือผู้ใช้บริการสุขภาพได้รับอย่างต่อเนื่องจนความต้องการของพวกเขาได้รับการตอบสนองเต็มตามศักยภาพของระบบบริการสุขภาพที่ดำรงอยู่ ไม่ว่าจุดตั้งต้นของการใช้บริการจะเป็นสถานพยาบาลลักษณะใด มิติของความต่อเนื่องอย่างน้อยต้องครอบคลุมสามประเด็นได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการ การไหลของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการต่างลักษณะกัน กรณีตัวอย่างหญิงชราวัย 92 ปี ป่วยเฉียบพลันจากการหกล้มจนกระดูกสะโพกหัก หลังออกจากโรงพยาบาลเธออยู่ในสภาพข้อสะโพกขวาติดพิการถาวร หากปราศจากการดูแลอย่างบูรณาการต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล เธออาจต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีกเพราะติดเชื้อจากแผลกดทับ/เสียดสี เนื่องจากการถัดตัวไปมาในสภาพบ้านเดิมที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลดังกล่าว และภาวะทุพโภชนาการอันสืบเนื่องจากการที่เธออยู่โดยลำพังเป็นส่วนใหญ่และหุงหาอาหารเองไม่ได้



ที่มา: Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ https://www.hfocus.org/content/2016/04/12048

บริการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และบริการโรคเรื้อรัง

เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพา การดูแลรักษาผู้สูงอายุในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นประเด็นที่ยังมีโอกาสพัฒนาได้อีกมาก บทเรียนจากหญิงชรารายนี้ชวนให้เกิดคำถามเกี่ยวกับการรักษาข้อสะโพกหักว่ามีความเป็นไปได้เพียงใดที่จะใช้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกบวกกายภาพบำบัด แทนการดึงข้อสะโพก เพื่อให้เธอเดินได้ดังเดิมก่อนข้อสะโพกหัก คำถามนี้ยังเชื่อมโยงไปถึงวิธีอุดหนุนบริการซึ่งที่ผ่านมาสำหรับผู้มีสิทธิบัตรทองเช่นเธอ การอุดหนุนบริการจำกัดเพียงค่าข้อเทียมไม่รวมกายภาพบำบัด ต่างจากกรณีการอุดหนุนบริการรักษาภาวะหลอดเลือดสมองตีบ/แตก ซึ่งรวมการดูแลเฉียบพลันและกายภาพบำบัดในปีแรกที่ได้ผลดียิ่งกว่าในเงื่อนไขหนึ่ง คือ การอุดหนุนบริการรักษาภาวะหลอดเลือดสมองตีบด้วยยาละลายลิ่มเลือดในสี่ชั่วโมงแรก ซึ่งไม่เพียงรักษาชีวิตคนไข้ไว้ได้ หากยังคืนสภาพพึ่งตนเองได้ดังเดิมด้วย จึงลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะต้องพึ่งบริการดูแลระยะยาวในภาวะติดเตียงได้อย่างมาก

เมื่อกล่าวถึงข้อสะโพกหัก ทำให้ผู้เขียนนึกถึงการหกล้ม เพราะเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งพบได้บ่อย การหกล้มมีต้นเหตุหลายประการ การใช้ยาหลายขนานพร้อมๆ กันในผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากยานำไปสู่การหกล้มและผลข้างเคียงอื่นๆ จนผู้สูงอายุต้องนอนโรงพยาบาลและอาจเสียชีวิต การจัดระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล รวมไปถึงการลดความผิดพลาดในการจ่ายยาและการใช้ยาเป็นหัวใจสำคัญในประเด็นนี้ ข่าวดีคือตั้งแต่ปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีโรงพยาบาลรัฐสนใจร่วมดำเนินการ 205 แห่ง อันเป็นผลสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบายแห่งชาติด้านยาตั้งแต่ปี 2554 ความท้าทายในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินนโยบายและโครงการที่กล่าวมา คือ การมีระบบสารสนเทศและการติดตามประเมินผลที่แม่นตรง ครอบคลุม ทันสมัย

การดูแลระยะสุดท้ายและการดูแลประคับประคอง (End-of-life and Palliative Care)

ความผูกพันในครอบครัวบวกกับความไม่แน่นอนและความรุนแรงของโรคก่อนเสียชีวิต อาจเป็นเหตุผลให้เกิดการใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลมากเป็นพิเศษในระยะสุดท้ายของชีวิต ยิ่งเทคโนโลยีการแพทย์ซับซ้อนขึ้น ยิ่งผลักให้การใช้จ่ายเพื่อยืดชีวิตในระยะสุดท้ายเพิ่มสูงขึ้น อันที่จริงความรู้ล่าสุดพบว่า เทคโนโลยีการแพทย์เป็นแรงขับสำคัญที่สุดต่อรายจ่ายสุขภาพของประเทศ

บริการปฐมภูมิซึ่งใช้เทคโนโลยีราคาแพงน้อยกว่าบริการทุติยภูมิและบริการตติยภูมิ อาจเป็นทางออกสำหรับแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น ในทางปฏิบัติ นโยบายหมอครอบครัวเมื่อปี 2558 เป็นจุดตั้งต้นระดับนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะท้าย นั่นคือ รวมเรื่องการดูแลระยะท้ายและการดูแลประคับประคองไว้ด้วย โดยมุ่งครอบคลุมทั่วประเทศเป็นครั้งแรกโดยอาศัยโครงสร้างบริการปฐมภูมิเป็นสำคัญ ปีต่อมานโยบายใหม่ในชื่อ Primary care cluster ได้เข้ามาแทนที่โดยเชื่อมโยงและมุ่งไปในทิศทางเดียวกับนโยบายหมอครอบครัว นับตั้งแต่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มต้นเมื่อปี 2545 ความพยายามระดับมหภาคเพื่อส่งเสริมบริการปฐมภูมิดูเหมือนเข้มข้นกว่าอดีตในแง่การพัฒนากำลังคน และการเงินการคลัง อย่างไรก็ตาม ยังไม่ปรากฏหลักฐานสนับสนุนในเชิงปริมาณว่า มีผลกระทบต่อการยกระดับคุณภาพบริการอย่างครอบคลุมเหมือนอย่างในต่างประเทศ เช่น บราซิล หรือยุโรปตะวันตก ซึ่งปรากฏหลักฐานว่าสามารถลดการนอนโรงพยาบาลเพราะภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน/ความดันเลือดสูงได้ชัดเจน ที่น่าจะชัดเจนประการหนึ่งคือ ระบบสารสนเทศของไทยยังอ่อนแอเกินกว่าจะให้คำตอบในเชิงปริมาณ

การส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค

ในยุคภาวะโรคเรื้อรังระบาด ซึ่งสะท้อนออกมาในโรคของผู้สูงอายุดังตาราง ซึ่งในทางวิชาการเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงได้ ประเด็นการป้องกันสามประการที่สำคัญตามเอกสารองค์การอนามัยโลก ได้แก่ การสูบบุหรี่ อาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของภาวะโรคเรื้อรังทั้งหมด

สาเหตุสำคัญ 10 อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุไทย

	ชาย				หญิง	
	โรค	จำนวนปีสุขภาวะ (`000)	%	%	จำนวนปีสุขภาวะ (`000)	โรค
1	หลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular)	224	10.6	12.2	270	หลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular)
2	ถุงลมโป่งพอง (COPD)	173	8.2	10.8	239	เบาหวาน (DM)
3	เบาหวาน (DM)	131	6.2	6.0	132	กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)
4	กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)	127	6.0	5.4	119	ต้อกระจก (Cataract)
5	มะเร็งตับ (Liver cancer)	104	4.9	4.7	104	ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
6	การติดสุรา (Alcohol addiction)	94	4.5	3.3	74	ภาวะซึมเศร้า (Depression)
7	ต้อกระจก (Cataract)	92	4.4	3.0	66	ไตอักเสบ (Nephritis and nephrosis)
8	มะเร็งปอดและกล่องเสียง (Lung and Laryngeal cancer)	82	3.9	2.9	65	หูหนวก (Deafness)
9	ต่อมลูกหมากโต (Prostatic hyperplasia)	53	2.5	2.8	62	มะเร็งตับ (Liver cancer)
10	หูหนวก (Deafness)	47	2.2	2.7	60	ถุงลมโป่งพอง (COPD)
	อื่นๆ (Others)	982	46.5	46.0	1,017	อื่นๆ (Others)
	รวม	2,110	100.0	100.0	2,208	รวม

แหล่งข้อมูล: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556

สามสิบปีมานี้ประเทศไทยได้รับการยกย่องว่าประสบความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ความสำเร็จนี้เป็นผลจากการดำเนินนโยบายมหภาค ครอบคลุมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและกลไกตลาดส่งเสริมการสูบบุหรี่ ตลอดจนการจัดเขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะ อย่างไรก็ตาม คนชนบทยังคงสูบบุหรี่มากกว่าคนในเมือง คนจนสูบบุหรี่มากกว่าคนชั้นกลางและคนรวย ตลอดจนแนวโน้มการสูบบุหรี่ในเยาวชนกำลังเพิ่มขึ้น เหล่านี้คือความท้าทายต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในปัจจุบัน

ในด้านการออกกำลังกาย การสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2552) (วิชัย เอกพลากร, ม.ป.ป.) เทียบกับครั้งที่ 5 (ล่าสุด พ.ศ. 2557) (วิชัย เอกพลากร, 2557) แสดงแนวโน้มน่าวิตกเมื่อพบว่า การออกกำลังกายขั้นปานกลางถึงหนักในผู้สูงอายุไทยกำลังลดลง จากร้อยละ 32-47 เหลือร้อยละ 19 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35-30 เหลือร้อยละ 16 ในกลุ่มอายุ70-79 ปี และร้อยละ 25-15 เหลือร้อยละ 13 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้มีความแตกต่างกันระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท และระหว่างอาชีพ

King (2001) ได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีส่งเสริมให้คนต่างวัยออกกำลังกายร่วมกันเป็นทางเลือกที่น่าจะได้ผล แม้ว่าคนต่างวัยในที่นี้มักหมายถึงพ่อแม่ลูก แต่ผู้เชี่ยวชาญชี้ประเด็นว่าควรพิจารณามาตรการส่งเสริมหลานกับปู่ย่าตายายให้ออกกำลังกายร่วมกัน ต่อมา Van der Bij et al. (2002) เน้นย้ำว่า มาตรการส่งเสริมการออกกำลังกายให้ได้ผลในระยะยาวควรคำนึงถึงความนิยม (Preferences)/ หลักคิด (Ideas) ส่วนตัว โดยมีวิธีออกกำลังกายหลากหลายให้เลือกเช่นเดียวกัน ระบบบริการปฐมภูมิอาจมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกายเนื่องจากผู้สูงอายุมักไปใช้บริการบ่อยๆ Bauman et al. (2016) เผยว่า มาตรการระยะยาวและเข้มข้นผ่านหลายๆ บริบท เช่น ชุมชนปลอดภัย ที่ทำงาน สถานพยาบาล ก็มีความสำคัญ ส่วนมาตรการที่มักนิยมกัน เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายในบ้าน เป็นกลุ่ม หรือสุขศึกษาซึ่งดำเนินการโดยลำพังมักได้ผลน้อยและไม่ยั่งยืน แต่ถ้าดำเนินการร่วมกันจะได้ผล

การประเมินผลการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุด้วยไทเก็กในรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา โดยอาศัยศูนย์ผู้สูงวัย 36 แห่ง ในสี่ตำบลระหว่าง ค.ศ. 2012 ถึง 2016 พบว่า ศูนย์ผู้สูงอายุร้อยละ 89 ยอมรับไทเก็กไปส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดยครอบคลุมผู้สูงอายุได้มากถึงร้อยละ 90 จนนำไปสู่รายงานการหกล้มน้อยลงร้อยละ 49 และร่างกายแข็งแรงขึ้น (Physical performance) ความรู้นี้ชวนให้เกิดคำถามว่าจะส่งเสริมบทบาทของชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศไทยอย่างไรจึงจะได้ประโยชน์จากการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

นอกจากเงื่อนไขตัวบุคคลดังกล่าว ระบบขนส่งคมนาคมก็มีความสำคัญต่อการออกกำลังกาย ในสหรัฐอเมริกา ผู้พิการเกือบสองล้านคนไม่เคยออกจากบ้าน ในจำนวนนี้กว่า 1 ใน 4 เป็นเพราะความยากลำบากของระบบขนส่งโดยสาร (Transportation difficulties) (Li et al., 2016) แม้ว่าการพัฒนาระบบขนส่งโดยสารเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายอยู่นอกขอบเขตของบทความนี้ แต่มิได้หมายความว่าระบบบริการสุขภาพไม่สามารถมีบทบาทต่อการพัฒนาดังกล่าว ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นในสาขาสุขภาพได้มีความพยายามเชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนาระบบขนส่งโดยสารที่เอื้อต่อสุขภาพ ทำนองเดียวกับที่ได้ดำเนินการเรื่องควบคุมบริโภคยาสูบเรื่อยมา

ถ้ามองหาโอกาสพัฒนาการทำงานเชื่อมโยงประเด็นอื่นนอกจากการควบคุมการบริโภคยาสูบ ช่องทางหนึ่งอาจได้แก่ การศึกษารายงานประเมินผลแผนงาน (โปรแกรม) ความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับประเทศไทย ในห้าประเด็น (การควบคุมโรคเรื้อรัง การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร สุขภาพและการค้าระหว่างประเทศ ระบบสุขภาพชุมชน และ การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ) ระหว่าง พ.ศ. 2555-2559 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2016) พบบทเรียนอันสะท้อนจุดอ่อนสำคัญร่วมกันในการดำเนินแผนงานตามห้าประเด็นนี้ ได้แก่ การวางแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อระดมความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นให้เกิดเอกภาพ และการติดตามประเมินผล จุดอ่อนเหล่านี้อาจประมวลรวบยอดว่า คือ ความท้าทายต่อการแปลงความรู้สู่การปฏิบัตินั่นเอง และยังเกี่ยวเนื่องกับบริบทการเมืองไทย นั่นคือ ความไม่ต่อเนื่องของภาวะการนำทางการเมืองอันเป็นเอกลักษณ์ของการเมืองไทยมานานอย่างน้อยยี่สิบปี

ในประสบการณ์ของผู้เขียนจากการคลุกคลีกับการดำเนินแผนงานถนนปลอดภัยตั้งแต่ปี 2546 พบว่าเพียงเปลี่ยนตัวรองนายกรัฐมนตรีผู้เป็นประธานศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ซึ่งเกิดขึ้นบ่อย) จุดเน้นหนักของการดำเนินแผนงานก็เปลี่ยนไป วิธีกำกับดูแลก็เปลี่ยนไป ผู้แทนหน่วยงานระดับกรมที่มาร่วมประชุมศูนย์อำนวยการฯ ก็เปลี่ยนไปเช่นกัน ทำให้ภาวะการนำไม่ต่อเนื่อง จึงยากจะบรรลุเอกภาพตามที่ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกสรุปบทเรียนไว้ดังที่กล่าวมา

เอกสารอ้างอิง

Bauman, A., Merom, D., Bull, F. C., Buchner, D. M., & Singh, M. A. F. (2016). Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote *"Active Aging"*. *Gerontologist.* 56 Suppl 2:S268-80.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2016). *A comprehensive mapping on health care delivery system under Thai health system in aging society*. WHO registration 2016.

King, A.C. (2001). Interventions to Promote Physical Activity by Older Adults. *Journals of Gerontology*: SERIES A. 56A (Special Issue II):36–46.

Li, F., Harmer, P., & Fitzgerald, K. (2016). Implementing an Evidence-Based Fall Prevention Intervention in Community Senior Centers. *American Journal of Public Health*, 106(11), 2026–2031. http://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303386

Van der Bij, A. K., Laurant, M. G. H., & Wensing, M. (2002). Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *Am J Prev Med*. 22(2): 120-33.

วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (ม.ป.ป.). *การสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2)*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.

วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกา ยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และวิชช์ เกษมทรัพย์. (2560). *รายงานเบื้องต้น โครงการประเมินผลนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว 2559-2560.* (ม.ป.ท.).

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ศูนย์ฟื้นฟูในชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น*

ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชนจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว กลับไปอยู่บ้าน สามารถเดินทางไปรับบริการทางกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดได้สะดวก เพราะศูนย์ฟื้นฟูตั้งอยู่ในชุมชน ใกล้บ้าน

เมื่อผู้ป่วยเริ่มพ้นจากภาวะวิกฤตจนปลอดภัยและเข้าสู่ระยะพักฟื้นแล้ว แพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และให้กลับไปอยู่บ้าน เพราะโดยปกติทั่วๆ ไป โรงพยาบาลจะเน้นให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลัน (Acute care) เป็นหลัก เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจนปลอดภัยและเข้าสู่ระยะพักฟื้น ก็จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยที่จำเป็นรายอื่นเข้าพักรักษาตัวต่อไป

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว แพทย์จะนัดผู้ป่วยให้ไปทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ ส่วนมากก็มักจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งโดยมากจะตั้งอยู่ห่างไกลจากบ้านของผู้ป่วยโดยเฉพาะในชนบท ทำให้ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการเดินทาง

ในปัจจุบัน เป็นเรื่องยากลำบากมากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความพิการจากการเจ็บป่วย เช่นเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต จะต้องเดินทางไปฟื้นฟูสุขภาพที่โรงพยาบาล เนื่องจากติดปัญหาต้องมีผู้พาไปด้วยทุกครั้ง โดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องทำการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่นอย่าง

* ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ปรารถนาดี ที่ปรึกษาสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่, เครือข่ายองค์กรดำเนินงานผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ (AgeNet Chiang Mai)

น้อยสัปดาห์ละ 3 หรือ 4 ครั้ง การเดินทางแต่ละครั้งย่อมมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ปัญหาเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งเรื่องของคนพาไป ค่าใช้จ่ายและความลำบากในการเดินทางและเวลาที่เสียไป จนบางคนไม่ยอมไปในที่สุด การขาดการฟื้นฟู มีผลทำให้เกิดภาวะความพิการถาวรติดตามมา และต้องกลายเป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอยู่ที่บ้าน

การทำกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัดนั้น จะต้องทำภายในระยะเวลา 8 ถึง 12 สัปดาห์ภายหลังที่เกิดภาวะอัมพาต และต้องทำต่อเนื่องไป 6 ถึง 8 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย เพื่อให้ร่างกายสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง ถ้าทิ้งไว้นานหรือทำบ้างไม่ทำบ้าง โอกาสกลับคืนจะน้อยมาก

ดังนั้น การที่มีศูนย์ฟื้นฟูตั้งอยู่ในชุมชน จึงเป็นทางออกที่เหมาะสมมาก เพราะอยู่ใกล้บ้าน มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ เข้าถึงง่าย เป็นกันเอง เพราะอยู่ในชุมชนเดียวกัน แทบจะไม่มีค่าใช้จ่ายเลย

สำหรับพื้นที่หรือสถานที่ ที่จะจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน และองค์กรที่รับผิดชอบนั้น จากประสบการณ์ที่เชียงใหม่ ทำเป็น 3 แบบ คือ

แบบที่ 1

จัดตั้งและดำเนินการโดยท้องถิ่น คือเทศบาลตำบล เช่นที่เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อยู่ในเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และที่เทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา อำเภอหางดง

แบบที่ 2

จัดตั้งในวัด ดำเนินการโดยวัด ที่มีเจ้าอาวาสเป็นผู้นำ ร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชน และภาคประชาสังคม เช่น วัดห้วยเกี๋ยง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีมูลนิธิคนพิการเข้ามาร่วมในระยะหลัง หลังจากที่เปิดดำเนินการไปได้กว่าสิบปีแล้ว

แบบที่ 3

จัดตั้งในวัด แต่ดำเนินการโดย โรงพยาบาลชุมชน หรือ ภาคประชาสังคมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ เช่น ที่อำเภอสารภี อำเภอสันป่าตอง อำเภอแม่วาง อำเภอจอมทอง และที่อื่นๆ อีกหลายอำเภอ

ทั้งสามแบบนี้ ไม่ว่าจะจัดตั้งตามแบบใดก็ตาม จะต้องมีความร่วมมือของภาคีต่างๆ ในชุมชน เช่น ท้องถิ่น รพช. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ อสม. รวมทั้ง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นการทำงานแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน และเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วม อาจจะเรียกว่าเป็นภาคประชาชน ทางเชียงใหม่ใช้ชื่อว่า AgeNet หรือเครือข่ายองค์กรดำเนินงานผู้สูงอายุระดับตำบล และอำเภอ







การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

การดูแลระยะกลาง เป็นบริการการดูแลต่อเนื่องที่ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในขณะที่พ้นจากภาวะวิกฤตแล้ว ก่อนที่จะส่งกลับบ้าน เพื่อลดการพึ่งพาทางการแพทย์และนำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นใจ

ปัจจุบัน ยังไม่มีระบบการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลภาครัฐ เมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุก็อาจจำเป็นต้องกลับไปอยู่บ้าน ทั้งๆ ที่ยังมีสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม

การดูแลระยะกลาง เป็นการจัดบริการที่อยู่กึ่งกลางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ศูนย์ดูแลระยะกลางอาจจะอยู่ใกล้ๆ ศูนย์ฟื้นฟู จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีการปรับตัว เมื่อพ้นจากภาวะวิกฤต จนสามารถกลับมาดูแลตนเองได้

การให้บริการดูแลระยะกลาง อาจประกอบไปด้วย บริการการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง และส่งต่อ บริการฟื้นฟูสภาพโดยการทำกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด การฟื้นฟูทางสังคม และจิตใจ ให้กลับมาเป็นปกติ ให้การอบรมการดูแลตนเองได้อย่างมีความมั่นใจก่อนกลับบ้านอย่างถาวร อาจจะใช้เวลาประมาณ 2 ถึง 4 สัปดาห์ ทั้งนี้แล้วแต่สภาพและปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย

สำหรับสถานที่สำหรับการให้บริการการดูแลระยะกลาง อาจใช้บริเวณศูนย์ฟื้นฟูในชุมชนหรือใกล้เคียง เนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน การไปรับบริการมีความสะดวก การไปรับบริการเป็นแบบไปเช้าเย็นกลับสามารถทำควบคู่ไปกับการฟื้นฟูได้ในวันเดียวกัน

เรื่องการดูแลระยะกลางเป็นเรื่องใหม่ สำหรับการให้บริการทางด้านการแพทย์และพยาบาล เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน ทั้งๆ ที่สภาพร่างกายและจิตใจยังไม่พร้อม ที่จะดูแลตนเอง ยังปรับตัวไม่ทัน โดยเฉพาะญาติที่จะต้องเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจติดตามมา

บริการการดูแลระยะกลาง จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุ ลูกหลาน และญาติเกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ทำให้มีความเห็นอกเห็นใจระหว่างผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ดูแล ลดความทุกข์ใจลงได้อย่างมาก คุณภาพชีวิตภายในครอบครัวก็จะดีขึ้น



3.

สถานการณ์เด่น

“ขณะนี้ผู้สูงอายุยังอาศัยอยู่ในครอบครัว
ในสังคมไทยที่เอื้อซึ่งกันและกันอยู่
แต่ต่อไปความสามารถของครอบครัว
ที่จะดูแลผู้สูงอายุจะน้อยลง
เพราะคนรุ่นใหม่มักจะมีครอบครัวที่เล็ก
และผู้สูงอายุก็จะมีมากขึ้น
ก็ต้องมีการจัดที่อยู่อาศัย
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ
ให้ทันสมัย”

สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2560

นับตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มีการมอบรางวัล “ผู้สูงอายุแห่งชาติ” ประจำปี

ในแต่ละปี คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจะมอบหมายให้คณะอนุกรรมการสรรหาผู้สูงอายุแห่งชาติดำเนินการสรรหาผู้สูงอายุที่ได้ทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมโดยรวมมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และเป็นผู้เพียบพร้อมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่ดีงาม เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ

“ผู้สูงอายุแห่งชาติ” ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคมในปี 2559 นี้ได้แก่ นายเสนาะ อูนากูล



นายเสนาะ อูนากูล

ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2559

ประกาศสดุดีเกียรติคุณ

นายเสนาะ อูนากูล
ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี 2559

นายเสนาะ อูนากูล เกิดเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2474

จบการศึกษาได้ประกาศนียบัตรการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปริญญาตรีสาขาการพาณิชย์ University of Melbourne ประเทศออสเตรเลีย ปริญญาโท สาขาเศรษฐศาสตร์ Columbia University ประเทศสหรัฐอเมริกา และปริญญาเอก สาขาเศรษฐศาสตร์ Columbia University ประเทศสหรัฐอเมริกา

หลังสำเร็จการศึกษาได้กลับมาทำงานที่ “สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ” (ภายหลังคือ “สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ”) ซึ่งเป็นช่วงจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จึงได้รับมอบหมายจาก ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ให้บริหารงานด้านเศรษฐกิจการเงินการคลัง ซึ่งท่านมีบทบาทอย่างสูงในการปรับปรุงระบบงบประมาณของประเทศไทยให้ใช้ระบบเดียวกับสากล นอกจากนี้ยังมีบทบาทอย่างมากในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 1 - 3 ที่เน้นการพัฒนาสาธารณูปโภคและโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ต่อมาในปี 2515 ได้ตัดสินใจย้ายไปพัฒนางานด้านการส่งออกในฐานะรองปลัดกระทรวงพาณิชย์

การเติบโตสู่งานบริหาร หลังการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในปี 2516 ได้รับมอบหมายจากนายกรัฐมนตรี สัญญา ธรรมศักดิ์ ให้ดำรงตำแหน่ง เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในปี 2518 สมัยรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้ดำรงตำแหน่งผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย ท่านได้แก้ปัญหาสภาพคล่องของธนาคารพาณิชย์ในไทย ปรับระบบการแลกเปลี่ยนค่าเงินจากที่ผูกกับดอลลาร์มาเป็นระบบตะกร้าเงิน

บทบาทในสมัยรัฐบาล พล.อ. เปรม ติณสูลานนท์ หลังคลี่คลายวิกฤตสถาบันการเงินปี 2522 ได้ลาออกจากตำแหน่งผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย เพื่อออกบวชและพักผ่อน ก่อนกลับมารับตำแหน่งเป็นเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอีกครั้ง ในปี 2523 ในรัฐบาลพล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ได้ขับเคลื่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 5 และ 6 ซึ่งเน้นการกระจายรายได้ให้ชนบทและแผนการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งภาคตะวันออก (Eastern Seaboard) ที่รวมท่าเรือน้ำลึกแหลมฉบัง และนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ในปี 2527 ได้ผลักดันให้จัดตั้ง “สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย” (Thailand Development Research Institute:TDRI) เพื่อเป็นคลังสมอง (Think tank) และแนะแนวทางการพัฒนาประเทศ โดยได้รับการสนับสนุนทุนจากรัฐบาลแคนาดา

ปี 2553 ท่านได้บรรลุข้อตกลงให้ญี่ปุ่นย้ายฐานการผลิตมาที่ประเทศไทยได้สำเร็จ จากปัญหาผลกระทบจากข้อตกลง Plaza Accord ซึ่งญี่ปุ่นจะต้องย้ายฐานการผลิตออกจากประเทศ ต่อมาจึงได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสูงสุด “Grand Cordon of the Order of the Rising Sun” จากสมเด็จพระจักรพรรดิอะคิฮิโตะ ยังความปีติยินดีแก่ท่านและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง

แม้ลาออกจากราชการแล้วแต่ชีวิตทางการเมืองยังไม่จบลง หลังเกิดการรัฐประหาร 2534 โดย รสช. และนายอานันท์ ปันยารชุน ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรี ท่านได้รับเชิญให้ดำรงตำแหน่ง รองนายกรัฐมนตรีด้านเศรษฐกิจ โดยท่านได้ใช้เวลาปรับปรุงระบบภาษี ปรับปรุงกฎหมายที่ล้าสมัย ปรับนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษา และพลังงาน

ต่อมาท่านประสบปัญหาสุขภาพเส้นโลหิตในสมองตีบอย่างเฉียบพลัน เมื่อสิ้นสุดสมัยรัฐบาลอานันท์ จึงพักงานทุกชนิดเพื่อไปรักษาตัวที่สหรัฐอเมริกา และเมื่อสุขภาพดีขึ้นแล้วจึงกลับประเทศไทยเข้าเป็นที่ปรึกษา ประธานกรรมการและกรรมการภาคธุรกิจเอกชนต่างๆ มากมาย พร้อมทั้งได้หันมาศึกษาเรื่องธรรมะในการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น



ประวัติด้านการศึกษา

2524 วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 24

2527 เศรษฐศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2528 พาณิชยศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2531 ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2532 เศรษฐศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2534 เศรษฐศาสตรการพัฒนาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

2536 ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2541 เศรษฐศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ประสบการณ์

2515-2518, 2520-2522 สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

2516-2517 รองปลัดกระทรวงพาณิชย์

2516-2518 เลขาธิการ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2518-2522 ผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย

2523-2532 เลขาธิการ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2524-2534 สมาชิกวุฒิสภา

2534-2535 รองนายกรัฐมนตรี

2534-2535 ประธานสภามหาวิทยาลัยบูรพา

2535-2538 ประธานกรรมการและประธานกรรมการบริหาร ธนาคารเอเชียจำกัด (มหาชน)

2553 ประธานกรรมการคัดเลือกผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1

ตำแหน่งอื่นๆ

ตั้งแต่ 2527 ประธานกรรมการ มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตั้งแต่ 2535 กรรมการ บริษัทโดล (ไทยแลนด์) จำกัด

ตั้งแต่ 2536 กรรมการ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

ตั้งแต่ 2549 กรรมการ บริษัททุนลดาวัลย์จำกัด

ตั้งแต่ 2552 ประธานกรรมการ บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์จำกัด

ตั้งแต่ 2554 ประธานกรรมการ บริษัทเอเพ็กซ์เซลาจำกัด

ตั้งแต่ 2554 รองประธานกรรมการ คณะกรรมการมูลนิธิหอจดหมายเหตุท่านพุทธทาสอินทปัญโญ

“การเตรียมตัวเป็นเรื่องสำคัญ เพราะรัฐบาลและ
กระทรวงการคลังก็ได้มีการคำนึงถึงในเรื่องนี้
เรื่องการออมเงินเพื่อใช้จ่ายในวัยเกษียณก็มีแผนการ
ทำงานให้มีการเก็บออมตั้งแต่ต้น
เป็นการออมให้เพียงพอและยาวนาน งอกเงย
เพื่อมีใช้จ่ายในยามที่มีความต้องการ
การรู้จักออมเงินเป็นเรื่องสำคัญมากเพราะเมื่อถึงเวลา
แล้วได้รับเบี้ยชราเดือนละ 600 บาท
มันก็ไม่พอ ต้องรู้จักช่วยตัวเอง
รัฐบาลก็ต้องจัดงบเพื่อการออม สนับสนุนการออมให้
ถูกต้องและต้องใช้ระยะเวลานานถึงได้ผล”

สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2560

"

การปฏิบัติตนในบั้นปลายชีวิตของผม
มีอยู่วลีหนึ่งที่ผมรู้สึกชอบ
และอยากทำให้ได้ นั่นคือ

How to Grow Old Gracefully, and How to Die Peacefully

ซึ่งหมายถึง การที่จะมีชีวิตอยู่ในยาม
แก่เฒ่าอย่างมีความสุขตามสมควร
และพอเพียง ไม่ต้องเลิศหรู
หรือสุขสบายมากนัก ยิ่งเราปฏิบัติ
ธรรมมากขึ้น ความต้องการทางด้าน
วัตถุเหล่านี้ยิ่งน้อยลง และท้ายที่สุด
คือ ทำอย่างไรจึงจะจากโลกนี้ไป
ด้วยความสงบมากที่สุด?

คำถามนี้ยังคงไม่มีคำตอบ"

เสนาะ อูนากูล. (2552).
อัตชีวประวัติและงานของเสนาะ อูนากูล. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. หน้า 251



คุณค่าผู้สูงอายุ: ศิลปินแห่งชาติ

กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม ประกาศแต่งตั้งศิลปินแห่งชาติเพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติศิลปินผู้มีผลงานสร้างสรรค์ทางศิลปะที่เป็นประโยชน์ให้ปรากฏต่อสาธารณชน ทั้งในการสร้างสรรค์ พัฒนาศิลปะ และสืบสานศิลปะที่มีคุณค่าของแผ่นดินไทย เป็นผู้ผดุงและถ่ายทอดศิลปะในแต่ละแขนง ตลอดจนมีคุณธรรม จริยธรรม และเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคมไทยในด้านศิลปะ

ในปี 2559 กรมส่งเสริมวัฒนธรรม ได้ประกาศรายนามศิลปินแห่งชาติ 12 คน (ซึ่ง 11 คน เป็นผู้สูงอายุ)





ศาสตราจารย์พิเศษ เรืองอุไร กุศลาสัย

สาขาวรรณศิลป์
อายุ 96 ปี
เกิดเมื่อ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2463
ที่กรุงเทพมหานคร

ได้ร่วมงานกับสามีคือ นายกรุณา กุศลาสัย (ศิลปินแห่งชาติ สาขาวรรณศิลป์ พ.ศ. 2546) แปลมหากาพย์พุทธจริตเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้สร้างสรรค์ผลงานร่วมกันในนามปากกา กรุณา-เรืองอุไร กุศลาสัย อีกหลายเรื่อง รวมถึงมีผลงานสร้างสรรค์ในนามของตนอีกมากมาย งานแปลมีลักษณะโดดเด่นเป็นพิเศษ ไม่ใช่เพียงเพราะการคัดเลือกต้นฉบับที่เป็นผลงานชิ้นเอกของนักเขียน และกวีคนสำคัญของอินเดีย แต่เป็นเพราะการแปลที่ถอดความครบถ้วนถูกต้อง และใช้ภาษาไทยที่ไพเราะ ใช้ศัพท์วรรณคดีที่มีความหมายล้ำลึก จึงเป็นผลงานนิพนธ์ที่ทรงคุณค่ายิ่งในวงวรรณคดีไทย



นางชูวงศ์ ฉายะจินดา

สาขาวรรณศิลป์
อายุ 86 ปี
เกิดเมื่อ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2473
ที่กรุงเทพมหานคร

สร้างสรรค์ผลงานวรรณกรรมมายาวนานกว่า 6 ทศวรรษ เป็นนักเขียนนวนิยายที่มีผลงานพิมพ์เผยแพร่มาแล้วกว่า 100 เรื่อง นวนิยายรัก เน้นการนำเสนอตัวละครเอกฝ่ายหญิงที่เป็นแบบอย่างของกุลสตรีไทย มั่นคงในความรัก และความดีที่ทำให้สามารถเอาชนะอุปสรรคในชีวิตได้ นอกจากจะมีสำนวนภาษาที่ราบรื่นชวนอ่านแล้ว ยังเน้นย้ำคติธรรมเรื่อง “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” และมุ่งหวังให้ผลงานของตนสร้างความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจในเพื่อนมนุษย์อีกด้วย



รองศาสตราจารย์ เสนอ นิลเดช

สาขาทัศนศิลป์
(สถาปัตยกรรมไทยประเพณี)
อายุ 82 ปี เกิดเมื่อ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2477 ที่สระบุรี

เป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการออกแบบสร้างสรรค์สถาปัตยกรรมไทยที่เชื่อมโยงเข้ากับวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ โบราณคดี คติสัญลักษณ์ เป็นที่ปรึกษาและกรรมการของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์สถาปัตยกรรมไทย อาทิ โครงการอุทยานประวัติศาสตร์ศรีเทพโครงการอุทยานประวัติศาสตร์ศรีสัชนาลัย โครงการอนุรักษ์พระที่นั่งเวหาศจำรูญ



นางลาวัณย์ อุปอินทร์

สาขาทัศนศิลป์ (จิตรกรรม)
อายุ 81 ปี
เกิดเมื่อ 12 มกราคม พ.ศ. 2478
ที่กรุงเทพมหานคร

มีความชำนาญในการเขียนภาพเหมือนบุคคล ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชโปรดเกล้าฯ ให้ถวายงานรับใช้ในการเขียนภาพพระบรมสาทิสลักษณ์ส่วนพระองค์ และพระสาทิสลักษณ์ของพระบรมวงศานุวงศ์หลายพระองค์ที่ติดตั้งไว้ในตำหนักต่างๆ



นายสมบัติ เมทะนี

สาขาศิลปะการแสดง
(ภาพยนตร์และละครโทรทัศน์)
อายุ 79 ปี
เกิดเมื่อ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2480
ที่อุบลราชธานี

เป็นนักแสดงภาพยนตร์ นักแสดงละครโทรทัศน์ ผู้กำกับภาพยนตร์ ผู้สร้างภาพยนตร์ นักร้อง มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงเพราะรักษาสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นนักแสดงยอดนิยม และผู้กำกับภาพยนตร์ ที่กินเนสบุ๊คบันทึกไว้ว่าเป็นนักแสดงที่รับบทเป็นพระเอกมากที่สุดในโลก คือ เป็นพระเอกภาพยนตร์มากถึง 617 เรื่อง



นางคำสอน สระทอง

สาขาทัศนศิลป์
(ประณีตศิลป์ – ทอผ้า)
อายุ 77 ปี
เกิดเมื่อ 1 กันยายน พ.ศ. 2482
ที่กาฬสินธุ์

คิดประดิษฐ์รูปแบบการทอผ้าที่เรียกว่า “เขาลาย หรือ ตะกรอลาย” เป็นผู้นำกลุ่มทอผ้าไหมแพรวานำผ้าไหมแพรวายาวที่สุดในโลก 99 เมตร 60 ลาย ขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ และผ้าไหมแพรวาขนาดหน้ากว้างพิเศษ 80 เซนติเมตร ความยาว 9 เมตร จำนวน 10 ลาย รวม 43 แถว ขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช



นางบัวเรียว รัตนมณีภรณ์

สาขาศิลปะการแสดง
(การแสดงพื้นบ้าน -ช่างฟ้อน)
อายุ 70 ปี
เกิดเมื่อ 22 กันยายน พ.ศ. 2489
ที่เชียงราย

ชำนาญการฟ้อน และช่วยปรับปรุงการ “ฟ้อนสาวไหม” จนกลายเป็นเอกลักษณ์การฟ้อนของชาวบ้านศรีทรายมูล และ จังหวัดเชียงราย ได้นำฟ้อนสาวไหม และฟ้อนพื้นบ้านอื่นๆ ไปเผยแพร่ ในพื้นที่ต่างๆ อย่างกว้างขวาง



นายหะมะ แบลือแบ

สาขาศิลปะการแสดง
(การแสดงพื้นบ้าน-ดิเกร์ฮูลู)
อายุ 67 ปี
เกิดเมื่อ 1 มกราคม พ.ศ. 2492
ที่ยะลา

มีผลงานการแสดงดิเกร์ฮูลู ที่โดดเด่นด้วยการสอดแทรกสาระความรู้เข้าไปกับการแสดง และผสมผสานการขับร้องภาษาไทย และภาษามลายูท้องถิ่นด้วยจังหวะที่รวดเร็วทันสมัย สามารถสื่อสร้างความเข้าใจและเชื่อมความสัมพันธ์อันดีระหว่างประเทศไทย และมาเลเซีย ทำให้มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จนสถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดยะลาและจังหวัดใกล้เคียงได้บรรจุเรื่องการแสดงดิเกร์ฮูลูเข้าไว้ในหลักสูตรท้องถิ่นของโรงเรียน



นายธนิสร์ ศรีกลิ่นดี

สาขาศิลปะการแสดง
(ดนตรีไทยสากล)
อายุ 65 ปี
เกิดเมื่อ 23 มกราคม พ.ศ. 2494
ที่สิงห์บุรี

มีความเชี่ยวชาญในการเล่นเครื่องดนตรีไทยโดยเฉพาะมีฝีมือในการเป่าขลุ่ยเป็นเลิศ เป็นผู้ใช้เสียงขลุ่ยปลุกค่านิยมของคนไทย เช่นในเพลง “เมดอินไทยแลนด์” ของคาราบาว ขลุ่ยในเพลงพระราชนิพนธ์ในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช “ความฝันอันสูงสุด” สามารถสะกดอารมณ์ให้เกิดความรักชาติโดยพลัน



นายเดโช บูรณบรรพต
สาขาทัศนศิลป์ (ภาพถ่าย)
อายุ 63 ปี
เกิดเมื่อ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2496
ที่นครปฐม

ได้รับโปรดเกล้าฯ ให้เป็นผู้ถ่ายภาพสมเด็จพระญาณสังวรสมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปรินายก (เจริญ สุวฑฺฒโน) เพื่อใช้ในการเผยแพร่ และเป็นช่างภาพในการบันทึกพระราชกรณียกิจของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในการเสด็จเยือนต่างประเทศทั้งการเสด็จส่วนพระองค์และการเสด็จแทนพระองค์



รองศาสตราจารย์ ธัญญา สังขพันธานนท์
สาขาวรรณศิลป์
อายุ 60 ปี
เกิดเมื่อ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2499
ที่พัทลุง

นามปากกา ไพฑูรย์ ธัญญา ผลงานรวมเรื่องสั้นเล่มแรกชื่อ “ก่อกองทราย” ได้รับรางวัลวรรณกรรมสร้างสรรค์ยอดเยี่ยมแห่งอาเซียน (ซีไรต์) พ.ศ. 2530 จากนั้นมีหนังสือรวมเรื่องสั้น นวนิยาย หนังสือรวมบทกวี พิมพ์เผยแพร่อย่างสม่ำเสมอจนถึงปัจจุบัน ผลงานเรื่องสั้นหลายเรื่องได้รับการแปลเป็นภาษาต่างประเทศ งานเขียนเป็นวรรณกรรมวิพากษ์สังคม นำเสนอภาพความเป็นจริงของชีวิตคนเล็กคนน้อยในท้องถิ่นของไทย หลายเรื่องเสียดสีวิพากษ์สังคมอย่างรุนแรง



นายกิตติศักดิ์ มีสมสืบ
สาขาวรรณศิลป์
อายุ 59 ปี
เกิดเมื่อ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2500
ที่ชัยนาท

นามปากกา ศักดิ์สิริ มีสมสืบ เป็นกวีผู้มีผลงานทั้งประเภทร้อยแก้ว และร้อยกรองสืบเนื่องเป็นเวลากว่า 3 ทศวรรษ ผลงานมีลักษณะสร้างสรรค์และโดดเด่นในเชิงวรรณศิลป์ งานเขียนส่วนใหญ่นำเสนอภาพสังคมร่วมสมัยที่วิถีชีวิตผู้คนอาจเลื่อนไหลไปตามกระแสสังคมจนวัตถุครอบงำจิตวิญญาณและลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโครงการ “ทีมหมอครอบครัว” (Family care team) เพื่อเป็นระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ทีมหมอครอบครัวจะดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกที่จะเดินทางไปยังสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน หรือติดเตียง

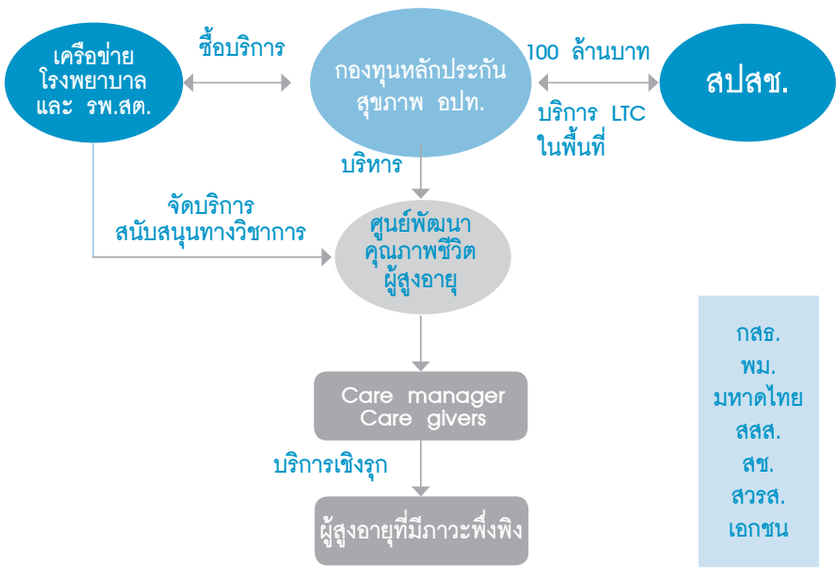
ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบสหวิชาชีพ มีทั้งบุคลากรที่อยู่ในหน่วยบริการใกล้บ้าน และที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนหรือจังหวัด เช่นแพทย์ พยาบาล นักการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด รวมทั้งอาสาสมัครในชุมชน เช่น อสม. ทีมหมอครอบครัว มิใช่แต่เพียงรอรับผู้ป่วยอยู่ตามสถานบริการอย่างเดียว หากแต่ยังมีบทบาทเชิงรุกด้วยการเคลื่อนที่เข้าไปหาประชาชนถึงที่บ้านและชุมชน ทีมหมอครอบครัวจะมีข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จึงสามารถช่วยดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวประดุจญาติมิตร

ในปี 2559 รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน 600 ล้านบาท สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานตามเป้าหมายปี 2559 ที่จะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและ

ติดเตียง ให้ได้ 100,000 รายทั่วประเทศ (ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย) โครงการนี้จัดให้มีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข หรือ Care manager และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ Caregiver ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนแล้ว

กรมอนามัยได้มีการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม Care manager และ Caregiver มาตั้งแต่ปี 2558 เพื่อเสริมระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ทั่วถึงยิ่งขึ้นไปอีก ในปี 2559 มีผู้มีคุณสมบัติและผ่านการอบรมตามหลักสูตรนี้เป็น Care manager แล้ว 3,252 คน รวมกับจำนวนที่ผลิตไว้แล้วในปี 2558 อีก 551 คนเป็น 3,803 คน และมีผู้มีคุณสมบัติและผ่านการอบรมเป็น Caregiver ไปแล้วทั้งหมด 27,696 คน

100 ล้านบาท บริการ LTC ในหน่วยบริการ



หมายเหตุ ชุดสิทธิประโยชน์บริการ LTC ด้านการแพทย์ ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ หรือสปสช. กำหนด

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คุณสมบัติของ Care manager

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์
2. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาด้านการแพทย์หรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ
3. จบปริญญาตรีด้านอื่นๆ หรือและต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุมา ไม่น้อยกว่า 3 ปี
4. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
5. มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด (หลักสูตร 70 ชั่วโมง สภาการพยาบาลรับรองหลักสูตร CNEU 50 หน่วยกิต)

คุณสมบัติของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Caregiver

(ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2559)

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี
2. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา
3. มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย หรือหลักสูตรที่กรมอนามัยรับรอง หรือหลักสูตรที่เทียบเท่ากรมอนามัยของสถาบันการศึกษา ที่มีอำนาจดำเนินการตามกฎหมาย ทั้งนี้ไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง

ผู้สูงอายุมีญาติ
เป็นผู้ดูแล Caregiver
มี Care manager เป็นพี่เลี้ยง
ทั้ง Care manager
และ Caregiver
เป็นเสมือนญาติของผู้สูงอายุ

หน้าที่หลักของ Care manager และ Caregiver คือช่วยดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน หรือติดเตียงที่บ้าน และในชุมชน Care manager คนหนึ่งจะรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 35-40 คน โดยจะรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นรายบุคคล จัดทำแผนการดูแล และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ Caregiver 4-5 คน Caregiver คนหนึ่งจะรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านหรือติดเตียง 7-10 คน

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงนี้ ตั้งเป้าหมายที่จะให้มี Caregiver และ Care manager อยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในทุกพื้นที่มีโอกาสได้รับบริการการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ปฏิญญาผู้สูงอายุกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมากว่า 10 ปีแล้ว นับจากเมื่อปี 2548 ที่ประเทศไทยได้เริ่มก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุ และจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกเพียงไม่กี่ปีข้างหน้า หากเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรปหรือเอเชียตะวันออก อาจยังถือว่าเป็นน้องใหม่ในแวดวงสังคมสูงอายุ แต่หากเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนา หรือประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียนด้วยกัน ประเทศไทยถือเป็นพี่ใหญ่นำร่องในประเด็นสังคมสูงอายุอยู่พอสมควร ในช่วงระยะที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความตื่นตัวในประเด็นสังคมสูงอายุมากขึ้น โดยมีส่วนร่วมทั้งในเวทีระดับโลกและระดับภูมิภาค ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมสนธิสัญญา ปฏิญญา แผนปฏิบัติการต่างๆ ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

ในระดับสากล ประเทศไทยได้เข้าร่วมการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุทั้ง 2 ครั้ง โดยครั้งแรกจัดขึ้นเมื่อปี 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย และครั้งที่ 2 เมื่อปี 2545 ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ในการประชุมสมัชชาโลกในครั้งที่ 2 นั้นได้เกิดพันธกรณีสหประชาชาติในเรื่องผู้สูงอายุ โดยในการประชุมได้มีมติรับรองแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ที่มีเป้าหมายหลักในการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา 2) สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ และ 3) การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกของสหประชาชาติ ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการฯ นี้

ในระดับภูมิภาคอาเซียน ประเด็นผู้สูงอายุได้รับความสนใจอย่างมากเช่นกัน ด้วยความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรที่จะทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุในภูมิภาคเพิ่มขึ้น จากการคาดประมาณพบว่า ประเทศในกลุ่มอาเซียนทั้งหมดจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2573 ด้วยหลักแนวคิดของประชาคมอาเซียนในการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรครั้งสำคัญนี้จึงทำให้เกิดการตื่นตัวในประเด็นการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุในสังคมมากขึ้น โดยปฏิญญาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหลักๆ มีดังนี้

ปฏิญญาบรูไนดารุสซาลาม ว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553 มีเนื้อหาสำคัญในการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการให้การดูแล สนับสนุนผู้สูงอายุในรูปแบบที่เหมาะสม โดยเน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพึ่งพาตัวเอง

ปฏิญญากัวลาลัมเปอร์ ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ

การเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุในอาเซียน พ.ศ. 2558 มีเนื้อหาสำคัญในการตระหนักว่าภูมิภาคจำเป็นต้องปรับการดูแลสุขภาพและระบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ และตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาวะให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีความกระตือรือร้นและสร้างสรรค์ โดยจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุน

ประเทศไทยได้ริเริ่มแนวคิดการจัดตั้งศูนย์ ASEAN Centre on Active Ageing and Innovation (ACAI) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและดูแลสังคมสูงอายุที่จะมาถึงสำหรับภูมิภาคอาเซียน การจัดตั้งศูนย์นี้เป็นไปตามพันธกรณีและแนวทางอาเซียนตามหลักแนวคิดการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง

ในการประชุมสุดยอดอาเซียนบวกสาม ณ นครเวียงจันทน์ ประเทศไทยได้ผลักดันแถลงการณ์อาเซียนบวกสามว่าด้วยการสูงวัยอย่างมีพลัง พ.ศ. 2559 (ASEAN Plus Three Statement on Active Ageing) ซึ่งเป็นการต่อยอดจากปฏิญญากัวลาลัมเปอร์ และได้รับการรับรองจากประเทศสมาชิกอาเซียนและผู้นำของจีน ญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเกาหลี เนื้อหาสำคัญของแถลงการณ์นี้ คือ การส่งเสริมให้ประเด็นเรื่องการสูงวัยอย่างมีคุณภาพให้เป็นระเบียบวาระระดับชาติ โดยเน้นใน 3 เรื่องหลักดังนี้ 1) การดูแลและสุขภาวะของผู้สูงอายุ 2) เพิ่มขีดความสามารถทางด้านเศรษฐกิจ และ 3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการเป็นสังคมที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง

สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2553 และ แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552 (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2525- 2544 นับเป็นแผนระดับชาติฉบับแรกที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ) เป็นกลไกระดับประเทศที่สำคัญในการชี้ทิศทางขับเคลื่อนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เป็นต้นมา ได้มีการกล่าวถึงการรับมือกับสังคมสูงอายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความตื่นตัวในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยในระดับนโยบาย

ในระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีมาตรการและการดำเนินงานภารกิจเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุค่อนข้างมาก โดยจะขอยกตัวอย่างการดำเนินงานบางส่วนของประเทศไทยภายใต้ 3 เป้าหมายหลักตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ

[2] ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีการกล่าวถึงผู้สูงอายุในฐานะเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องได้รับการสนับสนุนดูแลมาโดยตลอด แต่ในฉบับที่ 9 เป็นต้นมาที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรและการรับมือกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ

ผู้สูงอายุกับการพัฒนา

การส่งเสริมด้านการพัฒนาและการทำงาน

- การขยายอายุเกษียณราชการในบางสาขาอาชีพ
- การจัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานผู้สูงอายุ
- มาตรการทางภาษีในการจ้างงานผู้สูงอายุ
- การจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุ
- การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกตำบล

การส่งเสริมด้านความมั่นคงทางรายได้

- เบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ
- กองทุนการออมแห่งชาติ
- กองทุนผู้สูงอายุ
- สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ
- การบูรณาการระบบบำเหน็จบำนาญ

สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ

- การประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
- การจัดช่องทางพิเศษในสถานบริการด้านสุขภาพ
- การคัดกรองสภาวะสมองเสื่อม

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

- มาตรการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior complex)
- การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุ
- การปรับปรุงสถานที่ราชการ โรงพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด Universal Design
- การให้สิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ

สังคมไทยทุกวันนี้มีความตื่นตัวอย่างมากในเรื่องสังคมสูงอายุซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทยในระยะที่ผ่านมา การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการวางรากฐานที่ดีในการสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ อันเป็นหัวใจสำคัญของปฏิญญาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทุกฉบับ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในเรื่องการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมต่อผู้สูงอายุ การให้โอกาสผู้สูงอายุได้พัฒนาตัวเอง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาประเทศ และการเน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชน ยังคงเป็นประเด็นท้าทายสำหรับประเทศไทย นอกจากนี้ นโยบายหรือมาตรการต่างๆ ต้องไม่ลืมการสร้างความตระหนักในการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยทำงานในปัจจุบันที่จะกลายเป็นผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

มติ ครม. เรื่องผู้สูงอายุ

เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559

มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ 4 มาตรการ

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ 4 มาตรการรองรับสังคมสูงอายุ ตามที่กระทรวงการคลังเสนอในการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559

มาตรการที่ 1

การจ้างงานผู้สูงอายุ

ประเด็นหลักของมาตรการนี้ คือ หากหน่วยงานใดมีการจ้างงานกับคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เงินเดือนที่ต้องจ่ายให้กับผู้สูงอายุจะสามารถนำมาหักภาษีได้สองเท่า ของรายจ่ายประเภทเงินเดือนและค่าจ้างสำหรับการจ้างบุคลากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ซึ่งมีอัตราค่าจ้างไม่เกิน 15,000 บาทต่อคนต่อเดือน โดยนายจ้างสามารถขอใช้สิทธิได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนลูกจ้างทั้งหมด ทั้งนี้ ลูกจ้างจะต้องไม่เป็นผู้ถือหุ้นของกิจการ กรรมการ ผู้บริหาร หรือเคยเป็นผู้บริหารของกิจการ

มาตรการนี้เป็นการสร้างหลักประกัน/ความมั่นคงในเรื่องรายได้ของผู้สูงอายุให้สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ยาวนานขึ้น เป็นการเปลี่ยนภาพผู้สูงอายุที่มองว่า “ผู้สูงอายุเป็นภาระ” ให้เป็น “ผู้สูงอายุมีคุณค่า” นอกจากนี้ การจ้างงานผู้สูงอายุยังเป็นปัจจัยสำคัญในการตอบสนองกับความต้องการของตลาดแรงงาน และระบบเศรษฐกิจที่ประสบกับภาวะการขาดแคลนจำนวนแรงงานที่จะมีแนวโน้มลดลงในอนาคต สามารถแก้ไขได้โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในกำลังแรงงานให้นานที่สุด ไม่ถูกกีดกันด้วยเหตุแห่งอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ประเทศไทยมีแรงงานเพิ่มขึ้น และช่วยพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้เกิดพฤฒพลังและยังประโยชน์ต่อประเทศ

มาตรการที่ 2

การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

ส่งเสริมให้มีการสร้างที่พักอาศัยทั้งในรูปแบบการเช่าที่ราชพัสดุ จำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี นครนายก เชียงราย และเชียงใหม่ รวมพื้นที่ทั้งสิ้นประมาณ 135 ไร่ รวมทั้งการจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุนอกเหนือจากที่ราชพัสดุในรูปแบบของบ้านประชารัฐที่ดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน และยังสนับสนุนสินเชื่อเงื่อนไขผ่อนปรนให้แก่ผู้ประกอบการพัฒนาอสังหาริมทรัพย์ที่ต้องการพัฒนาโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Pre-finance) ในวงเงินรวมไม่เกิน 4,000 ล้านบาท และเห็นควรให้มีการจัดสรรวงเงินสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Post-finance) เพื่อรองรับการดำเนินโครงการในระยะต่อไปด้วย โดยให้สิทธิในการจองสำหรับบุตรที่เลี้ยงบิดามารดาเป็นลำดับแรก

มาตรการนี้เป็นส่งเสริมการสร้างที่พักอาศัยที่มีความเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นการเฉพาะให้กับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีที่พักอาศัยที่ปลอดภัย มีอุปกรณ์ใช้สอยที่เหมาะสม และอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาล

มาตรการที่ 3

สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse mortgage)

มาตรการนี้เป็นการให้เงินกู้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภาระหนี้เป็นของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุนำที่อยู่อาศัยของตนมาเปลี่ยนเป็นเงินดำรงชีพ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางรายได้ให้ผู้สูงอายุ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออมที่พอเพียง ซึ่งมูลค่าเงินที่กู้ได้จะขึ้นอยู่กับอายุของผู้กู้ มูลค่าบ้าน และอัตราดอกเบี้ย ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีรับเงินเป็นก้อนเดียวหรือทยอยรับเป็นงวดจนกว่าจะเสียชีวิตหรือจนกว่าจะหมดอายุสัญญาเงินกู้ โดยผู้กู้ไม่ต้องชำระเงินต้นหรือดอกเบี้ยคืน และหลังจากผู้กู้เสียชีวิต ที่อยู่อาศัยจะตกเป็นของธนาคาร

มาตรการนี้ เป็นการคุ้มครองและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นข้าราชการบำนาญ ไม่มีเงินสำรองเพียงพอต่อการใช้ชีวิต และไม่มีลูกหลานไว้คอยดูแล ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งถือได้ว่ามาตรการดังกล่าวเป็นทางเลือกสำหรับคนวัยเกษียณในอนาคตได้เป็นอย่างดี

“สินเชื่อที่อยู่อาศัย หมายถึง เงินกู้ระยะยาวที่กู้ยืมจากสถาบันการเงินหรือธนาคาร เพื่อซื้อหรือสร้างที่อยู่อาศัยไม่ว่าจะเป็นบ้าน ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม คอนโดมิเนียม หรืออาคารพาณิชย์ โดยใช้ที่อยู่อาศัยนั้นเป็นหลักประกันในการจำนองให้แก่ธนาคารผู้ให้สินเชื่อ”

มาตรการที่ 4

การบูรณาการระบบบำเหน็จบำนาญ

มาตรการนี้จะให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาและกำกับดูแลระบบบำเหน็จบำนาญของประเทศให้ครอบคลุม และจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบช.) เพื่อเป็น “กองทุนสำรองเลี้ยงชีพภาคบังคับ” สำหรับแรงงานในระบบ ครอบคลุมทั้งลูกจ้างเอกชน ลูกจ้างชั่วคราวของส่วนราชการ พนักงานราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอายุ 15 – 60 ปี ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยให้มีการจ่ายเงินเข้ากองทุนจาก 2 ฝ่าย คือ ลูกจ้าง และนายจ้าง ซึ่งลูกจ้างจะได้รับบำนาญหรือบำเหน็จเมื่ออายุครบ 60 ปี เพื่อให้แรงงานกลุ่มดังกล่าวมีรายได้ที่เพียงพอในการดำรงชีวิตหลังเกษียณ โดยกำหนดให้ กบช. เปิดรับสมาชิกตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ลูกจ้างและนายจ้างต้องส่งเงินเข้า กบช. ฝ่ายละ 3% ของค่าจ้าง สูงสุดไม่เกินเดือนละ 1,800 บาท และทยอยปรับเพิ่มเป็น 3% และ 10% ใน 10 ปี โดยไม่ให้ส่งเงินเข้ากองทุนเกิน 15% ของค่าจ้าง ตั้งแต่ปีแรกที่เป็นสมาชิกกองทุน ส่วนลูกจ้างที่มีรายได้ไม่ถึงเดือนละ 10,000 บาท ไม่ต้องนำส่งเงินเข้ากองทุน โดยให้นายจ้างส่งเงินฝ่ายเดียว

มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ. 2559. ค้นเมื่อ 2 มกราคม 2560, จาก ข่าวกระทรวงการคลัง เว็บไซต์: http://www.mof.go.th/home/news_current.html

การตื่นตัว ของสื่อ ในเรื่องสังคมสูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” หรือ “ผู้สูงวัย” ได้มีการพูดถึงเป็นอย่างมากในปัจจุบัน ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือพิมพ์ นิตยสาร หรือสื่อวิทยุ โทรทัศน์





สื่อสิ่งพิมพ์

หากทำการค้นหาคำสำคัญ ที่ปรากฏอยู่บนสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทหนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสารต่างๆ ที่กล่าวถึงเนื้อหาเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” “ผู้สูงวัย” “คนแก่” “คนชรา” หรือ “ผู้เฒ่า” ผ่านการค้นหาด้วย Skip Navigation Links. พบว่า ในช่วงปี 2559 สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ได้มีการกล่าวถึงคำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นจำนวนมากถึง 12,420 ครั้ง รองลงมาคือ คำว่า “ผู้สูงวัย” 3,124 ครั้ง “คนแก่” 3,114 ครั้ง คำว่า “ชรา” มีการกล่าวถึง 1,240 ครั้ง และคำว่า “ผู้เฒ่า” มีการกล่าวถึงน้อยที่สุดเพียง 994 ครั้ง

ประเภทสิ่งพิมพ์ที่มีการกล่าวถึงเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ หนังสือพิมพ์ ในปี 2559 หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ มติชน และ คมชัดลึก ได้กล่าวถึงประเด็นเรื่องผู้สูงอายุมากที่สุด

สื่อโทรทัศน์

สื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก
และถือว่าเป็นสื่อมวลชนสำคัญลำดับแรกที่ผู้สูงอายุใช้เปิดรับสารต่างๆ

ในช่วงปี 2559 สถานีโทรทัศน์ในประเทศไทยมีรายการโทรทัศน์เพื่อผู้สูงอายุหรือที่มีเนื้อหาหลักเกี่ยวกับผู้สูงอายุอยู่จำนวน 6 รายการ

1. **รายการ “สูงวัยใจเกินร้อย”**
   ออกอากาศทุกวันอังคาร เวลา 14.00-14.30 น.
   และออกอากาศซ้ำทุกวันอาทิตย์เวลา 05.30-06.00 น.
   ทางช่อง NBT กรมประชาสัมพันธ์
2. **รายการ “ลุยไม่รู้โรย..สูงวัยดี๊ดี”**
   ออกอากาศทุกวันพุธและวันพฤหัสบดี เวลา 06.30-07.00 น.
   และออกอากาศซ้ำทุกวันศุกร์ เวลา 06.30-07.00 น.ทางช่อง Thai PBS
3. **รายการ “Young@Heart”**
   ออกอากาศทุกวันเสาร์และวันอาทิตย์ เวลา 05.00-06.00 น. ทางช่อง Thai PBS
4. **รายการ “ยอดมนุษย์ป๊า”**
   ออกอากาศทุกวันอาทิตย์ เวลา 15.00-16.00 น. ทางช่อง Thairath
5. **รายการ “คุยเพลินเมืองไทย”**
   ออกอากาศทุกวันเสาร์และอาทิตย์ เวลา 08.00-09.00 น. ทางช่องดิจิทัลทีวี
6. **รายการ “GEN O(LD) สูงวัยไปด้วยกัน”**
   ออกอากาศทุกวันพุธ เวลา 20.20-21.10 น.” ทางช่อง Thai PBS

วิทยุ

บมจ.อสมท เปิดตัว สถานีวิทยุเพื่อผู้สูงอายุ คลื่นแรกของประเทศไทย Like Station Radio Online 1494 คลื่นเพลงดี มีสาระคู่ความคิด ทาง A.M. 1494 Mhz.

รายการวิทยุ เพื่อสุขภาพ รายการ: Happy&Healthy (แฮปปี้ แอนด์ เฮลตี้) สถานี : ขสทบ. 102 MHZ ออกอากาศทุกวันเสาร์ 09.00 – 10.00 น. มีช่วงสนทนากับแพทย์ เปิดสายให้คุยกับคุณหมอ เกร็ดสุขภาพ ความรู้สุขภาพมากมาย

ผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุไทยมากกว่า 2 ใน 3 มีเงินออมที่อยู่ในรูปของการออมในสถาบันการเงินหรือในรูปแบบของการประกันชีวิต รวมไปถึงการออมด้วยการสะสมสินทรัพย์ที่มีมูลค่า เช่น อสังหาริมทรัพย์ เครื่องประดับที่มีมูลค่า และสัดส่วนการถือครองหุ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการออมเงิน นอกจากนี้ สถาบันการเงินเกือบทุกแห่งต่างนำเสนอผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดช่องทางการออมเงินที่หลากหลายให้แก่ผู้สูงอายุ

การเตรียมพร้อมด้านความมั่นคงในชีวิตและการเงินเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทั้งในวัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่คาดคิดจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย การมีเงินออมที่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆ ในอนาคตจึงเป็นการเตรียมพร้อมด้วยความไม่ประมาท เมื่อโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น สถาบันการเงินการธนาคารและประกันชีวิตจึงได้ออกแบบผลิตภัณฑ์ทางการเงินที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อรองรับสังคมไทยที่กำลังสูงอายุขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ ถูกออกแบบมาเพื่อผลประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ตั้งแต่บัญชีเงินฝากเพื่อผู้สูงอายุที่ให้ดอกเบี้ยเงินฝากสูงกว่าบัญชีทั่วไป หรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ทางการเงินด้านประกันชีวิต ที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้เลยโดยไม่ต้องตรวจสุขภาพ ซึ่งเป็นเงื่อนไขพิเศษที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) กำหนดไว้ให้สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุคาดเฉลี่ยที่เหลืออยู่ลดน้อยลง

ผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ ที่มีปรากฏในปี 2559

ผลิตภัณฑ์	เงื่อนไข	ผลประโยชน์
เงินฝากเพื่อผู้สูงอายุ	50 ปีขึ้นไป	อัตราดอกเบี้ยเงินฝากสูงกว่าบัญชีทั่วไป แต่มีการจำกัดวงเงินฝาก
การรวมผลิตภัณฑ์ทางการเงินกับผลิตภัณฑ์ประกันภัย	อายุ 55-70 ปี	ทุนเอาประกันภัยจำกัดวงเงิน กรณีเสียชีวิตหรือประสบอุบัติเหตุสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้เต็มจำนวนตามที่ซื้อทุนประกันภัย ยกเว้นเงื่อนไขที่บริษัทกำหนด เช่น ประสบอุบัติเหตุเฉพาะมือหนึ่งข้าง จะได้รับประโยชน์จากเงินเอาประกันภัยเพียงร้อยละ 60 เป็นต้น และภายในระยะเวลาที่กำหนด
ประกันชีวิตที่ไม่ต้องตรวจสุขภาพ	ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวก็สามารถทำประกันชีวิตได้	จ่ายเฉพาะเสียชีวิต และหากเสียชีวิตภายใน 1-2 ปีแรกจากการเจ็บป่วย จะจ่ายคืนเฉพาะเบี้ยประกันภัยที่จ่ายไปแล้ว พร้อมกับผลตอบแทนร้อยละ 2-5 ขึ้นอยู่กับแผนการจ่ายเงินของแต่ละบริษัท แต่หากเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ จะได้รับเงินตามทุนประกันภัยทั้งหมดพร้อมทั้งเบี้ยประกันภัยที่ชำระแล้วบวกผลตอบแทนร้อยละ 2-5 ตามที่บริษัทประกันกำหนด
ประกันภัยแบบตลอดชีพชั่วเวลา และสะสมทรัพย์	บุคคลทั่วไป	หลังจากผู้สูงอายุเสียชีวิตจะได้รับเงินเอาประกันเป็นมรดกมอบให้คนที่ยังอยู่ได้ คืนเงินรายงวด และเมื่อครบสัญญา
ประกันบำเหน็จ/ บำนาญ		• ช่วยออมเงินเพื่อเป็นรายได้ในยามเกษียณ • แบบบำเหน็จ รับเงินก้อน เมื่อถึงวัยเกษียณ • แบบบำนาญ รับเงินรายงวด (รายปีหรือรายเดือน) ตลอดช่วงเกษียณ

โดยสรุปแล้ว การสนับสนุนพฤติกรรมการออมเงินเป็นเรื่องที่ดี และเป็นโอกาสที่ดีที่สถาบันการเงินเอื้อทั้งเงื่อนไขในการสมัครผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุและเสนอสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมทางการเงินเมื่ออยู่ในวัยทำงาน เมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็ยังมีโอกาสสร้างความคุ้มครองให้ตนเองได้ผ่านผลิตภัณฑ์ทางการเงินเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งพอจะจำแนกได้เป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ บัญชีเงินฝากเพื่อผู้สูงอายุ (มีทั้งบัญชีฝากออมทรัพย์และฝากประจำ) และ ผลิตภัณฑ์ประเภทประกันชีวิตเพื่อผู้สูงอายุที่กำหนดเงื่อนไขเด่นคือ ไม่ต้องตรวจสุขภาพก็สามารถทำประกันชีวิตได้ สิ่งสำคัญคือ ผู้สูงอายุต้องทำความเข้าใจต่อผลิตภัณฑ์การเงินต่างๆ การรับฟังข้อมูลจากสื่อเป็นเพียงการนำเสนอข้อมูลเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการออมเงินเพื่อผลประโยชน์ในอนาคตเท่านั้น

นวัตกรรม เพื่อผู้สูงอายุ

โลกของเราทุกวันนี้ กำลังเผชิญกับสถานการณ์การสูงวัยของประชากร ประชากรสูงอายุในประเทศต่างๆ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยธรรมชาติแล้ว คนเราย่อมมีสมรรถนะทางร่างกายเสื่อมถอยไปตามอายุ ผู้คนในประเทศต่างๆ จึงได้ค้นคิดและประดิษฐ์เครื่องมือ อุปกรณ์ และเครื่องใช้ต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

สังคมไทยก็กำลังตื่นตัวในเรื่องการสูงวัยของประชากรเช่นเดียวกัน ปัจจุบันเราจะเห็นผลิตภัณฑ์และสิ่งประดิษฐ์เพื่อผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างมากในประเทศ ทั้งที่เป็นนวัตกรรมที่ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ผลิตเป็นอุตสาหกรรม และนวัตกรรมที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่ผลิตขึ้นใช้เองในชุมชน เราจะเห็นนวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุของคนไทยที่มีทั้งเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ และนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 จะได้นำเสนอตัวอย่างผลงาน “นวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ” ของคนไทย ทั้งที่เป็นนวัตกรรมเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิต และนวัตกรรมเพื่อส่งเสริม / ฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ

นวัตกรรม
เพื่อส่งเสริมและ
ฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ

กะลากดจุด

ปุ่มนวดออกแบบให้ทำหน้าที่เสมือนไม้นวดกดจุด ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดที่เท้า กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดอาการปวดเมื่อย ช่วยนวดเฉพาะส่วนด้วยตัวเอง

พัฒนาโดย เอกชน เฟิร์สฟิสิโอ





กะลายางยืด

ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายบนเตียงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่การขยับเขยื้อนร่างกายเป็นปัญหาและข้อจำกัด ประโยชน์ของกะลายางยืดคือ ช่วยสร้างความแข็งแรงของกระดูก และฟื้นฟูอาการข้อเสื่อม/ ข้อติด

พัฒนาโดย ภาคีชุมชนจังหวัดนครปฐม

บาร์คู่กลมกลึงนวดฝ่าเท้า

ใช้กับผู้ที่มีขาอ่อนแรง ผู้ที่มีอาการปวด/ชาบริเวณเท้า น่องหรือขา โดยให้ผู้ป่วยยืนบนที่นวดฝ่าเท้า มือจับราวเดินไปมาบนลูกกลึง เน้นจุดฝ่าเท้า เป็นอุปกรณ์ช่วยฝึกเดินในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ และช่วยบำบัดอาการปวด/ชา บริเวณ เท้า น่องขาให้ดีขึ้น

พัฒนาโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมจิต อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์





สะพานโค้งบริหารหัวไหล่

ใช้สำหรับผู้ที่แขนอ่อนแรงอันเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาท กระดูก และข้อ โดยให้ผู้ป่วยจับแผ่นไม้และเคลื่อนย้ายแผ่นไม้ไปตามท่อโค้งจากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่ง อุปกรณ์นี้ช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกล้ามเนื้อแขนและไหล่ สามารถเพิ่มกำลังโดยการติดถุงทรายที่ข้อมือ

พัฒนาโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมจิต อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

นวัตกรรม
เพื่ออำนวยความสะดวก ในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ



กล่องข้าวสำหรับผู้สูงอายุ

ผลิตจากพลาสติกชีวภาพ (Bio-plastic) ออกแบบโดยคำนึงถึงหลักสรีรวิทยาของผู้สูงอายุในการหยิบจับกล่องข้าวที่ใช้แรงในการจับไม่มากเกินไป รวมไปถึงการเปิด/ปิดฝาของกล่องข้าวที่ใช้แรงไม่มาก มีเสียงของการปิดฝากล่องข้าวเพื่อให้ทราบว่าฝากล่องข้าวปิดสนิทจริง นอกจากนั้นยังออกแบบให้ใช้เก็บอาหารและอุ่นอาหารในเตาไมโครเวฟได้ และพร้อมที่จะแปรสภาพเป็นภาชนะที่ใช้บนโต๊ะอาหารได้ทันที สร้างความสะดวกแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น

พัฒนาโดย บริษัท ไบโอฟอร์ม (ประเทศไทย) จำกัด

ไม้เท้าช่วยพยุง

ใช้วัสดุไม้ในท้องถิ่น เช่น ไม้หวาย ไม้ไมยราบ หรือไม้ไทร นำมาตัดตามความสูงของผู้สูงอายุที่จะใช้งานและติดจุกยางที่ปลายไม้เท้าเพื่อกันลื่น

พัฒนาโดย หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

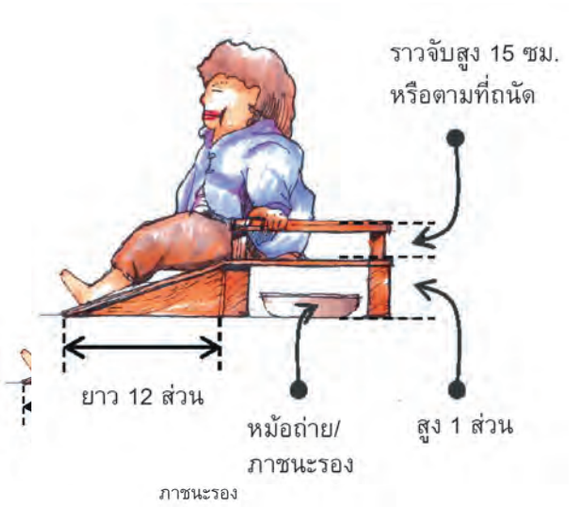


เก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ที่ใช้รถเข็น

ออกแบบให้มีพื้นที่ว่างด้านข้างสำหรับให้ผู้ที่ใช้รถเข็นสามารถเคลื่อนย้ายร่างกายมานั่งได้โดยไม่มีที่เท้าแขนขวางทาง ที่เท้าแขนด้านหน้าและหลัง ออกแบบให้อยู่ในตำแหน่งที่เหลื่อมกัน บังคับให้มือและเท้าอยู่ในตำแหน่งที่ช่วยให้ร่างกายมั่นคง ไม่หกล้มได้ง่าย พื้นไม้ระแนงที่ทำจากไม้สัก เพื่อให้สามารถใช้งานได้ภายในและภายนอกบ้านหรือในห้องน้ำ

พัฒนาโดย บริษัท อุตสาหกรรมตีสวัสดิ์ จำกัด





ส้วมสไลเดอร์

ใช้วัสดุไม้มาทำสไลเดอร์ให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีส้วมชักโครก หรือผู้มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้กำลังแขนในการถัดตัวเองขึ้นไปเพื่อขับถ่าย

พัฒนาโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เฟอร์นิเจอร์ตู้วางรองเท้าอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

ออกแบบโดยคำนึงถึงสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเปิด/ปิดบานประตูตู้วางรองเท้า จึงดัดแปลงโดยการใช้ผืนผ้าเลื่อนเปิด/ปิดตู้แทนบานประตู ทำให้ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงมาก จากสถิติที่พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในขณะยืนใส่รองเท้า จึงออกแบบให้มีการเพิ่มที่นั่งสำหรับใส่รองเท้าเพื่อป้องกันอุบัติเหตุด้วย

พัฒนาโดย บริษัท แกรนด์ดิส จำกัด



นาฬิกาอัจฉริยะสำหรับผู้สูงอายุ

G2i Emergency Watch

จุดเด่นของนาฬิกานี้ คือ เมื่อกดปุ่มเพียงปุ่มเดียวบนหน้าปัด นาฬิกาจะเปลี่ยนเป็นโทรศัพท์และโทรออกฉุกเฉินไปยังเบอร์ที่บันทึกไว้ ถ้าปลายทางไม่รับสาย เครื่องจะทำการโอนสายต่อเนื่องไปยังเบอร์อื่นๆ ที่ตั้งไว้จนกระทั่งมีผู้ที่กดรับสาย



I-smart รุ่น android Smart Watch

มีฟังค์ชั่นเตือนหากโทรศัพท์วางห่างจากตัวเจ้าของไปเกิน 5 เมตร มีฟังค์ชั่นด้านสุขภาพ เช่น ช่วยเตือนเจ้าของด้วยหากนั่งอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานานเกินไป ซึ่งเหมาะกับผู้สูงอายุที่มักจะนั่งท่าเดิมเป็นเวลานานๆ



นาฬิกา UPro

นาฬิกาสำหรับเด็กแต่นำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคหลงลืมหรือภาวะอัลไซเมอร์ได้ นาฬิกานี้มีระบบที่สามารถส่งตำแหน่งของผู้สวมใส่ให้ปลายทางทราบ ดังนั้นหากผู้สูงอายุเดินออกนอกบ้านและกลับบ้านไม่ถูกลูกๆ ก็สามารถตามหาตัวได้จากตำแหน่ง GPS ในเครื่องนี้ นอกจากนี้ยังกำหนดพื้นที่ปลอดภัยได้ เช่น ในบริเวณบ้านหรือภายในหมู่บ้าน หากกรณีที่มีการเดินออกจากพื้นที่ที่กำหนดไว้ ระบบจะส่งสัญญาณเตือนมาที่หมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้



Lifely safty watch

สมาร์ทวอชตัวนี้จะมาพร้อมกับกล่องใส่ยา 4 กล่อง โดยจะส่งสัญญาณเตือนผู้สูงอายุให้กินยา มีฟังค์ชั่นนับจำนวนก้าวเดินของผู้สูงอายุในแต่ละวันอีกด้วย



MyKronoz รุ่น ZeFit2



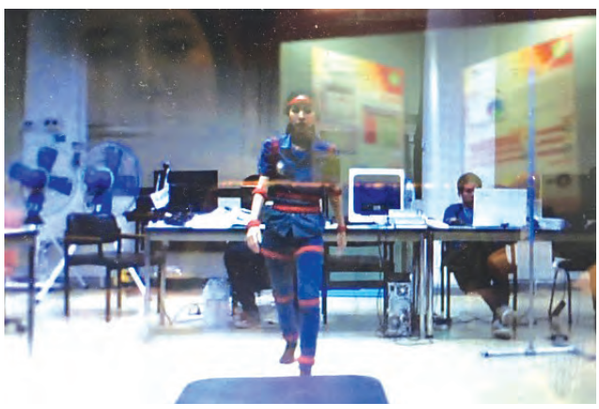
ออกแบบมาเพื่อช่วยดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถบอกจำนวนก้าวเดินระยะทาง และแคลอรี่ที่ใช้ในแต่ละวันได้ คุณภาพของการนอนว่าหลับได้ดีเพียงไร สามารถตั้งเวลาปลุก หรือตั้งเวลาเตือนให้กินยาได้

ที่มา : https://moneyhub.in.th/article/smart-watch-for-elder-people/

ระบบการ

ตรวจจับการหกล้ม

การหกล้มในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก การหกล้มแต่ละครั้งมีโอกาสทำให้เกิดกระดูกหัก ได้ และนำมาซึ่งโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย บางรายไม่สามารถกลับมาเดินได้อีกและ อาจต้องใช้รถเข็นไปตลอด ส่งผลให้ผู้สูงอายุ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และต้องมีคนดูแลตลอดเวลา และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด



ระบบตรวจจับการล้ม สำหรับผู้สูงอายุภายในบ้าน

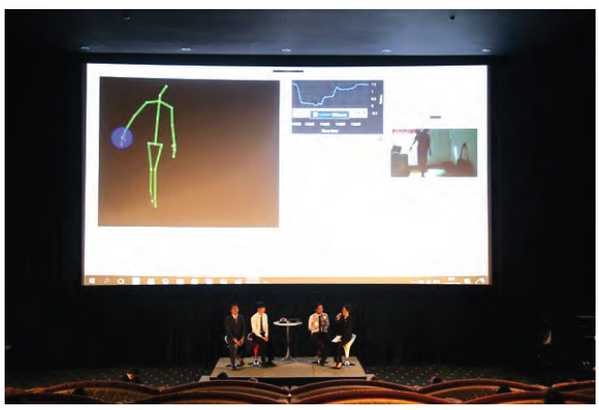
ผลงานจากงานมหกรรมประกวดเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งประเทศไทย ประจำปี 2559 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นระบบตรวจจับที่ใช้หลักการวิเคราะห์สองจุดร่วมกัน ติดตั้งกล้องในบริเวณบ้าน 2 ตัว ระบบจะแจ้งเตือน หากผู้สูงอายุมีอาการเซจะล้ม โดยจะส่งคำแจ้งเตือนไปยังผู้ดูแลทันที

ที่มา : http://www.manager.co.th/cyberbiz/ViewNews.aspx?NewsID=9590000027722

Fall Detection V.1
เฝ้าระวังผู้สูงอายุหกล้ม

ผลงานของนายรัชพล แขมภูเขียว และนายสุธีบูรณ์ ชูวิทยา นักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง (สจล.) เป็นการใช้กล้องตรวจจับการล้มพร้อมการแจ้งเตือน ไม่ต้องมีอุปกรณ์ติดสัมผัสตัว จึงไม่เป็นภาระในการพกพาของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ใช้หลักการของรังสีอินฟราเรด จึงสามารถทำงานได้แม้ในที่มืดสนิท หรือติดตั้งในห้องน้ำ เพราะระบบจะตรวจจับโครงกระดูกเท่านั้น โดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล เมื่อเกิดการล้ม ระบบจะแจ้งเตือนผ่านเสียงไซเรนและมีข้อความส่งไปยังโทรศัพท์

ที่มา : https://www.dailynews.co.th/article/556432





ระบบเฝ้าระวังผู้สูงอายุ

ผลงานของนพคุณ วชิรอังศนา นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล ใช้หลักการระบุตำแหน่งผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพังด้วยสมาร์ทโฟนที่ติดตัวผู้สูงอายุ เพราะระบบจีพีเอสไม่สามารถระบุตำแหน่งในอาคารได้ ระบบจะวิเคราะห์และเรียนรู้ข้อมูลตำแหน่งต่างๆเพื่อหารูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และแจ้งเตือนญาติของผู้สูงอายุผ่านสมาร์ทโฟนเมื่อตำแหน่งของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปแบบผิดปกติจากชีวิตประจำวัน

ที่มา : http://www.manager.co.th/cyberbiz/ViewNews.aspx?NewsID=9590000027722

4.

งานวิจัย

เพื่อสังคมสูงอายุ ปี 2559

การศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุ

กฤษณา ตรียมณีรัตน์ นิติกุล ทองน่วม และ อภิวรรณ ณัฐมนวรกุล
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ทำวิจัย 2556

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเกี่ยวกับการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติของนโยบายด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้กำหนดนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้าผู้ตรวจราชการ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ) 2) ผู้บริหาร (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป) 3) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และ 4) ผู้สูงอายุที่มารับบริการ สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์และโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป รวม 119 แห่ง

ผลการศึกษา

พบช่องว่างของการนำนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีข้อสรุปสำหรับผู้บริหาร ดังนี้

1. กระบวนการนำนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ เป็นกระบวนการสั่งการในลักษณะจากบนลงล่าง ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีจำนวนไม่มากนัก
2. การสื่อสารนโยบายและการสนับสนุนเป็นไปในลักษณะสื่อสารทางเดียว เป็นลักษณะสั่งการมากกว่าการมุ่งทำความเข้าใจร่วมกัน
3. พบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และบุคลากรหลักกลุ่มอื่นๆ คือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์
4. การสนับสนุนในการพัฒนาทีมงานคลินิกยังไม่ได้มุ่งพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับนโยบาย
5. การกำกับติดตามประเมินผลตัวชี้วัดนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ยังไม่ได้เป็นไปเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันอย่างทันสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
6. ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดไปจนถึงระดับโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้และแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ตรงตามที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามสื่อสาร
7. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ต่างมีการตัดสินใจโดยอิสระของพื้นที่เท่าที่กรอบการบริหารจัดการจะเอื้ออำนวย แม้ว่าการตอบสนองต่อนโยบายจะไม่ตรงไปตรงมาเพราะมีเงื่อนไขอื่นนอกเหนือจากนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

การถ่ายทอดนโยบายในระดับมหภาคไปยังหน่วยงานในพื้นที่ ต้องอาศัยองค์กรเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดลงสู่ระดับปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน ความก้าวหน้าในการดำเนินนโยบาย อาจยังมีความจำเป็นต้องให้ความสนใจปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดนโยบายให้มีประสิทธิผลมากขึ้น วัฒนธรรมองค์กรและโครงสร้างองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบเป็นทางการและเป็นแนวดิ่ง อาจมีความเหมาะสมน้อยกว่าวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการและเป็นแนวราบ ความสำเร็จและโอกาสในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติอาจต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์และโครงสร้างขององค์กรที่จะรองรับการถ่ายทอดนโยบายให้ดีกว่าที่เป็นอยู่

การศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิราภรณ์ โพธิศิริ วิพรรณ ประจวบเหมาะ วรเวศม์ สุวรรณระดา
ศิริวรรณ ศิริบุญ บุศริน บางแก้วและ ชเนตตี มิลินทางกูร
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีที่ทำวิจัย 2559

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถอดบทเรียนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ศึกษาที่มีการบูรณาการความร่วมมือของสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา องค์กรบริหารท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัว
2. เพื่อกำหนดกลไกการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการสร้างหลักประกันคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่ง ได้แก่

1. แหล่งปฐมภูมิ ใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลระดับจุลภาค ได้แก่ หัวหน้าองค์กรหรือผู้นำท้องถิ่น และผู้ให้ข้อมูลระดับมหภาค ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนของหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐและที่ไม่ใช่ภาครัฐ ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ และงานเชิงนโยบาย รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และชมรมผู้สูงอายุ
2. แหล่งทุติยภูมิ ได้จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัย เอกสารของหน่วยงานราชการ บทความและข้อมูลที่มีการตีพิมพ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พื้นที่ศึกษาสำหรับการถอดบทเรียนมีทั้งหมด 11 พื้นที่ 9 จังหวัด ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ

ผลการศึกษา

ด้านทรัพยากรบุคคล

จุดแข็งหรือโอกาส:

- ในเขตชนบท - วิถีชีวิตที่เกื้อกูลกัน ทำให้ระบบอาสาสมัครทำงานได้ผล
- ในเขตเมือง - บุคลากรด้านการแพทย์มีศักยภาพสูง
- ในกรุงเทพมหานคร – ผู้นำหรือประธานชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวตั้งแต่เริ่มแรก

จุดอ่อนหรือข้อจำกัด:

- ในเขตชนบท - ทีมสหวิชาชีพมีข้อจำกัดทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ อาสาสมัครขาดความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ
- ในเขตเมือง - บุคลากรขาดความผูกพันกับพื้นที่ และยังขาดความรู้เกี่ยวกับเวชปฏิบัติครอบครัวและความรู้เกี่ยวกับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ
- ในเขตกรุงเทพมหานคร – หน่วยงานทางศาสนายังขาดบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ

ด้านงบประมาณและการเงิน

จุดแข็งหรือโอกาส:

- ในเขตชนบท - มีแหล่งงบประมาณที่หลากหลาย
- ในเขตเมือง - มีงบประมาณในการทำกิจกรรมผู้สูงอายุครบทุกมิติ
- ในกรุงเทพมหานคร - มีงบประมาณรายได้ของตนเองและมีอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณมากกว่าที่อื่นๆ

จุดอ่อนหรือข้อจำกัด:

- ในเขตชนบท - ท้องถิ่นส่วนหนึ่งมีศักยภาพที่จะจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ แต่ติดขัดที่ระเบียบข้อบังคับที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน
- ในกรุงเทพมหานคร - สำนักงานเขตไม่มีงบประมาณเฉพาะสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง

ด้านการบริหารจัดการ

จุดแข็งหรือโอกาส:

- ในเขตชนบท- การเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างสมาชิกของทีมเยี่ยมบ้าน และมีทีมหมอครอบครัวที่กำหนดตัวบุคคลรับผิดชอบชัดเจน
- ในเขตเมือง - มีคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุจังหวัดซึ่งมีบทบาทอย่างสำคัญในการทำแผนจังหวัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- ในกรุงเทพมหานคร - มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จุดอ่อนหรือข้อจำกัด:

ทั้งในเขตเมือง ชนบทและกรุงเทพมหานคร ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการจัดเก็บและจัดการข้อมูล

ผลจากการถอดบทเรียนและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการมีทั้งหมด 4 กลไกด้วยกัน ได้แก่ 1) การมีพื้นที่สาธารณะ 2) การจัดการฐานข้อมูล 3) การบริหารจัดการ และ 4) การมีระบบการเงินที่สนับสนุนการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เสนอแนะให้มีการเพิ่มระบบการดูแลระยะกลางเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว การเพิ่มบริการที่จำเป็นในการดูแลระยะยาวอย่างบูรณาการ การพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน การวางแผนเพื่อเพิ่มจำนวนกำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว การกำหนดมาตรฐานการให้บริการการดูแลระยะยาว ซึ่งรัฐควรเร่งบูรณาการข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ข้อมูลการเตรียมความพร้อมของประชากรหนุ่มสาวเพื่อยามสูงอายุ และฐานข้อมูลที่รวบรวมองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวร่วมกัน

การทบทวนเอกสารด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย

คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม ณัฐพร นครอินทร์ ฉัฏฐเมษ ภิรมย์พานิช
เทียนเงิน อุตระชัย จงสวัสดิ์ พิสิฐพันพร
สิพิม วิวัฒนวัฒนา วรุตม์ ทรงสุจริตกุล และ ปรุฬห์ รุจนธำรง

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีที่ทำวิจัย 2554

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษานโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และด้านการดูแลระยะยาว
2. เพื่อจัดระบบความคิดจากองค์ความรู้ที่ได้และนำเสนอประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการวิจัย ต่อยอดองค์ความรู้ในขั้นตอนต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลและการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นเรื่องนโยบายและมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และด้านการดูแลระยะยาว และนำมาจัดกลุ่ม นโยบายกับกฎหมาย เพื่อศึกษาภาพรวมของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในแต่ละด้าน

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและการจัดกลุ่มนโยบายกับกฎหมาย ได้พบประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ กฎหมายหลักเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาว

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

- ด้านความครอบคลุมบุคคล มาตรา 53 ในรัฐธรรมนูญไม่ได้เป็นการรับรองสิทธิให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนโดยทันทีเมื่อบุคคลเหล่านั้นเข้าสู่วัยสูงอายุ หากเป็นเพียงการรับรองสิทธิให้แก่บุคคลที่เป็น “ผู้สูงอายุ” และ “ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ” เท่านั้น
- ในมาตรา 53 กำหนดไว้เพียงว่า ผู้สูงอายุจะได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ซึ่งเป็นการกำหนดที่ตีความหมายกว้างมากจนอาจเกิดปัญหาในทางปฏิบัติที่จะต้องตีความว่ากิจการใดบ้างที่ถือว่าเป็น “สวัสดิการ” และ “ความช่วยเหลือ” ที่รัฐจะต้องดำเนินการให้แก่ผู้สูงอายุ

2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

เป็นเพียงบทบัญญัติที่วางหลักการไว้อย่างกว้างๆ ซึ่งไม่มีบทบัญญัติอย่างเป็นรูปธรรม ว่าจะมีการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพอย่างไร ประกอบกับไม่มีกฎหมายลำดับรองออกมากำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของผู้สูงอายุแต่อย่างใด คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าบทบัญญัติมาตรานี้ออกมาแล้วใช้บังคับไม่ได้อย่างจริงจัง

3. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

เมื่อเปรียบเทียบกับยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ แล้วยังมีส่วนที่ขาดและมีข้อบกพร่องอยู่ทั้งในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

"นโยบาย" กับ "กฎหมาย" ที่เกี่ยวข้องในประเด็นสุขภาพและการดูแลระยะยาว

- กลุ่ม "นโยบาย" กับ "กฎหมาย" ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นสุขภาพและการดูแลระยะยาว
- มีการออกกฎหมายเพื่อดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวทั้งในระดับรัฐธรรมนูญและระดับพระราชบัญญัติอยู่บ้าง แต่ไม่มีการบัญญัติกฎหมายลำดับรองเพื่อดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผล
- มีการออกกฎหมายระดับพระราชบัญญัติและกฎหมายลำดับรองเพื่อดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวแล้ว แต่เนื้อหายังมีขอบเขตไม่ครอบคลุมทุกกรณีหรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง
- มีหลักเกณฑ์กฎหมายลำดับรองแต่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกประเภท
- ไม่มีการบัญญัติกฎหมายลำดับรองให้องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกื้อหนุนการจัดการด้านผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. สาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ควรบัญญัติประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุแยกออกมาต่างหากจากบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับเด็กและผู้พิการ
2. เสนอให้มีการออกกฎหมายลำดับรอง โดยอาจออกเป็นประกาศหรือกฎกระทรวงที่ออกมากำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุให้ชัดเจน
3. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ควรบัญญัติสาระที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้ในระดับพระราชบัญญัติมากกว่าเพียงบรรจุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
4. ควรมีการเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับบุคลากรหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในแง่ของการผลิต การส่งเสริม การกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการตรวจสอบ ประกอบกับการควบคุมการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
5. ควรกำหนดเบี้ยคนพิการสำหรับผู้สูงอายุในอัตราที่แตกต่างกับคนพิการที่อยู่ในช่วงชีวิตที่มีกำลังความสามารถในการหาเลี้ยงชีพได้ และกำหนดอัตราที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

ถอดบทเรียนสถานประกอบการที่มีการจ้างแรงงานสูงวัย

แก้วขวัญ ตั้งติพงศ์กูล และ ศุภชัย ศรีสุชาติ
คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีที่ทำวิจัย 2559

ได้รับการสนับสนุนจาก
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อเก็บข้อมูลสถานประกอบการที่มีการจ้างงานผู้สูงวัย ทำการวิเคราะห์ ถอดบทเรียน สกัดส่วนที่เป็นรูปธรรมปัจจัยเกื้อหนุน ปัญหาอุปสรรค ความต้องการการสนับสนุนที่เป็นไปได้ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่จำเป็นที่จะใช้ในการขับเคลื่อนให้เกิดการขยายผลไปยังสถานประกอบการอื่นๆ เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบระบบบริหารจัดการแรงงานสูงอายุ รวมถึงหาปัจจัยสนับสนุนและข้อจำกัดในการจ้างแรงงานสูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขยายโอกาสการจ้างงานผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจ้างแรงงานสูงอายุ
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแรงงานในสถานประกอบการจำนวน 4 แห่ง ที่เป็นต้นแบบที่มีการดำเนินโครงการการจ้างงานแรงงานสูงวัยอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งกลุ่มแรงงาน ออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มแรงงานก่อนวัยเกษียณ (อายุก่อน 55 ปี) และกลุ่มแรงงานหลังวัยเกษียณ (มากกว่า 55 ปี)

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่ขัดขวางการจ้างแรงงานสูงอายุของแต่ละสถานประกอบการอาจมีความแตกต่างกัน ในด้านของสถานประกอบการอาจขึ้นกับประเภทของอุตสาหกรรม การจัดการความรู้ในองค์กรและความสามารถในการหาแรงงานมาทดแทนของสถานประกอบการในตำแหน่งงานเฉพาะ และศักยภาพทางการเงินของสถานประกอบการ ในขณะที่ปัจจัยด้านแรงงานที่สำคัญ คือ ศักยภาพทางด้านร่างกายและสุขภาพของแรงงานสูงอายุ ปัจจัยทางการเงิน และทัศนคติของครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องกับการทำงานของแรงงานสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

รัฐบาลควรส่งเสริมให้ผู้ประกอบการจ้างงานแรงงานสูงอายุ โดยในช่วงแรกให้เป็นไปตามความสมัครใจ ซึ่งรัฐอาจให้การสนับสนุนทางด้านการเงินหรือสิทธิประโยชน์ทางภาษี ที่เป็นแรงจูงใจให้สถานประกอบการได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของการจ้างงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ในขณะที่ช่วงที่สอง รัฐอาจต้องมีมาตรการเชิงบังคับในการกำหนดอัตราส่วนของการจ้างแรงงานสูงอายุที่เป็นเป้าหมายให้กับสถานประกอบการ โดยมีรูปแบบที่เป็นอิสระขึ้นกับสถานประกอบการและแรงงานจะตกลงกัน

ในภาพรวม การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องให้สังคมตระหนักและเห็นความจำเป็นของการทำงานของผู้สูงอายุ จะเป็นแรงผลักดันให้นโยบายสัมฤทธิผลมากขึ้น

ผลสัมฤทธิ์การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564

ถาวร สกุลพาณิชย์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ปีที่ทำการวิจัย: 2554

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ
2. เพื่อคาดการณ์ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลบรรณานุกรมอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ MEDLINE, EMBASE และ Google ร่วมกับการค้นหาเอกสารจากแหล่งข้อมูลเฉพาะ โดยดำเนินการค้นหาวรรณกรรมระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน – 31 ธันวาคม 2553

   หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกวรรณกรรม คือ ต้องเป็นการวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ โดยเนื้อหาเกี่ยวข้องกับหัวข้องานวิจัยโดยตรงทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ และเลือกเฉพาะวรรณกรรมที่ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1985 จนถึงวันที่สิ้นสุดการสืบค้นข้อมูล
2. การคาดการณ์ผลกระทบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ใช้แบบจำลองการคลังสุขภาพโดยใช้วิธีคณิตศาสตร์การประกัน (Actuarial model) ในการคาดการณ์ผลกระทบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน 10 ปีข้างหน้า โดยใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2552 เป็นฐาน

ผลการศึกษา

จากการค้นหาจากฐานข้อมูลบรรณานุกรมอิเล็กทรอนิกส์พบบทความทั้งหมด 9,839 บทความ บทความที่เข้าเกณฑ์และตรงกับหัวข้อที่สนใจศึกษา พบบทความใน MEDLINE 127 รายการ EMBASE จำนวน 7 รายการ และจากฐานข้อมูล Google 62 รายการ

การศึกษานี้ได้ใช้บทความทั้งหมดจำนวน 52 รายการอ้างอิง เพื่อค้นหาตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและบริการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่ความครอบคลุมของบริการสุขภาพยังต่ำอยู่
2. ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลสูงขึ้นกว่าปีงบประมาณก่อน โดยมีความแตกต่างทั้งการใช้บริการในแต่ละช่วงอายุ และการใช้บริการตามประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพและพื้นที่
3. ผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิในผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้น ผู้สูงอายุมีความต้องการระบบบริการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะยาวมากขึ้น
4. ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้น
5. การพัฒนาแบบจำลองการคลังสุขภาพแบบ Actuarial model ที่จะใช้ระยะต่อไป จำเป็นต้องนำปัจจัยเรื่องจำนวนผู้เสียชีวิตและค่าใช้จ่ายก่อนเสียชีวิตเข้ามาในแบบจำลอง เพื่อให้การคาดการณ์ใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดและให้ความสำคัญกับการเน้นระบบบริการปฐมภูมิ โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยง และโรคเรื้อรัง รวมทั้งการมีแผนการดูแลเฉพาะตัว โดยมีบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
2. เร่งรัดการจัดระบบบริการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ภายหลังการรักษาการป่วยเฉียบพลันในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก การดูแลที่บ้าน จนถึงการดูแลในชุมชน ซึ่งจะมีผลไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพ แต่ยังมีผลในการลดวันนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
3. เร่งหาข้อสรุปแนวทางการจัดระบบการดูแลระยะยาว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ

การศึกษาศตวรรษิกชนคนร้อยปีในประเทศไทย

ปราโมทย์ ประสาทกุล รศรินทร์ เกรย์ ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ จรัมพร โห้ลำยอง ศุทธิดา ชวนวัน กาญจนา เทียนลาย ฤทธิชัย สุทธิเสริม และ สิรินทร์ญา ไข่เขียว
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ปีที่ทำการวิจัย: 2559

ได้รับทุนสนับสนุนโดย
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ (ขนาด โครงสร้างอายุและเพศ แนวโน้มการเพิ่ม) รวมทั้งสุขภาพอนามัยของประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุวัยปลาย) และศตวรรษิกชนคนร้อยปี

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในการวิจัยเชิงปริมาณจะศึกษาประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากสำมะโนประชากร การสำรวจระดับชาติรวมทั้งตารางชีพตัวแบบหลายชุด เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงขนาด โครงสร้างเพศและอายุ แบบแผนการตาย ความน่าจะเป็นของการรอดชีพ และสุขภาพอนามัย ในการศึกษาลักษณะประชากรศาสตร์ของคนร้อยปี ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้ทำการสำรวจโดยโทรศัพท์ติดต่อสอบถามผู้รู้ในพื้นที่ตัวอย่างด้วยการสุ่มเลือก 7 จังหวัดในแต่ละภาค เพื่อตรวจสอบว่าคนร้อยปีตามหลักฐานที่ปรากฏในทะเบียนราษฎรยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ สัดส่วนคนร้อยปีที่ยังมีชีวิตอยู่ต่อคนร้อยปีตามทะเบียนราษฎรได้ถูกนำมาใช้ในการคาดประมาณจำนวนศตวรรษิกชนคนร้อยปีในจังหวัดต่างๆ โครงการฯ ได้ดำเนินการวิจัยภาคสนามในพื้นที่ตัวอย่าง 4 จังหวัดในแต่ละภาค เพื่อประเมินว่าคนร้อยปีตามทะเบียนที่ยังมีชีวิตอยู่เชื่อได้ว่ามีอายุถึง 100 ปีจริงหรือไม่ รวมทั้งสถานะสุขภาพของศตวรรษิกชนคนร้อยปี

ผลการศึกษา

แม้ว่าผู้สูงอายุไทยจะมีความยืนยาวของชีวิตเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้สูงอายุกลับต้องมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีภาวะทุพพลภาพ คณะผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุชายวัยปลายจะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีและปลอดทุพพลภาพเป็นเวลาเฉลี่ยราวร้อยละ 23 และร้อยละ 91 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับช่วงเวลาที่สามารถอยู่ต่อไปได้ทั้งหมด ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงวัยปลายจะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีและปลอดทุพพลภาพเป็นเวลาเฉลี่ยราวร้อยละ 20 และร้อยละ 85 ตามลำดับ เท่านั้น

ในการศึกษาประชากรศาสตร์ของศตวรรษิกชนคนร้อยปี เมื่อนำ “สัดส่วนคนร้อยปีตามทะเบียนที่ยังมีชีวิตอยู่ต่อจำนวนคนร้อยปีตามทะเบียนทั้งหมด” ในพื้นที่ตัวอย่าง มาประมาณจำนวนคนร้อยปีตามทะเบียนที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมดพบว่ามีคนร้อยปีที่เชื่อได้ว่ายังมีชีวิตอยู่จำนวน 2,796 คน เป็นชาย 726 คน และหญิง 2,070 คน สัดส่วนคนร้อยปีตามทะเบียนที่ยังมีชีวิตอยู่และเชื่อได้ว่ามีอายุถึง 100 ปีจริงได้นำไปใช้ในการคาดประมาณจำนวนคนร้อยปีของจังหวัดต่างๆ ทำให้คาดประมาณได้ว่า จำนวนศตวรรษิกชนคนร้อยปีในปี 2558 ที่คาดประมาณได้รวมทั้งประเทศ 1,026 คน เป็นชาย 209 คน และหญิง 817 คน อัตราส่วนเพศเท่ากับคนร้อยปีชาย 26 คนต่อคนร้อยปีหญิง 100 คน ในการประเมินสถานะสุขภาพของคนร้อยปี พบว่าคนร้อยปีที่มีสุขภาพดีมีเพียงร้อยละ 47 เท่านั้น คนร้อยปีที่มีความจำดีมาก สามารถสื่อสารกันได้ดี มีร้อยละ 34 เท่านั้น และคนร้อยปีที่อยู่ในสภาพหลงลืมจำอะไรไม่ได้เลยมีอยู่มากถึงร้อยละ 14 สำหรับคนร้อยปีที่ยังลุกยืนได้เองมีเพียงร้อยละ 32 คนร้อยปีส่วนใหญ่ที่ยังมีสายตาดีร้อยละ 27 คนร้อยปีที่ยังสามารถได้ยินได้ดี ร้อยละ 33 คนร้อยปีที่คณะผู้วิจัยได้พบมีมากถึงร้อยละ 79 ที่ยังสามารถกินอาหารได้เอง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาโครงการนี้ได้เสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพของข้อมูลคนร้อยปีจากทะเบียนราษฎร และชี้ให้เห็นความจำเป็นของการมีมาตรการที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ เพื่อเพิ่มจำนวนปีที่ปลอดทุพพลภาพและลดช่วงเวลาของการอยู่ในภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุวัยปลาย รวมทั้งควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนร้อยปีในประเทศไทย

การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และ ฐาศุกร์ จันประเสริฐ
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ทำการวิจัย: 2555

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
งบประมาณแผ่นดิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวบรวมและประมวลผลงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อรวบรวมและสรุปแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงเหตุ ด้านจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณด้วยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ บทความวิจัย วิทยานิพนธ์และภาคนิพนธ์จากสถาบันอุดมศึกษา ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เป็นงานวิจัยที่มีประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้วระหว่างปี 2543-2553 ที่สามารถสืบค้นและดาวน์โหลดเอกสารฉบับสมบูรณ์ได้จากฐานข้อมูลออนไลน์ของโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา มีรายงานวิจัยที่สอดคล้องตามเกณฑ์จำนวน 72 เรื่อง

ผลการศึกษา

ส่วนใหญ่ของงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 72 เรื่องจะใช้ทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ WHO งานวิจัยส่วนใหญ่ให้นิยามคุณภาพชีวิตมากกว่า 1 ความหมาย ส่วนใหญ่นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคล และเป็นสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม งานวิจัยเกือบทั้งหมดแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นรายด้าน เกือบครึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาพทางสังคม ด้านสุขภาวะทางจิตใจ และด้านสภาพทางเศรษฐกิจ

งานวิจัยจำนวน 43 เรื่อง จาก 72 เรื่อง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) ทั้งชุดมาใช้

งานวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โปรแกรมการแนะแนวกลุ่ม ความเชื่อในความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายได้ และความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

เชิงวิชาการ

1. ผู้ที่สนใจศึกษาในประเด็นคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรเปลี่ยนทิศทางของการทำวิจัยให้มีลักษณะในเชิงประยุกต์
2. ควรออกแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีแบบแผนการทดลองจริง
3. นักวิจัยควรทบทวนการสร้างตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากแนวคิดทฤษฎีที่บูรณาการองค์ความรู้จากสหสาขาวิชาทั้งจิตวิทยาและสังคมศาสตร์
4. ควรมีการสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย
5. ควรพัฒนาและสร้างเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

เชิงนโยบาย

1. องค์กรเครือข่ายภาครัฐและเอกชนด้านผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมที่มีลักษณะการแนะแนวกลุ่มโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมี บทบาทส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการ ดำรงชีวิตเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ครอบครัวควรให้การช่วยเหลือเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขกาย และใจที่ได้เป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ในการดำรงชีวิตอยู่กับผู้อื่นในสังคม
4. หน่วยงานหรือองค์กร ภาครัฐและเอกชนควรพิจารณาการขยายอายุการทำงานของผู้ที่ใกล้เกษียณอายุ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความสามารถและต้องการทำงานยังคงทำงานต่อไป
5. ผู้สูงอายุต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการพัฒนาจิตลักษณะที่เป็นองค์ประกอบของความสามารถในการเผชิญปัญหา

ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีที่ทำการวิจัย: 2559

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและสังเคราะห์ความหมาย ขอบเขต รูปแบบการดูแลทางสังคม และกลไกการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของต่างประเทศ
2. เพื่อนำเสนอแนวทางการบูรณาการระบบการดูแลทางสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสังคมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น

ผลการศึกษา

1. ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้ 3 ระดับ คือ บริการระดับครอบครัว ชุมชน และสถาบัน ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลทางสังคมจำนวนมาก แต่ระบบการจัดบริการเป็นแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่มีความจำเป็น และต้องผ่านกระบวนการประเมินตามเกณฑ์ที่รัฐกำหนด สำหรับการประเมินจะใช้แบบประเมิน ADLs และ IADL ในเรื่องกลไกการดูแลทางสังคม รัฐบาลหรือหน่วยงานส่วนกลางจะกำหนดรูปแบบการดูแลทางสังคม กำหนดอัตราค่าบริการ โดยแหล่งงบประมาณมาจาก 3 แหล่ง คือ ภาษีทั่วไป การสมทบของหน่วยงานท้องถิ่น และการสมทบจากผู้ใช้บริการ ในส่วนปัญหาอุปสรรคในการดูแลทางสังคม คือ ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ปัญหาการจัดบริการที่ไม่เป็นธรรม และหน่วยงานที่รับผิดชอบไม่มีภารกิจที่ชัดเจน

2. บทเรียนจากประสบการณ์ดูแลทางสังคมในต่างประเทศ ทำให้เห็นว่า ภายใต้ระบบการจัดบริการมีกฎหมายหรือนโยบายเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน เช่น กฎหมายผู้สูงอายุแห่งชาติ กฎหมายส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กฎหมายว่าด้วยบำนาญ ฯลฯ กลุ่มประเทศที่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับบริการการดูแลทางสังคมรวมอยู่ในบริการขั้นพื้นฐาน มักจะใช้ระบบการประกันการดูแลระยะยาว เนื่องจากจะครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพและสังคม แต่กลุ่มประเทศที่ให้สิทธิสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง มักจะมีรากฐานการพิจารณาว่าควรใช้ระบบภาษีของประชาชนเพื่อนำมาเป็นงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังมีความพยายามกระจายความรับผิดชอบออกเป็น 3 ส่วนหลักๆ คือ การร่วมรับผิดชอบระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และการสมทบของภาคประชาชน

3. การติดตามบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การบูรณาการเชิงนโยบาย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นไปตามกลไกทางกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2553 แต่ยังไม่อาจบูรณาการเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม 2) การบูรณาการระบบบริหารจัดการทั้งในเชิงจัดการงบประมาณ บุคลากร และบริการการดูแล เป็นการประสานการดูแลจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่นได้ดีพอสมควร และ 3) การกำหนดรูปแบบบริการ มีกระบวนการตรวจสอบสิทธิ การพิจารณาชุดกิจกรรมการดูแลและการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ

1. การสะท้อนความสำคัญของการดูแลทางสังคมในฐานะที่เท่าเทียมกับระบบการดูแลสุขภาพ
2. การค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
3. การวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ
4. การสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับชุมชนให้ทันสมัย และมีมาตรฐาน
5. การจัดตั้งกองทุนการดูแลทางสังคม และปรับปรุงกองทุนผู้สูงอายุ การบูรณาการกองทุนสุขภาพและการดูแลทางสังคม

รายชื่อคณะทำงานจัดทำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙

รายชื่อคณะทำงานจัดทำ
รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559

นพ.บรรลุ ศิริพานิช	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
ศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	กรมกิจการผู้สูงอายุ
นางจิรวรรณ มาท้วม	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
นางสาวกรรณิการ์ เสนา	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	กรรมการบริหาร มส.ผส.
นางอุบล หลิมสกุล	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
นางธิดา ศรีไพรพรรณ์	สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ
ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
ศ.นพ.วิชัย เอกพลากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
นางสุกัญญา ไพศาลธรรม	กระทรวงแรงงาน
ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต	สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
อธิบดีกรมส่งเสริมวัฒนธรรม	กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม

อธิบดีกรมโยธาธิการและผังเมือง	กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย
ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม	สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม (สพส.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล	สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข
อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
อธิบดีกรมการขนส่งทางบก	กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม
ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นางสาวทิพย์สุคนธ์ เนื้อทอง	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
นางสาวบงกช จูฑะเตมีย์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
นางสาวศิริรุ่ง ศรีสิทธิพิศาลภพ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
นางสาวภัสษร แพรกเชิญ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
ศ.เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.จงจิตต์ ฤทธิรงค์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ศุทธิดา ชวนวัน	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวสุภรต์ จรัสสิทธิ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวกาญจนา เทียนลาย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙

ISBN	978-616-443-064-8
ที่ปรึกษา	นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ นายสมคิด สมศรี
บรรณาธิการ	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุทธิดา ชวนวัน
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงจิตต์ ฤทธิรงค์
	นางสาวสุภรต์ จรัสสิทธิ์
	นางสาวกาญจนา เทียนลาย
	นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์
	นางจิรวรรณ มาท้วม
	นางสาวกรรณิการ์ เสนา
พิมพ์ครั้งแรก	พฤศจิกายน 2560
จำนวนพิมพ์	2,000 เล่ม
สนับสนุนโดย	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
	กองทุนผู้สูงอายุ
ดำเนินการโดย	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
จัดพิมพ์โดย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
ปก/รูปเล่ม	นางสาวพอตา บุนยตีรณะ
พิมพ์ที่	บริษัท พริ้นเทอรี่ จำกัด 999 อาคารศูนย์การเรียนรู้ ชั้น 2 มหาวิทยาลัยมหิดล
	ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
	โทรศัพท์ 0-2441-0445 โทรสาร 0-2441-0446

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 02-511-5855 โทรสาร 02-939-2122 เว็บไซต์ www.thaitgri.org

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 02-441-0201-4 โทรสาร 02-441-9333 เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th