นโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ภายใต้ทัศนะบูรณาการศาสตร์

โดย

ลักษณาวดี คชฤทธิ์

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคม ธุรกิจและการเมือง

วิทยาลัยนวัตกรรมสังคม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2566

POLICIES AND APPROACHES IN WELFARE SERVICE PROVISION FOR ELDERLY WOMEN LIVING ALONE BASED ON INTEGRAL PERSPECTIVE

BY

LAKSANAWADEE KOCHARIT

A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY IN LEADERSHIP

IN SOCIETY, BUSINESS AND POLITICS

COLLEGE OF SOCIAL INNOVATION

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2023

ดุษฎีนิพนธ์เรื่อง

นโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ภายใต้ทัศนะบูรณาการศาสตร์

โดย

ลักษณาวดี คชฤทธิ์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคม ธุรกิจและการเมือง

มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2566

----------	----------
ดร.นพ.มโน เมตตานันโท เลาหวณิช ประธานกรรมการสอบ	ผศ.ดร.บังอร พลเตชา กรรมการ
----------	----------
ผศ.ดร.ฉัตรวรัญช์ องคสิงห กรรมการ	ผศ.ดร.บูชิตา สังข์แก้ว กรรมการ

	ผศ.ดร.ฐิติพร ศิริพันธ์ พันธเสน กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร.วรรณี ศุขสาตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
19 กันยายน 2566

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Dissertation entitled

POLICIES AND APPROACHES IN WELFARE SERVICE PROVISION FOR ELDERLY WOMEN LIVING ALONE BASED ON INTEGRAL PERSPECTIVE

by

LAKSANAWADEE KOCHARIT

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Doctor of Philosophy in Leadership in Society, Business and Politics

Rangsit University
Academic Year 2023

Dr. Mano Mettanando Laohavanich, M.D. Examination Committee Chairperson	Asst. Prof. Bungon Poltechar, Ph.D. Member
Asst. Prof. Chatwarun Angkasignha, Ed.D. Member	Asst. Prof. Buchita Sungkeaw, Ph.D. Member
	Asst.Prof. Titiporn Siriphant Puntasen, Ph.D. Member and Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plt.Off. Vannee Sooksatra, D.Eng.)
Dean of Graduate School
September 19, 2023

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีเนื่องมาจากได้รับความเมตตาและความเสียสละมุ่งมั่นตั้งใจจาก ผศ.ดร.ฐิติพร ศิริพันธ์ พันธเสน อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ ที่ให้ความเอาใจใส่สนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจอยู่เคียงข้างกันมาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

กราบขอบพระคุณ คุณพ่ออุดมสิน คชฤทธิ์ ที่เสียสละทุ่มเททุกอย่างเพื่อให้ลูก ๆ ได้รับโอกาสในการศึกษาขั้นสูงสุด และคุณแม่สิริรัตน์ คชฤทธิ์ ที่คอยส่งกำลังใจและให้ความช่วยเหลือประสานกับหน่วยงานภาครัฐเมื่อผู้วิจัยต้องลงพื้นที่ภาคสนามตามจังหวัดต่าง ๆ

ขอขอบคุณ กัลยาณมิตรทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจคอยอยู่เคียงข้างกัน รับฟังปัญหาต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยท้อแท้ระหว่างการวิจัยนี้

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน โดยเฉพาะกลุ่มสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในชุมชน ผู้วิจัยสัมผัสถึงแววตาที่เปี่ยมไปด้วยความหวัง...พวกเขาหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในวัยชราไปจนตราบลมหายใจสุดท้ายของพวกเขาเหล่านั้น เมื่อจากงานวิจัยชิ้นนี้เสร็จสิ้น

ขอบคุณตัวผู้วิจัยเอง ที่ไม่ว่าจะถอดใจไปหลายล้านครั้ง ผิดหวัง สิ้นหวัง จนท้อใจล้มเลิกแค่ไหนก็ยังกลับมาลุกขึ้นสู้และเดินหน้าต่อได้เสมอ

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้จะมีส่วนให้ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ได้ตระหนักถึง ความสำคัญของสตรีสูงอายุที่คนเดียวลำพัง รวมถึงการให้บริการสวัสดิการสังคมให้แก่สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในชุมชน เพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุในอนาคตและเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการณ์

ลักษณาวดี คชฤทธิ์
ผู้วิจัย

6205768 : ลักษณาวดี คชฤทธิ์

ชื่อดุษฎีนิพนธ์ : นโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวภายใต้ทัศนะบูรณาการศาสตร์

หลักสูตร : ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคม ธุรกิจ และการเมือง

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.ฐิติพร ศิริพันธ์ พันธเสน

บทคัดย่อ

ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์หลักคือ 1) เพื่อศึกษานโยบาย มาตรการ และรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุสตรีที่อยู่คนเดียวของรัฐที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ 2) เพื่อศึกษาบทบาทและการดำเนินงานของภาครัฐและภาคีเครือข่ายต่อการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว 3) เพื่อศึกษารูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นสตรีที่อยู่คนเดียวในระดับชุมชน โดยใช้แนวคิดการพัฒนามนุษย์แบบบูรณาการ ผู้วิจัยใช้วิธีวิทยาการวิธีวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่ภาครัฐในระดับภูมิภาค 2) กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสตรีสูงอายุที่ใช้ชีวิตเพียงลำพังในชุมชน 3) กลุ่มสตรีสูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวในชุมชน มีสถานะโสดหรือหย่าร้าง หม้าย และไม่มีบุตรหลานดูแล ขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามครอบคลุม 5 จังหวัดที่มีจำนวนสตรีสูงอายุมากที่สุดในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบสวัสดิการสังคมภายใต้แผนพัฒนาผู้สูงอายุด้านผู้สูงอายุครอบคลุมในการดูแลผู้สูงทุกมิติอย่างเสมอภาค แต่ไม่สอดคล้องกับสถาการณ์สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวยากจนและยังต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ในขณะมาตรการการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐเน้นหนักเรื่องการบริบาลผู้สูงอายุติดเตียงและให้ความสำคัญทั้งผู้สูงอายุที่เป็นหญิงและชายอย่างเสมอภาค มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุรายได้น้อยยังไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ด้านการจัดบริการสวัสดิการสังคมในระดับชุมชนพบว่ามีการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัย การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยการเสริมสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิต และมีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการปลูกจิตสำนึกของคนในชุมชนให้ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วยทุนทางวัฒนธรรม แต่ยังไม่ครอบคลุมเรื่องเจตจำนงเสรีของชีวิตด้านการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีในวาระสุดท้ายของชีวิต

(ดุษฎีนิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 163 หน้า)

คำสำคัญ: สตรีสูงอายุ, สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว, การพัฒนาสตรีสูงอายุแบบบูรณาการ

ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

6205768 : Laksanawadee Kocharit

Dissertation Title : Policies and Approaches in Welfare Service Provision for Elderly Women Living Alone Based on Integral Perspective

Program : Doctor of Philosophy in Leadership in Society, Business and Politics

Dissertation Advisor : Asst.Prof. Titiporn Siriphant Puntasen, Ph.D.

Abstract

The main objectives of this dissertation 1) were to examine the policies, measures, and approaches in the provision of welfare services for elderly women living alone, 2) to study roles and operations of public sector in planning life quality of elderly women living alone, 3) to study the models of welfare service provision for elderly women living alone at the community level using the framework of integrated human development. The research employed qualitative methodology, collecting data through in-depth interviews and focus group. Purposive sampling of key informants was used in the selection of three groups of research participants which consisted of 1) Civil servants at the regional level, 2) Community leaders, village public health volunteers responsible for taking care of elderly women living alone in the community, 3) Elderly women who live alone and are single or divorced or widowed, and those who has no children to care for. The scope of field study included five provinces with the highest number of elderly women in each region of Thailand. Research findings indicated that while policies and approaches under the National Plans for Older Persons cover elderly care in all dimensions; certain measures remain incongruent with the needs of elderly women who live alone and often in poverty. Many still struggle to provide for themselves. State welfare provision is currently focusing on caring for the bedridden elderlies based on service equity. Income transfer for low- income older persons is insufficient due to the rising cost of living. In terms of community welfare service, the findings showed that there are plans and preparation for living in the aging society. Communities are active in developing their potentials in caring for their elderlies based on integral perspective by enhancing lifelong learning and applying appropriate technology in elderly caretaking. Most notably, there are efforts by communities under the study to raise awareness on the value and dignity of the elderly using the concept of cultural capital. Findings, however, do not indicate the issue of self-determination in ending lives with dignity at the final stage of life.

(Total 163 pages)

Keywords: Elderly Women, Elderly Women Living Alone, Integrated Development of Elderly Women

Student's Signature …..... Dissertation Advisor's Signature .....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ช**
สารบัญรูป		**ซ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
	1.3 คำถามการวิจัย	4
	1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
	1.5 นิยามศัพท์	5
	1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง**	**7**
	2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร	7
	2.2 แนวคิดนโยบายและแผนในการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่สตรีสูงอายุ ของภาครัฐ	29
	2.3 แนวคิดสตรีนิยมกับการพัฒนาสตรีสูงอายุ	64
	2.4 ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	78
	2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	86
บทที่ 3	**วิธีวิทยาการวิจัย**	**94**
	3.1 การออกแบบงานวิจัย	95
	3.2 การวิจัยภาคสนาม	97
	3.3 เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล	98

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	99
	3.5 จริยธรรมการวิจัยในคน	99
บทที่ 4	**นโยบาย มาตรการและรปแบบการจดบริการ สวัสดิการสังคม สำหรับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย**	**102**
	4.1 พัฒนาการของนโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	102
	4.2 รูปแบบสวัสดิการสังคมของสตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจากทัศนะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัตงานสวัสดิการสงคม และภาคีเครือข่าย	118
บทที่ 5	**พลังชุมชนในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย**	**129**
	5.1 ศักยภาพชุมชนกับการเตรยมความพร้อมการอยู่ในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์	129
	5.2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในชุมชน	140
บทที่ 6	**บทสรุปเรื่องการพัฒนาสตรีสูงอายุแบบบูรณาการ**	**143**
	6.1 สรุปสถานการณ์สตรีสูงอายุในสังคมไทย	143
	6.2 บทสรุปนโยบายสวัสดิการภายใต้แผนงานการดูแลผู้สูงแห่งชาติ จากนโยบายสู่ภาคปฏิบัติในระดับจังหวัด	144
	6.3 บทสรุปรูปแบบสวัสดิการสังคมของสตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว	144
	6.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย	145
บรรณานุกรม		**153**
ภาคผนวก	เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน	**161**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	163

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	จำนวนและอัตราของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554 และ 2557	11
2.2	จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคกลาง	11
2.3	จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12
2.4	จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคเหนือ	13
2.5	จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคใต้	14
2.6	แสดงจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออก	15
2.7	แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจำแนกตามเพศ และภูมิภาค	16
2.8	แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตตามลำพังในประเทศไทย พ.ศ. 2558	17
2.9	สถานภาพโสดของประชากรผู้หญิงอายุ 20 ปี ขึ้นไป	18
2.10	ร้อยละของรูปแบบการอยู่อาศัยของประชากรโลกในแต่ละระดับการพัฒนาและทวีป	24

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
2.1	แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร	8
2.2	ประเทศไทยและดัชนีการเจริญเติบโตของประชากรรายอายุ ปี พ.ศ. 2543 - 2573	9
2.3	พีรามิดประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503 – 2573	9
2.4	อายุเฉลี่ยการแต่งงานครั้งแรก	17
2.5	Integral Methodological Pluralism	80
2.6	กรอบแนวคิดในการวิจัย	93
5.1	ภาพกิจกรรมอบรมให้ความรู้สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ จ.นครศรีธรรมราช	132
5.2	แอพพลิเคชั่นในโทรศัพท์มือถือของอสม.เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกรณีฉุกเฉิน	135
5.3	การให้ความช่วยเหลือสตรีสูงอายุที่อยู่ลำพังในชุมชนโนนหมัน จ.นครราชสีมา ในด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับความต้องการในวัยสูงอายุ	141

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ค.ศ. 2020 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,795 ล้านคนและมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,050 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าโลกเรานั้นได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาหลายปีแล้วตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ และในขณะเดียวกันสมาชิกอาเซียนทั้ง 6 ประเทศก็เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ ประเทศคือสิงคโปร์ (21%)ไทย (18%) เวียดนาม (12%) และมาเลเซีย (11%) อินโดนีเซีย (10%) และเมียนมา (10%) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564, น.5)

ประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรมาตั้งแต่ พ.ศ.2548 และความเป็นสังคมผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยอัตราการเกิดที่น้อยลงและการที่ประชากรมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น จากรายงานสถาการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติ) 66.5 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ18 ของประชากรทั้งหมดประเด็นที่สำคัญคือประชากรไทยกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ในปี 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และอีก 20 ปีข้างหน้าสัดส่วนประชากรสูงอายุจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจะลดลงจาก 12 ล้านคนเหลือ 9 ล้านคนคนในวัยแรงงานอายุ 15-59 ปีจะลดลงจาก 44 ล้านคนเหลือ 37 ล้านคนแต่ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวจาก 11 ล้านคนเป็น20 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564, น.7)

อัตราผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสาเหตุหลักคือ จำนวนเด็กเกิดในประเทศไทยลดลงอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิตของสังคมไทยเปลี่ยนไป โดยเฉพาะผู้หญิงไทยในยุคปัจจุบันแต่งงาน

น้อยลง คู่สมรสมีความต้องการมีลูกน้อยลง อีกทั้งคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นมากเมื่อเทียบกับ 40-50 ปีก่อน อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยยืนยาวไม่ถึง 60 ปี ในขณะที่ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นถึง 77 ปี และจะยืนยาวขึ้นถึง 80 ปี ในอีก 20 ปีข้างหน้า ดังนั้นในระยะเวลาต่อจากนี้ประชากรรุ่นเกิดระหว่างปี 2506-2526 จะเป็นกลุ่มประชากรที่เคลื่อนตัวไปสู่สังคมสูงอายุมากถึง 20 ล้านคนในปีพ.ศ. 2581 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561, น.3)

จากรายงานข้อมูลสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย ฉบับ ปี 2563 ประเทศไทยมีสถานะเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) เป็นจำนวนร้อยละ 10.9 หรือ 7.2 ล้านคน ของประชากรทั้งหมด โดยมีอัตราส่วนเพศชาย 82 คนต่อเพศหญิง100คน ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-89 ปี) มีจำนวนร้อยละ 5.1 หรือ 3.4ล้านคน ของประชากรทั้งหมด โดยมีอัตราส่วนเพศชาย 67 คนต่อเพศหญิง100คน และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 2.1 หรือ 1.4ล้านคน ของประชากรทั้งหมด โดยมีอัตราส่วนเพศชาย 48 คนต่อเพศหญิง100คน แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงมีอายุยืนยาวมากกว่าผู้ชาย และแนวโน้มในอนาคตประชากรที่เป็นผู้หญิงในสังคมสูงอายุมีสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรที่เป็นผู้ชาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564, น.51)

(1) ความไม่สมดุลของโครงสร้างประชากร

ผลจากงานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง ความไม่สมดุลของประชากรชายและหญิง ในประชากรไทย พบว่า สัดส่วนประชากรชายน้อยกว่าหญิง เนื่องจากเมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ อัตราการการตายของผู้ชายมีมากกว่าผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ ประกอบกับการที่ผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายต่อเนื่อง ทำให้สภาพการณ์ความไม่สมดุลระหว่างประชากรชายและมีคงอยู่มาเป็นเวลานาน เนื่องจากบริบทในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงได้รับโอกาสในการศึกษา มีบทบาทในสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้หญิงมีสิทธิเสรีในการเลือกใช้ชีวิตมากขึ้นด้วย อาจทำให้การใช้เวลาในการตัดสินใจแต่งงานช้าลง อีกทั้งสังคมไทยในปัจจุบันเปิดกว้างเรื่องความหลากหลายทางเพศมากขึ้น เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โอกาสในการแต่งงานระหว่างชายกับหญิงลดน้อยลงเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มว่าผู้หญิงนิยมอยู่เป็นโสดแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่วนผู้หญิงที่แต่งงานมีคู่สมรสกลับมีความต้องการมีบุตรลดน้อยลง เมื่อสังคมไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในสัดส่วน 12ล้านคน ของจำนวนประชากร 66.5 ล้านคน และมีแนวโน้มว่าในปี 2583 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 20.5ล้านคน ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ 65.4 ล้านคน ดังนั้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขต่อการดำเนินชีวิตอย่างสมดุล มีสุขภาวะ มีความสุข ด้านการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต

สถานะทางเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตรวมถึงการเตรียมความพร้อม จึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่คนเดียวท่ามกลางสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society)ในประเทศไทย (ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์, 2551, น.4-16)

(2) สังคมไทยประสบปัญหาเรื่องผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว

เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่คนเดียว จากการศึกษารายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561, น.26) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวคนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 10.8 ในปี 2560 โดยสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุร้อยละ 32.4เป็นหม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ และอีกร้อยละ 4.7 เป็นโสด พร้อมกันนี้ยังพบข้อมูลสนับสนุนจากการประชุม เรื่อง “ประชากรและสังคมไทย” ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ที่กล่าวถึงประชากรที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2506 – 2526 หรือที่เรียกประชากรที่เกิดในช่วงนี้ว่า “ประชากรรุ่นเกิด (เกิน) ล้าน” ในอีก 20 ปี ข้างหน้าจะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจำนวนมากและจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากอยู่เป็นโสดจึงไม่มีลูกหลานดูแลจำนวนมากเช่นกัน อีกทั้งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลได้ระบุว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตเพียงลำพังในประเทศไทยข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 รวม 47,295 ราย เป็นชาย 19,730ราย หญิง 27,565 ราย และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากร (สราวุฒิ ไพฑูรย์พงษ์, 2560)

การที่ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพทางกาย ได้แก่ ความเสื่อมลงของร่างกาย และปัญหาด้านสุขภาวะทางจิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเหงา ไร้ที่พึ่งพิง โรคซึมเศร้า นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย ดังปรากฏในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ.2560 แสดงให้เห็นถึงอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุช่วงปี พ.ศ. 2540-2559 พบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ควรให้ความสนใจ กล่าวคือ อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุวัย 60-69 ปี และ 70-79 ปีมีมากถึงเกือบ 1 ล้านราย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,2561 น.49) และเนื่องจากสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า 1 โรค รวมไปถึงยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการเสื่อมของร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563) อีกทั้งปัญหาด้านสภาวะกาย

หากผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยทางกายกระทันหัน โดยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่มีใครพบเห็นเพื่อทำการช่วยเหลืออันเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีให้โอกาสเสียชีวิตตามลำพังได้

(3) จากปรากฏการณ์สู่งานวิจัย

การที่สังคมไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ได้มีปรากฏการณ์ผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชายและอาจต้องใช้ชีวิตอยู่ลำพัง เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะค้นหาและทำความเข้าใจว่า ในอนาคตผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตให้มีคุณภาพและมีศักดิ์ศรีได้อย่างไร ภาครัฐมีนโยบายหรือมาตรการใดรองรับกับการเพิ่มขึ้นของสตรีสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่ เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยเฉพาะกลุ่มสตรีสูงอายุที่มีความเปราะบางทางสังคม ท่ามกลางสังคมไทยที่กำลังจะเป็นสังคมสูงอายุในระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในอนาคตอันใกล้นี้

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษานโยบาย มาตรการ และรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุสตรีที่อยู่คนเดียวของรัฐ

1.2.2 เพื่อศึกษาบทบาทและการดำเนินงานของภาครัฐ ภาคเอกชนหรือองค์กรภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายต่อการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะการณ์ของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

1.2.3 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นสตรีที่อยู่คนเดียวในระดับชุมชน

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 นโยบาย มาตรการ และรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวของภาครัฐเป็นเช่นใดและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวได้อย่างไร

1.3.2 การจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในระดับชุมชนเป็นเช่นใด

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ในการดำเนินงานวิจัยแนวทางการดูแลสตรีสูงอายุในสังคมไทย ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาจากแผน นโยบายภาครัฐเรื่อง สวัสดิการผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.4.2 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ภาครัฐผู้ปฏิบัติงานในองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคีเครือข่ายรวมทั้งสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว โดยจะทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จาก 5 ภูมิภาคในประเทศไทย

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลาการเก็บข้อมูล คือ เดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2565

1.4.4 ขอบเขตด้านสถานที่ ได้แก่ 5 ภูมิภาคในประเทศไทย ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคใต้

1.5 นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุหมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว หมายถึง ครัวเรือนที่มีผู้หญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังเท่านั้น ไม่ว่าจะเนื่องด้วยจากการเป็นหม้าย ถูกหลานไม่สามารถดูแลได้ หรือการมีสถานะโสด

การพัฒนาผู้สูงอายุแบบบูรณาการ หมายถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่กรมกิจการผู้สูงอายุพัฒนาขึ้น มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ

ชุมชนต้นแบบ หมายถึง ชุมชนที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ภายในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ที่สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้หรือเป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีแก่ชุมชนอื่น

ชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุ หมายถึง ชุมชนที่มีศักยภาพในการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถนำกระบวนการพัฒนาการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุมาจัดเป็นแหล่งเรียนรู้ หรือเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชนอื่นได้ครบถ้วนทุกมิติแบบบูรณาการ

สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ10 ของประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

สังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ (Complete Aged Society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ20 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เพื่อนำองค์ความรู้ใหม่เรื่องแนวทางการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวไปเป็นข้อเสนอเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายด้านสวัสดิการสังคม เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุแบบบูรณาการต่อไป

บทที่ 2

ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “นโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวภายใต้ทัศนะบูรณาการศาสตร์” มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) ศึกษานโยบาย มาตรการ และรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุสตรีที่อยู่คนเดียวของรัฐ 2) ศึกษาบทบาทและการดำเนินงานของภาครัฐภาคเอกชนหรือองค์กรภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายต่อการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะการณ์ของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว และ 3) ศึกษารูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นสตรีที่อยู่คนเดียวในระดับชุมชน ดังนั้น เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าข้อมูลทั้งเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ ซึ่งสามารถนำเสนอโดยสังเขปได้ ดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

2.2 แนวคิดทฤษฎีนโยบายและแผนในการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่สตรีสูงอายุ

2.3 แนวคิดสตรีนิยมกับการพัฒนาสตรีสูงอายุ

2.4 แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

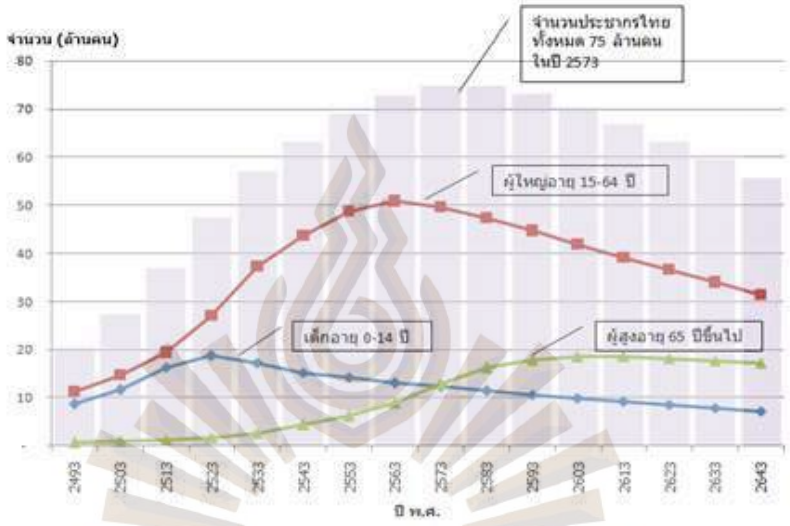
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีอีกหนึ่งปัจจัยหลักที่มีความสำคัญ นั่นก็คือ การผันแปรทางโครงสร้างประชากร ซึ่งสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันกำลังประสบกับความโน้มเอียงทางด้านประชากรศาสตร์ อันเกิดจากการอิ่มตัวของการเพิ่มขึ้นของประชากร ในอัตราที่ค่อนข้างสูง จนในช่วงเวลาหนึ่งประเทศไทยเคยเป็นประเทศที่มีการเพิ่มของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็ว จากนั้นไม่นานก็ค่อย ๆ ลดอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางประชากร (Population Change) ที่เกิดขึ้น เป็นการทำให้จำนวนประชากร โครงสร้างทางอายุ เพศ และการกระจายตัวของประชากรเปลี่ยนแปลงไปในพื้นที่และช่วงเวลาที่ศึกษา โดยมีองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ได้แก่ 1) การเกิด

หรือภาวะเจริญพันธุ์ (Births or Fertility) 2) การตาย (Death) และ3) การย้ายถิ่น (Migration) โดยในการศึกษาครั้งนี้จะให้ความสำคัญกับอัตราการเกิดหรือภาวะเจริญพันธุ์ และอัตราการตายเป็นสำคัญ เนื่องจากทั้งสองด้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงกับการเพิ่มหรือการลดลงของประชากรในประเทศไทย



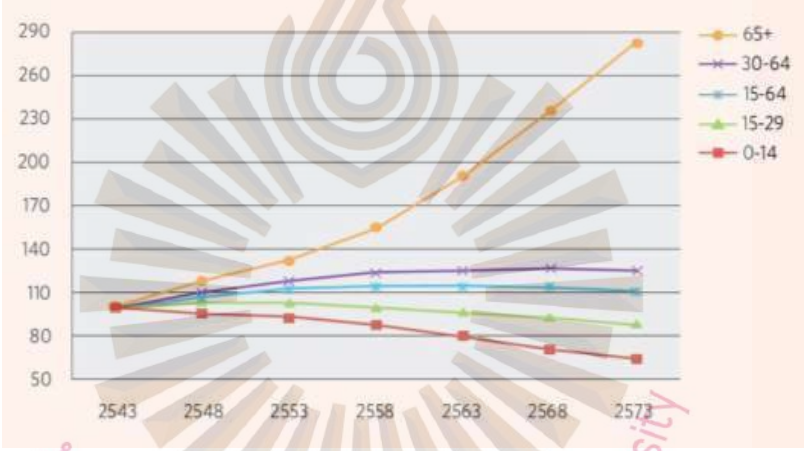
รูปที่ 2.1 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2553

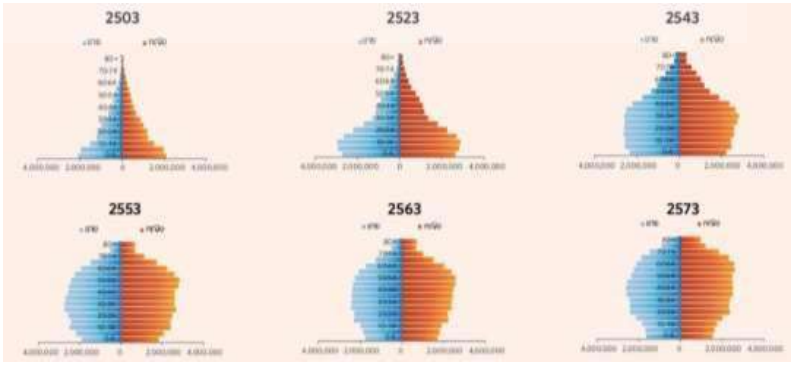
แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยการประมาณการขององค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2553 แสดงให้เห็นถึงทิศทางการเปลี่ยนแปลง ดังจะเห็นได้จากประชากรวัยเด็ก (อายุ 0 – 14 ปี) และประชากรวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15 – 64 ปี) มีการเปลี่ยนแปลงไปทิศทางตรงกันข้ามกับประชากรวัยผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปี ขึ้นไป) กล่าวคือ ประชากรวัยเด็กเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 จากประมาณ 18 ล้านคน เป็น 15 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และปี พ.ศ. 2553 เหลือเพียง 14 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2643 ประชากรวัยเด็กจะลดลดเหลือ 8 ล้านคน ส่วนประชากรวัยผู้ใหญ่นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2493 จนถึงปี พ.ศ. 2563 ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากประมาณ 10 ล้านคนเพิ่มเป็น 50 ล้านคน และจากนั้นจะเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องเป็น 30 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2643 ส่วนประชากรวัยผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 ที่มีเพียงประมาณ 1 ล้านคนเพิ่มขึ้นเป็น 18 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2643

จะเห็นได้ว่าในการประมาณการโดยองค์การสหประชาชาติได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของผลกระทบการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่กล่าวว่าประเทศไทยกาลังเข้าสู่ยุคที่อัตราการเจริญเติบโตของประชากรชะลอตัว และในที่สุดจานวนประชากรของประเทศจะลดลง สาเหตุมาจากภาวะการเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าอัตราทดแทน ซึ่งอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงส่งผลให้จำนวนเด็กเกิดใหม่ลดลงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา ดังจะเห็นได้จากรูปที่ 2.2 ประเทศไทยและดัชนีการเจริญเติบโตของประชากรรายอายุ ปี พ.ศ. 2543 – 2573 ที่แสดงให้เห็นถึงจำนวนประชากรที่อยู่ในวัย 65 ปี ขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนประชากรวัยแรงงานหรือวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 30 – 64 ปี ยังคงเติบโตต่อไปอีกระยะเวลาหนึ่ง จากนั้นจะเริ่มลดลง โดยจำนวนประชากรวัย 15 – 29 ปีและประชากรวัยเด็กที่อายุไม่เกิน 14 ปี กำลังลดตัวลดลง



รูปที่ 2.2 ประเทศไทยและดัชนีการเจริญเติบโตของประชากรรายอายุ ปี พ.ศ. 2543 – 2573
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552



รูปที่ 2.3 พีรามิดประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503 – 2573
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552

นอกจากนี้ยังเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนจากรูปที่ 2.3 พีรามิดประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503 - 2573 ที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างมากนับแต่ปี พ.ศ. 2503 ที่มีประชากรวัยเด็กจำนวนมากที่ฐานประชากรกลายเป็นโครงสร้างประชากรวัยทำงานที่เพิ่มขนาดใหญ่ขึ้นในช่วงเวลาต่อมา ต่อด้วยการมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเห็นได้อย่างชัดเจนในช่วงปี พ.ศ. 2543 – 2563 และปี พ.ศ. 2573 ไปแล้วประชากรที่มีอายุเกิน 45 ปี ขึ้นไปจะเป็นกลุ่มประชากรที่คาดว่าจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น และหลังจากปี พ.ศ. 2583 เป็นต้นไปจะเป็นการเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป

นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังมีตัวบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแล้ว นั่นคือ “ดัชนีการสูงวัย” (Aging Index) ซึ่งแสดงถึงการเปรียบเทียบโครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) กับกลุ่มประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำ กว่า 15 ปี) โดยดัชนีการสูงวัยมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุมีน้อยกว่าจำนวนเด็ก แต่ในทางตรงข้ามถ้าดัชนีมีค่าเกินกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก ปัจจุบันประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นจึงมีการใช้ดัชนีการสูงวัยจำแนกสังคม (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2556) ดังนี้

1) สังคมเยาว์วัย (Young Society) หมายถึง ค่าดัชนีต่ำกว่า 50

2) สังคมสูงวัย (Aged Society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 50 – 119.9

3) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 120 –199.9

4) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) หมายถึง ค่าดัชนีตั้งแต่ 200 ขึ้นไป

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้จัดทำการสำรวจประชากรสูงอายุขึ้นที่ทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ผ่านมาพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 และร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2545, 2550, 2554, 2557 ตามลำดับ และผลการสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 11,312,477 คน เป็นชายจำนวน 5,083,681 คน และหญิงจำนวน 6,228,766 คน หรือคิดเป็นชายร้อยละ 44.9 และหญิงร้อยละ

55.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ20 ของประชากรทั้งหมดในปี2564 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ28 ของประชากรทั้งหมด ในอีก10ปีข้างหน้าหรือประมาณปี พ.ศ.2574

ตารางที่ 2.1 จำนวนและอัตราของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554 และ 2557

ปีที่สำรวจ	จำนวนผู้สูงอายุ	อัตราผู้สูงอายุ
2537	4,011,854	6.8
2545	5,969,030	9.4
2550	7,020,959	10.7
2554	8,266,304	12.2
2557	10,014,705	14.9
2560	11,312,447	16.7

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560

ทั้งนี้รายงานสถิติจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย ทั้ง 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ซึ่งจัดทำโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ได้จำแนกจำนวนผู้สูงอายุรายจังหวัด ดังนี้

ตารางที่ 2.2 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคกลางจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

	ชาย	หญิง	รวม
ภาคกลาง	**1,365,388**	**1,849,887**	**3,215,275**
กรุงเทพมหานคร	441,903	621,968	1,063,871
สมุทรปราการ	86,062	116,573	202,635
นนทบุรี	98,852	132,567	231,419
ปทุมธานี	70,748	93,610	164,358
พระนครศรีอยุธยา	62,860	85,582	148,442
อ่างทอง	24,957	35,089	60,046
ลพบุรี	62,469	78,216	140,685
สิงห์บุรี	19,957	28,178	48,135

ตารางที่ 2.2 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคกลางจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ต่อ)

	ชาย	หญิง	รวม
ชัยนาท	30,944	41,684	72,628
สระบุรี	46,160	61,084	107,244
นครนายก	21,769	28,532	50,301
ราชบุรี	68,309	92,014	160,323
กาญจนบุรี	58,974	72,155	131,129
สุพรรณบุรี	72,251	96,605	168,856
นครปฐม	66,178	90,292	156,470
สมุทรสาคร	37,298	49,365	86,663
สมุทรสงคราม	17,776	25,243	43,019
เพชรบุรี	38,476	51,782	90,258
ประจวบคีรีขันธ์	39,445	49,348	88,793

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560

ตารางที่ 2.3 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

	ชาย	หญิง	รวม
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	**1,600,641**	**1,931,474**	**3,532,115**
นครราชสีมา	202,231	251,157	453,388
บุรีรัมย์	113,726	137,480	251,206
สุรินทร์	100,440	123,924	224,364
ศรีสะเกษ	105,165	127,442	232,607
อุบลราชธานี	127,031	149,597	276,628
ยโสธร	41,677	49,401	91,078
ชัยภูมิ	92,449	110,788	203,237
อำนาจเจริญ	27,348	32,514	59,862
บึงกาฬ	27,181	30,711	57,892
หนองบัวลำภู	35,337	41,386	76,723

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.3 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ต่อ)

	ชาย	หญิง	รวม
ขอนแก่น	141,834	171,099	312,933
อุดรธานี	105,892	128,401	234,293
เลย	53,735	58,064	111,799
หนองคาย	36,854	43,780	80,634
มหาสารคาม	74,005	90,244	164,249
ร้อยเอ็ด	100,725	123,406	224,131
กาฬสินธุ์	70,722	86,842	157,564
สกลนคร	74,050	90,025	164,075
นครพนม	46,823	58,080	104,903
มุกดาหาร	23,416	27,133	50,549

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560

ตารางที่ 2.4 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคเหนือจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในภาคเหนือ

	ชาย	หญิง	รวม
ภาคเหนือ	**1,032,601**	**1,254,869**	**2,287,470**
เชียงใหม่	149,919	183,773	333,692
ลำพูน	41,990	50,955	92,945
ลำปาง	78,460	91,569	170,029
อุตรดิตถ์	42,818	52,562	95,380
แพร่	44,301	56,579	100,880
น่าน	44,791	48,868	93,659
พะเยา	45,983	53,133	99,116
เชียงราย	105,004	120,858	225,862
แม่ฮ่องสอน	16,206	16,861	33,067
นครสวรรค์	91,811	117,877	209,688
อุทัยธานี	28,707	36,334	65,041

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.4 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคเหนือจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในภาคเหนือ (ต่อ)

	ชาย	หญิง	รวม
กำแพงเพชร	57,165	69,201	126,366
ตาก	35,516	40,895	76,411
สุโขทัย	51,579	67,509	119,088
พิษณุโลก	71,042	88,768	159,810
พิจิตร	47,754	61,471	109,225
เพชรบูรณ์	79,555	97,656	177,211

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560

ตารางที่ 2.5 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคใต้จำนวนประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในภาคใต้

	ชาย	หญิง	รวม
ภาคใต้	**606,548**	**775,607**	**1,382,155**
นครศรีธรรมราช	114,957	150,778	265,735
กระบี่	25,792	30,835	56,627
พังงา	20,547	23,769	44,316
ภูเก็ต	20,096	25,725	45,821
สุราษฎร์ธานี	69,536	87,944	157,480
ระนอง	12,716	14,248	26,964
ชุมพร	39,220	48,806	88,026
สงขลา	94,942	124,530	219,472
สตูล	18,586	22,310	40,896
ตรัง	43,460	57,071	100,531
พัทลุง	41,159	54,774	95,933
ปัตตานี	36,845	49,205	86,050
ยะลา	28,550	34,938	63,488
นราธิวาส	40,142	50,674	90,816

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 2.6 แสดงจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาคตะวันออกจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในภาคตะวันออก

	ชาย	หญิง	รวม
ภาคตะวันออก	**315,119**	**403,925**	**719,044**
ชลบุรี	87,193	117,828	205,021
ระยอง	41,302	53,333	94,635
จันทบุรี	42,752	52,668	95,420
ตราด	18,096	21,317	39,413
ฉะเชิงเทรา	52,832	68,486	121,318
ปราจีนบุรี	35,067	45,778	80,845
สระแก้ว	37,877	44,515	82,392

ที่มา: กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560

จากตารางเห็นได้ว่าผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทย มีจำนวนประชากรหญิงสูงอายุกว่าประชากรชายที่เป็นผู้สูงอายุในทุกจังหวัดของประเทศ ซึ่งเป็นไปตามตามสัดส่วนประชากรทั้งหมดที่มีจำนวนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

โดยสถานการณ์ของประเทศไทยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ยังมีปัญหาสังคมที่ท้าทายอีกประเด็นที่น่าสนใจ เพราะเนื่องจากบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปนำไปสู่ข้อค้นพบที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่คนเดียว ดังจะเห็นได้จากการศึกษารายงานประจำปี ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวถึงร้อยละ 7.6 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน ร้อยละ 16.3 สอดคล้องกับการศึกษารายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวคนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 10.8 ในปี 2560 โดยสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุร้อยละ 32.4เป็นหม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ และอีกร้อยละ 4.7 เป็นโสด และได้จำแนกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังดังตารางที่ 2.7 ดังนี้

ตารางที่ 2.7 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจำแนกตามเพศ และภูมิภาค

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว	ชาย	หญิง	รวม
กรุงเทพมหานคร	33,313	58,476	91,789
ภาคกลาง	117,507	193,492	310,999
ภาคเหนือ	112,717	211,248	323,965
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	120,922	231,101	352,023
ภาคใต้	45,512	99,164	144,676

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560

พร้อมกันนี้ยังพบข้อมูลสนับสนุนจากการประชุม เรื่อง “ประชากรและสังคมไทย” ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2553) ที่กล่าวถึงประชากรที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2506 – 2526 หรือที่เรียกประชากรที่เกิดในช่วงนี้ว่า “ประชากรรุ่นเกิด (เกิน) ล้าน” ในอีก 20 ปี ข้างหน้าจะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจำนวนมากและจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากอยู่เป็นโสดจึงไม่มีลูกหลานดูแลจำนวนมากเช่นกัน

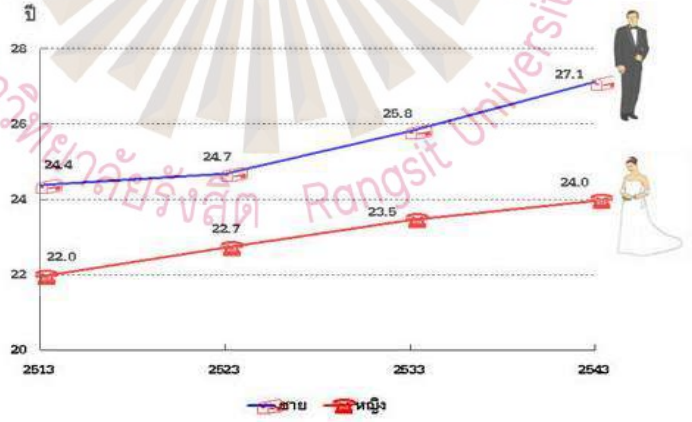
จากปัญหาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวดังกล่าว นำไปสู่เรื่องที่น่าเศร้าใจของสังคมไทยอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลยามประสบปัญหาเจ็บไข้ได้ป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตเพียงลำพังโดยที่ไม่มีใครรู้ โดยกว่าที่จะมีคนมาพบ หรือลูกหลานเครือญาติทราบเรื่องก็ผ่านเวลาไปล่วงเลยไปนานแล้ว ดังตารางที่ 2.8 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตตามลำพังในประเทศไทย พ.ศ. 2558 อย่างไม่เป็นทางการ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีการเก็บสถิติการเสียชีวิตโดยลำพังอย่างเป็นที่แน่ชัด จึงใช้วิธีการคำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง และสถิตการตายของผู้สูงอายุโดยคาดการณ์ ดังนี้

ตารางที่2.8 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตตามลำพังในประเทศไทย พ.ศ. 2558

ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตตามลำพัง	ชาย	หญิง	รวม
อายุ 60-69 ปี	4,511	4,572	9,083
อายุ 70-79 ปี	7,536	11,419	18,955
อายุ 80 ปีขึ้นไป	7,683	11,575	19,258
รวม	19,730	27,565	47,295

ที่มา : สมาคมนักประชากรไทย, 2553

ปรากฏการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง เกิดจากปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การอยู่อาศัยแบบครอบครัวเดี่ยวหรือลูกหลานแยกย้ายกันไปมีทำงาน แยกกันออกไปสร้างครอบครัว 2) จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พบว่า อายุเฉลี่ยการแต่งงานครั้งแรกของผู้หญิงและผู้ชายสูงขึ้น โดยผู้ชายจากเดิมที่จะแต่งงานครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 24 ปี ในปี พ.ศ. 2513 เป็นอายุ 27 ปี เช่นเดียวกับผู้หญิงที่จะแต่งงานครั้งแรกเมื่ออายุ 22 ปี เป็นอายุ 24 ปี ดังรูปที่ 2.4 อายุเฉลี่ยการแต่งงานครั้งแรก ซึ่งการยืดอายุการแต่งงานของผู้หญิงย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งหากเลื่อนอายุการแต่งงานไปมากเพียงใด ช่วงเวลาของโอกาสการมีลูกจะลดน้อยลงเท่านั้น



รูปที่ 2.4 อายุเฉลี่ยการแต่งงานครั้งแรก

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560

3) จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำมะโนประชากรและเคหะ พบว่า ผู้หญิงในวัยแต่งงานมีแนวโน้มที่จะเป็นโสดที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 คือ จากร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ

7.6 ในปี พ.ศ. 2543 ทั้งนี้ผู้หญิงโสดที่มีอายุระหว่าง 50 – 54 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 ในปีพ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 8.0 ในปี พ.ศ. 2553 สัดส่วนผู้ที่ยังโสดอยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 – 40 ปี ขึ้นไป มีปริมาณเพิ่มขึ้นตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 – 2543 และ 4) แนวโน้มการเพิ่มที่เหมือนกันทั้งหญิงและชาย ทั้งนี้เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยในปัจจัยเปลี่ยนแปลงไป มีภาวะของการแข่งขันกันมากขึ้น คนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับการศึกษาในระบบยาวนานขึ้น ใช้เวลาในการทำงานและหาเงินเลี้ยงครอบครัวมากขึ้น ทำให้คนไทยชะลอการแต่งงาน เริ่มสร้างครอบครัวใหม่ช้าลง รวมถึงการใช้ชีวิตโสดอย่างถาวรมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ของ Jones (1995) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้หญิงโสดจาก ประเทศต่าง ๆ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยนำข้อมูลจากการสำรวจสำมะโนประชากร พบว่าในปี พ.ศ. 2533 ผู้หญิงไทยในช่วงอายุ 30 – 34 ปี ยังเป็นโสดถึงร้อยละ 14.1 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับคนกลุ่มอายุเดียวกันในประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลี โดยเฉพาะผู้หญิงในกรุงเทพมหานคร ยังอยู่เป็นโสดมากถึงร้อยละ 29.4 ดังตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.9 สถานภาพโสดของประชากรผู้หญิงอายุ 20 ปี ขึ้นไป

อายุ (ปี)	จำนวนผู้หญิงโสด (คน)
20 - 24	1,382,306
25 - 29	975,194
30 - 34	635,753
35 - 39	415,124
40 – 44	309,341
45 – 49	256,558
50 – 54	203,284
55 - 59	147,247
60 - 64	101,749
65 - 69	62,320
70 - 74	48,179
75 - 79	31,542
80 - 84	17,938
85 ปีขึ้นไป	10,900

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

จากแนวโน้มการแต่งงานที่ช้าลงและการอยู่เป็นโสดมากขึ้นของผู้หญิงกลายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้หญิงเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่ส่งผลต่ออัตราการเพิ่มของประชากรลดลง ในขณะที่อัตราการตายได้ลดลงเช่นกัน อันนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นจึงเป็นกระบวนการปรับตัวตามธรรมชาติที่ทำให้สังคมอยู่ได้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ไม่ว่าจะส่วนใดส่วนหนึ่งของสังคมย่อมส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ของสังคมด้วยเช่นกัน โดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับประเทศไทยและมีความสำคัญอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันที่มีความหมายและคงคู่กับสังคมไทยมาเป็นเวลาช้านาน

ผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยหรือวัยชราหรือชราภาพหรือคนแก่เป็นคำที่มีความหมายในการบ่งบอกถึงลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปของบุคคล ณ ช่วงเวลาหนึ่งที่มาถึงเป็นปรากฏการณ์ที่ทุกคนต้องยอมรับและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ทั้งนี้การกำหนดช่วงอายุขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรมของประเทศนั้น ๆ ที่จะเป็นผู้กำหนดช่วงอายุที่แตกต่างกันออกไปบางประเทศอาจจัดช่วงอายุผู้ที่เข้าสู่ผู้สูงวัยเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

แต่สำหรับประเทศไทยให้ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงวัยตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 ระบุไว้ว่า “ผู้สูงอายุหมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ทั้งนี้ ได้แบ่งผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุเพื่อจำแนกลักษณะและความแตกต่างของผู้สูงวัย ได้แก่

1) ผู้สูงอายุวัยต้นหรือช่วงไม่ค่อยแก่ (The Young Old) ที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี เป็น ช่วงต้นของผู้สูงวัยในการเผชิญกับการเปลี่ยนของชีวิตครั้งใหญ่และสำคัญมากไม่ว่าจะเป็นการเกษียณอายุจากการทำงานการพบเจอกับการจากไปของบุคคลในวัยใกล้เคียงกันซึ่งโดยทั่วไปในช่วงอายุนี้ยังมีกำลังที่จะช่วยเหลือตนเองได้แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้างตามความเหมาะสม

2) ผู้สูงอายุวัยกลางหรือช่วงแก่ปานกลาง (The Middle- aged Old) ที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปีเริ่มเข้าสู่วันเสื่อมสภาพเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงเนื่องจากเริ่มมีอาการเจ็บป่วยร่างกายอ่อนแอและมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

3) ผู้สูงอายุวัยปลายหรือช่วงแก่จริง (The Old-old) อายุ 80 ปีขึ้นไปความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยากขึ้นเนื่องจากช่วงวัยนี้ต้องการความเป็นส่วนตัวที่มากขึ้นและต้องการความช่วยเหลือหรือการพึ่งพิงมากกว่าที่ผ่านมาเนื่องจากเข้าสู่วัยเสื่อมที่มีการเจ็บป่วยบ่อยขึ้นอวัยวะเสื่อมสภาพและอาจมีภาวะทุพพลภาพในแต่ละช่วงอายุของผู้สูงวัยมักประสบกับ

ปัญหาต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายที่ระบบต่าง ๆ ที่เคยมีประสิทธิภาพก็จะลดน้อยลงความกระฉับกระเฉงหรือความกระตือรือร้นลดลงและเริ่มสูญเสียการทรงตัวส่วนด้านจิตใจนั้นพบว่าผู้สูงวัยจะหงุดหงิดง่าย มีภาวะน้อยใจหรือกังวลจิตใจหดหู่เศร้าหมองง่ายเหงาว้าเหว่และสิ้นหวัง นอกจากนี้ด้านสังคมและเศรษฐกิจยังพบว่าผู้สูงวัยขาดเพื่อนและขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม การยอมรับนับถือหรือการให้ความสำคัญในการทำงานหรือสังคมลดน้อยลงและขาดรายได้ประจำหรือรายได้ลดลงส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงวัยนั้นต้องพึ่งพิงคนอื่นเพิ่มมากขึ้นตามลำดับเวลาความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้สูงวัยมีหลากหลายมิติดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำความเข้าใจตั้งแต่พื้นฐาน

พิจารณาในการกำหนดว่าบุคคลใดเข้าสู่ผู้สูงวัยและสภาพปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงวัยสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงใน 4 ประการ (Tibbitts, 1967; บริบูรณ์ พรพิบูลย์, 2528; บรรลุ ศิริพานิช, 2549; สุมาลี สังข์ศรี, 2540; สุรกุล เจนอบรม, 2541 และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย กระบวนการทางธรรมชาติ (Aging as Natural Process) ความสูงวัยที่เปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมถอยตามกาลเวลาเมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะและองค์ประกอบของร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งความสูงวัยที่เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่จะเปลี่ยนแปลงไปตามวัยอวัยวะทุก ๆ ส่วนเสื่อมถอยสมรรถภาพลดลงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆอ่อนแอเสื่อมโทรมและถดถอยลักษณะทางกายภาพเกิดผิวหนังเหี่ยวย่นผมหงอกเรี่ยวแรงน้อยลงเหนื่อยง่ายมองไม่ค่อยเห็นฟังไม่ค่อยชัดเจนการรับรู้กลิ่นลดลงความจำเสื่อมเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ช้าเจ็บป่วยง่ายและหายช้าเป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เกิดกระบวนการทางจิตใจสติปัญญาการรับรู้และการเรียนรู้ที่ถดถอยลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีสรีระร่างกายเปลี่ยนแปลงซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงนั้นกระทบมาถึงสภาพจิตใจด้วยเช่นเหงาหวาดระแวงวิตกกังวลซึมเศร้าจุกจิกงี่จี้ขี้บ่นน้อยใจ บางคนร่าเริงสนุกสนานใจเย็นมีความสงบและมีความสุขมากขึ้นนอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ทั้งในด้านการงานสถานภาพทางสังคมความมั่นคงของรายได้ล้วนมีผลต่อสภาพจิตใจ ตลอดจนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ลูกหลานก็เจริญเติบโตแล้วในครอบครัวจำนวนมากลูกหลานจะแต่งานมีครอบครัวใหม่ผู้สูงอายุก็จะต้องอยู่กันตามลำพังหรือผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความพลัดพรากต่าง ๆ ทั้งญาติพี่น้องคู่ครองซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียว้าเหว่กลัวถูกทอดทิ้งเป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมวิทยา (Aging as Sociological Phenomenon) ที่ไม่ได้ใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการตัดสินแต่พิจารณาตามลักษณะของ

บุคคลที่มีต่อความคาดหวังและสิ่งแวดล้อมทางสังคมแต่เนื่องจากอายุมากขึ้นความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ มีมากขึ้นความแข็งแรงและประสิทธิภาพการทำงานลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุต้องส่งมอบงานให้คนอื่นและเกษียณตัวเองจากการทำงานบางคนเคยดำรงตำแหน่งระดับสูงหรือเป็นผู้นำครอบครัวหรือเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวสามารถสั่งการต่าง ๆได้มีรายได้พอที่จะเลี้ยงดูตนเองและคนอื่นได้แต่เมื่อเป็นผู้สูงอายุหน้าที่บทบาทสำคัญก็เปลี่ยนแปลงไปหรือหมดไปการพบปะหรือติดต่อกับคนอื่นก็ลดลงด้วย

4) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจหรือทางด้านการเงินของผู้สูงอายุ (Financial Status of Aging) จากรายได้ที่เคยได้รับเป็นประจำมีการเปลี่ยนแปลงไป บางรายรายได้ที่เคยได้ลดลงไปมากจนทำให้สภาพการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจเกิดความว้าเหว่และมักถูกทอดทิ้งไว้ลำพัง เหตุผลนี้ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีความต้องการรายได้มากกว่าในช่วงวัยกลางคน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากสุขภาพและต้องการนำไปใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจนี้เอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบปัญหาและมีความต้องการที่แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่น ๆเช่นปัญหาทางด้านร่างกายเนื่องจากระบบต่าง ๆของร่างกายเริ่มเสื่อมไปทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา เช่น เกิดความกังวลต่อความเจ็บป่วย หงุดหงิด หวาดระแวง ซึมเศร้า ท้อแท้ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในแต่ละลำดับขั้นมากน้อยต่างกัน ตามสภาพร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เกิดความสมดุลเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆรวมทั้งการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้นจากการออกกำลังกายสม่ำเสมอรู้วิธีการเลือกรับประทานอาหารและพักผ่อนให้เพียงพอมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยหรือสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีความซับซ้อนและท้าทาย เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศ และที่สำคัญหากประชากรในวัยที่ใกล้เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแล้ว อาจเป็นภาระให้กับภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ เนื่องจากจำนวนผู้สูงวัยที่เพิ่มขึ้นนั้นกลับสวนทางกับจำนวนประชากรในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยที่เป็นกำลังสำคัญในการเพิ่มผลผลิตโดยรวมของประเทศ ในขณะ

ที่ประชากรวัยผู้สูงอายุมีความต้องการทรัพยากรในการดูแลตามสัดส่วนของประชากรในวัยผู้สูงวัยที่เพิ่มขึ้น ดังที่วรเมศม์ สุวรรณระดา (2557) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบ หากเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ได้แก่ วงจรชีวิตของปัจเจกบุคคล ผลกระทบต่อกำลังแรงงาน ผลกระทบต่อการออม ผลกระทบต่อศักยภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจมาตรการตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมสูงวัยงบประมาณและค่าใช้จ่ายภาครัฐ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลกระทบระดับพื้นที่และโอกาสของธุรกิจและอุตสาหกรรมซึ่งผลกระทบที่ได้รับทั้งหมดถือได้ว่าเป็นวงจรการได้ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมซึ่งถือเป็นภาพใหญ่ของประเทศดังนั้นเพื่อเป็นการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงต้องทำความเข้าใจในสังคมผู้สูงอายุมากขึ้นด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีผู้สูงวัยอีกประเภทหนึ่งที่นับวันยิ่งจะมีจำนวนมากยิ่งขึ้น คือผู้สูงวัยที่อาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ลำพังเพียงคนเดียวไม่ว่าจะเนื่องด้วยจากการเป็นหม้ายหรือมีลูกหลานแต่ลูกหลานไม่สามารถดูแลได้เนื่องจากสภาพทางสังคมเศรษฐกิจหรือการอยู่เป็นโสด และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่เดียวซึ่งต้องดำเนินชีวิตตามลำพังมีความรู้สึกเหงาว้าเหว่เครียดซึมเศร้าวิตกกังวลขาดที่พึ่งทางใจมีความทุกข์หดหู่ไม่เห็นคุณค่าของตนเองและอาจเกิดการฆ่าตัวตายได้ซึ่งการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพียงคนเดียวนั้นถือว่าเป็นชีวิตที่หาความสุขตามอัตภาพได้ยาก (วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ, 2552) ส่วนผลกระทบจากการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุนั้นจากการศึกษาของ บุญทิพย์ สิริธรังศรี (2553) พบว่าได้ทำให้เกิดผลกระทบในทางลบหลายด้านดังนี้

1) ด้านร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาหาทุกระบบโดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเช่นปวดเมื่อยเนื้อตัวปวดหลังปวดเอวปวดขาและไม่มีแรงเดินไม่ค่อยได้เป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรคหัวใจไตเป็นต้นปัญหาจากการเสื่อมของอวัยวะ เช่นต้อกระจกต้องไปหาหมอประจำและบางคนมีหลายโรคเป็นต้น

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ รู้สึกไม่มีความสุข สิ้นหวังหมดพลัง เหงาว้าเหว่วิตกกังกลทั้งจากการเจ็บป่วยและการเงินภาวะเครียดซึมเศร้าโมโหหงุดหงิดเพราะไปไหนไม่ได้หงุดหงิดง่ายอารมณ์ไม่ค่อยดี

3) ด้านครอบครัวและสังคม รู้สึกถึงการขาดเอาใจใส่ดูแลขาดการปฏิสัมพันธ์ความขัดแย้งที่เกิดการดูถูกจากลูกหลานจากคนในครอบครัวและสังคมขาดการพบปะกับเพื่อนการสังสรรค์การเข้าสังคมลดน้อยลงทำให้เกิดการแยกตัวเอง

4) ด้านจิตวิญญาณ ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีลดน้อยลง รู้สึกสูญเสียการยอมรับนับถือ ความรักความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวและสังคม ทำให้รู้สึกหมดหวังในชีวิตมีผลในทางลบ ส่วนใหญ่เกิดจากการเตรียมความพร้อมในการอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสิทธิประโยชน์พึงได้รับ รวมทั้งมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) โดย Population Division ได้ริเริ่มการนำข้อมูลมาศึกษาและออกรายงานในหัวข้อ “Living Arrangements of Older Persons Around the World” ใน พ.ศ. 2548 เพื่อศึกษาทั้งรูปแบบ (Patterns) และแนวโน้ม (Trends) ของครัวเรือนผู้สูงอายุ ใน พ.ศ. 2560 องค์การสหประชาชาติได้รวบรวมรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุจากทั่วโลก 143 ประเทศ ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้วและกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วนั้น มีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะมีการอยู่ตามลำพังคนเดียว และตามลำพังกับคู่สมรสสูงขึ้น ซึ่งได้แบ่งรูปแบบออกเป็น 4 ประเภทหลัก ๆ คือ

1) อยู่คนเดียว (Alone) หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวในครัวเรือน (A one-person household)

2) อยู่กันเป็นคู่ (With Spouse Only) หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่สองคนกับคู่สมรสหรือ (A spouse or partner in a two-person household)

3) อยู่กับเด็ก (With Children) หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่กับเด็ก ลูกที่อยู่ในวัยเด็ก ลูกที่กฎหมายรับรองหรือลูกบุญธรรมและเด็กที่รับอุปถัมภ์ (Adopted / Foster Children)

4) อยู่กับคนอื่นๆ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีรูปแบบการอยู่อาศัยตามรูปแบบที่กล่าวถึงตามรูปแบบทั้ง 3 ประเภท (United Nations, 2017)

รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) พบว่า ใน พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวอยู่ประมาณร้อยละ 13.3 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในทวีปยุโรป ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นพบสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 27 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในทวีปยุโรป และอเมริกาเหนือ สำหรับผู้สูงอายุในทวีปเอเชียและแอฟริกา จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวและคู่สมรสเท่านั้นอยู่ในสัดส่วนน้อยกว่า แต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน

ตารางที่ 2.10 ร้อยละของรูปแบบการอยู่อาศัยของประชากรโลกในแต่ละระดับการพัฒนาและทวีป

	อยู่คนเดียว	อยู่กับคู่สมรส	อยู่กับลูก
ทั่วโลก	13.3	27.0	50.1
ประเทศพัฒนาแล้ว	26.8	47.2	20.1
ประเทศกำลังพัฒนา	7.9	18.8	62.2
ประเทศด้อยพัฒนา	5.3	8.5	69.3
ทวีปแอฟริกา	9.7	10.5	59.6
ทวีปเอเชีย	6.9	19.8	64.2
ทวีปยุโรป	27.8	47.4	20.6
ทวีปอเมริกาเหนือ	25.0	46.7	19.2

ที่มา: United Nations, 2017

นักวิชาการบางส่วนเริ่มให้ความสำคัญกับประเด็นว่าผู้สูงอายุควรอยู่กับใครในบริบทของประเทศไทย ผู้สูงอายุบางส่วนเลือกที่จะแยกกันอยู่ (Living apart) จากบุตรหลานในที่อยู่อาศัยขนาดเล็ก เช่น ห้องพักใน อพาร์ตเมนท์หรือคอนโดมิเนียม จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาว่าเหตุใดผู้สูงอายุจึงเลือกอยู่อาศัยในลักษณะดังกล่าว การอยู่อาศัยกับคู่ครองและบุตรของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุอาจเลือกที่จะร่วมกัน แยกกันอยู่หรือแยกกันอยู่ร่วมกันได้ นอกจากนี้ ในบริบทของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุอาจจะมีความสัมพันธ์แบบการแยกกันอยู่ร่วมกัน (Living Apart Together: LAT) หมายถึง ความสัมพันธ์ระยะยาวที่ไม่มีการอยู่ร่วมกัน โดยอาจมีการกำหนดกฎและบทบาทของแต่ละคนเนื่องจากไม่มีระเบียบทางวัฒนธรรมที่กำหนดความสัมพันธ์ดังกล่าว ความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวมักไม่นับเป็นการสมรสหรือการอยู่ร่วมกันก่อนสมรส แต่ปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นเริ่มอยู่ในความสัมพันธ์แบบแยกกันอยู่ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะการแยกกันอยู่ร่วมกันเปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นหม้ายจากการหย่าหรือคู่ครองเสียชีวิตสามารถมีความสัมพันธ์ต่อกันได้โดยยังสามารถรักษาระดับความเป็นอิสระ (Autonomy) ของตนเองได้ งานวิจัยของ Karlsson & Borell (2002) ชี้ให้เห็นว่าการอยู่อาศัยของผู้หญิงในลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้หญิงสามารถแก้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านแรงงานภายในบ้านและความต้องการในการดูแลคู่ครองที่ผู้หญิงเคยประสบจากการแต่งงานเก่าได้ อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุในลักษณะดังกล่าวอาจมีความต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ

รูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 5 รูปแบบดังต่อไปนี้ (ศุทธิดา ชวนวัน, 2563)

1) ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียว

ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว หรือตามการศึกษาขององค์การสหประชาชาติใช้คำว่า Alone (The percentage of older persons residing alone in a one-person household) (United Nations, 2017) หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนโดยไม่มีคนวัยอื่นร่วมอยู่อาศัยด้วย ครัวเรือนคนเดียว หรือผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศ (Lei, Strauss, Tian, & Zhao, 2011) ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทยรายงานว่า สถิติครัวเรือนอยู่คนเดียวมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 6 เมื่อ พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 14 ใน พ.ศ. 2556 โดยเพิ่มจาก 0.7 ล้านครัวเรือนเป็น 2.7 ล้านครัวเรือน (United Nations Population Fund [UNFPA], 2015) ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้ว มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้น โดยเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเนื่องมาจากไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วย การหย่าร้าง ไม่ได้แต่งงาน การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ รวมทั้งต้องการอยู่อย่างอิสระ (Linton, Gubhaju & Chan, 2018) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีประเด็นที่ควรให้ความสนใจคือเรื่องการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ (Independent Living) พร้อมกับมีความมั่นคง ปลอดภัย และมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งความสำคัญของ Independent Living นี้เป็นประเด็นสำคัญ ที่การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลกครั้งที่ 2 ได้ตั้งเป็นหัวข้อหนึ่งที่ควรมีการศึกษาวิจัยถึงจุดแข็งและจุดอ่อนภายใต้บริบทและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ (United Nations, 2002)

2) ครัวเรือนเฉพาะผู้สูงอายุ

ครัวเรือนเฉพาะผู้สูงอายุ หมายถึง ครัวเรือนที่มีแต่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันเท่านั้น ผู้สูงอายุในครัวเรือนประเภทนี้จะประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ผู้สูงอายุที่อยู่กับพ่อและหรือแม่เท่านั้นและผู้สูงอายุที่อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันเท่านั้น รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั่วโลก ประเทศในแถบยุโรป อเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นสูงที่สุด (United Nations, 2019) ครัวเรือนในรูปแบบนี้ทำให้เกิดภาพของการดูแลและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้น อาจเป็นอุปสรรคต่อการอาศัยอยู่ร่วมกันสำหรับผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน จะได้รับประโยชน์เอื้อต่อกันในเรื่องการมีคนอาศัยอยู่ด้วย ในเรื่องการมีผู้ดูแลปกป้องคุ้มครองกันทั้งด้าน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าผู้สูงอายุหญิงมักมีบทบาทเป็นผู้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุชาย (Fernández-Carro, 2014)

3) ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับเด็ก

ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับเด็ก (With Children) หมายถึง ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีเท่านั้น เด็กในที่นี้อาจรวมไปถึงหลาน หรือเด็กที่รับอุปการะ (Adopted Children and Foster Children) รูปแบบการอยู่อาศัยประเภทนี้ สะท้อนในเรื่องการที่ผู้สูงอายุรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะมีความสัมพันธ์เป็นหลาน หรือบุตรของบุตร หรือที่เรียกว่า Skipped Generation จากสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับเด็ก โดยเฉพาะอยู่กับหลาน พบมากในทวีปแอฟริกาใต้ และลาตินอเมริกาและคาริบเบียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุหญิงจะอยู่กับเด็กหรือหลานมากกว่าผู้สูงอายุชาย (United Nations, 2019) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การอยู่อาศัยประเภทนี้พบมากในครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อพ่อแม่กลายเป็นผู้ย้ายถิ่นไปทางานที่อื่น และปู่ย่าตายายต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลาน ซึ่งการดูแลเด็กในปัจจุบัน ถือว่าเป็นภาระที่หนักหน่วงต่อเนื่อง มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ปู่ย่าตายายที่ดูแลหลานนั้น แม้จะเต็มใจเพราะคิดว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบแต่ก็ถือว่าเป็นภาระที่ต้องแบกรับทั้งในเรื่องการดูแลในบ้าน การเงินที่เงินส่งกลับจากลูกผู้ย้ายถิ่นไม่สามารถทดแทนได้ (อารี จาปากลาย, 2552) รวมถึงสุขภาพของตนเองที่ก็เสื่อมสภาพไปตามวัย ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับเด็กโดยเฉพาะเด็กเล็ก มักประสบปัญหาสุขภาพในเรื่องความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบต่อเนื่องที่เกิดขึ้นกับการอยู่ดีมีสุขของเด็กได้เช่นกัน ในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับเด็ก อาจได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหลานโตในการทำกิจวัตรประจำวัน และส่งผลกระทบที่ดีทางด้านจิตใจเช่นกัน การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กก็มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งในทางบวกและทางลบด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุต้องมารับบทบาทแทนพ่อแม่ให้แก่หลาน (พัชรี คมจักรพันธุ์ และวรรณี จันทร์สว่าง, 2558) พบว่ามีผลกระทบต่อผู้สูงอายุใน 4 ด้านหลักคือ 1) วิถีชีวิต เช่น มีความเหนื่อยล้าทางกายมากขึ้น มีเวลาสำหรับตัวเองและเวลาทำสิ่งอื่น ๆ น้อยลง 2) ความสัมพันธ์กับเพื่อน 3) ความสัมพันธ์ต่อครอบครัว และ 4) ความสัมพันธ์ต่อคู่สมรสด้วยกัน (Jendreck,1993) อีกด้านหนึ่งการเลี้ยงหลานเป็นกิจกรรมที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ การดูแลเด็กถือเป็นกิจวัตรประจำวันที่ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสดชื่น ไม่รู้สึกว่างเปล่า และมีความสุขทางใจด้วย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา,จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์, และเบอร์ริท อินเกอร์ซอล เดย์ตัน, 2543)

4) ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับวัยทำงาน

ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับวัยทางาน (Working Age) หมายถึง ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับประชากรที่มีอายุ 15-59 ปีซึ่งการอยู่อาศัยในครัวเรือนประเภทนี้อาจเป็นการอยู่อาศัยกับบุตร อยู่กับเครือญาติหรือคนอื่น ๆ ที่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน รูปแบบการอยู่อาศัยในครัวเรือนสูงอายุที่มีคนวัยทางานอยู่ด้วย จะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นที่อาศัยอยู่กับบุตร ซึ่งเป็นรูปแบบการอยู่อาศัยหลักของสังคมไทย การอยู่อาศัยกับบุตรมีผลต่อสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ (Teerawichitchainan, Pothisiri & Long, 2015) และสุขภาพของผู้สูงอายุ (Li, Zhang & Liang, 2009) เมื่อผู้ที่พึ่งพาบุตรสาวมีแนวโน้มจะอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้เพราะบุตรสาวมักมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการทั้งในกรณีที่คู่ครองยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแม่สูงอายุ (Fernández-Carro, 2014) ในขณะที่มีการศึกษาของ Teerawichitchainan, Pothisiri, & Long (2015) พบว่า การอาศัยอยู่กับลูกสาว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์มากกว่าอยู่กับลูกชาย แต่ในทางตรงข้ามกันกลับพบว่า ผู้สูงอายุในเวียดนามที่อาศัยกับลูกชายจะมีสุขภาพใจ นอกจากนี้ ปัจจัยเรื่องสุขภาพมีผลต่อผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยอยู่กับบุตรในวัยทำงาน ที่พบว่า การอาศัยอยู่กับคู่สมรส และหรือบุตรในครัวเรือน มีส่วนช่วยในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Li et al., 2009) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีความยากลาบากในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity Daily Living) และกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living / IADL) จะอาศัยอยู่กับบุตร ซึ่งมีความหมายว่า การอาศัยอยู่กับคนอื่นโดยเฉพาะอยู่กับบุตรเป็นฟังก์ชันที่สำคัญต่อการมีผู้ช่วยเหลือสนับสนุนของผู้สูงอายุ (Li et al., 2009) อย่างไรก็ตาม แม้จะพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรในวัยทางานส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในประเทศแถบเอเชีย แต่การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่สะท้อนผลการศึกษาในเรื่องการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยของคนวัยทางานที่มีอายุระหว่าง 18-34 ปี พบว่า จากที่เคยย้ายออกไปจากบ้านเดิมเพื่อไปอยู่ข้างนอกกับคู่สมรสหรือเพื่อน ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบที่มีแนวโน้มในการอาศัยอยู่กับพ่อแม่เพิ่มขึ้นจากใน พ.ศ. 2503 มีเพียงร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ใน พ.ศ. 2550 (Pew Research Center, 2559)

5) ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับเด็กและวัยทำงาน

ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับเด็กและวัยทำงาน หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบด้วยคนสามช่วงวัย หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นครอบครัว 3 รุ่น หรือครอบครัวขยาย ที่ประกอบด้วยรุ่นพ่อแม่ รุ่นลูก และรุ่นปู่ ย่า หรือ ตายาย อาจรวมเครือญาติคนอื่น ๆ หรือบุคคลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกครอบครัวอาศัยอยู่ในครัวเรือนด้วย ครัวเรือนประเภทนี้พบมากในประเทศแถบทวีปแอฟริกาใต้ เอเชีย และลาตินอเมริกาและแคริปเบียน (United Nations, 2019) ครัวเรือนรูปแบบนี้ถือเป็นครอบครัวประเภทหลัก

ของไทย และมีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่องโดยเฉพาะในชนบท สัดส่วนครอบครัวสามรุ่น อยู่ที่ร้อยละ 33.6 ใน พ.ศ. 2556 และเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดในครอบครัวหรือครัวเรือนในรูปแบบอื่น ๆ (UNFPA, 2015) ความหมายของต่างประเทศใช้คำว่า Multigenerational Household ซึ่งอธิบายว่าเป็นการอยู่อาศัยร่วมกันของคนมากกว่าสองหรือสามกลุ่มวัย (Daphne, 2012) ข้อดีของการอาศัยอยู่กับสมาชิกในครัวเรือนหลากหลายรุ่นคือเรื่องการแบ่งปันการเงินและทรัพยากร ความเชื่อค่านิยม รวมถึงการมีผู้ดูแล (Oliveira, Salmazo-Silva, Gomes, Moraes & Alves, 2020) การอยู่อาศัยร่วมกับเครือญาติหรือคนหลากหลายวัยไม่ได้มีผลโดยตรงต่อความอยู่ดีมีสุขทางด้านอัตวิสัย แต่การติดต่อกับบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Xu, Wang, & Qi, 2019; Zhao, Li, Heath, & Shryane, 2017) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในรูปแบบการอยู่อาศัยนี้ มักจะเป็นผู้สูงอายุหญิง เป็นหม้าย และมีบุตรเป็นจำนวนหลายคน (Oliveira et al., 2020)

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพียงคนเดียวในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงจากรายงานประจำปีผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2551 ได้ชี้ถึงสาเหตุไว้ดังนี้

1) โครงสร้างประชากรไทยมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายซึ่งจากจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามที่กล่าวแล้วนั้นประเด็นหนึ่งที่เป็นแนวโน้มสำคัญในเชิงโครงสร้างสำหรับสังคมไทยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ จากสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปทั้งนี้เพราะอัตราการตายของประชากรสูงอายุ ต่ำกว่าประชากรชายและนอกจากนี้ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากกว่าผู้สูงอายุชาย โดยในปีพ.ศ. 2551 ประชากรเพศหญิงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 55.7 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.8 ในปีพ.ศ. 2573 ทั้งนี้ปัจจุบันประชากรเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสูงถึงร้อยละ 62.7 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วไปถึงประมาณร้อยละ 66 ในปีพ.ศ. 2573 ด้วยเหตุนี้สังคมไทยจึงถูกเรียกว่า “ผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง” (Feminization of Elderly)

2) เพศหญิงมีความจงรักภักดีต่อครอบครัวสูง ซึ่งการดูแลและเกื้อกูลผู้สูงอายุของสังคมไทยเป็นจารีตประเพณีที่สืบทอดกันมายาวนานจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งเช่นจากพ่อแม่ไปสู่ลูกจากลูกไปสู่หลานลักษณะเช่นนี้จึงคล้ายโซ่คล้องครอบครัวในสังคมไทยให้ผูกพันกันและมีจิตใจเอื้ออาทรต่อกันดังนั้นการดูแลและเกื้อหนุนกันจึงเป็นเสมือนเสาหลักเสาหนึ่งที่คอยค้ำยันสังคมไทยไว้ อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์ทางด้านครอบครัวในปัจจุบันพบว่า 1) สัดส่วนของ

ผู้สูงอายุเพศหญิงที่แต่งงานมีแนวโน้มลดลง 2) อัตราการตายของเพศชายมีสูงกว่าเพศหญิง 3) อัตราการแต่งงานของเพศหญิงมีน้อยกว่าเพศชายนับเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ภาครัฐจะต้องเร่งรัดดำเนินการเพื่อหามาตรการทางสังคมรองรับคนกลุ่มนี้ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นว่าศักยภาพของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการดูแลด้านกายภาพ (Physical Care) มีแนวโน้มลดลงที่อาจเกิดจากการมีปัญหาด้านคุณภาพ ในแง่องค์ความรู้ในการดูแลรักษาซึ่งจะต้องประกอบด้วยศาสตร์และศิลป์หลายแขนงเข้าด้วยกันในการดูแลผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ทางด้านครอบครัวในปัจจุบัน พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงที่แต่งงานมีแนวโน้มลดลง อัตราการเสียชีวิตของเพศชายมีสูงกว่าผู้หญิง และอัตราการแต่งงานของเพศหญิงมีน้อยกว่าเพศชาย นับเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ภาครัฐจะต้องเร่งรัดดำเนินการ เพื่อหามาตรการทางสังคมรองรับประชากรกลุ่มนี้ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

สังคมไทยถูกเรียกจากนักประชากรศาสตร์ว่าเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) ได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา จากการที่ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ นอกจากนี้ ซึ่งประชากรกลุ่มที่มีอายุมากที่สุด คือ ตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ยังมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วย ทั้งนี้ ยังพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากนั้นมีความไม่สมดุลทางเพศ เห็นได้จากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไปดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐควรให้ความสนใจและใส่ใจเพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพศหญิงที่อยู่เป็นโสด เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีประเทศใดที่มีการกำหนดนโยบายหรือบริการสาธารณะให้กับประชากรกลุ่มนี้ มีเพียงการจัดสวัสดิการและหรือบริการสาธารณะให้กับผู้สูงอายุโดยภาพรวมทั่วไป ซึ่งไม่อาจตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงตามบริบทของสังคมได้

2.2 แนวคิดทฤษฎีนโยบายและแผนในการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่สตรีสูงอายุ

2.2.1 แนวคิดนโยบายเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ผู้วิจัยได้ศึกษานโยบายรัฐที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุ โดยเริ่มศึกษาจากนโยบายจากต่างประเทศ ดังนี้ (ขนิษฐา กิจเจา, 2558)

1) ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกามีบริการทั้งในสถานบริการ ศูนย์ดูแลในชุมชน และที่บ้าน สถานบริการที่สำคัญ คือ Nursing Home (Nursing Facility, Nursing Centre หรือเรียกชื่ออื่น) รวมถึงสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ เช่น Assist Living Program และ Hospital Care เป็นต้น จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตการดูแลระยะยาวนี้ต้องการพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะการดูแล ผู้สูงอายุอาจจะพักอาศัยที่บ้านตนเองหรือบ้านชั่วคราว หรือศูนย์ดูแลในชุมชนซึ่งจะมีบริการสุขภาพและสังคมควบคู่กันประเทศสหรัฐอเมริกา มีระบบสวัสดิการสังคมครอบคลุมการประกันสุขภาพและการประกันทางสังคม 2 ระบบ ที่เกิดจาก ระบบแรก มาจากรัฐบาลกลาง ที่ให้สิทธิประโยชน์ แก่ ผู้เกษียณอายุทำงาน และระบบที่สองมาจากการสนับสนุนจากมลรัฐ โดยการให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ตกงานและขยายไปยังกลุ่มอื่น ๆ ด้วยการขยายวงเงินค่าตอบแทนตามค่าครองชีพที่สูงขึ้น รวมทั้งการให้ผลประโยชน์และเพิ่มเงินชดเชย ซึ่งมีระบบประกันสังคมหลัก ได้แก่ กองทุนที่เกิดจากภาษีรายได้ของคนวัยทำงานหรือ ระบบ Medicare ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ Part A (Hospital Insurance) เป็นประกันสุขภาพที่จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป ได้รับประกันสุขภาพโดยไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรายเดือนใด ๆ และ Part B (Medical Insurance) เป็นโครงการจ่ายค่ารักษาที่ Part A ไม่จ่าย เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด การให้บริการที่บ้าน ผู้สูงอายุต้องซื้อประกัน ส่วนนี้ระบบบริการสุขภาพสาหรับผู้สูงอายุเป็นบริการแบบต่อเนื่อง มีระบบการดูแลปฐมภูมิ (Primary Care) การป้องกัน การตรวจรักษา การส่งต่อการรักษา การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) การดูแลระยะยาวและการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับการดูแลในชุมชน และกองทุนมาจากเงินภาษี หรือ ระบบ Medicaid ซึ่งอาจเกิดภาวะวิกฤติในการจ่ายเงินบำนาญให้กับผู้สูงอายุ ในอนาคต (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

2) ประเทศอังกฤษ

อังกฤษมีการดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีหน่วยงาน National Health Service (NHS) เป็นผู้ดำเนินงานการบริการสุขภาพมีทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน หรือการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่เตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลับเข้าไปในชุมชน มีการทำงานร่วมกันของหลายองค์กร แต่ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดให้โดยพยาบาลชุมชน ทั้งนี้รวมถึงการดูแลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่วนบริการด้านสังคมจะผสมผสานอยู่ในบริการสุขภาพ แนวคิดของประเทศอังกฤษในการจัดระบบสวัสดิการให้ผู้สูงอายุนั้น สนับสนุนให้โอกาสสามารถทำงานได้ตามความสามารถ ทั้งผู้ที่ทุพพลภาพ เพื่อสร้างระบบและมาตรการรวมทั้ง

ผลประโยชน์ในการจ้างงาน ทั้งนี้ระบบประกันสังคมของประเทศอังกฤษ มีวัตถุประสงค์ คือ ส่งเสริมการเงินหลังเกษียณเพื่อสร้างความมั่นคง ซึ่งมีสนับสนุนการจัดการกองทุนบำนาญและจัดให้มีการออมเงินที่เหมาะสม ส่งผลในด้านการช่วยเหลือให้ผู้ที่เกษียณมีรายได้หลังเกษียณที่เพียงพอ (DSS-Publications-The Chang (Welfare, 2001 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) ทำให้เกิดความมั่นคงด้านรายได้ จากระบบสวัสดิการ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ผลประโยชน์จากเงินเบี้ยประกันที่จ่ายเพื่อเป็น Retirement Pension 2) ผลประโยชน์ในกรณีที่ต้องได้รับ 3) Income Related Support Benefits แหล่งเงินมาจากภาษีอากรและจ่ายให้กับผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่ทำงาน ต้องเข้าร่วมระบบบำนาญ Retirement Basic Pension และเลือกเข้า Second-tire Portion โดยระบบบำนาญ มี 2 ลักษณะคือ State Pension เป็นการร่วมจ่ายในอัตราที่คงที่ของผู้ทำงานทุกคน เงินบำนาญจะเป็นอัตราคงที่ (Flat Rate) และให้กับผู้ชายอายุ 65 ปี หญิงอายุ 60 ปี ไม่ว่าจะเกษียณหรือไม่ ระบบบำนาญ แบบที่ 2 คือ Second-tire Pension เป็นการออมภาคบังคับเพื่อให้มีเงินบำนาญมากขึ้น ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชน (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

ประเทศอังกฤษให้ความสำคัญเป็นอย่างมากกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างกรอบการบริหารแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุ (National Health Service Framework for Older People) ที่มีเป้าหมายในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพและสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ขจัดข้อจำกัดในความเป็นผู้สูงอายุ มีการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง โดยจัดบริการครอบคลุมตามความความต้องการและเน้นการดูแลเรื่องการหกล้ม สโตร์คและสุขภาพจิต ซึ่งระบบบริการสุขภาพ มีการบริการในโรงพยาบาล และ Intermediate Care ที่หมายถึงการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และครอบคลุมถึงการดูแลในชุมชน ให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ การบริการแบบ Home Care Services หรือ การเยี่ยมบ้าน และ Home Help Services ที่มีการดูแลเรื่องอาหาร เสนอและจัดซื้อชุดบริการ (Care Package) และติดตามประเมินผล เพื่อประกันว่าได้รับบริการที่เหมาะสม งานบริการสังคมรวมถึงการช่วยเหลืองานบ้านและการดูแลส่วนบุคคลด้วย นอกจากนี้ยังมีการจัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว (Respite Care) ศูนย์ที่รับผู้สูงอายุได้ดูแล 1 – 2 วันต่อสัปดาห์และการจัดให้ผู้สูงอายุไปอยู่กับครอบครัวอาสาดูแลชั่วระยะเวลาหนึ่ง (Family Placement Schemes)

3) ประเทศออสเตรีย

ออสเตรียเป็นประเทศที่จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ในฐานะที่เป็นรัฐสวัสดิการดั้งเดิมได้ออกกฎหมายกลางขึ้นได้แก่ กฎหมายเงินยังชีพระยะยาว (Federal Long-term Care Allowance Act) ขึ้น โดยกำหนดให้มีการจัดการเงินยังชีพทั้งในส่วนของกฎหมายของรัฐบาลกลางและกฎหมายของจังหวัดทั้ง 9 แห่ง เงินยังชีพระยะยาวจะหมายรวมถึงเงินบำนาญหรือประโยชน์อื่นตามกฎหมาย เงินยังชีพระยะยาวจะจ่ายให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับบำนาญ ส่วนสาธารณูปโภคต่างๆ ในการให้การดูแลจะอยู่ภายใต้การดูแลในระดับจังหวัด นโยบายที่เกี่ยวกับเรื่องนี้มี 4 ประการ ได้แก่ (สาวิตรี ทนายศิลป์ และวนิพพล มหาอาชา, 2554, น.84-87)

3.1) เงินยังชีพถ้วนหน้าจากฐานภาษี กฎหมายยังชีพระยะยาวกำหนดให้มีเงินยังชีพเพื่อการดูแลระยะยาว โดยไม่คำนึงถึงอายุ รายได้ ความพิการ ทั้งนี้ผู้ที่อยู่ในข่ายของการได้รับการดูแล คือ มีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในออสเตรียต้องการการดูแลมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อเดือน และคาดว่าจะต้องพึ่งการดูแลมากกว่า 6 เดือน จำนวนเงินยังชีพจะอยู่ระหว่าง 154-1,656 ยูโรต่อเดือน ซึ่งแตกต่างไปตามระดับของการดูแล อย่างไรก็ดีเงินยังชีพไม่ได้พิจารณาอัตราเงินเฟ้อแต่อย่างใด เงินยังชีพดังกล่าวไม่ผูกพัน ผู้รับเงินมีอิสระในการใช้เงินดังกล่าว เงินอาจถูกจ่ายไปยังผู้ดูแลในครัวเรือนหรือในสถานดูแลผู้ป่วย

3.2) งบสาธารณะเพื่อการดูแลระยะยาว หน่วยงานของจังหวัดจะมีหน้าที่ดูแลงบสาธารณะเพื่อการดูแลระยะยาว รวมทั้งให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลแก่ประชาชนในเรื่องการดูแลระยะยาว หน่วยงานเอกชนยังมีการให้การดูแลในศูนย์ดูแล ผู้ที่ต้องการการดูแลสามารถติดต่อ ใช้บริการกับหน่วยงานเอกชนดังกล่าวโดยมีเงินสนับสนุน จากหน่วยงานของจังหวัด หน่วยงานเอกชนที่ขอเปิดให้บริการจะต้องได้รับการรับรองจากภาครัฐก่อนจึงจะมีสิทธิได้รับเงินสนับสนุนและให้คืนในกรณีมีรายได้ไม่เพียงพอ

3.3) นโยบายสนับสนุนผู้ดูแลภายนอกที่ไม่ได้ร่วมมือกับรัฐบาลกลางและหน่วยงานจังหวัด ผู้ดูแลภายนอกจะได้รับผลประโยชน์ต่าง ๆ ภายใต้กฎหมายประกันสังคม สมาชิกในครัวที่ว่างงานและต้องดูแลญาติที่ทุพพลภาพมีสิทธิทำประกันภายใต้ระบบเงินประกันบำนาญในอัตราที่ต่ำ ผู้ดูแลภายนอกมีสิทธิในการลดชั่วโมงทำงานหรือลางาน เพื่อมาดูแลผู้ทุพพลภาพที่กำลังจะเสียชีวิตไม่เกินกว่า 6 เดือน ผู้ดูแลภายนอกยังคงอยู่ภายใต้การประกันสังคม แม้ว่าจะต้องขาดรายได้และไม่ได้เงินสนับสนุนเหมือนการลาเพื่อคลอดบุตร ยกเว้นในกรณีที่ป่วยหนักมาก ผู้ดูแลสามารถได้รับเงินช่วยเหลือในการลางาน รัฐบาลออสเตรียยังได้จัดให้มีศูนย์ฮอตไลน์เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวแก่ผู้ดูแล รวมทั้งจัดกิจกรรมช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ ปรึกษาประชุมผู้ดูแล ให้พักอยู่ในรีสอร์ทเพื่อสุขภาพโดยคิดค่าใช้จ่ายที่ต่ำ

3.4) การรองรับการทะลักเข้ามาของแรงงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ในการดูแลระยะยาวการขาดแคลนแรงงานที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเคลื่อนที่และขาดแคลนศูนย์ดูแลในออสเตรีย ทำให้เกิดการไหลทะลักเข้ามาของแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการอบรมนอกสหภาพยุโรปและทำงานเป็นผู้ดูแลในครัวเรือน ในปี ค.ศ.2007 ได้มีกฎหมายการดูแลในบ้าน (Act on Home Care) ขึ้น ผลของกฎหมายนี้ คือ ผู้ดูแลที่มาจากออสเตรียหรือมาจากประเทศอื่นในสหภาพยุโรปจะต้องถูกจ้างอย่างถูกต้องตามกฎหมายจากผู้ที่ต้องการดูแลระยะยาว ญาติหรือหน่วยงานเอกชนที่ไม่ได้แสวงหากำไร แรงงานที่เป็นผู้ดูแลสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพและโภชนาการ รวมทั้งการบำบัดรักษาทางการแพทย์ตามที่แพทย์รับรอง กฎหมายฉบับนี้ยังระบุถึงเงื่อนไขการทำงานว่าผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ทุพพลภาพตลอดเวลา 24 ชั่วโมงอย่างน้อย 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่ห้ามทำงานเกินกว่า 128 ชั่วโมงติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากการดูแล 14 วันแล้วสามารถมีเวลาว่างในการทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้ หากต้องการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง กำหนดให้มีผู้ดูแลสองคน การจ่ายค่าจ้างเป็นไปตามอัตราค่าจ้างขั้นต่ำในแต่ละจังหวัด กฎหมายได้กำหนดให้มีเงินช่วยเหลือสำหรับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้มีเงื่อนไขว่าผู้ดูแลต้องได้รับการจ้าง ผู้ทุพพลภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีเงินยังชีพถ้วนหน้าในระดับ 3 ขึ้นไป และเงื่อนไขของร่างกายต้องเหมาะสมกับการได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง รายได้สุทธิของผู้ทุพพลภาพจะต้องไม่เกินกว่า 2,500 ยูโรต่อเดือน และผู้ดูแลจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่รับรองไว้ เงินช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแล 24 ชั่วโมง จะอยู่ระหว่าง 500-1,100 ยูโรต่อเดือน ขึ้นอยู่กับผู้ดูแล

4) ประเทศอิตาลี

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศอิตาลี มีการกำหนดหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นโรงแรมสำหรับผู้สูงอายุ บ้านพักผู้สูงอายุ ศูนย์ทางสังคมสำหรับการพบปะสังสรรค์กันของผู้สูงอายุ การให้บริการขนส่งมวลชนโดยไม่เสียค่าบริการ และสถาบันออมเวลาการทำงานเพื่อสังคมแทนการออมทรัพย์ ที่เรียกว่า ธนาคารเวลา (Time Banks) โดยให้ผู้สูงอายุใช้เวลาที่สะสมฝากเวลาที่ได้ทำงานเพื่อสังคม แล้วได้นำเวลานั้นมาแลกกับบริการด้านอื่น ๆ ที่ตัวเองต้องการ รวมทั้งการบริการให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุ อาทิ การบริการส่งอาหารถึงที่พัก การช่วยงานบ้าน พาไปทำธุระ ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านต่าง ๆ รวมไปถึงการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องการจะเรียนต่อ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

5) ประเทศออสเตรเลีย

ออสเตรเลียมีการดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ เอกชน และการกุศล อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การดูแลอย่างเป็นทางการ เน้นการดูแลในสถาบัน ได้แก่ บริการรักษา พยาบาล จัดบริการสนับสนุนการดูแลในชุมชนในลักษณะของชุดบริการผู้สูงอายุ ในชุมชนเป็นบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในศูนย์ของชุมชน และผู้ให้การดูแลชุดบริการที่สนับสนุน ครอบครัวให้บริการถึงในครอบครัว แหล่งบริการที่ไม่เป็นทางการได้รับความสนใจจากรัฐบาลค่อนข้างมาก รัฐบาลจึงให้การสนับสนุนทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายเงินให้กับผู้ดูแลที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองโดยมีครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนหลัก และรองลงมาตามลำดับด้วยเพื่อนและเพื่อนบ้าน ด้วยบริบทเช่นนี้ นโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุของออสเตรเลีย จึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน (Home-based Care and Community-Based Care) เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ที่บ้าน พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครด้วยการสนับสนุนงบประมาณค่าจ้างให้กับผู้ดูเต็มเวลา ในชุมชนทั่วประเทศ และมีการจ่ายค่าดูแลให้กับผู้ดูแลที่มีคุณภาพดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ เทียบเท่ากับระดับการดูแลใน Nursing Home และปี ค.ศ. 1999 ออสเตรเลียกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ National Strategy for an Ageing Australia ที่เน้นการสนับสนุน ผู้สูงอายุ 4 เรื่อง ดังนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

5.1) ผู้สูงอายุมีชีวิตที่พึ่งตนเองได้ ด้วยการยืดการจ้างงาน จัดให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและมีความมั่นทางการเงิน

5.2) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลด้วยการบริการรูปแบบใหม่อย่างมีคุณภาพ

5.3) ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุและความชรา และปรับปรุงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต

5.4) ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เป็น Healthy Ageing

ทั้งนี้ ชาวออสเตรเลียมีระบบความมั่นคงด้านรายได้ สาหรับผู้สูงอายุ (Aged Pension) หลังเกษียณจากเงินบำนาญ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานก่อนเกษียณ หรือการให้เปล่า ซึ่งเป็นเงินที่จ่ายให้กับผู้สูงอายุหญิงอายุ 60 ปี และผู้สูงอายุชายอายุ 65 ปี ที่พิจารณาตามอัตราพื้นฐาน Consumer Price Index (CPI) โดยอิงกับดัชนี CPI นี้ ในการนี้เป็นข้อดี ซึ่งทำให้แน่ใจในภาวะที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้นจำนวนเงินที่เงินที่ได้รับนี้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งความช่วยเหลือด้านรายได้สำหรับการจ้างงานที่มีการยืดเวลาการจ้างงานหลังเกษียณ ประเทศออสเตรเลีย มีนโยบายสำหรับเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ได้อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ด้วยการจัดที่อยู่อาศัย

ออกแบบบ้าน ในรูปแบบที่ยืดหยุ่นเหมาะสมรวมทั้งส่งเสริมเรื่องสิ่งแวดล้อม ที่สาธารณะในชุมชน สอดคล้องตามนโยบาย Aging in Place เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีมาตรฐานและสามารถทำงานทำหน้าที่ได้ตลอดชีวิต และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ทางอ้อมในรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจ คือ การประเมินและควบคุมคุณภาพระบบบริการผู้สูงอายุด้วยการตั้งองค์กรขึ้นมาทำหน้าที่ หรือที่เรียกว่า Aged Care Assessment Team (ACAT) เป็นทีมบุคลากรเพื่อนำข้อมูลความต้องการมาพิจารณาการจัดบริการ ด้านสุขภาพมาทำการประเมินความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

6) ประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก โดยมีการดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์ต่อการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างมากมาย สวัสดิการสาหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นปรากฏชัดเจนเมื่อปี ค.ศ. 1986 คือ นโยบายให้มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายดังกล่าวนี้มุ่งให้ครอบคลุม 4 ระบบ คือ

6.1) ประกันการจ้างงานและรายได้

6.2) สุขภาพและสวัสดิการสังคม

6.3) การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน และ

6.4) การสร้างที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม

ซึ่งก่อนหน้าปี ค.ศ. 1986 ได้มีการกำหนดกฎหมายอื่น ๆ ในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น กฎหมายว่าด้วยบริการสุขภาพ ด้านการรักษา การจัดตั้งระบบประกันครอบคลุมเบี้ยบำนาญถ้วนหน้า การจ้างงานผู้สูงอายุ ที่มีกฎหมายประกันการจ้างงานที่มีถึงอายุ 65 ปีได้ทำงานตราบเท่าที่อยากทำโดยไม่ถูกกีดกันเนื่องจากอายุ โดยในปี ค.ศ. 1989 เกิดนโยบายแผนทอง (Gold Plan) ในปี ค.ศ. 1994 ปรับเป็นแผนทองใหม่ (New Gold Plan) และในปี ค.ศ. 2000 มีกฎหมาย Public Long-Term Care Insurance Law คือส่งเสริมการขยายการให้บริการ โดยเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการด้านสุขภาพ การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลที่บ้านและพัฒนาคุณภาพผู้ดูแลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแล ซึ่งญี่ปุ่นได้ปฏิรูปหน่วยงานครั้งสำคัญในปี ค.ศ. 2001 ด้วยการรวมกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมกับกระทรวงแรงงานเข้าด้วยกันเพื่อให้คล่องตัวขึ้น และตั้งหน่วยงานรับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรง เรียกว่า Health and Welfare Bureau for the Elderly มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่มีสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

โดยระบบสวัสดิการเพื่อเกื้อหนุนการดูแลผู้สูงอายุระบบนี้เรียกว่า “Kaigohogen” ได้รับแนวคิดมาจากประเทศเยอรมัน และนำมาปรับใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 มีลักษณะเป็นระบบการประกันตนเอง (Compulsory System) แบบบังคับ 2 ประเภท คือ ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป และผู้ประกันตนประเภทที่ 2 มีอายุระหว่าง 40 – 64 ปี โดยมีหน่วยงานด้านสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย การดำเนินงาน โดยองค์กรการปกครองระดับท้องถิ่น เป็นผู้รับประกัน และได้รับคำแนะนำ จากองค์กรปกครองระดับจังหวัด ระบบการประกันการดูแลระยะยาว มีจุดมุ่งหมาย 4 ประการ คือ

ประการแรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีอิสระในการเลือกบริการในการดูแลตามที่ตนต้องการ

ประการที่สอง เพื่อบูรณาการบริการทางสังคมและบริการทางการแพทย์ให้อยู่ในระบบเดียวกัน

ประการที่สาม เพื่อให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำให้บริการมีประสิทธิภาพ และ

ประการที่สี่ เพื่อปฏิรูปโครงสร้างความมั่นคงทางสังคม

โดยแยกบริการดูแลระยะยาวออกจากระบบประกันคุณภาพส่วนขั้นตอนการขอใช้บริการมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก การยื่นเรื่อง ขั้นตอนที่สอง การประเมินความจำเป็นในการดูแล ขั้นตอนที่สาม การจัดแผนงานดูแล และขั้นตอนสุดท้าย การทำสัญญาการใช้บริการ ด้านงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการมาจาก 2 ประเภทด้วยกัน คือ 1) เก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนประเภทแรกร้อยละ 50 และรัฐบาลสมทบอีกสัดส่วนร้อยละ 50 ใช้วิธีหักจากเบี้ยบำนาญหรือจ่ายโดยตรงที่สำนักงานเขต และ 2) ใช้วิธีการรวมกับเงินสมทบของระบบประกันสุขภาพซึ่งจะถูกหักจากเงินเดือน ในการใช้บริการผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าบริการร้อยละ 10 ประโยชน์ที่ผู้ประกันได้รับคือ การใช้บริการ ซึ่งมี 2 ประเภท คือ บริการในบ้าน (In-home Services) ได้แก่ บริการดูแลที่บ้าน (Home-care Services) บริการดูแลแบบไปกลับ (Commuting Care Services)บริการฝากดูแลระยะสั้น (Short-term Stay Services) บริการให้เช่าและให้เงินช่วยเหลืออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (Rental/Allowance for Health Care Equipment) บริการให้ช่วยเหลือการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน (Allowance for Home Remodeling) และบริการอื่น ๆ บริการอีกประเภทหนึ่งเป็นการบริการในสถาบัน(Institution Services) ซึ่งได้แก่ บ้านพักดูแลผู้สูงอายุพิเศษ (Special Nursing Home for The Elderly) ศูนย์ดูแลสุขภาพสาหรับผู้สูงอายุ (Health Care Facilities for The Elderly) และสถานพยาบาลทางการแพทย์ (Medical Nursing Care Facilities)

7) ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดให้มีระบบบริการ 2 ระบบ คือ 1) ระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ และ 2) ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการ ระบบประกันสังคมเน้นให้บุคคล มีการออมโดยรัฐสนับสนุนบางส่วน ระบบออมเงินแห่งชาติสิงคโปร์มี 3 ประเภท คือ

7.1) เงินออมปกติ ร้อยละ 30 เพื่อใช้ในการสร้างบ้าน เพื่อการลงทุน ประกันเฉพาะด้าน

7.2) เงินยืมเพื่อการศึกษาของบุตร และเงินออมที่นำไปสมทบกับเงินออมเมื่อมีอายุ 45 ปี ขึ้นไป

7.3) เงินออมเพื่อผู้สูงอายุ ส่วนระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมทั้งบริการ ในสถาบันและนอกสถาบัน

สิงคโปร์มีการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และทำให้มีการพัฒนาอย่างเด่นชัดในเรื่องของความสำเร็จ จากการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และโดยเฉพาะความร่วมมือจากองค์กรอาสาสมัคร Volunteer Welfare Organizations (VWO) ซึ่งเป็นองค์กรทำงานร่วมกันกับภาครัฐมาตั้งแต่ในการสร้างนโยบายและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติมาโดยตลอดโดยที่ VWO แสดงบทบาทในฐานะผู้ดำเนินงาน ในขณะที่รัฐจะเป็นผู้ให้งบประมาณสนับสนุน ในการดำเนินงาน ในการนี้แสดงถึงการลดบทบาทของรัฐบาลในการดูแลประชาชน และส่งเสริม บทบาทของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรเอกชนขึ้นมาแทน ทำให้เกิดแนวคิดการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของสิงคโปร์ที่ปรากฏเด่นชัดใน 3 กรอบ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, ,2545) ดังนี้

1) การปรับทัศนคติของสังคมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (Heart Ware) คือ ความต้องการให้เข้าใจว่าวัยมิใช่อุปสรรคในการทำสิ่งใด ผู้สูงอายุยังคงเป็นคนที่มีความรู้ความสามารถ มีคุณค่าและควรค่าแก่การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมอันมีประโยชน์ต่อสังคม

2) การสร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Soft Ware) คือ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจการงานสังคม เช่น การเป็นอาสาสมัคร การดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

3) การสร้างที่อยู่อาศัย (Hard Ware) คือ การจัดการคมนาคมขนส่ง การสร้างสถานบริการต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการรับบริการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุด้วยตนเอง

ผู้สูงอายุสิงคโปร์มีระบบการเงินที่รัฐจะเน้นให้บุคคลดูแลเรื่องการเงินด้วยตนเอง และเป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น ดังนั้นจะเห็นว่ารายได้ของคนสิงคโปร์หลังเกษียณมาจากการสนับสนุน การออม ที่รัฐได้จัดตั้งกองทุนเงินออมแห่งชาติ (Central Provident Fund) เป็นเงินออมหรือบำนาญเป็นหลัก โดยที่สมาชิกจะต้องออมเงินถึงร้อยละ 40 ของรายได้ในแต่ละเดือนเข้ากองทุน แต่สัดส่วนการออมนี้จะลดลงตามอายุที่มากขึ้น เงินออมที่เข้ากองทุนนี้จะถูกแบ่งออกเป็น 3 บัญชี คือ

1) บัญชีเงินออมปกติ (Ordinary Account) สามารถถอนเงินจากบัญชีนี้ไปลงทุนเพื่อให้เกิดรายได้มากขึ้น จะแบ่งร้อยละ 30 เข้าสู่สมาชิกที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป

2) บัญชีเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล (Medisave) จะแบ่งร้อยละ 6 – 8 เข้าสู่การใช้เงินออมนี้ครอบคลุมการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การฟอกไต เคมีบำบัด โรคทางจิตเวช

3) บัญชีเงินออมเพื่อผู้สูงอายุ (Elder Shield)

ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของสิงคโปร์ มีการบริการทั้งในและนอกสถาบัน และการบริการสนับสนุนในชุมชน (Community-Based Support Services) สำหรับการบริการในและนอกสถาบันมีการดำเนินการที่คล้าย ๆ กับในประเทศอื่น ๆ คือการเข้าถึงและความต่อเนื่องเพื่อการบริการที่มีคุณภาพ และในส่วนของการบริการสนับสนุนในชุมชนมีความน่าสนใจหลายโครงการ เช่น โครงการที่ให้อาสาสมัครไปพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุ Befriend Service โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่บ้านตามลำพัง เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นไม่โดดเดี่ยว โครงการบริการอาหารและส่งอาหารกล่องฟรี หรือ Meal Service ที่มีการขายในราคาทุนให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ขาดผู้ดูแลหรือเป็นผู้สูงอายุโสด สำหรับผู้สูงอายุที่ประเทศสิงคโปร์ ในด้านการทำงาน มีทั้งระบบการทำงานทั้งแบบ Part Time และ Flexi Time ที่มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีงานทำที่เหมาะสมตามวัยและศักยภาพ ใช้ระบบการจ่ายเงินเดือนตามคุณค่าของงาน และตามอาวุโส และส่งเสริมจัดให้มีโปรแกรมการอบรมฝีมือแรงงาน ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาตนเอง เพื่อเป็นแรงที่มีฝีมือเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

2.2.2 นโยบายสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

1) นโยบายของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ

เมื่อวันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557 คณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยกำหนดนโยบายการบริหารราชการ

แผ่นดิน 11 ด้าน ประกอบด้วย (1) การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์ (2) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ (3) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ (4) การศึกษาและการเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม (5) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน (6) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ (7) การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน (8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม (9) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน (10) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ (11) การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้

ข้อที่ 3 ในระยะต่อไป จะพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม ระบบการออมและระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบการกู้ยืมที่เป็นธรรมและการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิจัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็ก

ข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้านสถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบ การเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561)

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2559 มีนโยบายให้ดำเนินการมาตรการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ โดยกำหนดแหล่งที่มาของเงินเป็น 2 ส่วน คือ เงินภาษีสรรพสามิตในส่วนของสินค้าสุรา และยาสูบในอัตราร้อยละ 2 แต่ไม่เกิน 4,000 ล้านบาทต่อปี และจากการบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะนำส่งเงินดังกล่าวเข้ากองทุนผู้สูงอายุ และส่งต่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ โดยผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐต่อไป

2) การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

สวัสดิการผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ต้องมีนโยบายและแผนงานมารองรับทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ด้วยภาวะผันผวนทางการเมือง เศรษฐกิจที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุในอนาคต ประเด็นสำคัญที่จะเป็นประเด็นท้าทาย ได้แก่ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน เส้นความยากจนคือตัวชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจกและเป็นมาตรฐานการครองชีพขั้นต่ำที่เป็นจำนวนเงินซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารและสิ่งจำเป็นที่ไม่ใช่อาหารในขั้นพื้นฐานที่ทำให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ ในขณะเดียวกันแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุนั้น บุตรยังเป็นแหล่งรายได้หลักแต่ก็ลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 52 ในปี 2550 เหลือร้อยละ 37 ในปี 2557 ในขณะที่รายได้จากการทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้น แล้วกลับลดลง ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังทำงานเพิ่มสูงขึ้นในปี 2557 ร้อยละ 59 ผู้มีอายุ 60-69 ปี ยังทำงานอยู่ จะเห็นได้ว่าประชากรสูงอายุยังมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนถึงหนึ่งในสามของผู้สูงอายุ บุตรยังเป็นแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ แต่ได้รับจากบุตรลดลงอย่างมาก และผู้สูงอายุที่ยังทำงานเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกัน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563)

รูปแบบระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามประเภทบริการ สรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1) การประกันสังคม (Social Insurance)

เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตและคุ้มครองลูกจ้างปัญหาการขาดรายได้เมื่อเกษียณอายุการทำงาน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลงปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังส่งผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและอาจรุนแรงมากยิ่งขึ้นหากไม่มีการวางแผนเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

การออมเพื่อเกษียณอายุมีความจำเป็นในสังคมไทยเนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น มีอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน) สูงขึ้น การเกื้อหนุนจากครอบครัวอาจลดลง การออมจึงมีความสำคัญสำหรับวัยเกษียณ ปัญหาของการออมเพื่อเกษียณอายุคือ การออมครัวเรือนต่ำ ระหว่างปี พ.ศ.2536-2546 การออมภาคครัวเรือนของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่เป็นการออมแบบบัญชีออมทรัพย์ จึงควรพัฒนาและส่งเสริมรูปแบบการออมแบบผูกพันในระยะยาวเพิ่มมากขึ้นนอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่อง

เสถียรภาพของกองทุนประกันสังคม เนื่องจากระบบกองทุนเป็นการจ่ายเงินเข้ากองทุนโดยผู้ที่อยู่วัยทำงานและรัฐจ่ายเงินออกให้ผู้เกษียณอายุ โดยที่รัฐบาลไม่มีการเก็บเงินสะสมเพื่อเป็นกองทุนดังนั้น เมื่อสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้น การจ่ายผลประโยชน์ให้กับผู้เกษียณจึงเพิ่มขึ้น คาดว่าปี พ.ศ. 2590 จะมีสถานะเงินสะสมติดลบปัญหาสุดท้ายของการออมเพื่อเกษียณอายุคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้ เช่น แรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะแรงงานภาคเกษตรและแรงงานที่มีรายได้ต่ำ ไม่มีระบบการออมเพื่อเกษียณรองรับและไม่สามารถเข้าถึงการออมได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551)

2) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance)

เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้อยโอกาสทางสังคมและไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่คือ

2.1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นการจ่ายเงินแบบให้เปล่าตามระเบียบของกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน พ.ศ. 2536 สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้และประสงค์จะอยู่บ้านของตนเอง ปัจจุบันจ่ายให้รายละ 500 บาทต่อเดือนต่อคนและถ่ายโอนความรับผิดชอบให้องค์การบริหารส่วนตำบล ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 1.76 ล้านคน เป็นเงินรวม 10,579 ล้านบาท การพยากรณ์รายจ่ายด้านเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ในอีก 15 ปีข้างหน้ารายจ่ายส่วนนี้จะสูงขึ้นเป็นประมาณ 25,000 ล้านบาท (กระทรวงแรงงาน, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) แม้ว่าการสงเคราะห์ด้วยเบี้ยยังชีพจะไม่สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมการพึ่งตนเอง อีกทั้งยังเป็นภาระหนักของรัฐบาลที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น แต่บุคคลหลายฝ่ายมีความเห็นว่าเป็นความช่วยเหลือที่ยังจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เดือดร้อน แม้เงินจะไม่มากสำหรับแต่ละคน แต่ก็ช่วยลดการพึ่งพาลูกหลานลงได้บ้าง ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจึงรู้สึกว่ามีศักดิ์ศรีมากขึ้น

2.2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นโครงการที่ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการถูกทารุณกรรม ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือนร้อนเรื่องที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม

3) การบริการสังคม (Social Services)

เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนประกอบด้วยบริการด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ดังนี้

3.1) ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐมอบให้เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยขอบข่ายการให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่ได้รับหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนให้เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่น โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมมือกันให้การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คือองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล) ได้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) บริการเชิงรุกของ สปสช. รูปแบบหนึ่ง คือการจัดสรรงบประมาณให้ “กองทุนตำบล” เพื่อให้ผู้สูงอายุที่รวมตัวกันในลักษณะชมรมขอทุนสนับสนุนไปทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) นำไปสู่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้จัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วย ในทางปฏิบัติการจัดช่องทางด่วนหรือช่องทางสีเขียวสำหรับผู้สูงอายุมีปัญหาในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะสถานพยาบาลหรือในแผนกที่มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มาก แต่กลับต้องมาเข้ารับบริการที่จำกัดในการช่องทางด่วนเพียงช่องเดียว ซึ่งบางแห่งหากบริหารจัดการไม่ดี อาจทำให้ต้องใช้เวลาในการรอรับบริการนานมากกว่าเดิม การจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุจึงเหมาะสำหรับแผนกที่มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนไม่มากเท่านั้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชนบนพื้นฐานแนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ที่ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแนวทางของพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนองค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไรบริหารกองทุนในท้องถิ่นได้ (อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, กฤดาญชลี เพ็ญภาค และชนาทิพย์ มารมย์, 2550) ตัวอย่างได้แก่ “โรงพยาบาล 2 บาท” ตำบลบุ่งคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ระดมทุนจากประชาชนคนละ 2 บาทต่อเดือน หรือ 24 บาทต่อปีและได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพด้านบุคลากร และงบประมาณประกอบกับ อบต. สามารถสนับสนุนงบ ประมาณโรงพยาบาลชุมชนที่จัดว่าเป็นหน่วยงานของภาครัฐได้โดยไม่ขัดกับระเบียบ เพราะสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมผ่านช่องทางกองทุนสุขภาพชุมชน กิจกรรมบริการสุขภาพของกองทุน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาโรคและการส่งต่อเพื่อการรักษา นอกจากนี้ยังเสริมศักยภาพของสถานีอนามัยที่เพิ่มบทบาทเป็นโรงพยาบาลชุมชนด้วยการให้ทุนการศึกษาแก่ลูกหลานของประชาชนในพื้นที่เพื่อเรียนการพยาบาลและกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลตำบลนั้น หากการบริหารงานของกองทุนในลักษณะนี้ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง จะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต (วณี ปิ่นประทีบ, 2550ก; วณี ปิ่นประทีบ , 2550ข)

การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นบริการสุขภาพที่จัดว่าเป็นสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบหนึ่ง เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักมีภาวะพึ่งพาและมีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลและทีมสหวิทยาการ ซึ่งต้องมีความชำนาญทางคลินิก ประกอบกับมีทักษะในการบริหารจัดการและทักษะทางสังคม เพื่อให้บริการที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการภายในบริบทของครอบครัว ข้อดีของการเยี่ยมบ้าน คือ เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าเดินทางของผู้ใช้บริการ และผู้สูงอายุส่วนมากพึงพอใจที่จะรับการรักษาพยาบาลที่บ้าน อันเป็นผลดีต่อการหายของโรคด้วย นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้มาเยือนผู้สูงอายุและครอบครัว อยู่ในฐานะเจ้าบ้าน จะรู้สึกเป็นผู้มีอำนาจ พยาบาลสามารถใช้สถานการณ์เช่นนี้ส่งเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวได้พยาบาลที่เยี่ยมบ้านสามารถนำข้อมูลข่าวสารไปให้ผู้ใช้บริการและชุมชนได้ ในขณะเดียวกันเป็นโอกาสที่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพ ความสามารถของ

ผู้ใช้บริการและชุมชน รวมถึงแหล่งทรัพยากรของชุมชนด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาความสามารถของผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชนในการแก้ปัญหาต่าง ๆ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตรีตรง, 2549)

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีหลายหน่วยงาน/องค์กรที่ดำเนินงานด้านนี้ เช่น สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ ทำโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยเพิกเฉย และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้องโดยอาศัยการสร้างอาสาสมัครจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือประชาชนในชุมชนที่สมัครใจทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน โครงการนี้ดำเนินการโดยจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ที่ประสงค์เป็นอาสาสมัคร ทั้งนี้ อผส.จะมีบทบาทช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในกิจกรรม เช่น เยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุข ดูแลเรื่องของอาหารการกิน เรื่องยา ช่วยเหลือในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว ช่วยทำความสะอาดบ้าน ช่วยพาไปออกกำลังกาย พาไปพักผ่อนนอกบ้าน พาไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรืองานในชุมชน พาไปพบแพทย์หรือช่วยประสานให้บุคลากรทางการแพทย์มาตรวจรักษา รวมไปถึงการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดย อผส.จะต้องไปปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมเยียนทุกสัปดาห์และไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 วัน นอกจากนี้ ยังมีโครงการอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ที่ดำเนินงานโดยชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนจากสถานี อนามัยหรือโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2) ด้านการศึกษา ประกอบด้วย

การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการโดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียน กลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกผ.)ได้พัฒนาแนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียน สำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ มีแผนปฏิบัติการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี การดำเนินงานประกอบด้วย โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (เช่น การให้การศึกษาขั้นพื้นฐาน ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย หลักสูตรอาชีพระยะสั้น การให้ความรู้พื้นฐาน คอมพิวเตอร์และการใช้อินเตอร์เน็ต การศึกษาตามอัธยาศัย) โครงการเสริมสร้างคุณค่าและการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ (เช่น จัดเวทีชาวบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ส่งเสริมการถ่ายทอด และเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น)

โครงการเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (เช่น จัดฝึกอบรมบริหารจัดการองค์กรผู้สูงอายุและโครงการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ (เช่น ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องจิตวิทยาและการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น)

การศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ การสนับสนุนด้านการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุไทยนั้นนอกจากภาครัฐจะเป็นผู้แสดงบทบาทหลักแล้ว ยังมีภาคเอกชนหนึ่งกลุ่มที่ตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ “ชมรมการศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์” หรือที่รู้จักกันว่า OPPY Clube (Old People Playing Young Club) เป็นชมรมที่มุ่งเผยแพร่ความรู้และทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์และอินเตอร์เน็ตให้แก่ผู้สูงอายุ ดำเนินงานภายใต้ความคิดที่ว่า “การเรียนมีได้ไม่รู้จบ” โดยเน้นวิธีการสอนที่เฉพาะเหมาะสม สำหรับผู้สูงวัย แต่ข้อกำจัดคือผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าบริการเอง ผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จริง ๆ มักจะเป็นผู้ที่มีฐานะระดับปานกลางถึงระดับสูง อย่างไรก็ดี วิธีการสอนที่พัฒนาตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเป็นองค์ความรู้ที่น่าศึกษา ชมรมนี้ นอกจากแสดงบทบาทเป็นแหล่งให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นสถานที่นัดพบแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย

3.3) ด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย

การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการดูแล เป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย 4 รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณี และวัฒนธรรม ปัญหาของบริการในสถานสงเคราะห์คือขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) นอกจากนี้เกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุเข้ารับบริการกำหนดให้เป็นผู้ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ จึงขัดกับแนวคิดที่ควรช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพาและไม่มีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อยู่นานจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และแม้ว่าการดูแลจะครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานานจะรู้สึกเหงา คิดถึง ลูกหลาน บางรายกลับไปอยู่บ้าน บางรายมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาความต้องการหลักประกันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากอยู่กับครอบครัว (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ดังนั้น แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจึงควรมุ่งขยายบริการในรูปศูนย์บริการหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ และจำกัดจำนวนสถานสงเคราะห์ไว้เท่าที่จำเป็น

3.4) ด้านการมีงานทำและการมีรายได้ ประกอบด้วย

กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช. เป็นผู้ใช้งบประมาณ80 ล้านบาทในการพัฒนาระบบสวัสดิการผู้สูงอายุใน 76 จังหวัด โดยสนับสนุนจังหวัดละ 1 ล้านบาท เป็นโครงการที่ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำ ในการกำหนดและตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุกันเอง ในขณะที่มี พอช. และกลไกพัฒนาในท้องถิ่นเป็นผู้ร่วมสนับสนุน ตัวอย่างจังหวัดที่เป็นที่รู้จักคือ “โครงการสวนปาล์ม” จังหวัดกระบี่เป็นจังหวัดหนึ่งที่ผ่านกระบวนการจัดทำโครงการจนเกิดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันโดยมีแนวคิดหรือมีปรัชญาร่วมกันคือ “ไม่ให้แบ่ง ไม่ให้สูญ ต้องถึงมือผู้สูงอายุ” มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต อยากทำงานผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ค่อยมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

3.5) ด้านการบริการสังคมและนันทนาการ ประกอบด้วย

ชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจ และมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและมีคุณประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน แต่ผู้บริหารจัดการและดำเนินการหลักคือกลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่ายทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมาก

ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550ก) หมายถึง “สถานที่รวมสำหรับองค์การ ชุมชนและผู้สูงอายุ ใช้ในการจัดบริการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ” เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมขององค์การ ชุมชน และผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิต และปัญญา โดยแนวคิดในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ คือการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ (Community-Based Approach) เป็นการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) เน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคม ส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชนและทรัพยากรในชุมชน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-Term Care System) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่างการดแลในครอบครัวสถาบัน และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

จัดบริการแบบองค์รวม เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Spiritual Development)

ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ บริการที่จัดให้ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด ออกกำลังกาย ศาสนกิจ กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนกิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ

ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม กิจกรรมที่จัดขึ้นจะเป็นไปตามความต้องการของชุมชนนั้น ๆ เช่น กิจกรรมส่งเสริมรายได้ กิจกรรมด้านการเกษตร กิจกรรมด้านการศึกษา รวมทั้งการให้บริการตรวจรักษาโรค กายภาพบำบัด ฟื้นฟูสภาพ

กองทุนผู้สูงอายุ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ในสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนทุนอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุหรือองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ มีความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยโครงการที่จะได้รับทุนอุดหนุนนี้จะต้องตอบสนองความต้องการหรือเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง ต้องมีแนวทางการดำเนินงานที่เน้นสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และที่สำคัญโครงการต้องมีวัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน นอกจากการให้ทุนเพื่อสนับสนุนโครงการด้านผู้สูงอายุแล้ว กองทุนผู้สูงอายุยังให้ทุนประกอบอาชีพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึงการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม ถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ และผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนต่าง ๆ (กองทุนผู้สูงอายุ, 2557)

4) การบริการสำหรับผู้สูงอายุ

4.1) การบริการการดูแลระยะยาว เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่ายและมีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันและมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทุกขนาดกิจกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80

ปีขึ้นไป มีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ 5-10 เท่า ข้อจำกัดเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะ รวมทั้งบริการสาธารณสุขและด้านสังคม และส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแล การที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552 ให้การรับรองมติในประเด็น “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ซึ่งข้อเสนอได้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น จึงมีข้อเสนอให้ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะส่วนราชการ รวมทั้งภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำข้อมตินี้เป็นจุดอ้างอิงสำหรับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลักดันให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือธุรกิจเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ

4.2) การบริการสุขภาพ ปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดเกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นแต่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.1 ที่ใส่ฟันทดแทน นอกจากนี้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะ รวมทั้งบริการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ มีผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพเพียงแค่ร้อยละ 15 นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสามหลักประกันสุขภาพ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549–2552 กลุ่มผู้สูงอายุ 70–79 ปี มีอัตราการใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิน 80 ปี ส่วนในด้านค่าใช้จ่ายกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการ ใช้บริการสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าวัยอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยค่าใช้จ่ายกลุ่มผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในกรณีที่ไม่เสียชีวิตต่ำกว่าค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตประมาณ 4 เท่า แต่มีแนวโน้มลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น จึงมีข้อเสนอให้หน่วยบริการสาธารณสุขและรัฐควรเร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น ทั้งการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และพัฒนารูปแบบบริการในชุมชนโดยชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลในบ้านและครอบครัวโดยความช่วยเหลือของชุมชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลในสถานพยาบาล

4.3) บริการทางสังคม การที่ลักษณะประชากรสูงอายุมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (มากกว่า 80 ปี) และมีแนวโน้มการย้ายเข้าสู่เขตเทศบาลของผู้สูงอายุสูงขึ้น ลักษณะของสังคมเมืองจะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากชนบท การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมทางสังคม การดูแลทางสังคมจะมีลักษณะที่เป็นกลุ่มย่อยมากขึ้น ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นในการประสานจัดตั้งและส่งเสริมกลุ่มย่อยเหล่านี้ให้สามารถดูแลกันในชุมชน สร้างกลไกย่อยในชุมชน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อการดูแลทางสังคม โดยส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคม อาสาสมัครในการบริการศูนย์อเนกประสงค์ที่ดำเนินการนำร่องในภูมิภาคต่าง ๆ นั้นผลการประเมินพบว่า การดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความเหมาะสมและควรสนับสนุนให้มีการขยายผลการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลและดำเนินการ ซึ่งมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่สนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารจัดการ กล่าวได้ว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นสามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนมาทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างเวลากลางวันได้ชุมชนละประมาณ 800-1,000 คนต่อเดือน อย่างไรก็ตาม ในเขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ในภูมิภาคยังมีข้อกัดมาก จากการที่สภาพความเป็นเมืองไม่เอื้อให้เกิดการรวมกลุ่มมของผู้สูงอายุและการช่วยเหลือกันในละแวกบ้านผู้สูงอายุ ดังนั้นเสนอให้หน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน ภาคประชาสังคมในชุมชน ควรริเริ่มการนำร่องในบริบทเขตเมืองให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่คนเดียวอาจมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้ต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในเมืองที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายนอกจากผู้สูงอายุแล้วจะยังสามารถขยายออกไปให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนวัยแรงงาน เพื่อให้มีการเตรียมการพร้อมรับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเพื่อปรับทัศนคติ เรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง และสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปมีการเตรียมการวางแผนสำหรับการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ

5) รูปแบบการสงเคราะห์และจัดสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นการช่วยเหลือสนับสนุน หรือการเกื้อหนุนจากครอบครัวหรือหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีหลักประกันในการดำรงชีวิต และด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ

และได้รับความสะดวกสบายตามสมควร ตลอดจนการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลให้มีความสุขไม่ต้องเร่ร่อน หรือถูกทอดทิ้งให้ว้าเหว่ รวมทั้งจะเสริมสร้างทัศนคติและพัฒนาค่านิยม เพื่อให้เกิดความกตัญญูต่อบุพการี โดยจัดให้มีการสงเคราะห์ทั้งภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์ ให้บริการในรูปหน่วยเคลื่อนที่ และให้บริการบ้านพักฉุกเฉิน รูปแบบการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ อาจแบ่งออกเป็น จำนวน 7 ด้าน ดังต่อไปนี้ (เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม, 2552, น.43 -45)

5.1) การจัดกิจกรรมด้านเศรษฐกิจและการเงิน คือ เน้นการส่งเสริมอาชีพ และเพิ่มรายได้แก่ผู้สูงอายุทุกอาชีพที่มีความหลากหลายความถนัด การให้สวัสดิการออมเงิน หรือสวัสดิการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยเมื่อเข้าโรงพยาบาล การช่วยเหลือค่าทำศพ สงเคราะห์ มอบเบี้ยยังชีพ การมอบวัสดุอุปกรณ์ เสื้อผ้า และถุงยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไร้ที่พึ่งที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ รวมไปถึงการจัดให้มีบำนาญหรือบำเหน็จแก่ข้าราชการเกษียณ พนักงานรัฐวิสาหกิจบางแห่ง และลูกจ้างที่ประกันตนตามเงื่อนไข เพื่อเป็นการประกันรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ

5.2) การจัดกิจกรรมด้านสังคม คือ เน้นจัดกิจกรรมพบปะ สังสรรค์ สนทนาพูดคุยและแลกเปลี่ยนความรู้สึก รวมไปถึงการจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมทางศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม งานบุญ และกิจกรรมตามวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันผู้สูงอายุ วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ ประเพณีวันสงกรานต์ งานเข้าพรรษา และกิจกรรมวันอาทิตย์สำหรับคนสามวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุ ปู่ ย่า ตา ทวด ลูกหลานมาร่วมกิจกรรมหรือเล่นเกม เป็นต้น

5.3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย คือ เน้นการให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การตรวจรักษาสุขภาพฟรี การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีนักกายภาพบำบัดให้การดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ และการให้ความรู้เรื่องอาหาร โภชนาการแก่ผู้สูงอายุ รวมไปถึงการดูแลเมื่อผู้สูงอายุถึงวาระสุดท้าย เป็นต้น

5.4) การจัดกิจกรรมด้านนันทนาการ คือ เน้นกิจกรรมทัศนศึกษา เข้าค่ายธรรมะศึกษาเรียนรู้พระพุทธศาสนา กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ทัศนศึกษานอกสถานที่ เที่ยววัดชมวัง การแข่งขันกีฬาและการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง เป็นต้น

5.5) การจัดกิจกรรมด้านนันทนาการ คือ เน้นการถ่ายทอดความรู้สึก ประสบการณ์และภูมิปัญญาด้านอาชีพ ศิลปวัฒนธรรมและอื่น ๆ ของผู้สูงอายุแก่เด็ก และคนในชุมชน เช่น การเชิญผู้สูงอายุให้มาช่วยเล่านิทานให้ลูกหลานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนฟัง การร้องเพลงกล่อมเด็ก เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้สูงอายุ จะได้ทำให้ไม่เกิดการทอดทิ้งกัน การถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านหนังตะลุง และงานจักสาน

5.6) การจัดกิจกรรมด้านการบำเพ็ญประโยชน์ คือ เน้นจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมสะสมความดีหรือกิจกรรมค่ายลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน การเข้าร่วมประชาคมและประชุมในหมู่บ้าน กิจกรรมไหว้พระเข้าวัด ทำบุญทำทานและการสงเคราะห์แก่ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเดือดร้อน เป็นต้น

5.7) การจัดกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม คือ เน้นการจัดสวนสุขภาพ จัดตั้งสถานที่ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ การจัดให้มีสถานสงเคราะห์สำหรับให้ผู้สูงอายุได้พักอาศัย และการให้บริการบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุได้ดำเนินการตามมติคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ประกาศจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันไดตามมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 กำหนดอัตราเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

กระทรวงมหาดไทย มีนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 โดยได้กำหนดภารกิจและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทซึ่งในปัจจุบันมี 5 รูปแบบ คือ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ให้ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาหรือจุดมุ่งหมายเชิงกลยุทธ์และแนวทางการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เช่น ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคม เน้นการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยใช้เวทีประชาคม บนพื้นฐานมีคุณภาพแห่งวิถีไทยและโลกาภิวัฒน์เพื่อการยกมาตรฐานในการดำรงชีวิตทั้งด้านการศึกษา สวัสดิการ และสุขภาพ โดยทุกส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งได้มีกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการให้ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือรวมอยู่ด้วย ในระยะหลัง ได้มีแนวคิดที่จะกระจายงานให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด เพราะเชื่อว่าท้องถิ่นและชุมชนอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ย่อมรู้และเข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ดี จึงถ่ายโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้รับโอนมาจากกรมประชาสงเคราะห์ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล กระทรวงมหาดไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยมีการส่งเสริมให้จัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนขึ้น เพื่อให้ชุมชนได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในกิจการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (กระทรวงมหาดไทย, 2545)

การให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ เป็นภารกิจและอำนาจหน้าที่หนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณะเพื่อประชาชน โดยอาจจำแนกออกเป็นหน้าที่ที่ต้องทำและหน้าที่ที่อาจทำซึ่งได้ถูกกำหนดไว้ในกฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2552)

จะเห็นได้นโยบายจากภาครัฐและสวัสดิการสังคม สอดคล้องสถาการณ์สังคมผู้สูงในปัจจุบัน แต่ว่าศักยภาพการเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ และการหารายได้ของผู้สูงอายุในชนชั้นล่างและกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมีบุตรที่เป็นส่วนสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ รายได้หลักของผู้สูงอายุที่ได้จากบุตรลดลงอย่างมากและคาดว่าจะลดลงเรื่อย ๆ แม้แต่การอาศัยอยู่แต่ก่อนส่วนใหญ่จะอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในครัวเรือนน้อยลง กล่าวคือ ครอบครัวเริ่มมีขนาดเล็กลงจนถึงการอยู่อาศัยอยู่แบบลำพัง และสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสตรี ดังนั้นสิ่งเหล่านี้อาจเป็นประเด็นท้าทายต่อการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯฉบับนี้ และอาจส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงจำนวนหนึ่งที่ต้องเผชิญปัญหาเช่นนี้เพียงลำพัง

2.2.3 กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในมาตรา 11 กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะมาตรา 11 (2) ได้กำหนดให้รับการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต โดยคณะอนุกรรมการติดตามสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ข้อมูลด้านกฎหมายที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความเป็นธรรมในการดำรงชีวิต ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคม จึงมอบหมายให้สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ จัดทำหนังสือคู่มือกฎหมายน่ารู้สำหรับผู้สูงอายุขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลกฎหมายต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิตในสังคมอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป (กฎหมายผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยเป็นกฎหมายสูงสุดที่ใช้เป็นแนวทางปกครองประเทศ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 มีมาตรการสำคัญที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมภารกิจที่จะต้องดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

แนวนโยบายพื้นฐานของรัฐ ได้ระบุให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ 2 มาตรา คือ มาตรา 80(1) รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ และมาตรา 84(4) รัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราภาพแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง

สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ ในมาตรา 53 ระบุว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

สิทธิในกระบวนการยุติธรรม ในมาตรา 40(6) ระบุว่า ผู้สูงอายุย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ ในมาตรา 281 ระบุว่า รัฐจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลักจัดบริการสาธารณะ และในมาตรา 283 ระบุว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ย่อมมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น และมีความเป็นอิสระกำหนดนโยบาย การจัดบริการสาธารณะ โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับการพัฒนาของจังหวัดและประเทศเป็นส่วนรวมด้วย

2) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ได้ประกาศใช้เมื่อ 6 เมษายน พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นฉบับล่าสุดที่มีการประกาศใช้ในปัจจุบันนั้น ได้มีการบัญญัติเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

สิทธิเสรีภาพของผู้สูงอายุ โดยระบุว่า

มาตรา 27(3) การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะ

ของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้

มาตรา 27 (4) มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสามหน้าที่ของรัฐ

มาตรา 48 (2) บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพและบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

หน้าที่ของรัฐในการส่งเสริมสวัสดิการในกับผู้สุงอายุ โดยระบุว่า

มาตรา 71(3) รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ที่ถูกกระทำการดังกล่าว

มาตรา 71(4) ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม

มาตรา 74 (1) รัฐพึงส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการทำงานอย่างเหมาะสมกับศักยภาพและวัยและให้มีงานทำ และพึงคุ้มครองผู้ใช้แรงงานให้ได้รับความปลอดภัยและมีสุขอนามัยที่ดีในการทำงาน ได้รับรายได้ สวัสดิการ การประกันสังคม และสิทธิประโยชน์อื่นที่เหมาะสมแก่การดำรงชีพ และพึงจัดให้มีหรือส่งเสริมการออมเพื่อการดำรงชีพเมื่อพ้นวัยทำงาน (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2560)

3) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 โดยตราขึ้นตามเจตนารมณ์ในมาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ประสงค์จะให้บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้สูงอายุ ให้ได้รับสวัสดิการอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค เป็นหลักประกันด้านสิทธิเสรีภาพ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

(1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

(2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(3) การประกอบอาชีพหรือการฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

(5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

(6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

(7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

(8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดย มิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

(9) การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว

(10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(11) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

มาตรา 16 ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุน มีสิทธินำไปลดหย่อนในการคำนวณภาษีเงินได้ หรือได้รับการยกเว้นภาษีสำหรับทรัพย์สินที่บริจาคแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร

มาตรา 17 ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ผู้นั้นมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร (ราชกิจจานุเบกษา, 2546)

4) ผู้สูงอายุกับการทำพินัยกรรม

พินัยกรรม คือการแสดงเจตนากำหนดการเผื่อตายในเรื่องทรัพย์สินของตน หรือในเรื่องต่าง ๆ ที่จะเป็นผลใช้บังคับได้ตามกฎหมายเมื่อตนตาย พินัยกรรมเป็นการแสดงเจตนาที่ประสงค์ให้มีผลเมื่อตนเองตายไปแล้ว ซึ่งจะยกทรัพย์สินให้แก่ใครก็ได้ หรือให้ผู้ใดเข้ามาจัดการ

ทรัพย์สินอย่างหนึ่งอย่างใดของตนก็ได้ แต่จะทำให้พินัยกรรมนั้นมีผลบังคับไปถึงทรัพย์สินของผู้อื่นที่มิใช่ของตนนั้นย่อมทำไม่ได้

กล่าวอีกนัยหนึ่ง พินัยกรรมก็คือ กิจการต่าง ๆของผู้ทำพินัยกรรม เพื่อที่จะเกิดผลบังคับตามกฎหมายในเมื่อผู้ทำพินัยกรรมถึงแก่ความตาย โดยทำแบบใดแบบหนึ่งที่กฎหมายกำหนดไว้ (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือที่เรียกตัวย่อว่า ป.พ.พ. มาตรา 1646 – 1648)

ลักษณะสำคัญของพินัยกรรมคือ เอกสารนั้นต้องมีข้อความกำหนดการเผื่อตายในเรื่องทรัพย์สินของผู้ตายว่าให้ตกเป็นของใคร หรือให้จัดการอย่างไรเมื่อผู้ทำพินัยกรรมตายไปแล้ว หากมีข้อความดังกล่าวก็เป็นพินัยกรรมโดยไม่ต้องมีข้อความระบุว่าเป็นพินัยกรรมแต่อย่างใด การทำพินัยกรรมอาจไม่ใช่เรื่องการยกทรัพย์สินให้ผู้ใดก็ได้ แต่อาจเป็นเรื่องอื่น ๆ ที่ให้มีผลตามกฎหมายก็ได้ เช่น การทำพินัยกรรมว่าเมื่อตนเองตายไปแล้วขอยกปอดให้แก่โรงพยาบาลราชวิถี หรือ ให้จัดงานศพของตนโดยการเผาภายใน 3 วัน ดังนี้ก็เป็นพินัยกรรมเช่นกัน

5) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี (Advance Care Planning for Peaceful Death)

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระ สุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่ในประเทศไทยเริ่มมีการตื่นตัวและให้ความสนใจสองแนวคิดนี้เพื่อให้มนุษย์ได้รับการดูแลตามความต้องการตามเจตนาของตนและคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์จนถึงวาระสุดท้าย เพื่อการจากไปอย่างสงบ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) ในอเมริกาเริ่มให้ ความสนใจราวปี ค.ศ. 1969 โดย Luis Kutner นักเคลื่อนไหว ด้านมนุษยชนและนักกฎหมายชาวอเมริกา (Kutner, 1969) มีผลในทางกฎหมายเป็นครั้งแรกในประเทศ สหรัฐอเมริกาเนื่องมาจากกฎหมายการตายตามธรรมชาติ (Natural Death Act) ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ปี ค.ศ. 1976 เพื่อ รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต (หรืออีกความหมายหนึ่ง คือยืดความตายออกไป) ก่อนจะแพร่หลายไปยังรัฐและประเทศอื่น ๆ ในประเทศออสเตรเลียมีการพูดถึงอำนาจในการกระทำแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย (Powers of Attorney) ประมาณปี คศ. 1998 และอีกหลายประเทศ เช่น แคนนาดา อังกฤษ เยอรมัน สิงคโปร เริ่มให้ความสนใจในเวลาช่วงปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมาตามสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีหลายประเด็นที่พูดถึง เช่น คำสั่งการรักษาล่วงหน้า (Advance Directives, Advance Medical Directive, Health Care Advance Directive)

การการุณยฆาต (Euthanasia) และ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning [ACP]) (Wikipedia, 2009)

ประเทศไทยให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็น นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและเมื่อปีพ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และมีการกำหนดไว้ในมาตรา 12 ว่าบุคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2553 โดยกฎหมายนี้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 นับตั้งแต่นั้นจึงเริ่มมีการพูดถึงการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขซึ่งในทางปฏิบัติ พบว่าบุคลากรพยาบาลอาจยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องนี้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างการวางแผนดูแล รักษาตนเองล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขส่งผลกระทบต่อการตายดี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2551 มาตรา 12 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” ศาสตราจารย์ แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้อำนวยการศูนย์ธรรมศาสตร์ ธรรมรักษ์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้อธิบายเพิ่มเติมไว้ดังนี้

1) มาตรา 12 ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพันธนาการร่างไว้เพื่อยืดความตายออกไป ซึ่งในต่างประเทศจะเรียกการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าแบบนี้ว่า “Living Will” หรือ “Advance Directive” การสื่อความหมายที่อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดก็คือการกล่าวถึงมาตรา 12 ดังกล่าวว่า เป็นกฎหมายที่ออกมารองรับสิทธิที่จะตาย ทำให้เข้าใจว่าเป็นสิทธิที่จะตายเมื่อไรก็ได้ เหมือนเข้าใจผิดว่ากฎหมายออกมาเพื่อรองรับการขอตายก่อนเวลาอันควร การพูดถึงมาตรา 12 จึงควรพูดให้เต็มประโยคว่า มาตรา 12 คือสิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ

2) มาตรา 12 ของ พรบสุขภาพแห่งชาติ มิใช่บทบัญญัติที่ให้บุคคลใดสามารถเร่งการตายได้ กล่าวคือมิใช่เรื่องของการุณยฆาต หรือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วเข้า การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วเข้า โดยทั่วไปเป็นเรื่องที่ไม่สามารถกระทำได้ และกฎหมายประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ก็

เห็นตรงกันในเรื่องนี้ จะมีอยู่บางประเทศเท่านั้นที่เปิดโอกาสให้แพทย์และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องใช้ดุลยพินิจในเรื่องนี้ได้ คือให้ทำ Active Euthanasia ได้ ดังกฎหมายของประเทศเบลเยี่ยม เนเธอร์แลนด์ และบางรัฐของอเมริกา เช่น รัฐโอเรกอน เป็นต้น ซึ่งต้องเข้าใจว่า มาตรา 12 ที่บัญญัติขึ้น มิใช่แนวคิดดังกล่าว แต่เป็นเรื่องของการขอตายธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆมายื้อความตาย มาตรา 12 จึงเป็นกรณีของ Passive Euthanasia

3) มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะใช้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น หากเป็นกรณีที่ยังรักษาได้ ก็จะต้องรักษาตามปกติ เมื่อครั้งที่ผู้เขียนไปร่วมชี้แจงกฎหมายเรื่องนี้ต่อคณะกรรมการกฤษฎีกา กรรมการกฤษฎีกาท่านหนึ่งได้ถามว่า ถ้าตัวท่านได้แสดงเจตนาไว้ใน Living Will ว่า ไม่ประสงค์จะให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ประสงค์ให้เจาะคอ หากวันหนึ่งท่านประสบอุบัติเหตุ และอยู่ในภาวะไม่รู้สึกตัว มีผู้นำส่งยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล คุณหมอ คุณพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน จำเป็นจะต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิต จะใส่ได้หรือไม่ หรือต้องทำตามเจตนาของผู้ป่วยที่เขียนไว้ใน Living will ผู้เขียนตอบว่าหลักการของ Living will ใช้เฉพาะเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต หากเป็นกรณีทั่วไปหรือกรณีฉุกเฉินที่จะต้องช่วยชีวิต ก็เป็นเรื่องที่ต้องรักษาพยาบาลกันไปตามความรู้และจริยธรรมวิชาชีพ

ข้อสงสัยอีกประการหนึ่งก็คือ ในมาตรา 12 นอกจากมีข้อความว่า “ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน” แล้ว ยังมีข้อความว่า “หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” ซึ่งมีผู้สงสัยว่า ข้อความนั้นคืออะไร เรื่องนี้ได้มีการอธิบายเพิ่มเติมไว้แล้วในกฎกระทรวงที่ออกมาตามที่ มาตรา 12 วรรคสอง กำหนดไว้ โดยในกฎกระทรวงได้ให้นิยามไว้ดังนี้

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือจิตใจของผู้ทำหนังสือ แสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

4) จะรู้ได้อย่างไร ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ให้นิยามไว้ดังนี้

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่าง

ถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

การให้ความหมายเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต กฎหมายบัญญัติเป็นกรอบหรือแนวทางไว้เท่านั้น ในทางปฏิบัติแพทย์เจ้าของไข้ จะเป็นผู้ประเมินตามหลักวิชาทางการแพทย์และแจ้งแก่ญาติ หากญาติเห็นพ้องตามที่แพทย์อธิบาย ทุกอย่างก็คงดำเนินการตามเจตนาที่ผู้ป่วยได้แสดงไว้ใน Living Will แต่หากญาติไม่เห็นด้วยและประสงค์ให้ยื้อชีวิตต่อไป ก็คงต้องเป็นไปตามเจตนาของญาติ ในทางปฏิบัติการเชิญญาติที่มีอำนาจตัดสินใจมาประชุมพูดคุยกัน จึงเป็นเรื่องที่แพทย์ พยาบาล พึงปฏิบัติ แม้ผู้ป่วยจะมี Living Will ไว้แล้วก็ตาม ขั้นตอนเหล่านี้เป็นเรื่องที่แพทย์พยาบาล ปฏิบัติกันอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าถ้ามี Living Will ของผู้ป่วย การพูดคุยกับญาติย่อมง่าย เพราะรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอย่างไรถ้าผู้สูงอายุได้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการเขียน Living Will ไว้และหากบุคลากรทางการแพทย์ ได้ปฏิบัติตาม Living will กฎหมายก็ได้บัญญัติรับรองไว้ว่า มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง การพูดคุยกับญาติให้เกิดความเข้าใจตามความเป็นจริงจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก การเหนี่ยวรั้งชีวิตด้วยเครื่องมือต่าง ๆ กลับจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานโดยให้ความรู้แก่ญาติด้วยว่า วิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานมากนักและจะทำให้จากไปอย่างสงบก็คือการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือการดูแลบรรเทาโรคตามอาการ (Symptom Control) การบรรเทาความเจ็บปวด (Relief Pain) ตลอดจนการดูแลทางด้านจิตใจ (Spiritual Healing) ให้แก่ผู้ป่วยด้วย หากญาติได้รับรู้และมีความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ก็จะตัดสินใจในทางที่ถูกต้องได้ ในหลาย ๆ กรณีที่เป็นอยู่ ก็คือ ญาติไม่ได้รับรู้ข้อมูลในเรื่องเหล่านี้ และคิดว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายอาหารทางจมูก การปั๊มหัวใจ เป็นวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีที่สุด

5) แพทย์จะปฏิเสธการทำตาม Living Will ได้หรือไม่ โดยหลักกฎหมาย ในมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หากแพทย์ทำตาม Living Will กฎหมายได้บัญญัติรองรับไว้แล้วว่า การกระทำของแพทย์ไม่มีความผิดใด ๆ แต่ถ้าจะปฏิเสธการทำตาม Living Will คงขึ้นอยู่กับเหตุผลในกรณีอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยได้เขียน Living Will ไว้แล้วว่า ไม่ประสงค์ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่เมื่อถึงเวลาดังกล่าว ญาติได้มาบอกกับแพทย์ว่า บุตรของผู้ป่วยกำลังเดินทางมาจากต่างประเทศและเป็นบุตรที่ผู้ป่วยมีความรักความผูกพันมาก ขอให้แพทย์ช่วยใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อยืดเวลาออกไปอีกระยะหนึ่งเพื่อให้บุตรได้มาพบกับบิดา เหตุผลเช่นนี้เป็น

เรื่องที่ควรรับฟังความเห็นและคำขอของญาติ แต่ถ้าคำขอของญาติที่จะให้ยืดการตายออกไปนั้นเป็นไปด้วยความไม่รู้หรือขาดเหตุผล แพทย์พึงชี้แจงให้ญาติได้ทราบความจริงและทำตามความประสงค์ที่เขียนไว้ใน Living Will ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเมื่อเร็ว ๆ นี้ก็คือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งไม่รู้สึกตัวและไม่ได้เขียน Living Will ไว้ ญาติ ๆ ได้ปรึกษาหารือกันแล้วว่า ผู้ป่วยสูงอายุแล้ว อยากให้ท่านได้จากไปอย่างสงบ โดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาเหนี่ยวรั้งไว้ ขอให้แพทย์รักษาไปตามอาการ ขอให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ แต่เมื่อญาติได้แสดงตามประสงค์ดังกล่าว กลับได้รับคำตอบจากทางโรงพยาบาลว่า ถ้าจะให้ทำเช่นนี้ ญาติควรนำผู้ป่วยกลับบ้านไปดูแลเอง นี่คือปัญหาที่เกิดขึ้นและสร้างความรู้สึกที่ไม่ดีให้เกิดขึ้นในใจของญาติ การสื่อสารพูดคุยทำความเข้าใจกับญาติอย่างกัลยาณมิตรเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในเวชปฏิบัติ การปรึกษาหารือกันก็เพื่อหาแนวทางที่จะทำในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยนั่นเอง

6) หากได้ใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว และมาพบ Living Will ภายหลังว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการจะทำอย่างไร แม้ทุกวันนี้จะมีกฎหมายรองรับให้บุคคลสามารถเขียน Living will ไว้ได้ เพื่อแสดงเจตนาล่วงหน้าว่า ต้องการให้รักษาพยาบาลอย่างไรในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่เรื่องนี้ยังเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย จึงยังมีแนวปฏิบัติที่ต่างกัน ผู้เขียนขอแนะนำว่า วิธีที่ดีที่สุดก็คือ เมื่อเขียน Living Will เสร็จซึ่งทางสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ มีตัวอย่างการเขียน Living Will ไว้ให้แล้ว) ควรจะถ่ายสำเนาและเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จากนั้นให้นำสำเนานี้ไปแนบไว้กับเวชระเบียนในโรงพยาบาลที่ไปรักษาเป็นประจำ แพทย์ท่านใดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเวลานั้น ก็จะทราบความประสงค์ของผู้ป่วยได้ ส่วนหนังสือ Living Will ฉบับจริง ควรจะเก็บไว้กับเจ้าของเพราะบุคคลนั้นอาจจะเดินทางไปในสถานที่ต่าง ๆ และเกิดอาการป่วยกระทันหันจนถึงระยะสุดท้าย แพทย์ผู้รักษาจะได้ทราบความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยได้เขียนไว้ชัดเจนว่า ไม่ประสงค์จะใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่ถ้าได้ใส่ไปแล้ว มาทราบจาก Living Will ในภายหลังว่าผู้ป่วยไม่ต้องการและเขียนไว้ด้วยว่าถ้าใส่เครื่องไปแล้วก็ให้หยุดเครื่องช่วยหายใจ แพทย์จะทำตามความประสงค์ที่เขียนไว้ใน Living Will ได้หรือไม่ จากหลักกฎหมายดังกล่าวมาแล้วว่า ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำตาม Living Will การกระทำนั้นไม่เป็นความผิดใด ๆ ซึ่ง มาตรา 12 วรรคท้ายได้เขียนไว้ชัดเจน และต้องเข้าใจว่ากรณีที่ว่านี้มิใช่เรื่องการทำให้ตายเร็วเข้า หรือการทำ Active Euthanasia

ในเรื่องนี้คงต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนว่ามิใช่การไปหยุดการช่วยเหลือที่เป็นการ Withdraw โดยพลการ แต่เป็นการทำตามคำสั่งของผู้ป่วยที่เขียนไว้ใน Living Will ว่าขอตายตามวิถีธรรมชาติ ซึ่งกฎหมายรองรับให้ทำได้ อย่างไรก็ตามการทำตามคำสั่งดังกล่าวนี้ แพทย์จะต้องพูดคุยกับญาติด้วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือเจตนาดังกล่าว ซึ่งในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดแนวทางปฏิบัติไว้แล้ว กรณีที่เคยเกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งก็คือ การรักษาในตอนแรกแพทย์ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่แล้ว ต่อมาพบว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว ญาติจึงได้แจ้งให้แพทย์และทางโรงพยาบาลทราบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เขียน Living Will ไว้แล้วว่า ไม่ต้องการให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ และญาติทุกคนก็เห็นพ้องกัน แต่ทางโรงพยาบาลยืนยันว่า หยุดเครื่องไม่ได้เพราะไม่มีกฎหมายให้อำนาจไว้ กลายเป็นข้อพิพาทกันระหว่างทางโรงพยาบาลกับญาติ ซึ่งไม่ทราบว่า การไม่ทำตามประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ เป็นเพราะมีเหตุผลอะไรแอบแฝงอยู่ เพราะค่ารักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตนี้เป็นจำนวนเงินที่สูงมาก กรณีเช่นนี้ควรจะให้ความสำคัญกับเจตนาของผู้ป่วยและญาติมากกว่าการอ้างเหตุผลอื่น สำหรับการหยุดเครื่องช่วยหายใจนั้นอาจจะใช้วิธีลดอัตราส่วนลงมาเรื่อย ๆ และให้การดูแลแบบประคับประคองควบคู่ไปก็จะช่วยให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ อย่าลืมว่า ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นหนทางที่ทุกคนจะต้องพบกับภาวะเช่นนั้น และถ้าเราไม่ประสงค์จะให้ใครมาพันธนาการตัวเราด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ก็ควรจะเข้าใจในจิตใจของผู้อื่น และช่วยให้เขาได้จากไปอย่างสงบในระยะสุดท้ายของชีวิต

7) การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลต่อไปหรือไม่ คนส่วนหนึ่งยังมีความสงสัยอยู่ว่า ถ้าเขียน Living will ปฏิเสธการใช้เครื่องมือมายืดความตายดังกล่าว ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลต่อไปหรือไม่ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย แม้แพทย์จะไม่สามารถให้การรักษาให้หายจากโรคได้ แต่โดยจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ยังคงให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งตามนิยามที่เขียนไว้ในกฎกระทรวงก็ได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้ดังนี้ “บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care คือการดูแลครอบคลุมทุกด้าน นอกจากการดูแลทางการแพทย์ ยังรวมถึงการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย และพูดคุยกับญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุมาลี

นิมมานนิตย์ ได้เคยกล่าวไว้ว่า หลักการสำคัญของ Palliative Care คือ การบรรเทาความทุกข์ทรมาน (Relief Suffering) และดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Improve Quality of Live) Palliative Care เป็นหน้าที่ของทุก ๆ คนในทีมรักษา คือการดูแลอย่างมีมนุษยธรรม คือ Humanized Medicine จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ชี้ให้เห็นว่า Palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคองมิใช่การดูแลเฉพาะการบรรเทาอาการของโรคและบรรเทาความเจ็บปวด แต่ยังรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ และการทำความเข้าใจกับครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งต้องอาศัยการพูดคุยอย่างมีศิลปะ โดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ที่อยู่ในอารมณ์ของการสูญเสียด้วย

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2558) กล่าวโดยสรุปว่า เจตนารมณ์ของมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2551 คือการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยขอใช้สิทธิจากไปตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ มายืดความตายออกไป หลักการของมาตรา 12 มิใช่การเร่งให้ตายเร็วขึ้น แต่ก็ไม่ได้ยื้อความตายออกไปเรื่อย ๆ และก็ไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด เพราะการรักษาแบบประคับประคองหรือ Palliative Care ยังคงกระทำอยู่ แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่อาจรักษาโรคให้หายได้แล้ว แต่ยังสามารถช่วยดูแลอาการควบคุมความเจ็บปวด ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ เหมือนเป็นแสงสุดท้ายในความมืด

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าแนวทางในการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจในกฎหมายเพื่อสิทธิประโยชน์ที่พึงมีแก่ประชาชนสูงวัย รวมทั้งสิทธิทางกฎหมายในด้านการวางแผนการรักษาพยาบาล หากวันใดผู้สูงอายุเกิดเจ็บป่วยอย่างเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการเป็นสตรีสูงอายุที่อยู่ลำพัง อาจจะไม่มีใครตัดสินใจแทนได้เมื่อวาระสุดท้ายนั้นมาถึง

2.2.4 นวัตกรรมเชิงเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ (Technological Innovation)

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560 ระบุว่า ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และช่วยให้เกิดความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน โทรศัพท์เคลื่อนที่หรือ โทรศัพท์มือถือ เป็นอุปกรณ์เทคโนโลยีที่มีการใช้งานกันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้สูงอายุ ประเภทของโทรศัพท์มือถือที่มีการใช้งานปัจจุบันมีทั้งแบบที่เรียกว่า Smart Phone มาพร้อมกับแอพพลิเคชันจำนวนมากที่สามารถดาวน์โหลดมาใช้งานได้ หรือโทรศัพท์แบบ Feature Phone ที่มีฟังก์ชันการใช้งานทั่วไป มีแอพพลิเคชันสำหรับใช้งานได้บ้าง จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติ

แห่งชาติ ในปี 2560 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.4 ใช้โทรศัพท์แบบ Feature Phone ซึ่งเป็นโทรศัพท์ที่ไม่ต้องเรียนรู้การใช้งานมากนัก แต่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้เช่นกัน นอกเหนือจากอุปกรณ์เทคโนโลยียังมีแอพลิเคชันที่พัฒนามาสำหรับให้ผู้สูงอายุใช้งาน เช่น แอพพลิเคชันช่วยการขยายตัวหนังสือ ช่วยเตือนเวลากินยา วัดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยออกแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม ขยายหมายเลขโทรศัพท์ เรียกรถฉุกเฉิน 1669

กรมอนามัยได้พัฒนาแอพพลิเคชันชื่อ “สูงวัย สมองดี” เพื่อใช้ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุ นับว่าเป็นนวัตกรรมการสื่อสารข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐที่พัฒนาได้ทันกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่ในอนาคตมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุไทย จะมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น การใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีเป็นเรื่องที่ต้องเรียนรู้ แม้แต่เด็กรุ่นใหม่ก็ยังต้องเรียนรู้การใช้งานใหม่ๆที่พัฒนาขึ้น ดังนั้น สำหรับผู้สูงอายุที่เกิดมาในยุคที่ยังไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้ จึงต้องมีการเรียนรู้ จึงเกิดหลักสูตรอบรมการใช้เทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในการสื่อสารให้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเรียนรู้วิธีใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Line แม้ว่าข้อมูลจากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี 2560 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.6 ใช้อินเทอร์เน็ต โดยในจำนวนนี้ มีที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเล่น Social networkมากถึงร้อยละ 97 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ผู้สูงอายุยังใช้ประโยชน์ จากเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเพื่อกิจกรรมอื่น ๆ อีก เช่น เพื่อความบันเทิง (ดูหนัง ฟังเพลง) (ร้อยละ 69) อ่าน E-book (ร้อยละ 50) ค้นหาข้อมูลบริการและสินค้าเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 48) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

นอกจากนี้ยังการคิดค้นและการประดิษฐ์นวัตกรรมเพื่อช่วยดูแลและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างหลาก จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560ได้ยกตัวอย่างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์เพื่อผู้สูงอายุจากนักศึกษาไทย อาทิเช่น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

ไม้เท้าแจ้งเตือนการล้มสำหรับผู้สูงอายุผลงานของสองนักศึกษาวิทยาลัยสารพัดช่างสงขลา โดยนำความรู้วิชาไมโครคอนโทรลเลอร์มาประยุกต์ใช้ประดิษฐ์ผลงาน ด้วยการออกแบบให้ไม้เท้าสามารถแจ้งเตือนไปยังโทรศัพท์มือถือของลูกหลานหากผู้สูงอายุล้มขณะใช้ไม้เท้า

อุปกรณ์ช่วยเดินช่วยลุกยืนของผู้สูงอายุและผู้พิการผลงานสร้างสรรค์ของสองนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสุราษฎร์ธานี ผลงานชิ้นนี้ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการช่วงล่างสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้น ได้มีการนำผลงานไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาล และนำข้อบกพร่องจากผู้ใช้งานมาปรับปรุงให้อุปกรณ์นี้สมบูรณ์มากขึ้น

เครื่องจ่ายยาอัจฉริยะประจำบ้านผลงานของนักศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร ที่มีชื่อว่าMeddi สามารถตั้งเวลาและชนิดยา ผ่านแอพพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ทำให้จ่ายยาให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำและตรงตามเวลา เป็นการป้องกันการลืมรับประทานยา รองรับยาได้มากถึง 8 ชนิดใช้สำหรับผู้ใช้งานได้มากถึง 3 คน

อุปกรณ์ช่วยเดินและพยุงน้ำหนักบางส่วน Space Walker ผลงานของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คว้ารางวัลระดับนานาชาติ i-CREATe 2017 (Gold award) ที่ประเทศญี่ปุ่น เป็นอุปกรณ์ช่วยฝึกเดินและแก้ปัญหาการล้ม ช่วยพยุงน้ำหนักของผู้ที่ปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ใส่เทคโนโลยีการพยุงน้ำหนักเพิ่มความมั่นคงให้กับผู้ใช้ มีระบบรักษาสมดุลหากเกิดอาการเซหรือเสียหลักจะหกล้ม

ระบบเฝ้าระวังผู้สูงอายุ โดยใช้กล้องตรวจจับการเคลื่อนไหวแบบ 3 มิติตรวจจับการล้มพร้อมแจ้งเตือน จากผลงานของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ออกแบบให้ทำงานโดยใช้แสงอินฟราเรด จึงไม่ต้องติดตั้ง อุปกรณ์ติดตัวผู้สูงอายุสามารถใช้ได้ทั้งเวลากลางวันและกลางคืนสามารถแยกได้ว่าผู้สูงอายุล้มจริงหรือแค่ก้มเก็บของ กล้องบันทึกการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุและแปลผลเป็นภาพโครงกระดูกแบบสามมิติจึงช่วยให้การวินิจฉัยของแพทย์ทำได้เร็วขึ้นและรักษาได้อย่างทันท่วงที

2.3 แนวคิดสตรีนิยมกับการพัฒนาสตรีสูงอายุ

ก่อนจะศึกษาถึงแนวคิดสตรีกับการพัฒนาผู้สูงอายุ จำเป็นจะต้องศึกษาพัฒนาการของกระบวนการสตรีนิยม รวมทั้งความสำคัญต่าง ๆ ของสตรีในแต่ละช่วง จึงต้องชี้ให้เห็นถึงขั้นการก่อตัวของแนวคิดต่าง ๆ ในสายสตรีนิยม เพราะในทุกสังคมล้วนมีประวัติศาสตร์การต่อสู้ของผู้หญิง โดยกรอบแนวคิดสตรีนิยมแบ่งออกเป็น 3 ช่วงดังนี้ 1 คลื่นลูกที่ 1 ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 17-19 ถึงประมาณต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ให้ความสำคัญกับความมีเหตุผลที่ผู้ชายมีแต่ผู้หญิงไม่มี การ

เรียกร้องสิทธิ์ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ความมี อิสระของหญิงชนชั้นกลางและชนชั้นสูง การยอมรับในการแบ่งโลกสาธารณะและโลกส่วนตัว และการเรียกร้องให้ผู้หญิงทำงานนอกบ้าน คลื่นลูกที่ 2 เริ่มต้นในทศวรรษ 1960-1980 เรียกร้องให้มีความเท่าเทียมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และเพื่อหาหนทางอธิบายถึงสาเหตุความเป็นรองของผู้หญิง และแนวทางในการจำกัดความเป็นรอง เกิดเป็นแนวคิดสตรีนิยมหลายสาย อาทิ แนวคิดสตรีนิยมสายเสรีนิยม สตรีนิยมสายมาร์กซิสต์ สตรีนิยมสายสังคมนิยม สตรีนิยมสายถอนรากถอนโคน และสตรีนิยมสายจิตวิเคราะห์ คลื่นลูกที่ 3 ช่วงปลายทศวรรษ 1980 จนปัจจุบัน ได้รับอิทธิพลจากกระแสหลังสมัยนิยมเกิดการตั้ง คำถามต่อข้อเสนอของแนวคิดที่สตรีนิยมสายต่าง ๆ แนวคิดช่วงนี้ให้ความสำคัญในเรื่องของร่างกาย โดยมองว่า ร่างกายที่แตกต่างกันทำให้มีประสบการณ์แตกต่างกัน ปฏิเสธการแบ่งแยกระหว่างเพศทางชีวะและเพศทาง สังคม รวมทั้งให้ความสนใจในความเฉพาะเจาะจง ความหลากหลาย และความแตกต่างของผู้หญิง ความขัดแย้งทางอัตลักษณ์และสถานะความเป็นผู้อื่น นักสตรีนิยมทุกสำนักคิดทฤษฎีล้วนต่างมีเป้าหมายเพื่อการปลดปล่อยผู้หญิงเหมือนกัน แต่การปลดปล่อยว่าด้วยเรื่องใด วิธีการใด อย่างไร เป็นประเด็นที่ต่างกัน การถกเถียงในเรื่องนิยามการปลดปล่อย ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องถกเถียงกันอยู่แม้ในหมู่นักสตรีนิยมด้วยกันเอง ทั้งยังต้องถกเถียงกับผู้ที่คัดค้านไม่เห็น ด้วยกับสตรีนิยมด้วย ในการต่อสู้รณรงค์เพื่อปลดปล่อยผู้หญิงนี้ นักสตรีนิยมรุ่นปัจจุบันเห็นว่าทำได้หลาย แนวทาง แต่ไม่ว่าจะเป็นแนวทางใดล้วนต้องอาศัยการสร้างความรู้ (Construction of Knowledge) หรือการผลิตความรู้(Production of Knowledge) ด้วยกันทั้งสิ้น ทฤษฎีสตรีนิยมที่จะถกเถียงต่อไปเป็นทั้งเครื่องมือ เป็นทั้งความรู้ด้วยตัวของมันเอง บางครั้งในหนังสือวิชาการทางสังคมศาสตร์ เช่น สังคมวิทยา มานุษยวิทยา ที่เป็นภาษาอังกฤษจะ พบว่า Feminist Theory หรือทฤษฎีสตรีนิยม ปรากฏอยู่โดยไม่มีคำอธิบายเพิ่มเติมใด

เนื่องจากประเทศไทย ทฤษฎีสตรีนิยมยังเป็นของใหม่อยู่มาก คำอธิบายเพิ่มเติมใน The Dictionary of Feminist Theory พบว่า

1) ทฤษฎีสตรีนิยมมุ่งที่จะสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้หญิงที่ล้ำลึกกว่าทฤษฎีต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว ซึ่งผู้เขียนอธิบายเพิ่มเติมว่า คือทฤษฎีของความรู้กระแสหลักทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีทาง วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ โดยที่นักสตรีนิยมใช้ทฤษฎีสตรีนิยมเป็นเครื่องมือใน การสร้างความรู้อีกชุดหนึ่ง ที่เป็นคนละชุดกับความรู้เดิมที่มีอยู่

2) ทฤษฎีของนักสตรีนิยมเริ่มต้นจากประสบการณ์ของการถูกกดขี่ของผู้หญิง (Women's Experience of Oppression) พร้อมกับโต้เถียงว่า การกดขี่ผู้หญิงให้ต่ำต้อย (Women's

Subordination) มี ทั้งในสถานการณ์หรือเงื่อนไขแวดล้อมส่วนตัว และขยายไปถึงเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ทางการเมืองด้วย ประเด็นที่น่าสนใจดังกล่าวควรจะถกเถียงในรายละเอียดต่อไปในหลายประเด็น เช่น

2.1) ทฤษฎีสตรีนิยมต้องเริ่มต้นจากประสบการณ์ของการถูกกดขี่ (Oppression) ถูกกดให้ด้อย กว่า ต่ำกว่า (Subordination) ของผู้หญิง คำว่าประสบการณ์ในที่นี้หมายถึง สิ่งที่ได้พบมา เห็นมา หรือถูก กระทำมา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในทัศนะของผู้หญิงคนนั้น เช่น ถูกข่มขืน ถูกลวนลามทางเพศ ถูกทำร้ายทุบตี ถูกเลือกปฏิบัติฯลฯ

2.2) แม้ว่าประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้หญิงเจ็บปวดทั้งกายใจ อารมณ์ความรู้สึก แต่ผู้หญิงก็สามารถนำเอาประสบการณ์เหล่านั้นมาแปรเป็นการสร้างความรู้ได้ ซึ่งในทางญาณวิทยา (Epistemology) หรือศาสตร์ที่ว่าด้วยการสร้างความรู้ มีลัทธิทางปรัชญาที่เรียกว่าประจักษ์นิยม (Empiricism) หมายถึง ทัศนะ ที่ถือว่าแหล่งความรู้ที่เชื่อถือได้มีอย่างเดียวเท่านั้นคือประสบการณ์ (Experience) ซึ่งหมายถึงความรู้ที่ผ่าน ประสาทสัมผัส ทัศนะที่ไม่ใช่ว่ามีความรู้ก่อนประสบการณ์ (A Priori Knowledge) มีแต่ความรู้หลัง ประสบการณ์ (A Posteriori Knowledge) เท่านั้น

2.3) ประสบการณ์ของผู้หญิงในเรื่องต่าง ๆ เช่น การถูกกดขี่ การถูกกดให้ด้อยกว่าต้องยินยอม การถูกขูดรีดหรือเอารัดเอาเปรียบทางเพศ (Sexual Exploitation) การถูกละเมิดหรือการถูกลวนลามทางเพศ (Sexual Harassment) การถูกตัดสินอย่างมีอคติ การถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination) และอื่น ๆ เป็น ประสบการณ์เฉพาะของผู้หญิงที่ผู้ชายส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เหล่านี้ จึงทำให้ผู้ชายส่วนใหญ่มักไม่ยอมรับ หรือไม่เชื่อว่าประสบการณ์ของผู้หญิงเป็นจริง มีจริงหรือเกิดขึ้นจริง ถึงแม้เห็นหรือยอมรับว่ามีจริง เป็นจริง แต่ก็อาจถือว่าไม่สำคัญเป็นเรื่องธรรมดาขณะที่ผู้หญิงผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์นั้น ๆ เช่น ไม่เคยถูกข่มขืน หรือถูกพยายามข่มขืน ถูกลวนลาม ก็อาจถูกมองไม่เห็นความสำคัญ โดยไม่ตระหนักรู้ว่าการข่มขืนเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อนกว่าการวางตัวและการแต่งตัวของผู้หญิง

ผลเสียที่ตามมาคือ ตัวของผู้หญิงเองก็อาจไม่เชื่อในศรัทธา ประสบการณ์ของตนเองว่ามีความน่าเชื่อถือ (Validity) ในเชิงของการแปรเปลี่ยนให้เป็นความรู้ ทั้งนี้เพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ตกอยู่ภายใต้กรอบความคิดและ วิถีปฏิบัติหรือวัฒนธรรมของสังคมที่ตนเติบโตขึ้นมา ถูกอบรมบ่มนิสัยให้คิดเช่นนั้น เช่น ถูกทำให้เชื่อว่าผู้หญิง ต้องเป็นผู้ตาม ต้องอดทน แม้จะถูกสามีตบตีข่มเหง ขืนใจร่วมเพศด้วย ทั้ง ๆที่ตัวผู้หญิงเองก็ไม่ยินยอมพร้อม ใจแต่ก็ถือว่าเป็นการทำตามหน้าที่ของเมียที่ดี เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การที่ผู้หญิงตกอยู่ในสังคมวัฒนธรรมชายเป็น ใหญ่หรือปิตาธิปไตย

จึงท าให้ผู้หญิงไม่เห็นค่าของประสบการณ์ส่วนตัว ดังนั้น การสร้างทฤษฎีสตรีนิยมบนฐาน ของประสบการณ์ของผู้หญิงจึงไม่ค่อยเกิดขึ้น

ความเหลื่อมล้ำทางเพศได้ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวเรียกร้องความเท่าเทียมกันระหว่างเพศมาโดยตลอด โดยเฉพาะในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ในช่วงเวลาดังกล่าวยังได้เกิดการศึกษาและ คำอธิบายหรือแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นรองของผู้หญิงในด้านต่าง ๆ อย่างมากมายอีกด้วย คำอธิบายหรือ แนวคิดทางสตรีนิยมที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดกระแสหลัก ที่มีอยู่ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นเสรีนิยม (Liberalism) ลัทธิมาร์กซ์ (Marxism) จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) หรือ แนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodernism) เป็นต้น นักสตรีนิยมได้นำแนวคิดเหล่านั้นมาขยายความ ปรับแต่งให้กลายเป็นกรอบ ทฤษฎีที่กว้างขึ้นและใช้อ้างอิงได้ สามารถแบ่งออกเป็นหลายสำนักคิดดังต่อไปนี้

1) แนวคิดสตรีนิยมสายเสรีนิยม (Liberal Feminism) มีรากฐานมาจากปรัชญาแนวเสรีนิยม เชื่อ ว่ามนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผล เชื่อในความเป็นปัจเจกบุคคล ดังนั้นสังคมที่ดีต้องเปิดโอกาสให้ สมาชิกทุกคนได้พัฒนาและใช้ความสามารถในการใช้เหตุผล กลุ่มนี้จึงมองว่าผู้หญิงและผู้ชายไม่ได้มีความแตกต่างเรื่องความสามารถ เพราะมีพื้นฐานความเป็นมนุษย์เหมือนกันแต่ถูกปลูกฝังสั่งสอนความเป็นชายหญิง และบทบาททางเพศที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความแตกต่างกันอย่างที่เป็นอยู่ การจำกัดบทบาทผู้หญิงโดยความเชื่อทางประเพณีและกฎหมายให้อยู่แต่ในบ้านจึงเป็นเรื่องไม่ยุติธรรม ดังนั้นแนวทางแก้ปัญหาของกลุ่มนี้จึง เน้นไปที่การแก้ไขกฎหมายที่มีอคติและเลือกปฏิบัติต่อเพศ การเปิดโอกาสด้านการศึกษา และการทำงานของ ผู้หญิงให้เท่าเทียมผู้ชาย รวมถึงการลดภาระด้านงานบ้านของผู้หญิงด้วย

แนวคิดสตรีนิยมสายเสรีนิยมถือว่าเป็นสำนักคิดแรกและถูกมองว่าเป็นแนวคิดกระแสหลักของสตรีนิยม เพราะคนส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับแนวคิดนี้ สตรีนิยมสายเสรีนิยมได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากแนวคิดเสรีนิยม ที่ให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันของมนุษย์โดยเฉพาะในทางกฎหมาย ให้ความสำคัญต่อปัจเจกนิยมที่มี เหตุผล ทำให้นักสตรีนิยมในแนวนี้มักเรียกร้องให้ผู้หญิงเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นคนมีเหตุผล ปรับปรุงตัวเอง ให้เหมือนกับผู้ชาย เช่นต้องไม่ใช้อารมณ์ไม่แสดงความอ่อนแอ และเชื่อว่าผู้หญิงและผู้ชายไม่มีความแตกต่าง กัน เป็นมนุษย์เหมือนกัน ดังนั้นผู้หญิงควรมีโอกาสที่จะทำทุกอย่างให้ได้เหมือนผู้ชาย เรียกร้องให้ผู้หญิงมี โอกาสที่เท่าเทียมในการแข่งขันภายในระบบสังคมที่เป็นอยู่โดยเฉพาะในปริมณฑลสาธารณะ ให้ความสำคัญ ต่อการ

เปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย ทางการเมือง เพื่อสิทธิของปัจเจกบุคคลในการแข่งขันในตลาดสาธารณะ เพราะเชื่อว่าถ้าผู้หญิงมีโอกาสที่เท่าเทียมแล้ว ผู้หญิงจะเป็นเหมือนผู้ชายได้ทุกอย่าง การต่อสู้หลักของสตรีนิยมสายนี้คือ การต่อสู้ผ่านทางการแก้ไขกฎหมาย หรือการแก้ไขในแนวสังคม สงเคราะห์ ไม่ให้ความสำคัญกับการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงที่โครงสร้างสังคม นักสตรีนิยมสายเสรีนิยมถูกวิจารณ์ค่อนข้างมากโดยเฉพาะการให้ความสำคัญเฉพาะประเด็นของกฎหมาย เพราะความด้อยโอกาสของผู้หญิงหลายประการไม่สามารถแก้ไขผ่านทางการแก้ไขกฎหมาย เช่น ไม่มีกฎหมายใดระบุว่าผู้หญิงต้องเป็น หลักในการดูแลลูก แต่ผู้หญิงก็ต้องทำแม้ว่าอาจจะไม่ต้องการทำ นอกจากนี้ การเรียกร้องให้ผู้หญิงต้อง ปรับตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นการแต่งกายหรือแสดงท่าทางตลอดจนการคิดอารมณ์ให้เหมือนผู้ชาย ก็ถูกวิจารณ์ เช่นกันว่าเป็นการแสดงถึงการยอมรับให้ "ความเป็นผู้ชาย" เป็นตัวแบบของมนุษย์ที่พึงประสงค์ ซึ่งไม่น่า ถูกต้อง เพราะคุณลักษณะหลายๆ ประการของผู้ชาย เช่น การชอบแข่งขัน ไม่มีความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ไม่มีความอ่อนโยน ความก้าวร้าว การเก็บกดทางอารมณ์ ล้วนไม่ใช่คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมนุษย์อีกต่อไป ข้อด้อยของแนวคิดกลุ่มนี้คือ การพยายามแก้ปัญหาโดยละเลยระบบผู้ชายเป็นใหญ่และโครงสร้างทางอำนาจ ของผู้ชายที่เป็นอยู่ เน้นการทำให้ผู้หญิงมีบทบาทเหมือนผู้ชายมากขึ้นทั้งในด้านการเมืองและเศรษฐกิจ ผลที่ เกิดขึ้นจากการกำหนดนโยบายสาธารณะในแนวนี้ก็คือ ความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศยังคงอยู่ ผู้หญิงบางคนได้รับประโยชน์จากการแก้ไขนี้ โดยการเข้ามามีบทบาทและอำนาจในโครงสร้างทางการเมืองและระบบ เศรษฐกิจ ในขณะที่ผู้หญิงส่วนหนึ่งยังประสบปัญหาในลักษณะเดิม การเพิ่มขึ้นของบทบาทนอกบ้าน รวมเข้า กับบทบาทที่ต้องทำอยู่แล้วในบ้าน ทำให้ผู้หญิงลำบากและมีภาระมากขึ้น

2) แนวคิดสตรีนิยมสายมาร์กซิสต์ (Marxist Feminism) ทฤษฎีมาร์กซิสต์ว่าด้วยเรื่องเกี่ยวกับชน ชั้นและระบบทุนนิยม คือต้นกำเนิดของนักสตรีนิยมแบบสังคมนิยม กล่าวว่าระบบทุนนิยมมองว่าผู้หญิงคือ ประชาชนในลำดับที่ 2 ของระบบทุนนิยม และในระบบโครงสร้างชายเป็นใหญ่เกิดขึ้นอยู่บนพื้นฐานของการหาประโยชน์อย่างไม่ถูกต้องจากคนทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนงานผู้หญิง จากแนวคิดของฟรีดริช เองเกลส์ (Friedrich Engels) ในหนังสือ The Origin of the Family, Private Property and The State กล่าวว่า การเกิดขึ้นของทรัพย์สินส่วนบุคคลของผู้ชาย ทำให้ผู้ชายต้องการสืบทอดทรัพย์สินให้ลูกของตน โดยการ ทำลายระบบสืบสกุลแบบเดิมซึ่งเป็นการสืบสกุลจากฝ่ายแม่ และสร้างระบบสามีเดียวอย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ทำให้ผู้หญิงกลายเป็นเพียงสมบัติของผู้ชาย และเครื่องมือในการผลิตทายาท การ จัดการกับปัญหาการกดขี่ทางเพศในแนวทางนี้ คือ ต้องนำผู้หญิงกลับเข้าสู่ระบบผลิตอุตสาหกรรม โดยกลุ่มนี้ ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งทางชนชั้นมากกว่าการกดขี่ทางเพศ ดังนั้นระบบทุนนิยมจะต้องถูก

ทำลายก่อน เพื่อปลดปล่อยแรงงานจากการกดขี่ของนายทุน และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างความสัมพันธ์ชายหญิงจึง จะเกิดขึ้นหลังจากนั้น ระบบทุนนิยมคือการแยกตลาดและบ้านออกจากกัน ซึ่งเป็นการแบ่งงานแยกการดำเนินชีวิตออกจาก วิถีการผลิต อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงตกเป็นเบี้ยล่างของผู้ชายที่มีอำนาจเหนือกว่า เพราะสามารถควบคุม แรงงานของผู้หญิงในการให้กำเนิดและอบรมเลี้ยงดูบุตร ระบบทุนนิยมเปลี่ยนความสัมพันธ์ในครอบครัวเพราะ ผู้ชายเป็นผู้ออกไปล่าสัตว์และเพาะปลูกถือเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต มีอำนาจควบคุมทุกอย่างให้อยู่ภายใต้ อำนาจในฐานะของผู้ผลิตหรือนายทุน ผู้หญิงตกอยู่ภายใต้การกดขี่ซึ่งจะถูกเอาเปรียบจากผู้ผลิตและนายทุนเสมอ ผู้หญิงที่ทำงานจะถูกนายทุนกดค่าจ้างให้ต่ำลงโดยอ้างถึงศักยภาพในการทำงานที่น้อยกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงไม่สามารถทุ่มเวลาให้กับงานที่ทำได้อย่างเต็มที่เพราะผู้หญิงต้องให้เวลากับที่บ้านเพื่อดูแลลูกและสามีในบทบาทการเป็นแม่และเมีย ทางออกของความเสมอภาคทางเพศตามแนวทางของ มาร์กซิสม์ก็คือ การทำลายการกดขี่ทางชนชั้นให้หมดไปโดยอาศัยการปฏิวัติด้วยการรวมเป็นหนึ่งเดียวของชนชั้นแรงงานทั้ง หญิงและชาย แต่การรวมพลังเฉพาะผู้หญิงเพื่อต่อต้านผู้ชายเป็นการต่อต้านการปฏิวัติเพราะเป็นการแบ่งพลัง อันเป็นศักยภาพของการปฏิวัติชนชั้นแรงงาน การปฏิวัติของชนชั้นแรงงานเป็นการทำลายระบบชนชั้นทาง สังคม สิ่งที่เป็นประโยชน์ทางเศรษฐกิจส่วนตนจะกลายเป็นประโยชน์ของชุมชน ขณะเดียวกันก็จะปลดสังคม ให้เป็นอิสระจากผลอันเกิดจากการเอารัดเอาเปรียบของชนชั้น นั่นก็คือความไม่เสมอภาคทางเพศ

สตรีนิยมสายมาร์กซิสต์เป็นอีกแนวคิดหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 1970 ได้รับอิทธิพลทางความคิด ของคาร์ล มาร์กซ์ และฟรีดริช เองเกลส์ โดยเชื่อว่าการกดขี่ที่ผู้หญิงได้รับเป็นผลจากระบบเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะในระบบการผลิตแบบทุนนิยม สตรีนิยมสายนี้เชื่อว่าระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมทำให้เกิดการแบ่งการทำงานออกเป็นงานบ้านที่ถือว่าเป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดผลผลิต ไม่มีคุณค่าและไม่มีค่าตอบแทน และ งานนอกบ้านซึ่งเป็นงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตมีค่าตอบแทน ระบบทุนนิยมพยายามที่จะให้เก็บผู้หญิงไว้ทำงาน บ้าน การกระทำเช่นนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ต่อทุนนิยมเพราะผู้ชายสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่โดยไม่เสียเวลาในการทำงานบ้านหรือทำอาหาร และนายทุนไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าแรงงานสูงขึ้นเพื่อนำมาจ่ายให้กับคนทำงาน บ้านเพราะมีผู้หญิงหรือภรรยาทำให้ฟรีอยู่แล้ว ในกรณีที่ผู้หญิงได้มีโอกาสทำงานนอกบ้าน ภายใต้ระบบทุนนิยมที่เป็นอยู่ งานที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ทำถูกถือว่าเป็น "งานของผู้หญิง" เช่น งานพยาบาล งานเย็บผ้า งานเลขานุการ ซึ่งเชื่อว่าเป็นงานที่คล้ายคลึงกับงานที่ผู้หญิงทำที่บ้าน จึงทำให้งานเหล่านั้นได้รับค่าตอบแทนต่ำเมื่อเทียบกับงานที่ผู้ชายส่วนใหญ่ทำเพราะงานบ้านถูกตัดสินว่าเป็นค่าที่ไม่มีคุณค่าในระบบทุนนิยม ระบบ เศรษฐกิจโดยเฉพาะเศรษฐกิจแบบทุนนิยมจึงถือว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด

ของความเป็นรองของผู้หญิง ดังนั้น การต่อสู้ของผู้หญิงสำหรับสตรีนิยมสายนี้ คือต้องเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรมที่เป็นอยู่ การเสนอดังกล่าวทำให้สตรีนิยมสายมาร์กซิสต์ถูกวิจารณ์ว่ามองไม่เห็นการกดขี่ผู้หญิงในรูปแบบอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น การกดขี่ที่ผู้หญิงได้รับในโลกส่วนตัว หรือภายในครอบครัว มองไม่เห็นว่าการกดขี่ผู้หญิงมีลักษณะเฉพาะที่ แตกต่างจากการกดขี่ทางชนชั้น ข้อวิจารณ์นี้นำไปสู่การเกิดขึ้นของสำนักคิดสตรีนิยมสายถอนรากถอนโคน (Radical Feminism)

3) แนวคิดสตรีนิยมสายสุดขั้วหรือสตรีนิยมสายถอนรากถอนโคน (Radical Feminism) การเปลี่ยนแปลงถอนรากถอนโคนไม่ได้หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างสังคม แต่เป็นการทำความเข้าใจและต่อสู้ภายในตัวเองของผู้หญิง หลีกเลี่ยงหนีจากการต่อสู้ทางการเมือง และถอนตัวจากความพยายามที่จะเข้าไปอยู่ในโครงสร้างสังคมชายเป็นใหญ่ กลุ่มนี้มองความสัมพันธ์ชายหญิงเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และระบบที่ผู้ชายเป็นใหญ่ โดยการแบ่งแยกเพศเป็นชายหญิง เป็นการแบ่งที่พื้นฐานที่สุดซึ่งมาก่อนชนชั้นหรือสีผิว ระบบชายเป็นใหญ่สร้างการยอมรับต่อความสัมพันธ์ทางเพศที่เหลื่อมล้ำผ่านทางกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ทำให้เป็นเรื่องธรรมชาติธรรมดาปกติตามค่านิยม

ความแตกต่างทางเพศมีรากฐานมาจากวัฒนธรรมมากกว่าชีวภาพ หน้าที่ทางการสืบพันธุ์ทำให้การกระจายของอำนาจไม่เท่าเทียม เสนอให้มีการควบคุมการเจริญพันธุ์ด้วยเทคโนโลยี การดูแลเด็กให้เป็นหน้าที่ ของสังคม ความเป็นแม่เป็นมายาคติ (ผู้หญิงต้องการเป็นแม่ ผู้หญิงมีสัญชาตญาณของความเป็นแม่ เด็กทุกคน ต้องการแม่) ความเป็นแม่กลายเป็นสถาบัน รวมทั้งกามารมณ์ก็ถูกทำให้เป็นสถาบันด้วย เพื่อประโยชน์ของผู้ชาย ถ้าเบี่ยงเบนไปก็จะกลายเป็นการคุกคามสถาบันดังกล่าว (รักร่วมเพศ ทำแท้ง ท้องไม่มีพ่อ ฯลฯ) ผู้หญิงเป็นกลุ่มแรกในประวัติศาสตร์ที่ถูกกดขี่ทั้งในด้านวัตถุและจิตใจ การครอบงำและกดขี่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงสถาบันที่เป็นทางการหรือในพื้นที่สาธารณะเท่านั้นแต่เกิดขึ้นในพื้นที่ส่วนตัวด้วย การกดขี่เกิดขึ้น เพราะเธอเป็นผู้หญิง เพราะเพศของพวกเธอร่างกายของผู้หญิง กลุ่มดังกล่าวมีแนวทางการต่อสู้ของกลุ่มดังนี้คือ การแยกตัวออกจากระบบในทุกด้าน รวมทั้งความสัมพันธ์ทางเพศและรูปแบบของหญิงรักหญิงในฐานะที่เป็นรูปแบบการแสดงออกในทางการเมืองและการปฏิวัติทำลายล้างระบบชายเป็นใหญ่ ข้อเสนอของ แนวคิดสตรีนิยมแบบสุดขั้วจึงไม่ใช่เรื่องความเท่าเทียมกับผู้ชายในโครงสร้างสังคมที่เป็นอยู่ หรือการทำให้ ผู้หญิงเหมือนผู้ชาย แต่เป็นการปฏิเสธการกดขี่ในทุกรูปแบบทั้งในระบบการเมืองเศรษฐกิจและสังคม

การกดขี่ผู้หญิงเกิดขึ้นเพราะเธอเป็นผู้หญิง หรือผู้หญิงถูกกดขี่เพราะเพศของเธอ ความไม่เทียมกันทางเพศที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ระบบชายเป็นใหญ่ หมายถึง ระบบของ โครงสร้างสังคมและแนวการปฏิบัติที่ผู้ชายมีความเหนือกว่า กดขี่และเอารัดเอาเปรียบผู้หญิง กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นระบบที่ผู้ชายมีความเหนือกว่าผู้หญิงในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น เศรษฐกิจ การเมือง หรือวัฒนธรรม กลุ่ม แนวคิดนี้ให้ความสนใจต่อสถานะที่เป็นรองของผู้หญิงและมองว่าความเป็นรองที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากความต้องการเหนือกว่าของผู้ชายและอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ได้พยายามสร้างความชอบธรรมต่อความเหนือกว่าของผู้ชาย (ผู้ชายเข้มแข็งกว่า ฉลาดกว่า มีเหตุผลมากกว่า คิดอะไรที่ลึกซึ้งได้มากกว่า ฯลฯ) และทำให้ความเหนือกว่านี้ดำรงอยู่ในความเชื่อของคนในสังคมผ่านทางกระบวนการขัดเกลาทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ สตรีนิยมสายนี้ได้มีการแตกย่อยเป็นสตรีนิยมสายวัฒนธรรม (Cultural Feminism) และสตรีนิยมสายนิเวศ (Ecofeminism)

4) แนวคิดสตรีนิยมสายวัฒนธรรม (Cultural Feminism) ในคริสต์ศตวรรษที่ 19 นับได้ว่าเป็น การออกมาโต้กับแนวคิดสตรีนิยมในยุคแห่งการรู้แจ้ง เช่น การสนับสนุนให้สตรีสามารถพึ่งพาและปกครองตนเองได้ไม่ใช่แค่การมีชีวิตผ่านชีวิตของผู้ชายที่เป็นเจ้าของเธอ และได้เพิ่มเติมความสำคัญของการเติบโตทาง อินทรีย์ที่จะทำให้สามารถเติบโตทางปัญญาได้ด้วย การเติบโตนี้อาจทำได้โดยการแยกตัวผู้หญิงออกจากสังคมชายเป็นใหญ่เพื่อให้พวกเธอได้สร้างสังคมของพวกเธอขึ้นมาเอง คุณสมบัติของผู้หญิงที่แตกต่างจากผู้ชายนั้น อาจกลายเป็นพลังสำคัญของการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษยชาติจึงเป็นกระแสทางทฤษฎีที่มุ่งค้นคว้าเกี่ยวกับการสร้างสรรค์วัฒนธรรมของผู้หญิงที่เป็นเอกเทศ โดยไม่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และเศรษฐกิจ

แนวคิดสตรีนิยมแบบวัฒนธรรมมองไปไกลกว่าความมีเหตุผลหรือการมุ่งแก้ไขที่ตัวกฎหมาย แต่กลับ มองที่การถ่ายเปลี่ยนทางวัฒนธรรมจากวัฒนธรรมและการปกครองแบบชายเป็นใหญ่หรือที่เรียกว่า “ปิตาธิปไตย” (Patriarchy) มาเป็นวัฒนธรรมและการปกครองที่ให้เพศหญิงเป็นศูนย์กลาง มุ่งมั่นที่จะรื้อฟื้นระบบสังคมตามที่เชื่อว่าผู้หญิงเป็นใหญ่มาก่อน นั่นคือระบบมาตาธิปไตย (Matriarchy) เพราะการแก้ไขความไม่เท่า เทียมกันที่กฎหมายเป็นเพียงการแก้ไขความไม่เท่าเทียมในระดับผิวเผิน เท่านั้น หากแต่เป็นการแก้ไขวัฒนธรรม อันเป็นตัวกำหนดความคิดของสังคมนั้นจะเป็นการสร้างความเท่าเทียมที่ยั่งยืนกว่า จึงเน้นคุณค่าอันเกิดจากความเป็นเพศแม่ของผู้หญิง เช่น ความอาทร การมีน้ำใจ การไม่เห็นแก่ตัว ซึ่งในสังคมที่ชายเป็นใหญ่ก็จะลดทัศนคติแบบ

ผู้หญิงลงแล้วเชิดชูความเป็นชายขึ้น กลุ่มนี้ไม่ได้เรียกร้องให้ผู้หญิงต้องออกไปมีบทบาทเป็นนักการเมือง หรือให้ผู้หญิงมีบทบาทในทางสาธารณะ แต่เรียกร้องให้สังคมกลับมาให้คุณค่าแก่ผู้หญิงอย่างที่ผู้หญิงเป็น เช่น การทำงานบ้าน ซึ่งในความเป็นจริงควรยกย่องผู้หญิงที่ทำงานบ้าน ดังนั้น แนวคิดนี้จึงควรสร้างหรือเปลี่ยนแปลงความหมายและค่านิยมเกี่ยวกับลักษณะและบทบาทของผู้หญิง

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมจากชายเป็นใหญ่ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่เน้นการใช้ความรุนแรง การฆ่าฟัน การนองเลือด และจบลงด้วยความตาย มาสู่วัฒนธรรมแบบหญิงเป็นใหญ่ ซึ่งอาจนับได้ว่าเป็นคู่ตรงข้าม หรือเป็นวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการให้กำเนิด การเลี้ยงดูและความอ่อนหวาน ย่อมทำให้สังคมเป็นสังคมที่น่าอยู่และสงบสุขมากขึ้น นอกจากจุดที่กล่าวมานี้ แนวคิดสตรีนิยมแบบวัฒนธรรมยังมองว่าศาสนาโดยเฉพาะศาสนา คริสต์นิกายคาทอลิกและสังคมเป็นสิ่งที่กดขี่สตรีเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการปลูกฝังความคิดที่ว่าผู้หญิงย่อม เป็นผู้ที่ต่ำกว่า ด้อยกว่า มาทีหลัง และต้องถูกควบคุมโดยชายตั้งแต่พระคัมภีร์ไบเบิ้ลที่กล่าวว่า ผู้หญิงคนแรกของโลกนั้นเกิดมาจากซี่โครงของชายคนแรก ทั้งที่ในไบเบิ้ลพระผู้เป็นเจ้าได้แสดงตนเป็นทั้งเพศชายและเพศหญิง หรือแม้กระทั่งในคัมภีร์คาบาลาของศาสนายิว การมองภาพลักษณ์ของสตรีต่ำกว่าบุรุษในพื้นที่ทางศาสนาเช่นนี้นำไปสู่การวางสถานะของสตรีเป็นเพียงทรัพย์สินของบุรุษ

สตรีนิยมสายวัฒนธรรมโดยภาพรวมจะยอมรับว่าผู้หญิงและผู้ชายมีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน เหมือน ที่เคยเชื่อกันในอดีต แต่นักสตรีนิยมสายนี้เสนอว่าคุณลักษณะที่เป็นหญิงนั้นดีกว่าหรือเหนือกว่าของผู้ชาย (ไม่ใช่ด้อยกว่าดังที่เชื่อกันในอดีต) ไม่ว่าจะเป็นความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ผู้อื่น การเอาใจใส่ดูแล ความอ่อนโยน ความสันติไม่ก้าวร้าว ล้วนเป็นคุณลักษณะที่ผู้หญิงควรชื่นชม และรักษาความเป็นหญิงเหล่านั้นไว้

5) แนวคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยม (Socialist Feminism) แนวคิดนี้เป็นการผสมผสานระหว่างมาร์กซิสต์และแนวสุดขั้ว ซึ่งมองว่าโครงสร้างของการกดขี่ทางชนชั้นและระหว่างเพศนั้นซ้อนทับและเกี่ยวโยงกัน สาระสำคัญเกี่ยวกับโครงสร้างเศรษฐกิจทุนนิยมก่อให้เกิดการแบ่งชนชั้น โดยมีการวิเคราะห์ในเรื่องความสำคัญของชนชั้นที่มาจากการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจในระบบทุนนิยม และเน้นให้ชนชั้นล่างต่อสู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความสัมพันธ์ของระบบทุนนิยมนั้นมาจากชายเป็นใหญ่ และมีการกดขี่ผู้หญิง ในทุกเรื่อง โดยมีรากเหง้ามาจากสังคมวัตถุที่ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยการผลิตในเชิงปริมาณ พร้อมทั้งการกดขี่ผู้หญิงซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่

ยุคสังคมดั้งเดิมเริ่มมีการแบ่งงานกันทำผู้ชายมีหน้าที่สำคัญเป็นผู้นำในครอบครัว ส่วนผู้หญิงทำหน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม ผู้ชายมีหน้าที่สำคัญมีอำนาจและมีสมบัติมากจึงมีโอกาสกดขี่ผู้หญิง ทำให้สังคมเริ่มมีความไม่เสมอภาคเกิดขึ้นระหว่างหญิงชาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้น

สตรีนิยมแนวสังคมนิยมมีแนวคิดว่าความแตกต่างของผู้หญิงผู้ชายถูกกำหนดโดยสภาวะของสังคมที่ทำให้แตกต่าง และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเพื่อให้เกิดความเสมอภาคหญิงชาย คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ แนวคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยมเกิดจากการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิสตรีในทศวรรษ 1970 หรือระหว่าง ค.ศ.1970 – ค.ศ.1979 โดยผสมผสานแนวคิดทุนนิยม เชื้อชาตินิยม และการมีอำนาจครอบงำของผู้ชายเข้าด้วยกัน แนวคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยมช่วยให้เข้าใจมิติทางเศรษฐกิจ การเมือง และการปรับแนวคิดในการมองชีวิตมนุษย์ใหม่ โดยประสานชีวิตส่วนตัวกับชีวิตสาธารณะเข้าด้วยกัน และเชื่อว่าการให้กำเนิด อบรมเลี้ยง ดูบุตร การจัดระเบียบเกี่ยวกับกิจกรรมในครอบครัวนั้น เป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจซึ่งเป็นพื้นฐานของ สังคม นักสิทธิสตรีนิยมแนวสังคมนิยมสร้างทฤษฎีขึ้นมา โดยนำวิธีการของวัตถุนิยมประวัติศาสตร์มาตรวจสอบ และแบ่งงานระหว่างเพศ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหญิงชายที่เป็นไปโดย ธรรมชาติ และบทบาทหญิงชายที่กำหนดโดยสังคม รวมทั้งการให้เหตุผลว่าความแตกต่างระหว่างหญิงชาย เกิดขึ้น และกำหนดโดยสังคมและกฎเกณฑ์ทางสังคมมากกว่าจะเป็นไปโดยธรรมชาติ

ทฤษฎีสตรีนิยมแนวสังคมนิยมได้ชี้ให้เห็นถึงงานของผู้หญิงและการเอารัดเอาเปรียบผู้หญิงในระบบเศรษฐกิจ สำนักคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยมเกิดขึ้นจากความไม่พอใจแนวคิดของมาร์กซิสต์ที่ไม่เห็นความสำคัญ ของมิติทางเพศ สตรีนิยมสายสังคมนิยมให้ความสำคัญกับพื้นที่ส่วนตัว ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชาย หญิง รวมทั้งหน้าที่ในการให้กำเนิดบุตรของผู้หญิง และเชื่อในความเหมือนกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย แบ่งพื้นที่โลกส่วนตัวและโลกสาธารณะ โดยเสนอว่าผู้หญิงต้องผลักดันให้โลกส่วนตัวเข้าไปอยู่ในโลกสาธารณะ และให้ความสนใจประเด็นการทำงานของผู้หญิงที่ถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคม การที่จะปลดปล่อยหรือให้อิสระแก่ผู้หญิงนั้น ผู้หญิงจำเป็นต้องเข้าไปร่วมในการผลิตสาธารณะ โดยงานที่ทำต้องรวมถึงงานที่มีเกียรติอยู่ในระดับผู้บริหาร และไม่ควรมีสิ่งที่เรียกว่า “งานของผู้หญิง” ในพื้นที่สาธารณะอีกต่อไป นอกจากนี้การที่ผู้หญิง ทำงานทั้งสองพื้นที่คือ พื้นที่ภายในบ้าน และพื้นที่สาธารณะ จะช่วยให้สถานะและบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงมี การปรับเปลี่ยนในทิศทางที่ดีขึ้น

สตรีนิยมสายสังคมนิยมถือว่ามีความคล้ายคลึงกับสตรีนิยมสายมาร์กซิสต์อยู่หลายประการ ไม่ว่าการเชื่อว่าผู้หญิงกับผู้ชายมีความเหมือนกัน หรือการวิเคราะห์สังคมโดยแบ่งเป็นโลกส่วนตัวและโลกสาธารณะ รวมทั้งการเสนอให้ผลักดันโลกส่วนตัวเข้าไปอยู่ในโลกสาธารณะ แต่ที่แตกต่างกันคือ สตรีนิยมสายสังคมนิยม มองว่าการอธิบายถึงการกดขี่ผู้หญิงจำเป็นต้องทำความเข้าใจต่อโลกหรือพื้นที่ส่วนตัวด้วย เช่น ความสัมพันธ์ เชิงอำนาจระหว่างเพศหญิงกับเพศชายและหน้าที่การให้กำเนิดเด็กของผู้หญิง ดังนั้นสตรีนิยมสายนี้จึงเสนอว่า ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์กันของระบบชายเป็นใหญ่และระบบทุนนิยมในสังคม หรือกล่าวได้ว่าเมื่อทั้งระบบความเป็นเพศและระบบเศรษฐกิจมาสัมพันธ์กันในยุคสมัยหนึ่ง ได้ทำให้เกิดโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่ผู้ชายอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบ ส่วนผู้หญิงอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ ตัวอย่างเช่น ระบบชายเป็นใหญ่ได้สร้างความเชื่อที่ว่าคุณค่าของผู้หญิงอยู่ที่ความสวยและความสาว คุณค่าของผู้ชายอยู่ที่ความสามารถ การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความเชื่อนี้เมื่อปฏิสัมพันธ์กับเศรษฐกิจแบบตลาดที่ต้องการขายสินค้าให้ได้มาก ดังนั้น ผ่านทางการโฆษณาผู้หญิงจึงตกเป็นเหยื่อทางการค้าของ ธุรกิจเครื่องสำอางหลากหลายชนิดอย่างเต็มใจ เพื่อต้องการสวยและรักษาความสาวไว้

6) แนวคิดสตรีนิยมสายนิเวศ (Ecofeminism) มีความเชื่อคล้ายคลึงกับสายวัฒนธรรมว่าผู้หญิงมีความแตกต่างจากผู้ชายและดีกว่าผู้ชายตามธรรมชาติ แต่เสนอเพิ่มเติมว่าผู้หญิงมีความใกล้ชิดหรือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับธรรมชาติ เช่นการที่ผู้หญิงเป็นผู้ให้กำเนิดบุตร ทำให้ผู้หญิงเชื่อมโยงกับธรรมชาติ เชื่อมโยงกับโลกส่วนผู้ชายนั้นใกล้ชิดกับวัฒนธรรมและในนามของวัฒนธรรมผู้ชายได้พยายามและประสบความสำเร็จในการข่มเหงรังแกทั้งผู้หญิงและธรรมชาติ การเชื่อมโยงผู้หญิงเข้ากับธรรมชาตินี้ได้นำไปสู่การฟื้นฟูพิธีกรรมโบราณที่ให้ความสำคัญกับการบูชาพระแม่เจ้า รวมทั้งระบบสืบพันธุ์ของผู้หญิง โดยมองว่าธรรมชาติ เปรียบเสมือนแม่และพระแม่เจ้าซึ่งเป็นที่มาของพลังอำนาจและแรงบันดาลใจ และเรียกร้องให้มีการปฏิเสธวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทั้งสตรีนิยมสายวัฒนธรรมและสายนิเวศถูกวิจารณ์ว่าเป็นพวกสารัตถะนิยม คือ เชื่อว่ามีธาตุแท้ของความเป็นหญิง

7) แนวคิดสตรีนิยมสายจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Feminism) เป็นแนวคิดสตรีนิยมอีกสำนักหนึ่งได้ใช้แนวคิดของจิตวิเคราะห์อธิบายถึงการเกิดขึ้นของความเป็นชายความเป็นหญิงซึ่งนำไปสู่ความเป็นรองของผู้หญิง โดยเชื่อว่าการทำความเข้าใจต่อพัฒนาการความเป็นชายเป็นหญิงจำเป็นต้องทำความเข้าใจใน ระดับจิตใจ นักสตรีนิยมสายนี้เชื่อว่าความเป็นเพศหรือความ

เป็นชายเป็นหญิงไม่ใช่เรื่องทางชีวะที่มีมา แต่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นในระดับจิตไร้สำนึก (Unconsciousness) ในพัฒนาการชีวิตช่วงต้นของเด็ก ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่สำคัญในการก่อรูปอัตลักษณ์ของความเป็นเพศ เช่น งานของแนนซี่ โชโดรอฟ (Nancy Chodorow) ที่อธิบายว่าการเลี้ยงดูเด็กอ่อนที่ไม่สมดุล คือการที่แม่เลี้ยงดูเด็กใกล้ชิดแต่เพียงผู้เดียวโดยมีพ่อคอยดูอยู่ห่างๆ ก่อให้เกิดการก่อรูปอัตลักษณ์ความเป็นเพศที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ชายมักเป็นคนที่ปิดกั้นตัวเอง ไม่มีทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ส่วนผู้หญิงจะมีความสามารถในการสร้าง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น แต่มีความเป็นตัวของตัวเองน้อย ซึ่งเธอเสนอว่าความเป็นหญิงเป็นชายแบบนี้ไม่เหมาะสมทั้งคู่ มนุษย์ที่พึงประสงค์ควรเป็นการผสมผสานคุณลักษณะของทั้งสองเพศ ซึ่งจะได้มาโดยเปลี่ยน วิธีการเลี้ยงดูเด็กให้พ่อมีส่วนในการเลี้ยงดูลูกในระดับเดียวกับแม่ (Equal Parenting)

8) แนวคิดสตรีนิยมสายหลังสมัยใหม่ (Feminist Post-Modernism) สตรีนิยมแนวคิดต่าง ๆ ข้างต้นถูกมองว่าเป็นผลผลิตของแนวคิดในยุคสมัยใหม่ (ยกเว้นนักสตรีนิยมสายจิตวิเคราะห์บางคน) และถูกวิจารณ์จากสตรีนิยมสายแนวคิดหลังสมัยใหม่ว่ามีข้อบกพร่อง โดยเฉพาะประเด็นการเสนอภาพผู้หญิงที่เป็นหนึ่งเดียว คือเชื่อว่าผู้หญิงทั้งโลกมีความเหมือนกัน ไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทางชาติพันธุ์ ชนชั้น สตรีนิยมสายหลังสมัยใหม่ ซึ่งได้รับความสนใจอย่างสูงตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ได้ให้ความสำคัญต่อความแตกต่างของกลุ่มผู้หญิงรวมทั้งความหลากหลายที่มีอยู่ของผู้หญิงแต่ละคน

นอกจากนี้ยังปฏิเสธความคิดสารัตถะนิยม โดยเสนอว่าไม่มีผู้หญิง ไม่มีความเป็นผู้หญิง ทุกอย่างล้วนสร้างผ่านปฏิบัติการทางวาทกรรม จึงไม่มีความเป็นผู้หญิงที่แท้ คงที่ตายตัวและไม่เปลี่ยนแปลง การเสนอว่าไม่ มี “ผู้หญิง” ของสตรีนิยมหลังสมัยใหม่ได้นำไปสู่การถูกวิจารณ์อย่างรุนแรงจากนักสตรีนิยมสายอื่น ๆ ว่าทำให้การต่อสู้เพื่อสถานะที่ดีขึ้นของผู้หญิงเป็นเรื่องเป็นไปไม่ได้ เพราะไม่มีสิ่งที่เรียกว่าผู้หญิงเสียแล้ว ถือเป็นการทำลายความชอบธรรมของขบวนการเคลื่อนไหวของผู้หญิง

นักสตรีนิยมวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากว่า การครอบงำในวงการวิชาการที่มีชายเป็นใหญ่เพราะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงมีน้อยมาก ผู้หญิงจะไม่ได้รับความสนใจในการศึกษา หรือถ้าได้รับการศึกษาก็เป็นเพียงข้อมูลประกอบเท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้มาจากการที่ผู้หญิงถูกมองว่าไม่มีส่วนสำคัญในการกำหนดสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคม และอาจจะเพราะนักวิชาการที่เป็นผู้หญิงมีจำนวน

ที่น้อยกว่าชายมาก เพราะฉะนั้นจะพบว่าในการศึกษาสังคมไม่ว่าในด้านใดก็ตาม มักไม่ค่อยมีเรื่องของผู้หญิงปรากฏออกมา ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิต การรวมกลุ่ม การจัดการความขัดแย้ง ระบบความคิด ทั้งที่ในทุกสังคมมีผู้หญิงอยู่ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง

จากแนวคิดสตรีนิยมดังกล่าว จะเห็นว่าที่ผ่านมา ผู้หญิงเป็นผู้ถูกกระทำ ถูกเอารัดเอาเปรียบโดยสังคมปิตาธิปไตยหรือผู้ชายเป็นใหญ่ นำไปสู่กระแสการเรียกร้องสิทธิสตรีขึ้นในสังคมตะวันตก โดยมีอุดมการณ์จะสร้างความเสมอภาคระหว่างเพศขึ้นในสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ แนนซี่ เฟรเซอร์ (Nancy Fraser) ที่ได้เสนอทฤษฎี “Triple Movement” ที่พูดถึงขบวนการปลดปล่อยสู่อิสระ คือ วิถีการต่อสู้ของผู้ถูกกระทำ หรือผู้ที่เสียเปรียบจากขบวนการต่อสู้ (Proletariat Movement) คือ การครอบครองโครงสร้างส่วนบนของสังคมเพื่อนำไปสู่การผลิตซ้ำทางสังคม และ ขบวนการโต้กลับ (Double Movement) คือ การจัดการต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ครองตลาดและระบบเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและการเมือง

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสตรี พ.ศ. 2560-2564 ชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงเป็นประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่ง ทั้งในประเทศไทยและประชาคมอาเซียน แต่พลังของผู้หญิงในปัจจุบันยังไม่ถูกพัฒนาเพื่อนำมามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ และผู้หญิงยังขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในภาคเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอย่างเต็มศักยภาพ อันเนื่องมาจากทัศนคติ ค่านิยมการยอมรับดั้งเดิมของสังคมไทยในเรื่อง “ชายเป็นใหญ่” แต่ในปัจจุบัน ปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้หญิงมีความสามารถและมีภาวะความเป็นผู้นำไม่ด้อยไปกว่าผู้ชาย เพียงแต่ยังขาดการส่งเสริมและสนับสนุน รวมทั้งนโยบายต่าง ๆ ยังขาดความต่อเนื่อง ไม่มีองค์กรภาคเอกชนในการร่วมขับเคลื่อนเท่าที่ควร รวมถึงกฎหมายและกฎระเบียบ ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับต่อการสนับสนุนงานด้านพัฒนาศักยภาพสตรีไทยให้มีความพร้อมที่จะก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ประกอบกับการที่ประเทศไทยมีพันธะผูกพันกับอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ และพันธะสัญญาอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความเสมอภาคหญิงชายและสิทธิสตรี

คณะกรรมาธิการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดำเนินการโดยคณะอนุกรรมาธิการกิจการสตรี ได้จัดทำยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพสตรีเพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนอย่างยั่งยืน ประกอบด้วยข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมสตรี เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน รวม 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย (ยุทธศาสตร์การพัฒนาสตรี พ.ศ. 2560-2564)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของสตรีไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างภาวะผู้นำกับการมีส่วนร่วมทางการเมืองและ การตัดสินใจในระดับต่าง ๆ ของสตรี

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาการเสริมสร้างความตระหนักรู้และยอมรับความเสมอภาคระหว่างเพศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และเสริมสร้างความมั่นคงในชีวิต และ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างกลไกและพัฒนาศักยภาพขององค์กรสตรีระดับชาติ โดยมีข้อเสนอ 28 แผนปฏิบัติการ แบ่งเป็น แผนปฏิบัติการด้าน นโยบาย 21 แผน และแผนปฏิบัติการด้านนิติบัญญัติ 7 แผน เกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐและองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญไม่ต่ำกว่า 15 หน่วยงาน รวมทั้งยังครอบคลุมถึงการบูรณาการความร่วมมือกับภาคธุรกิจเอกชนและกลุ่มองค์กรเครือข่ายภาคประชาสังคมต่าง ๆ อย่างหลากหลาย โดยมีกรอบเวลาที่ได้เสนอไว้ในแต่ละยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดความตื่นตัวและขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมอย่างจริงจัง

ประเด็นที่ท้าทายทางสังคมในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสตรี พ.ศ.2560-2564 ได้อธิบายว่า สังคมไทยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างสังคม สถาบันครอบครัว ชุนชน และอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก ที่เกี่ยวข้องกับสตรีสูงอายุ ดังนี้

1) สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงในอนาคตจะมีประชากรสูงอายุที่เป็นผู้หญิงเป็นจำนวนมากกว่าผู้ชาย ประเด็นที่ท้าทาย คือ ครอบครัวไทยและสังคมไทยจะดูแลจัดการกับสภาวการณ์นี้อย่างไร ภาระการดูแลบุพการีผู้สูงอายุของครอบครัวส่วนใหญ่มักจะมอบหมายให้ลูกสาวมากกว่าลูกชาย ประเด็นที่ท้าทาย คือ ผู้หญิงที่ต้องรับภาระทั้งการทำงานนอกบ้าน และทั้งการดูแลบุตรธิดา จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระนี้อย่างไร ในขณะที่ผู้สูงอายุผู้หญิงบางส่วนที่ไม่มีครอบครัวหรือลูกหลานคอยดูแล จะใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรีได้อย่างไร

2) สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมเมืองมากขึ้น โดยลักษณะความเป็นเมือง (Urbanization) ทั้งความคิดและความเป็นอยู่จะแผ่ขยายเข้าสู่สังคมชนบทมากขึ้น ด้วยอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนและการคมนาคมที่ทันสมัย ลักษณะของชุมชนชนบทอาจจะถูกลบเลือนไป การดูแลคนในชุมชน ความเอื้ออาทร การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันอาจจะลดน้อยลง ภาครัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นต้องร่วมมือกับกลุ่มองค์กรสตรีทั้งในเขตเมืองและชนบทและต้องทำงานให้

เข้มแข็งและเข้มข้นมากขึ้น เพื่ออนุรักษ์และรักษาเอกลักษณ์ของสังคมไทยที่คงความเป็นครอบครัวอบอุ่นและชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันปัญหาสังคมนานัปการ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน ปัญหายาเสพติด ในหมู่วัยรุ่น ปัญหาเด็กท้องก่อนวัยอันควร และปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

3) ลักษณะของครอบครัวมีแนวโน้มสัดส่วนของครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวมากขึ้น อันเป็นผลมาจากการหย่าร้าง การถูกทอดทิ้ง การตั้งครรภ์นอกสมรส และความต้องการจะดำรงสถานะโสดของผู้หญิงยุคใหม่ ส่งผลให้ผู้หญิงต้องรับภาระเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำงานหาเงินเพื่อเลี้ยงดูบุตรธิดาโดยไม่ได้รับการเหลียวแลสนับสนุนจากผู้เป็นพ่อ หรืออยู่อย่างไร้ญาติขาดมิตร

4) การที่ประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ และผู้หญิงที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรมหรือธุรกิจเอกชนมักจะเกษียณอายุในช่วงประมาณ 55 ปี ซึ่งยังเป็นวัยที่ยังมีคุณค่าต่อการเพิ่มผลิตภาพของประเทศ ในยุคปัจจุบันกลับกลายเป็นผู้ว่างงานและหากผู้หญิงมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป โดยไม่มีรายได้ที่แน่นอนก็จะกลับกลายเป็นปัญหาความยากจนในหมู่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่แก้ไขยากกว่าปัญหาความยากจน
ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่ยังอยู่ในวัยแรงงาน

5) หญิงหม้ายในชุมชนทั้งในเมืองและชนบทขาดอาชีพและรายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ เนื่องจากไม่เคยเป็นผู้หารายได้หรือทำงานนอกบ้าน หลังจากที่สามีตาย สตรีกลุ่มนี้มักมีรายได้ไม่เพียงพอรายจ่ายและไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบการจ้างงานหรือตลาดแรงงาน เนื่องจากขาดประสบการณ์ ทักษะ และความรู้ที่ผู้จ้างต้องการ

2.4 ทฤษฎีทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (Psychological Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลายตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อาศัยอยู่ ได้แก่

2.4.1 แนวคิดขั้นพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Developmental Stage)

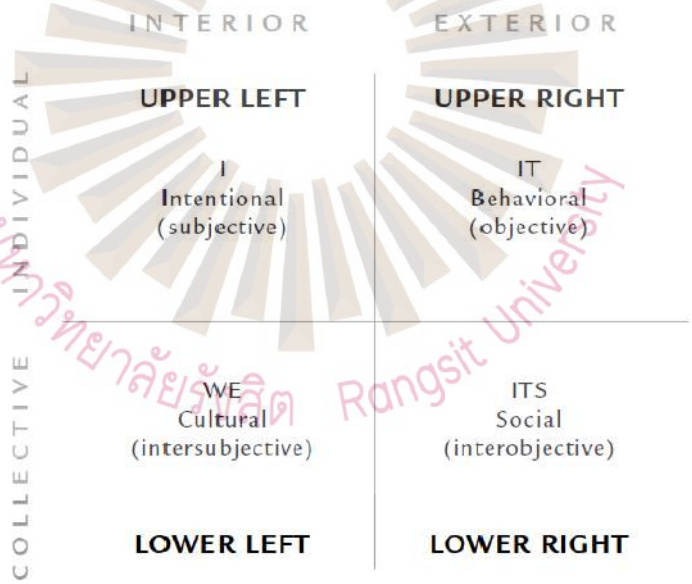
ทฤษฎีจิตสังคมของ Erik Erikson อธิบายถึงการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุซึ่งระยะที่ 7 แบ่งที่ช่วงอายุระหว่าง 40 - 59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จดี จะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจและสืบทอดไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตช่วงนี้ก็จะกลายเป็นคนที่มีชีวิตเหงาหงอย เบื่อ ขาดความกระตือรือร้น และขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อิริคสันอธิบายว่าเมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจต่าง ๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จสมหวังและผิดหวัง (ปล่อยวาง) ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขามีเขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตของตน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลังอาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ (ปล่อยวางไม่สำเร็จ) ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ไม่สามารถทำอะไรใหม่ ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไป กลัวความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกหนีชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งความพอดีระหว่างความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง ทำให้คนเกิดความเฉลียวฉลาด รู้เท่าทันโลกและชีวิตซึ่งเป็นสิ่งพึงปรารถนา ที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ดังคำกล่าวที่ว่า

> "Wisdom is the virtue that develops out of the encounter of integrity and despair on the last stage of life. Wisdom, then, is detached concern with life itself in the face of death itself" (Erikson, 1964 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538)

2.4.2 ทฤษฎีบูรณาการ (Integral Theory)

ทฤษฎีบูรณาการเป็นแนวคิดทฤษฎีที่ นำเสนอโดยเคนวิลเบอร์ (Wilber, 2006) ผู้ซึ่งใช้ญาณทัศนะประกอบกับการบูรณาการองค์ความรู้ที่ ปรากฏอยู่ในทั่วทุกมุมโลกทุกสำนักคิด ทุกศาสนา และทุกยุค เพื่อสร้างแบบจำลองสำหรับการอธิบายความจริงและทุกสิ่งที่ดำรงอยู่ในอภิจักรวาล (Kosmos) ซึ่งมีวิวัฒนาการแบบก้าวข้าม องคาพยพของตัวเองแล้วหลอมรวมเป็นเนื้อเดียวกับองค์รวมที่อยู่ในระดับขั้นสูงกว่า กว้างขวาง ครอบคลุมสลับซับซ้อนกว่าและเผยให้เห็นความจริงที่ชัดขึ้นมาตั้งแต่จุดที่จักรวาลได้ถือกำเนิดขึ้น จนกระทั่งถึงยุคปัจจุบัน ทฤษฎีบูรณาการยัง

แสดงให้เห็นว่าองค์รวมของความจริงและทุกสิ่งที่ดำรงอยู่ ในจักรวาลนั้นสามารถพิจารณาอย่างแยกแยะได้ 4 ด้าน เรียกว่า “จตุรภาคแห่งอภิจักรวาล” (The Four “Quadrants” of the Kosmos) ได้แก่ ความเป็นนามธรรมและความเป็นรูปธรรมที่มีอยู่ทั้ง ในบุคคลและกลุ่มชน เมื่อพิจารณาองค์รวมของมนุษย์ก็สามารถเห็นถึงองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ของชีวิต ได้แก่จิต (นามธรรมส่วนบุคคล) พฤติกรรม (รูปธรรมส่วนบุคคล) วัฒนธรรม (นามธรรม ของกลุ่มชน) ระบบสังคมและสิ่งแวดล้อม (รูปธรรมของกลุ่มชน) ซึ่งแต่ละด้านก็จะมีวิวัฒนาการ อย่างสอดคล้องร่วมกับด้านอื่น ๆ ไปตามระดับพัฒนาการ (“Levels” of Development) หรือ “มีม” (Meme) อย่างน้อย 8 ระดับ ได้แก่ระดับที่อิงกับสัญชาตญาณ (Instinctual) ระดับที่อิงกับมายาภาพ (Mythic) ระดับที่อิงกับผลประโยชน์ส่วนตน (Egocentric) ระดับที่อิงกับระเบียบแบบแผน (Mythic Order) ระดับที่อิงกับความสำเร็จเชิงวัตถุหรือเงินตรา (Achiever) ระดับที่อิงกับความอ่อนไหว (Sensitive) ระดับที่อิงกับการบูรณาการ (Integral) ระดับที่อิงกับระบบองค์รวมแห่งธรรมชาติ (Holistic) (ธนพล พันธเสน, 2549, น. 14 - 15)



รูปที่ 2.5 Integral Methodological Pluralism

ที่มา: Wilber, 2006

สำหรับโลกที่ถูกกระบวนทัศน์อัตตาครอบงำ ทฤษฎีบูรณาการ เสนอวิสัยทัศน์บูรณาการ (Integral Vision) ซึ่งหมายถึงการมองภาพการพัฒนาอย่างน้อยให้ครอบคลุม “ทุกด้าน ทุกระดับ” (All Quadrants/All Levels) เพื่อพยายามหลอมรวมสสาร ชีวภาพ จิตและวิญญาณ ซึ่งปรากฏ อยู่ใน

บุคคล วัฒนธรรม และธรรมชาติอีกทั้งพยายามทำความเข้าใจและสร้างความสมดุล ของวิทยาศาสตร์ศิลปะศีลธรรม ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ทุกศาสตร์โดยไม่เชื่อว่าจะมีสิ่งใดถูกหรือ สิ่งใดผิดไปเสียทั้งหมด อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์รวมแห่งจตุรภาคขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้น ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดขององค์ความรู้ในทฤษฎีบูรณาการ เพื่อค้นหาพื้นฐานองค์ความรู้ที่ทำให้เกิดการยกระดับเปลี่ยนผ่าน 3 ลักษณะ คือการเปลี่ยนผ่านทางจิตสำนึก (Transconcious) การเปลี่ยนผ่านทางเหตุผล (Transrational) การเปลี่ยนผ่านทางบุคคล (Transpersonal) ซึ่งก็คือพื้นฐานของความสัมพันธ์แบบองค์รวมย่อย (Holon) ของสสารกาย (Body) ใจ (Mind) จิต (Soul) วิญญาณ (Spirit) อันจะเป็นฐานข้อมูลสำคัญให้กับทฤษฎีดังกล่าว

2.4.3 แนวคิดการพัฒนามนุษย์แบบองค์รวม (Holistic Human Development)

การพัฒนามนุษย์เป็นแนวทาง (Approach) อย่างหนึ่งในการพัฒนา ลักษณะที่โดดเด่นของแนวทางนี้คือ ประชาชนต้องมาก่อน (People First) แนวทางนี้ปรากฏอยู่ในชื่อของผลงานตีพิมพ์ของสมาคมการพัฒนาและความสามารถมนุษย์ ชื่อ An Introduction to the Human Development and Capability Approach : Agency and Freedom (2009) มีนัยสำคัญของความสามารถของบุคคลที่จะกระทำและเลือกได้อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง กระบวนทัศน์นี้อาศัยความคิดของอรรมตยะ เซน เรื่อง “ความสามารถมนุษย์” (Human Capabilities) ในแง่ที่ว่าประชาชนสามารถจะ เป็นหรือทำ สิ่งอันพึงประสงค์ในชีวิตหรือไม่

ในแง่ของแนวคิด (Concept) การพัฒนามนุษย์เป็นแนวทางการพัฒนาที่มุ่งก่อให้เกิดความก้าวหน้าใน ชีวิตความเป็นอยู่ (Wellbeing) ของผู้คน ประเด็นสำคัญในแนวคิดนี้ คือ “การพัฒนามนุษย์เป็นเรื่องของการขยายความมั่งคั่ง (Richness) ของชีวิตมนุษย์ แทนที่จะเป็นเพียงความมั่งคั่งของระบบเศรษฐกิจที่มนุษย์ใช้ชีวิตอยู่เป็นส่วนหนึ่ง การพัฒนามนุษย์เป็นแนวทางซึ่งมีจุดประสงค์อยู่ที่ประชาชน โอกาส และทางเลือกของพวก เขา” คำสำคัญทั้ง 3 คำในแนวคิดนี้ คือ ประชาชน โอกาส และทางเลือก สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประชาชน การพัฒนามนุษย์มุ่งไปที่การทำให้การดำเนินชีวิตของประชาชนดีขึ้นแทนที่จะเชื่อว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจจะนำไปสู่การดำรงชีวิตที่ขึ้นแก่ทุกคนโดยอัตโนมัติการเติบโตด้านรายได้ เป็นวิธีการที่นำไปสู่การพัฒนาแทนที่จะเป็นเป้าหมายในตัวเอง

โอกาส การพัฒนามนุษย์เป็นเรื่องของการให้เสรีภาพแก่ประชาชนมากขึ้นในการมีชีวิตอย่างที่พวกเขาเห็นว่ามีคุณค่า ในทางปฏิบัติหมายถึงการพัฒนาความสามารถของประชาชนและการให้ โอกาสแก่พวกเขาในการที่จะใช้ความสามารถเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้ทางวิชาชีพแก่ผู้สูงอายุ เป็นการสร้างทักษะแก่ผู้สูงอายุ แต่ทักษะที่พวกเขาได้รับมาก็จะไม่มีประโยชน์อะไรหากพวกเขาไม่มีโอกาสได้เข้าถึงแหล่งงาน หรือทักษะได้รับมาไม่เหมาะสมสำหรับตลาดแรงงานในท้องถิ่น

ทางเลือก การพัฒนามนุษย์โดยพื้นฐานแล้วก็คือการมีทางเลือกมากขึ้น ในทางปฏิบัติจึงเป็นการ ให้โอกาสแก่ประชาชนโดยไม่ต้องยืนยันหรือเร่งรัดว่าพวกเขาจะต้องใช้โอกาสเหล่านั้น ไม่มีใครให้ หลักประกันความสุขแก่มนุษย์ได้ การที่ประชาชนจะเลือกอย่างไรเป็นเรื่องของพวกเขาเอง กระบวนการพัฒนา (ในความหมายของการพัฒนามนุษย์) ควรจะอย่างน้อยสร้างสภาวะแวดล้อม ให้แก่ประชาชนทั้งในแง่ของแต่ละบุคคลและประชาชนโดยรวมสำหรับให้พวกเขาได้พัฒนาให้เต็มศักยภาพและมีโอกาสอย่างเหมาะสมที่จะใช้ชีวิตอย่างมีโภคผลและสร้างสร รค์ในแนวทางที่พวกเขาเห็นว่ามีคุณค่า กล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการพัฒนามนุษย์เป็นเรื่องของการเพิ่มทางเลือกให้แก่ประชาชนและการเสริมสร้าง ความสามารถของพวกเขาในการที่จะ “เป็น” (Being) หรือ “ทำ” (Doing) ประเด็นสำคัญในเรื่องนี้ อยู่ที่การที่ประชาชนมีเสรีภาพที่จะเลือก (Freedom of Choice) “เป็น” หรือ “ทำ” นั่นเอง “เป็น” ในที่นี้หมายถึงการมีหรือการอยู่ในสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น “มีกินมีใช้” (Well Fed) “มีที่พักพิง” (Sheltered) หรือ “มีสุขภาพดี” (Healthy) ในขณะที่ “ทำ” มีนัยของการเข้าไปเกี่ยวข้อง หรือดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ทำงาน การศึกษาหาความรู้ การออกเสียงลงคะแนนเลือกตั้ง หรือการมีส่วนร่วมในวิถีชีวิตของชุมชน ประเด็น สำคัญของเรื่องนี้ ดังที่ได้กล่าวแล้ว คือ การมี “เสรีภาพในการเลือก” บางคนเลือกที่จะหิวโหย (เช่นในช่วงของ การถือศีลอด) แต่การอยู่ในสภาพหิวโหยเช่นนี้ ต่างกันโดยสินเชิงกับผู้ที่หิวโหยเพราะไม่สามารถจะซื้อหาอาหาร มารับประทานได้ (ธีระ นุชเปี่ยม, 2560)

ผู้วิจัยมีความเห็นเพิ่มเติมจากแนวคิดด้านเสรีภาพในการเลือกของมนุษย์ว่าในบั้นปลายชีวิตมนุษย์ควรมีสิทธิเสรีในการวางแผนการรักษาพยาบาลตนเอง ในฐานะผู้ป่วยวาระสุดท้าย (Advance Directive) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งการเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์แบบ

2.4.4 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

สมาคมการแพทย์แบบองค์รวมของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวม (Walter, 2005 อ้างถึงใน ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549) หมายถึง สุขภาพแบบองค์รวม คือทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่าง ร่างกาย และจิตใจ หรือร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ หรือร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เมื่อ นำไปประยุกต์ใช้ จะเรียกว่าการรักษาแบบองค์รวม (Holistic Medicine)

ประเวศ วะสี (2550) ให้ความหมายของสุขภาพภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ไว้ว่า สุขภาพ คือ ความเป็นปกติของความเป็นทั้งหมด (ของชีวิต) มีทั้งมิติกาย จิตวิญญาณ สังคม สติปัญญา ระบบสาธารณสุขเป็นเพียงแค่เสี้ยวเดียวของระบบสุขภาพ

สุขภาพ คือ “สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา สุขภาวะทั้ง 4 ด้าน เชื่อมโยงกันเป็นบูรณาการเชื่อมโยงถึงกัน และอยู่ในกันและกัน ปัญญาเป็นศูนย์กลาง ถ้าปราศจาก ปัญญา สุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้ การพัฒนาปัญญาต้องนำไปสู่การพัฒนา กาย จิต และสังคม การพัฒนากาย จิต และสังคม ต้องนำไปสู่การพัฒนาปัญญาทั้ง 4 ร่วมกัน จึงเกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์” (ประเวศ วะสี, 2550)

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต, 2557) ผู้นิพนธ์หนังสือเรื่องสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ กล่าวว่า คนมองธรรมชาติเป็นของนอกตัว ทั้งที่แท้จริงแล้ว ชีวิตจิตใจเราเองก็เป็นธรรมชาติ เราเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อคนกับสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาวะที่ขัดแย้งกัน สิ่งแวดล้อม ก็เสื่อมโทรม ด้วยความเห็นแก่ตัว ผู้คนต่างแก่งแย่งช่วงชิงกัน เบียดเบียนกันใช้ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม เพียงเพื่อหาความสุขสบายและตามใจตนเป็นหลัก สังคม ที่อาศัยอยู่ร่วมกันจึงวุ่นวายการมองดูการดำเนินชีวิต ที่เป็นอยู่ ว่าเป็นชีวิตที่กำลังเคลื่อนไหว ดำเนินไป ในท่ามกลางสิ่งแวดล้อม ย่อมแตกต่างกับการมองดูชีวิตที่เหมือนว่าตั้งอยู่นิ่งๆ เพียงเป็นส่วนหนึ่งที่แยกย่อยของธรรมชาติเท่านั้น เมื่อเรามองออกว่าชีวิต และระบบของชีวิต เป็นองค์รวม ชีวิตทั้งหลายที่ดำเนินไปนั้นจึงมีหลายด้าน ไม่ว่าด้านใดก็ตามถ้าเป็นอยู่หรือดำเนินผิดพลาดไป ก็จะเกิดปัญหา และส่งผลกระทบถึงกันทั้งหมด ดังเช่นเราสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือบุคคล ตัวเราก็เป็นสิ่งแวดล้อมของผู้อื่น ของสิ่งอื่นเช่นกัน เราก็ควรมีจิตใจที่เกื้อกูลต่อผู้อื่นหรือสิ่งอื่นนั้น ด้วยอินทรีย์ (ตา-หู-จมูก-ลิ้น-กาย-ใจ) ของเรา ที่ตระหนักรู้ ด้วยปัญญา เพราะเรานี้ต่างเป็นสิ่งแวดล้อมของกันและกันนั้นเอง

ดังนั้น สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นปรัชญาของการมีสุขภาวะที่ดีโดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในร่างกายได้แก่ร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่ เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายแต่จะพิจารณาจากปฏิกิริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะ ที่ดีที่สุด

สำหรับคำจัดกัดความของสุขภาพแบบองค์รวมของไทย ตาม (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติระบุไว้ว่า เป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ทั้งร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาวะทั้ง 4 ด้านนี้เกี่ยวเนื่อง เชื่อมโยง สัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกันเป็นหนึ่งเดียว ประกอบรวมกัน เป็น “สุขภาพองค์รวม” ที่มิอาจแยกจากกันการจะ “สร้างเสริมสุขภาพ” ไม่ได้หมายถึง การป้องกันความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงการพัฒนาในด้านต่าง ๆ นี้ให้ครบถ้วน รอบด้าน และสอดคล้องส่งผลเกื้อกูลกัน

แนวคิดสุขภาพแบบบูรณาการเน้นให้ ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วยตนเองด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะและสร้างสรรค์ สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ได้เรียกร้อง ให้ทุกส่วนของสังคมได้หันมามุ่งเอาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นตัวตั้งในการพัฒนาประเทศ มิใช่มุ่งแต่ เพียงเป้าหมายทางวัตถุและโภคทรัพย์และละเลยผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมดังที่เคยปฏิบัติมา ในอดีต แนวคิดสุขภาพแบบบูรณาการ ไม่เพียงแต่จะเน้นว่าต้องหาทางถ่ายทอดเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้ประชาชนนำไปประยุกต์ปฏิบัติด้วยตนเองเท่านั้น แต่ยังได้ใส่ใจต่อการนำวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนอีกด้วย สุขภาพตามแนวคิด “ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ” จึงเป็นเรื่องของการบริหารจัดการให้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทุกองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความสุขกาย สบายใจ

สำหรับประเด็นความครอบคลุมด้านมิติสุขภาพนั้น ในระยะแรก ๆ คำจำกัดความของสุขภาพจะครอบคลุมเพียง 3 มิติ คือมิติทางกาย มิติทางจิตใจ และมิติทางสังคม ในระยะต่อมามีการให้คำจำกัดความที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ มีการเพิ่มมิติทางจิตวิญาณ หรือปัญญา ในต่างประเทศใช้ศัพท์มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Wellbeing) สำหรับประเทศไทยใช้ มิติทางปัญญา (Wisdom Wellbeing)

ประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่ยอมรับ และใช้คำตำกัดความ ของสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รายละเอียดของสุขภาพ ทั้ง 4 มิติมีดังนี้ (เดชรัต สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลาการ และปัตตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2545)

1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย (Physical Wellbeing) หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุปัทวอันตราย และมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตใจ (Mental Wellbeing) หมายถึง จิตใจที่มีความสุข ร่าเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตากับสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดการเห็นแก่ตัวลงไปด้วย

3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม (Social Wellbeing) หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มี ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภารดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็น ประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และมีระบบบริการที่เป็นกิจการทางสังคม

4) สุขภาวะทางจิตวิญาณหรือปัญญา (Spiritual or Wisdom Wellbeing) คือสุขภาวะ ที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่ดี อันสูงส่ง เช่นการเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึง พระรัตนตรัย การเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้กำหนดไว้ว่า “สุขภาพทางปัญญา (Wisdom Wellbeing) หมายความว่า ความรู้ทั่วรู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงาม และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ สุขภาวะ ทางปัญญาช่วยให้ผู้คนบรรลุถึงความสุขที่แท้จริงคือความสุข ที่เกิดจากการมีทัศนคติที่ถูกต้อง รู้เท่าทัน ความจริงของชีวิตและโลก สามารถคิดถูก คิดชอบ และรู้จักแก้ทุกข์ได้ด้วยปัญญา รวมทั้งมีความสุข จากการดำเนินชีวิต ถูกต้อง ดีงาม จากการเป็นผู้ให้และการทำความดีเพื่อคนอื่นหรือส่วนรวม” การพัฒนาปัญญาทั้ง 4 ร่วมกัน จึงเกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์ (ประเวศ วะสี, 2550)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง แนวทางการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทย ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลักๆ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความสำคัญของการดูแลสตรีสูงอายุ 2) แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ 3) รูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุ 4) การดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียว โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 ความสำคัญของการดูแลสตรีสูงอายุ

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ปัจจุบัน งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีมากขึ้น และมีการจัดรูปแบบและนิยามความเป็นผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการแบ่งจากอายุ สุขภาพ และอื่นๆ ดังเช่นงานวิจัยของ Orimo et al. (2006) เรื่อง Reviewing The Definition of “Elderly” ย้ำเตือนว่าการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุด้วยตัวเลขอายุที่ 60 หรือ 65 นั้นอาจไม่เพียงพอ เพราะในงานวิจัยนี้ค้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมและดูแลร่างกายดีมีความอ่อนเยาว์กว่าอายุจริง มากถึง 7.5 ปี ในผู้ชาย ในขณะที่ผู้หญิงมีความอ่อนเยาว์กว่าอ ายุมากถึง 10 ปี ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในประเด็น การจัดเตรียมรูปแบบการจัดการบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุอาจจะต้องเปลี่ยนแปลงไป เพราะความอ่อนเยาว์ที่ค้นพบนี้บ่งบอกถึงอายุที่ยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้หญิง ที่มีอายุเฉลี่ยยืนยาวกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Sousa, Lima, Cesar, & Barros (2018, p. 2 อ้างถึงใน Cepellos , 2021) และเมื่อถึงคราวที่เธอเหล่านั้นจะต้องอยู่คนเดียวโดยไร้ผู้ดูแล ภาครัฐและสังคม จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าให้ความช่วยเหลือในรูปแบบสวัสดิการสังคมชุมชน เพราะชุมชนมีโอกาสได้สัมผัส ได้รู้จัก ได้เข้าถึงและเข้าใจในความเป็นผู้สูงอายุท่านนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี

นอกจากนั้น ในมุมด้านการยอมรับทางสังคมและทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุหญิง บทความของ Cepellos (2021) ที่กล่าวเกี่ยวกับลักษณะของผู้หญิงที่เข้าสู่วัยชรา รวมถึงกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงบริบทการทำงานของผู้สูงอายุหญิงในประเทศบลาซิล ไว้ในบทความเรื่อง Feminization of Aging: A Multifaceted Phenomenon Beyond The Numbers ว่า ผู้หญิงที่เข้าสู่วัยชราจะต้องเผชิญกับปัญหาหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับเพศเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งทางด้านสรีระและจิตใจ หรือแม้แต่การจ้างงาน ผู้หญิงสูงวัยก็มักจะได้ค่าแรงที่ต่ำกว่าผู้ชาย (ยกเว้นกรณีผู้หญิงบางท่านที่อยู่ในตำแหน่งงานสูงๆ เงินเดือนสูง คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จำเป็นจะต้องฟื้นฟูความสมดุลระหว่างงานและ

ครอบครัว) ในขณะที่ผู้หญิงบางคนที่ต้องอยู่บ้านดูแลบ้าน ลูก และคนในครอบครัว กลับมีสภาพร่างกายที่ย่ำแย่ สภาพทางสังคมไม่ค่อยดี และมีสภาพทางเศรษฐกิจที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ อันเกิดจากความไม่เท่าเทียมกันทางเพศและอายุ ดังนั้นการตระหนักถึงความต้องการของผู้หญิงสูงวัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทุกหน่วยงานควรจะร่วมกันรับผิดชอบในการสร้างโปรแกรม นโยบาย และแนวทางปฏิบัติเพื่อสนับสนุนพวกเธอให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Gordon & Whelan, 1998)

จากข้างต้น พอสรุปได้ว่า ผู้หญิงสูงวัยมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นและมีมากกว่าเพศชาย รวมถึงมีอายุที่ยืนยาวกว่าเพศชาย ทำให้เป็นกลุ่มคนที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะอยู่อย่างโดดเดี่ยว กลายเป็น “สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว” ดังนั้น การจัดหาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงจำเป็นจะต้องมีการวางแผนและให้ความสำคัญตั้งแต่บัดนี้เพื่อให้พวกเธอมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังที่ Gordon & Whelan กล่าวไว้

2.5.2 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

พบว่ามีนักวิจัยและงานวิจัยจำนวนมากที่ทำการศึกษาในประเด็นนี้ โดยการศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุถูกศึกษาแตกเป็นประเด็นย่อย ๆ หลายด้านด้วยกัน อาทิเช่น การดูแลด้านสุขภาพอนามัย การดูแลด้านที่อยู่อาศัย การดูแลด้านโภชนาการ หรือการดูแลด้านสภาพสิ่งแวดล้อม อาทิเช่น งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเรื่อง “รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเพื่อสนับสนุนการมีที่อาศัยและการดูแลที่เหมาะสม” ของสุทธิดา ชวนวัน (2563) ผลการศึกษาพบว่า ครัวเรือนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียว และครัวเรือนเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ยิ่งมีแนวโน้มในการอาศัยอยู่ลำพังคนเดียวลดลง ท้ายที่สุดแล้วผู้สูงอายุจะยังคงมีผู้ดูแลแม้ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน เพราะลักษณะการตั้งบ้านเรือนของสังคมไทยที่ส่วนใหญ่จะมีบ้านอยู่ใกล้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีการวางแผนการอยู่อาศัยในอนาคต 2 แนวทางคือ อยู่ในที่อยู่อาศัยเดิม และอยู่ในที่อยู่อาศัยใหม่ โดยมีข้อค้นพบว่า “การมีผู้ดูแล” เป็นประเด็นหลักของการเลือกตัดสินใจการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจ รายได้ การเงิน และทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ในงานเรื่อง ”การจัดการทรัพย์สินทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุไทย” ของสันติ ถิรพัฒน์ (2563) พบว่า มีผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งในสามที่มีความต้องการการจัดการทรัพย์สิน โดยภาระหนี้สิน รายจ่าย และ

การมีทรัพย์สินมากระดับหนึ่ง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความต้องการดังกล่าว ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความสุขโดยรวมมากขึ้น จะมีความต้องการในการจัดการทรัพย์สินน้อยลง ผลที่ได้ยังชี้ว่าปัญหาและความต้องการ จัดการทรัพย์สินมีความแตกต่างกันตามบริบทของผู้สูงอายุ การออมที่ไม่เพียงพอซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากที่สุด มีความเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้และทรัพย์สินน้อย ในขณะที่ปัญหาเกี่ยวกับการรักษา การใช้และการส่งต่อทรัพย์สินมักพบในกลุ่มที่มีการศึกษาสูงและมีอาชีพรับราชการ นอกจากนั้น ข้อมูลได้บ่งชี้ ว่าความไว้วางใจและความเป็นส่วนตัวเป็นอีกปัจจัยสำคัญ เห็นได้จากที่ผู้สูงอายุส่วนมากมีการจัดการทรัพย์สินด้วยตนเองหรือปรึกษาคนใกล้ชิดในครอบครัวเป็นหลัก สำหรับกลไกการจัดการทรัพย์สินที่ผู้สูงอายุมี ความต้องการ 3 ลำดับแรก ได้แก่ บริการที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา บริการที่ปรึกษาทางการเงินและการจัดการทรัพย์สิน และสินเชื่อจำนองย้อนกลับ อนึ่ง ผู้สูงอายุส่วนมากมีความเห็นว่าภาครัฐควรมีส่วนในการกำกับดูแลกลไกการจัดการทรัพย์สิน แต่ไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายเฉพาะ ดังนั้น การกำกับดูแลให้กลไกตลาดที่มีอยู่แล้วทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงเป็นแนวนโยบายที่เหมาะสมกว่าการดำเนินการเองโดยภาครัฐ ทั้งนี้งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดระบบดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2558) ชี้ชัดว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลผู้สูงอายุมากกว่าต้องการอยู่บ้านหรืออยู่กับครอบครัว รวมถึงต้องการให้มีการจัดผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลผ่านชุมชน เนื่องจากต้องการผู้ดูแลแบบมืออาชีพ ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยถ้าครอบครัวหรือชุมชนเป็นผู้ดูแลเอง อาจขาดความชำนาญในการดูแลจึงต้องการรับบริการจากสถานบริบาลคนชราสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย”ของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (2552, น.181-183) ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (Low Care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และ2.รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (High Care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะเปราะบาง นอกจากนี้งานวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังพึ่งตนเองได้มีความต้องการบริการสวัสดิการทางสังคม ทั้งจากรูปแบบผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันทั่วไป และสถาบันในชุมชน รวมถึงความต้องการบริการดูแลจากสังคมในชุมชน เป็นการตอกย้ำว่าทุกภาคส่วนควรเร่งจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจนและมีบริบทที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่และแต่ละลักษณะของผู้สูงอายุให้มากขึ้น

2.5.3 รูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุจะมีความหลากหลายแล้ว พบว่ารูปแบบการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ก็แตกต่างกันด้วย อาจด้วยแต่ละชุมชนในประเทศไทย มีความเป็นเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ของตนเอง ทำให้ในการศึกษารูปแบบการดำเนินงานหรือกลไกในการทำงานที่ผ่านมา จะมีลักษณะเป็นการวิจัยแบบกรณีศึกษาเฉพาะพื้นที่ ๆ ไป อย่างที่ สมศักดิ์ อมรสิริพงศ์ และ อาชว์ภูริชญ์ น้อมเนียน (2560) ทำการศึกษา “ELDERFARE Model”: รูปแบบและกลไกการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมสำหรับกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบในเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดสระแก้ว โดยทำการศึกษากลไกสำคัญในการขับเคลื่อนรูปแบบระบบสวัสดิการสังคม 9 องค์ประกอบ “ELDERFARE” ได้แก่ E (Elderly Centered), L (Local Government Organizations), D (Doctors and Public Health Care System) , E (Enterprise and Investors Responsibility), R (Rights of Community), F (Family Link), A (Agricultural Contribution), R (Rural Community Exploitation), E (Economic Concerned) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อยกับผู้สูงอายุที่จำนวน 4 กลุ่มและสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลผักขะ เทศบาลตำบลป่าไร่ เทศบาลตำบลบ้านด่าน เทศบาลตำบลท่าข้าม พบว่า องค์ประกอบของระบบสวัสดิการสังคมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับเสาสวัสดิการสังคมทั้ง 4 เสาได้แก่ (1) เสาบริการทางสังคม (2) เสาประกันสังคม (3) เสาการช่วยเหลือทางสังคมและ (4) เสาหุ้นส่วนทางสังคมโดยองค์ประกอบของรูปแบบระบบสวัสดิการสังคมสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบผู้สูงอายุในเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดสระแก้วในแต่ละองค์ประกอบจะลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมใน 3 มิติได้แก่ (1) มิติด้านเศรษฐกิจ (2) มิติด้านสวัสดิการสังคมและ (3) มิติด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรืองานวิจัยของ ของ ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารี ศรีสุรพล (2560) เป็นงานวิจัยอีกรูปแบบการดำเนินงานที่สะท้อนในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีผู้ดูแลทั้งจากครอบครัวและสังคมรอบข้างแต่ก็ยังพบกับความยากลำบากและอุปสรรคในการดูแลจนทำให้ได้ข้อสรุปของงานวิจัยว่า การดูแลผู้สูงอายุนั้น ควรเพิ่มศักยภาพด้านการดูแล และการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลวงในและวงนอกที่เป็นเครือญาติ และครัวเรือนแนบชิด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็นสิ่งจำเป็น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มิได้มีเครือญาติในการดูแล เช่น คนโสด หรือ ผู้ที่อยู่คนเดียวยามชราภาพ ยังจำเป็นที่จะต้องใช้กลไกทางสังคมหรือรูปแบบชุมชนท้องถิ่นเข้าช่วยเหลือ หรือแม้แต่ผู้สูงอายุที่มีเครือญาติดูแลบ้างแต่เครือญาติก็ต้องออกไปทางนอกบ้าน อีกทั้งบางพื้นที่พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลไม่ทั่วถึง เป็นเหตุให้ กมลชนก ภูมิชาติ, ปรีชา สามัคคี และลัญจกร นิลกาญจน์ (2562) ได้ทำการศึกษา

ชุมชนต้นแบบ โดยใช้กระบวนการ 4 ด้าน ในบทความเรื่อง รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ในพื้นที่ตำบลกำแพงเซา อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ผลการประเมินรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุพบว่า รูปแบบชุมชนต้นแบบ ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเอง 2) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลหรือครอบครัว 3) การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน ซึ่งทั้งสามรูปแบบนี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งเรียนรู้หรือเป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีแก่ชุมชนอื่นได้

นอกจากนี้ Kumhom and Sombat (2018) กล่าวไว้ในบทความเรื่อง Alternative social welfare model for older persons: decreasing social inequality เกี่ยวกับ รูปแบบการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยว่าแตกต่างกันไปตามบริบทของท้องถิ่น โดยจากการศึกษาทั่วประเทศ พบรูปแบบจำนวน 5 โมเดล ได้แก่ (1) Kohka Welfare model (2) Partnership welfare model (3) group welfare by Elder Organization model (4) Local and Cultural Welfare model (5) ELDERFARE model โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดการสวัสดิการและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ การทบทวนนโยบายสุขภาพแห่งชาติและการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความแตกต่างระหว่างประกันสังคมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ รวมถึงการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจ ควรเพิ่มโอกาสการจ้างงานสำหรับผู้สูงอายุโดยขยายอายุการจ้างงานจาก 60 เป็น 65 ปี ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุวางแผนการเงิน ประการสุดท้ายควรเพิ่มการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสวัสดิการผู้สูงอายุเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาระบบการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ของ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2562) พบว่ามีความขาดแคลนสวัสดิการทางสังคมในระดับพื้นที่บางด้าน เช่น สวัสดิการสังคมด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม และผู้สูงอายุจำนวนมากมีความต้องการสวัสดิการทางสังคมให้ครบทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ด้านการมีรายได้และมีงานทำ ด้านนันทนาการ ด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม และด้านการบริการสังคมทั่วไป ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาระบบการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม ควรมีการสร้างความเข้าใจและพัฒนาช่องทางการเข้าถึงให้มากขึ้น การจัดทำข้อมูลและทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการ

ทบทวนและปรับปรุงระเบียบข้อบังคับให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ด้วย โดยในงานวิจัยของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 (2558) เรื่อง การจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย ได้กล่าวถึงแนวทางการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุไว้ว่า ควรมีการแบ่งการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมตามช่วงวัย จำนวน 3 ช่วงวัย คือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้ การจัดสวัสดิการจากการศึกษาพบว่า ควรจัดให้เหมาะสมกับช่วงวัย เช่น วัยต้นยังสามารถทำงานและช่วยเหลือตนเองได้อยู่ ดังนั้นควรเน้นไปที่การจัดสวัสดิการด้านรายได้และการออม วัยกลางเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลงมากขึ้น และเริ่มตระหนักในการใช้ชีวิตบั้นปลาย ดังนั้นควรเน้นไปที่การจัดกิจกรรมทางสังคมและการดูแลป้องกันสุขภาพ หรือวัยปลายซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรเน้นไปที่การดูแลสุขภาพ

2.5.4 การดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียว

สำหรับประเด็นนี้ พบว่า ในประเทศไทยยังคงมีการศึกษาด้านนี้น้อย อาจด้วยเนื่องจากนโยบายและการดำเนินงานของทั้งภาครัฐและเอกชนในปัจจุบัน มิได้มีการแยกรูปแบบการดูแลอย่างชัดเจน (ยกเว้นด้านกายภาพเพศสภาพที่มีการแบ่งการดูแลอย่างชัดเจนในสถานบริบาลผู้สูงอายุ) สำหรับงานวิจัยเรื่อง เรื่อง “รูปแบบการอยู่อาศัยของสตรีโสดสูงอายุในประเทศไทย” ของ ศุทธิดา ชวนวัน (2548) พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มเลื่อนอายุแต่งงานให้ช้าลง สัดส่วนการอยู่เป็นโสดสูงขึ้นและครองโสดถาวรเพิ่มขึ้นสำหรับการอยู่อาศัยของสตรีโสดสูงอายุพบว่าอาศัยอยู่กับคนอื่นมากที่สุดคือญาติพี่น้องของตน สาเหตุที่สตรีโสดสูงอายุไม่ต้องการแต่งงาน คือ รักความอิสระ การไม่พบคนถูกใจ ความไม่มั่นใจในชีวิตคู่และความเข้มงวดในการมีคู่ครองของครอบครัว นอกจากนี้ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจยังมีส่วนทำให้สตรีสูงอายุอยู่เป็นโสด การอยู่เป็นโสดเป็นสาเหตุสำคัญที่ ทำให้สตรีสูงอายุต้องอาศัยอยู่คนเดียว บุตรที่เป็นโสดมักจะอาศัยอยู่กับบิดาและ/หรือมารดาตั้งแต่เดิมและไม่ย้ายไปไหน เมื่อบิดาหรือ/และมารดาเสียชีวิต สตรีโสดสูงอายุจะยังอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องในครอบครัวเดิมหรือมีการนำหลานมาอยู่เป็นเพื่อน นอกจากนี้พบว่าสตรีโสดสูงอายุ มีบทบาทเป็น “ผู้ให้” ความช่วยเหลือทางการเงินมากกว่าเป็น “ผู้รับ” กับญาติพี่น้องและไม่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลเท่าที่ควร

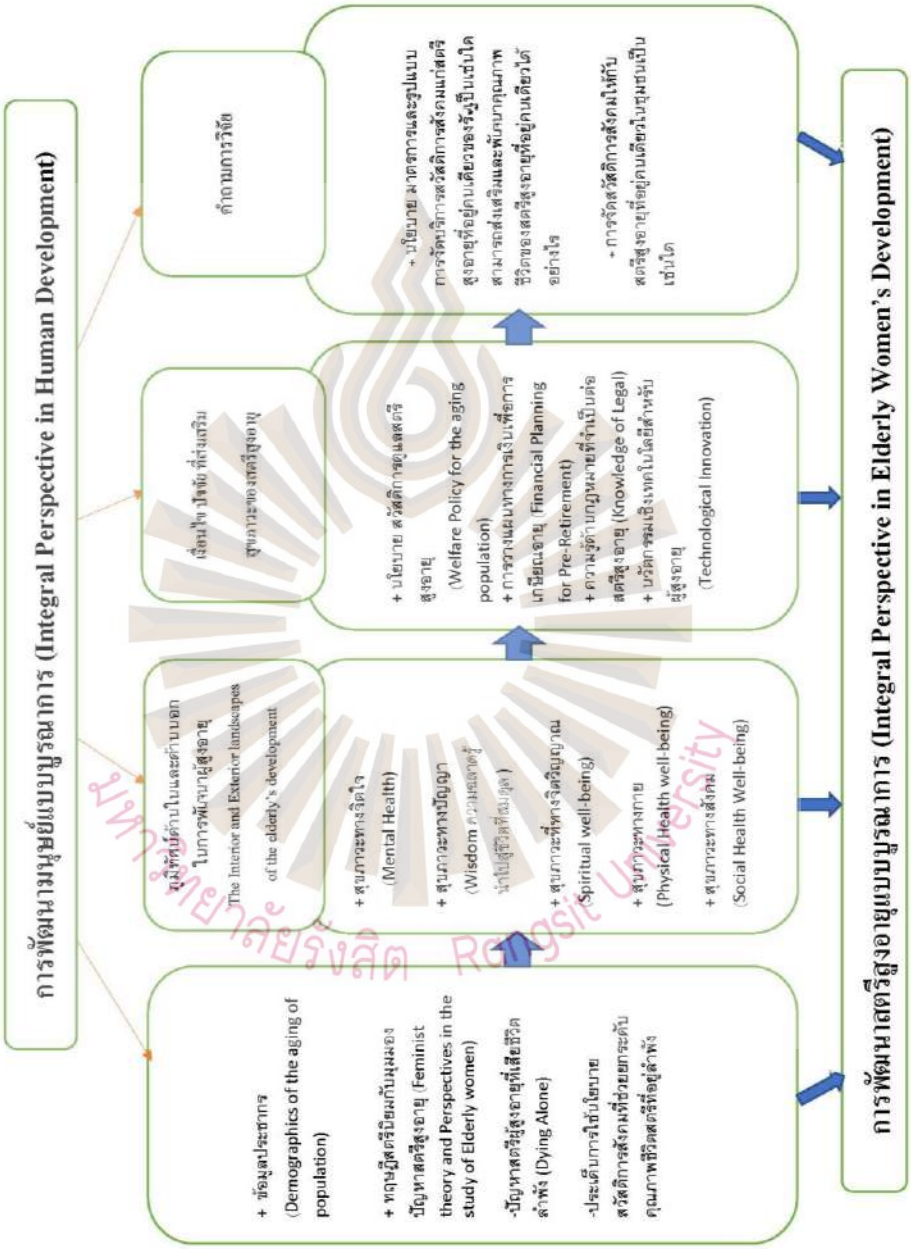
ในขณะที่ ณัฐณิชา สมฤทธิ์ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง “การบริหารชีวิตของผู้หญิงที่อยู่เป็นโสด” ซึ่งเป็นการศึกษาแนวคิดและการวางแผนชีวิตของการเป็นสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในบั้นปลาย พบว่า การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาเหตุและผลที่ผู้หญิงเลือกที่ใช้ชีวิตอยู่เพียง

ลำพังหรืออยู่เป็นโสดการบริหารจัดการชีวิตและการวางแผนการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเพื่อสะท้อนให้ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของค่านิยมนี้ โดยส่วนสำคัญของงานอยู่ที่ข้อสรุปถึงประเด็นข้เสนอแนะเชิงนโยบายในการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือผู้หญิงโสดการเตรียมความพร้อมที่จะอยู่เพียงลำพัง ได้แก่ 1) การออมเงินเฉพาะ 2)กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับคนที่อยู่เป็นโสด 3) สินเชื่อบ้านพักอาศัยสำหรับคนโสด 4) สวัสดิการที่พักอาศัยเฉพาะคนโสด 5) ประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลเฉพาะ 6) การจ้างงานเฉพาะและ 7)ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้หญิงโสดให้มีบทบาทในสังคม ซึ่งการเตรียมความพร้อมเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความมั่นคง และความปลอดภัยในชีวิตวัยชราให้กับหญิงโสดเหล่านี้

และแม้ว่าผลการวิจัยเรื่อง Social Integration and Psychological Well-being of Elderly Women in India: A Comparative Study of Elder Women at Homes and in Elder Care Facilities ของ Jose1 and Shanuga (2015) ที่ศึกษาถึงสตรีสูงอายุทางตอนใต้ของอินเดียจะพบความสัมพันธ์ทางสังคมและการบูรณาการทางสังคมว่าสตรีสูงอายุที่อยู่อาศัยที่บ้านว่ามีความอ่อนเยาว์และมีความสุขกว่าหญิงที่อยู่ในสถานดูแล แต่ทว่าในความเป็นจริงต้องยอมรับว่า สตรีสูงอายุทุกคนไม่สามารถมีหรืออยู่กับครอบครัวยามชราได้ อีกทั้งหญิงสูงอายุที่ยังไม่ได้แต่งงาน เป็นหม้าย และแยกกันอยู่มีแนวโน้มที่จะอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุมากกว่าหญิงสูงอายุที่แต่งงานแล้ว ดังนั้นแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุผ่านการจัดสวัสดิการสังคมในระดับชุมชนจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุให้ทั่วถึง ซึ่งได้มีงานวิจัยที่ศึกษาและแนะนำให้ผู้หญิงที่อยู่ตัวคนเดียวเริ่มเตรียมความพร้อมให้กับตัวเองในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่วัยกลางคน (35 ปี ขึ้นไป) มาตั้งแต่ปี 1992 ในงานวิจัยของ Lewis & Borders (1995) เรื่อง Life Satisfaction of Single Middle-Aged Professional Women ที่กล่าวถึง ความพึงพอใจในความเป็นโสดของตนเองของผู้หญิงวัยกลางคน และการเตรียมความพร้อมในปัจจุบันและอนาคตของเธอเหล่านั้นว่าความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อตนเองจะลดน้อยถอยลงตามอายุที่มากขึ้น โดยผลของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bell (1984) Mitchell & Helson (1990) Palmore & Kivett (1977) และ Ward (1979 อ้างถึงใน Lewis & Borders, 1995) ที่ท้ายที่สุดเมื่อมีอายุที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งก็ยังคงต้องการการได้รับการดูแลจากใครหรือหน่วยงานใดสักแห่งโดยสะท้อนจากผลของงานวิจัยที่ผู้หญิงโสดวัยกลางคนต้องการกลับไปแก้ไขอะไรในอดีตบ้าง

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น บ่งชี้ถึงความสำคัญที่เราควรจะตระหนักถึงแนวทางการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมทั้งการจัดทำมาตการและรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมจากภาครัฐ ภาคเอกชนหรือองค์กรภาคประชาคมและ

ภาคีเครือข่ายต่อการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะการ์ที่ดีของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค นำไปสู่กรอบความคิดในการวิจัย ดังรูปที่ 2.6



รูปที่ 2.6 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ที่มา: ผู้วิจัย, 2566

บทที่ 3

วิธีวิทยาการวิจัย (Research Methodology)

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) คือ การแสวงหา ความรู้ ความจริงที่เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคม โดยให้ความสำคัญกับความหมาย ความรู้สึกนึกคิด และโลกทัศน์ของบุคคล ให้ความสนใจกับข้อมูลเชิงคุณลักษณะ (Qualitative Data) ตามธรรมชาติ เป็นการแสวงหาความรู้ที่เชื่อว่าความจริงไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียวและไม่ใช่สิ่งที่ตายตัว เป็นการวิจัยที่เน้นความเป็นธรรมชาติ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552)โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ที่เชื่อว่าความรู้ที่มนุษย์ได้รับการถ่ายทอดมานั้นอาจไม่ถูกต้องก็ได้ และการรับรู้นั้นอาจได้มาจากการบังคับหรือการยอมรับก็ได้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology Study) หรือ ภูมิหลังและลักษณะสำคัญการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวความคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์และประสบการณ์ของมนุษย์ ปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาหรือทัศนะต่อภาวการณ์มีอยู่ ดำรงอยู่ของมนุษย์ เพื่อศึกษาปรากกฏการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบมา (Lived Experience) มุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบมาเป็นหลัก การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา อาศัยแนวคิดและทัศนะจากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาว่าคนเราบอกหรือบรรยายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ ต่าง ๆ ที่ตนได้รับ ด้วยการวิเคราะห์การรับรู้และความหมายของสิ่งที่เราประสบ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นความตระหนักรู้ ที่เราได้สัมผัสนั้นต้องถูกบรรยายอย่างละเอียด อธิบาย และตีความ จึงจะเกิดความเข้าใจประสบการณ์ชนิดเดียวกันย่อมมีแก่นแท้ อันเดียวกัน แก่นแท้เหล่านี้ก็คือ ความหมายที่คนเข้าใจร่วมกันหรือเข้าใจ ตรงกัน ในการวิเคราะห์นักวิจัยจะเปรียบเทียบประสบการณ์ของคนหลายคน เพื่อหาลักษณะร่วมกันของประสบการณ์

ดังนั้นการศึกษาเรื่อง “ นโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวภายใต้ทัศนะบูรณาการศาสตร์” ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาด้าน นโยบาย มาตรการ และรูปแบบการจัดบริการ สวัสดิการสังคมแก่สตรีสูงอายุที่อยู่

คนเดียว โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ ความหมาย และแนวทางการใช้ชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่เป็นโสด หรือเคยผ่านการหย่าร้าง หรือคู่สมรสเสียชีวิต โดยอาศัยอยู่ตัวคนเดียวไม่มีบุตรหลานดูแล

3.1 การออกแบบการวิจัย (Research Design)

หลังจากที่ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งสมมติฐานแล้ว ผู้วิจัยได้วางแผนหรือออกแบบการวิจัย โดยคำนึงถึงความสมเหตุสมผลของแบบการวิจัย โดยกำหนดรูปแบบการวิจัย ดังนี้

3.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) หรือการเลือกตัวอย่าง แบบใช้วิจารณญาณ (Judgment Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ดุลพินิจและการตัดสินใจของนักวิจัยเป็นหลักในการพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่าง ว่ามีลักษณะสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่จะทำการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1) เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ หรือมีตำแหน่งในการกำหนดนโยบายภาครัฐ หรือนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 5 ปี จังหวัดละ 3 คน

2) กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่กำลังให้การดูแลหรือที่กำลังปฏิบัติหน้าที่หรือเคยปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสตรีสูงอายุที่ใช้ชีวิตเพียงลำพังในชุมชน จังหวัดละ 3 คน

3) เป็นกลุ่มสตรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยยังไม่เคยแต่งงาน หรือ แต่งงานแล้วและผ่านการหย่าร้าง หรือคู่สมรสเสียชีวิต ไม่มีบุตรหลานดูแล และไม่มีความสัมพันธ์ฉันท์คู่รักกับใครและ/หรือไม่ได้อยู่กินกับผู้ใดโดยพฤตินัย ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา หรือมากกว่า และไม่มีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์แบบจริงจังกับใครในอนาคตอันใกล้นี้ โดยที่มีอาชีพ สถานภาพ ที่แตกต่างกันและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมที่จะพูดถึงประสบการ์ณและความรู้สึกของตนอย่างเปิดเผย สามารถให้ข้อมูลที่ละเอียด เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลุ่มลึก จังหวัดละ 5 คน หรือมากกว่าจนกว่าผู้วิจัยจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3.1.2 พื้นที่ศึกษา

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ผู้วิจัยได้ เลือกพื้นที่ภาคสนาม 5 จังหวัด ตามภูมิภาคของประเทศไทย ยกเว้นกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นเมืองที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในประเทศ อีกทั้งเป็นศูนย์กลางการปกครอง การศึกษา การคมนาคมขนส่ง การพาณิชย์ การสื่อสารและเป็นความเจริญของประเทศ ซึ่งผู้วิจัยมีจุดปประสงค์มุ่งเน้นศึกษาถึงกลุ่มคนที่ยากต่อเข้าถึงซึ่งโอกาส จึงนำมาสู่การเลือกพื้นที่การศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 5 จังหวัด ดังนี้

1) ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีสตรีสูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 ของภาคกลาง รองจากรุงเทพมหานคร

2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัด นครราชสีมา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีสตรีสูงอายุมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่2 ของประเทศไทย

3) ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดที่เชียงใหม่ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคเหนือและมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่3 ของประเทศไทย

4) ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นจังหวัดมีจำนวนสตรีสูงอายุมากที่สุดในภาคใต้

5) ภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัด ชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดมีจำนวนสตรีสูงอายุ มากที่สุดภาคตะวันออก

3.1.3 การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ได้การกำหนดลักษณะของผู้ให้ข้อมูลนั้นเป็นไปเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์และข้อมูลตรงตามที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากจุดมุ่งหมายหลักในการเลือกนี้เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมกับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของสิ่งที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ติดต่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยเพิ่มเติม และเนื่องจากสิ่งที่ต้องการศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้คือ สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องคัดเลือกผู้ที่ให้ข้อมูลที่ยอมรับหรือแสดงตนว่าเป็นผู้ที่มีสถานะโสด หรือผ่านการหย่าร้าง หรือคู่สมรสเสียชีวิตโดยไม่มีบุตรหลาน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ดูแล จากนั้นผู้วิจัยใช้การแนะนำการต่อไป (Snowball Sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลอีกจำนวนหนึ่ง คือวิธีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะสอบถามให้ข้อมูลเหล่านั้นให้ช่วยแนะนำสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติม

ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเองจนกว่าจะมีการอิ่มตัว (Saturated Data) คือการไม่มีข้อมูลอื่น ๆเกิดขึ้นอีก เนื่องจาก การกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ล่วงหน้าหรือเพียงพอต่อการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรนั้นจะไม่เกิดขึ้นในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะผลการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ให้ข้อมูล แต่ขึ้นอยู่กับจำนวนข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์หรือการสังเกต และด้วยวิธรการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา มีความเข้มข้นและข้อมูลอิ่มตัวได้เร็ว (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

3.2 การวิจัยภาคสนาม (Field Research)

การศึกษานโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวภายใต้ทัศนะบูรณาการศาสตร์ ในครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากการลงพื้นที่วิจัยภาคสนามโดยผู้วิจัยเอง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) โดยยึดหลักสำคัญในการดำเนินการวิจัยภาคสนาม ดังนี้

1) ผู้วิจัยระลึกถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างนักวิจัยกับชาวบ้านในพื้นที่ใช้ความคิดใคร่ครวญอย่างพินิจพิจารณา (Reflexivity) โดยหมั่นตรวจสอบวิธีคิดของตนเองอยู่เสมอๆ ว่า มุมมองหรือกรอบอ้างอิงในการสังเกตปรากฏการณ์ และหาความหมายของประสบการณ์ของตนอยู่ภายใต้ข้อสมมติฐานอะไร

2) พื้นที่ภาคสนาม ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลปฐมภูมิด้วยตนเอง งานวิจัยเป็นกระบวนการตั้งคำถาม และหาคำตอบ อย่างมีระเบียบวิธี สามารถตรวจสอบข้อมูล และมีหลักฐานอ้างอิงได้ สถานที่ ในงานวิจัยภาคสนาม จึงหมายถึง พื้นที่ที่มี “คำถาม” และ “คำตอบ” ของการวิจัยอยู่ ณ สถานที่แห่งนั้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3) การมีส่วนร่วม ผู้วิจัยต้องใช้ความพยายามที่จะมีส่วนร่วมกับวิถีชีวิตของคนที่เข้าไปศึกษาให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ วิธีการเก็บข้อมูลแบบนี้ เรียกว่า Participant Observation ซึ่งหมายถึง การเก็บข้อมูลในฐานะผู้มีส่วนร่วมกับชุมชน ประเด็นสำคัญของการมีส่วนร่วมก็คือ การมีส่วนในชีวิตประจำวันที่เป็นความธรรมดาของชาวบ้าน (Mundane Daily Life Practice) เพื่อทำความเข้าใจ "ความหมายของประสบการณ์" (Meaning of Experience) และวิธีการสร้างความหมายให้แก่ประสบการณ์

4) วิทยวินัย (Discipline) การวิจัยเป็นกระบวนการ ตั้งคำถาม และหาคำตอบอย่างมีพื้นที่ภาคสนาม ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลปฐมภูมิด้วยตนเอง งานวิจัยเป็นกระบวนการตั้งคำถามและหาคำตอบ อย่างมีระเบียบวิธี การทำวิจัยสนามจึงต้องคำนึงถึง วิทยวินัย ในการศึกษา ประเด็นสำคัญ

3.3 เทคนิคในการเก็บรวมรวมข้อมูล (Data Collection Techniques)

Maxwell (2005) กล่าวว่า ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นได้มาจากอะไรก็ตามที่ผู้วิจัยเห็นหรือได้ยินหรือสิ่งใดก็ตามที่สื่อสารออกมาให้ผู้วิจัยได้รับรู้ขณะที่ทำการศึกษา ปรากฏการณ์นั้นอยู่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 แบบคือ

1) พื้นที่ภาคสนาม ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลปฐมภูมิด้วยตนเอง งานวิจัยเป็นกระบวนการตั้งคำถาม และหาคำตอบ อย่างมีระเบียบวิธี สามารถตรวจสอบข้อมูล และมีหลักฐานอ้างอิงได้ สถานที่ ในงานวิจัยภาคสนาม จึงหมายถึง พื้นที่ที่มี “คำถาม” และ “คำตอบ” ของการวิจัยอยู่ ณ สถานที่แห่งนั้น

2) เครื่องบันทึกเสียง แม้ว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้แล้ว ผู้วิจัยยังต้องจดประเด็นที่น่าสนใจและปฏิกิริยาของผู้สัมภาษณ์ไว้ ซึ่งจะต้องทำทันทีหลังการจากการสัมภาษณ์ เป็นสิ่งช่วยเตือนความจำเรื่องสัมภาษณ์ ช่วยให้ข้อมูลดูจริงจัง มีความรู้สึก มีชีวิตขึ้น (นิศา ชูโต,2548)

3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) คือการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจและมีระเบียบวิธี เพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นกับสิ่งอื่น (สุภางค์ จันทวานิช, 2549, น.45) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

4) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการสัมภาษณ์และสนทนาแบบเจาะประเด็นโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ด้วยการเชิญผู้ร่วมสนทนาและเปลี่ยนทัศนะกันอย่างกว้างขวางในประเด็นต่าง ๆแล้วหาข้อสรุปให้งานวิจัยต่อไป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis and Interpretation)

สำหรับกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept Interview) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล โดยดำเนินร่วมกับกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้กระบวนการและวิธีการวิเคราะห์ตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ อันได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแสวงประเด็นหลัก (Major Themes) จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด มาพิจารณาแบ่งออกเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) และหัวข้อย่อย (Categories) โดยการเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ภาพรวมไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นย่อย ในระหว่างดำเนินการกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการสะท้อน (Reflecting) ควบคู่ไปด้วย เพื่อทบทวนความเข้าใจของผู้วิจัยต่อเนื้อหาและการตีความตามกรอบแนวคิดทฤษฎี โดยการพัฒนาข้อมูลตามปรากฏการณ์ร่วมเพื่อการแสวงหา หรือให้ได้มาซึ่งข้อค้นพบ (ชาย โพธิสิตา, 2552)

3.5 จริยธรรมการวิจัยในคน

การทำวิจัยในคน หมายถึง กระบวนการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ทางด้านสุขภาพ หรือวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของอาสาสมัครในการวิจัย หรือที่ได้กระทำต่อเซลล์ ส่วนประกอบของเซลล์ วัสดุสิ่งส่งตรวจ เนื้อเยื่อ น้ำคัดหลั่ง สารพันธุกรรม เวชระเบียนหรือข้อมูลด้านสุขภาพของอาสาสมัครในการวิจัย และให้หมายความรวมถึงการศึกษา ทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ แนวทางจริยธรรมการวิจัยและการทดลองในคน หมายถึง แนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและการทดลองในคน เช่น คำประกาศกรุงเฮลซิงกิ หรือปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) กฎหมายข้อบังคับ ข้อกำหนดและแนวทางที่องค์กรกำกับดูแลระดับประเทศ (National Regulatory Authorities, NRA) และสถาบันกำหนดหลักจริยธรรมการทำวิจัยในคนทั่วไป หรือ Belmont Report (National Research Management System, 2016)

1) เคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจ อย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล (Respect for Free and Informed Consent และ Respect to Autonomy of Decision Making)

2) เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for Privacy) ความหมายของ Privacy คือตัวบุคคล (Person) ความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล พฤติกรรมส่วนตัว พฤติกรรม ปกปิด การเคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร ทำโดยจัดสถานที่ในการขอความยินยอมและการซักประวัติตรวจร่างกาย การไม่มีป้ายระบุชื่อคลินิก เช่น “คลินิกโรคเอดส์” “คลินิกยาเสพติด”

3) เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for Confidentiality) ความหมายของ Confidentiality คือ ข้อมูล (Data) เป็นวิธีการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร โดยมีข้อจำกัด ข้อมูลเหล่านั้นได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล (Case Report Form) ใบยินยอม (Consent Form) การบันทึกเสียงหรือภาพ (Tape, Video and Photo) มาตรการรักษาความลับ เช่น ใช้รหัส เก็บในตู้มีกุญแจล็อค (Locked Cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (Computer) ที่มีรหัสผ่าน(Password) ข้อมูลส่งทางเมลอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) มีการทำให้เป็นรหัส (Encrypted)

4) เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง (Respect for Vulnerable Persons) ความหมายของผู้อ่อนด้อย เปราะบาง คือบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (Comatose) ผู้ป่วยพิการ (Handicapped) นักโทษ (Prisoners) กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (Marginalized People) เช่น ผู้อพยพ (Immigrants) ชนกลุ่มน้อย (Ethnic Minority) กลุ่มเบี่ยงเบนทางเพศ หรือกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexuality) กลุ่มเปราะบางทางสังคม (Socially Vulnerable) เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ (Sex Workers) ผู้ติดยาเสพติด (Drug Addicts) CIOMS Guideline 13 และ 14 ระบุว่าการทำวิจัยในกลุ่มนี้ต้องมีเหตุผลสมควร (Justification) ต้องขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ชอบด้วยกฎหมาย

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องของจริยธรรมในมนุษย์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยตระหนักถึงจรรยาบรรณดังที่กล่าวมาข้างต้นอย่างเคร่งครัดดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อกับผู้มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดเพื่ออธิบายรายละเอียดโดยย่อของการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการที่ใช้ในการทำวิจัย ซึ่งจำเป็นต้องมีการสัมภาษณ์และบันทึกเทปอธิบายแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้รับทราบก่อนดำเนินการสัมภาษณ์

2) แจ้งสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลต้องการถอนตัว

3) แจ้งสิทธิแจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเลือกตอบคำถามหรือไม่ตอบคำถามตามเห็นสมควร

4) อธิบายเรื่องวิธีการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และยืนยันการนำข้อมูลไปใช้ โดยไม่ระบุนามของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับคุณภาพของเครื่องมือโดยได้นำคำถามการวิจัยเข้าปรึกษาและพัฒนากับ ผศ.ดร.ฐิติพร ศิริพันธ์ พันธเสน (อาจารย์ที่ปรึกษา) และ นพ.ดร.มโน เมตตานันโท เลาหวนิช ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และประธานการสอบดุษฎีนิพนธ์ อีกทั้งผู้วิจัยได้ทดลองลงพื้นที่เพื่อศึกษานำร่อง (Pilot Study) ซึ่งได้นำคำถามการวิจัยไปทดลองสัมภาษณ์กับหน่วยงานรองปลัดเทศบาลอำเภอหัวหิน มีโอกาสได้เข้าร่วมสังเกตการณ์และได้สัมภาษณ์พูดคุยกับกลุ่มสตรีสูงอายุในศูนย์การเรียนรู้นาฏศิลป์ไทย ชมรมนาฏศิลป์เมืองหัวหิน-ปราณบุรี รวมถึงเข้าร่วมพูดคุยและสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ณ วัดหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เมื่อวันที่ 17-18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เบื้องต้น โดยมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2564 อีกทั้งได้รับการรับรองเอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review) เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2021-115 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2564

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 4

นโยบาย มาตรการและรูปแบบการจัดบริการ สวัสดิการสังคม สำหรับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย

ในบทนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อค้นพบจากการวิจัยอันเป็นผลที่จากการ ได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย มาตรการ และการจัดรูปแบบสวัสดิการสังคมของสตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะเข้าใจให้ลึกซึ้งว่าพลังของมาตรการในดูแลผู้สูงอายุของไทยที่ใช้ในปัจจุบันมีความสอดคล้องกับสถานการณ์สังคมสูงอายุไทย ที่มีจำนวนสตรีสูงอายุที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ และรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุนั้นจะสามารถส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทยได้อย่างไร ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือผลจากการวิเคราะห์พัฒนาการของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบบริการสวัสดิการสังคมของภาครัฐ ส่วนที่สองมุ่งนำเสนอบทวิเคราะห์ วิธีการและบทวิเคราะห์ ทัศนะ ความเห็นและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่ จากกระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ในจังหวัดต่าง ๆ ตามขอบเขตพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ลุ่มลึกและสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น3 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่าย กลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวลำพังในชุมชน โดยแบ่งเป็นรายภาค รวม 5 จังหวัดที่มีจำนวนสตรีผู้สูงอายุมากที่สุดในแต่ละภูมิภาค ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนนทบุรีและจังหวัดชลบุรีผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่าย พบว่านโยบายสวัสดิการสังคมแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวได้ ดังนี้

4.1 พัฒนาการของนโยบายและรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

การนำนโยบายไปปฏิบัติ จัดเป็นกระบวนการที่สำคัญในกระบวนการนโยบายสาธารณะ การบริหารนโยบายเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ (สัญญา เคณาภูมิ, 2562) ความเข้าใจในประวัติศาสตร์

พัฒนาการของนโยบายอย่างสัมพันธ์กับพลวัตการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย ปัจจุบันจึงมีความสำคัญยิ่ง

พัฒนาการเชิงนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศไทย ปรากฏชัดในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม โดยในปี พ.ศ.2483 รัฐบาลได้จัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งดำเนินงานภายใต้กระทรวงมหาดไทย โดยมีหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ รวมถึงการบริการสวัสดิการสังคมแก่คนไร้ที่พึ่ง เมื่อได้มีแนวคิดในการจัดสวัสดิการสังคมและประชาสงเคราะห์ รัฐบาลในขณะนั้นได้กำหนดนโยบายที่สำคัญหลายประการในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุข สำหรับนโยบายด้านผู้สูงอายุภาครัฐได้มอบหมายให้กรมประชาสงเคราะห์ในขณะนั้นจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นครั้งแรกในปีพ.ศ.2496โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งคือเพื่อให้การสงเคราะห์คนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อนยากจนไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอาศัยอยู่กับครอบครัวได้ ความต้องการบริการสงเคราะห์บางอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล นันทนาการเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือยากจน (สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557) นับแต่นั้นประเทศไทยมีพัฒนาการเชิงนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุมาโดยตลอด จนกระทั่งมีการจัดตั้งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ งานสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุจึงดำเนินอยู่ภายใต้กรมกิจผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) ก้าวย่างสำคัญของการพัฒนานโยบายสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุคือการที่รัฐบาลไทยในแต่ละสมัยได้เข้าร่วมประชุมสมัชชาโลกจัดโดยสหประชาชาติและร่วมประชุมในเวทีการประชุมนานาชาติในวาระต่างๆ ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการพัฒนาสวัสดิภาพและสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุไทย ในที่สุดได้ประกาศในปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เมื่อ 23 มีนาคม พ.ศ.2542 นโยบายและมาตรการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีหมุดหมายสำคัญของความก้าวหน้าด้านนโยบายผู้สูงอายุคือการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 และการมีหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ มีกรมกิจการผู้สูงอายุที่ดำเนินงานภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการและการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังมีหน้าที่เสนอนโยบาย พัฒนางานวิชาการ สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมและปฏิบัติงานโดยยึดหลักการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนหลักและมุ่งดำเนินงานในรูปแบบหุ้นส่วนในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560)

ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นแล้วว่านโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีกฎหมายรับรองให้ได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ อาทิ สิทธิในการได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุน ในบริการด้านการแพทย์ สาธารณสุข การศึกษา การประกอบอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนสิทธิในการพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมประเภทต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

เมื่อได้พิจารณาถึงแนวนโยบายของรัฐบาลภายใต้การนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา (2557-2566)ในการปฏิรูปประเทศไทย และกำหนดกรอบการปฏิรูปภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาสวัสดิการสังคมภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในสังกัด และได้จัดทำแผน ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 อย่างสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 6 ด้าน และมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพัฒนามนุษย์ในทุกมิติและทุกช่วงวัยอย่างมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา อันเป็นหลักการที่เป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาผู้สูงอายุไทย นอกจากนั้นการเสริมสร้างจิตสาธารณะ โดยเน้นให้เป็นสมาชิกของสังคมที่มีสำนึกรับผิดชอบต่อตนเอง สังคมและผู้อื่น กล่าวคือเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ รักการเรียนรู้ และสนใจที่จะพัฒนาตนเองให้มีทักษาะสำคัญในการเป็นพลเมืองของศตวรรษที่21ได้ 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ยุทธศาสตร์นี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้สูงอายุโดยตรง โดยอาศัยพลังความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อนงานสวัสดิการผู้สูงอายุ เน้นด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนไทยในการเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในไม่ช้า โดยที่กลุ่มประชากรที่เป็นผู้สูงอายุจะมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

4.1.1 ทัศนะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมต่อเรื่องนโยบายดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

การบริหารนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุโดยรวมจึงเป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาค (Macro Implementation) กล่าวคือ มีการแปลงนโยบายให้เป็นแผนงานและโครงการ

อย่างสอดประสานกับนโยบายของหน่วยงานระดับภูมิภาคและท้องถิ่น ควรทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายแผนแม่บทด้านการพัฒนาผู้สูงอายุในทัศนะและปรากฏการณ์ของเจ้าหน้าที่ภาครัฐระดับท้องถิ่น ทำให้ฉากทัศน์ (Scenario) ของปฏิบัติการระหว่างผู้ให้บริการสวัสดิการกับผู้ใช้บริการสวัสดิการสังคมมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

> “ในส่วนของกรมกิจการผู้สูงอายุเขาไม่มีหน่วยงานระดับจังหวัด เขาก็ให้หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาสังคมเป็นหน่วยงานของสังกัดของสำนักปลัด สำนักปลัดก็จะดูเป็นงานทั่วไปของสำนักปลัดที่ส่งมาตามแนวนโยบายเลยค่ะ พอกรมกิจการผู้สูงอายุไม่มีหน่วยงานระดับจังหวัดก็เลยปฏิบัติหน้าที่ให้กรมกิจการผู้สูงอายุด้วย คือเราทำงานให้กับกรมก็อย่างเช่นในเรื่องของโครงการต่างๆ ที่กรมกิจการผู้สูงอายุส่งมาค่ะ แต่ถ้าเน้นในเรื่องผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังคนเดียว จะต้องเป็นสถานสงเคราะห์ คือเราอาจจะแค่เหมือนแบบถ้าเกิดมีกรณีเฉพาะเรื่องถึงจะลงไป แต่เราก็ไม่ได้ตามติดผู้สูงอายุขนาดนั้นคือเราจะตอบได้แค่ผิวไม่ได้ลงรายละเอียดขนาดนั้น อย่างถ้ามีเคสข่าวที่ว่าผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียว เราก็ลงไปแล้วก็ไปเยี่ยมเคสสอบข้อเท็จจริงขึ้นมา แล้วก็ให้การช่วยเหลือถ้าเขาต้องการจะเข้าบ้านสงเคราะห์แล้วก็แจ้งส่งไปสถานสงเคราะห์อะไรก็คือลักษณะแบบนี้ เราไม่ได้แบบต้องลงไปคลุกคลีไปทำในเรื่องของกิจกรรมบริบาล” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 มีนาคม 2565)

> “ผมว่ายังไม่ครอบคลุมเท่าไหร่แล้วกับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพราะ ส่วนใหญ่ที่เจอ เริ่มมีผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัว หมายความว่าอยู่คนเดียวนะ จากประสบการณ์ที่เจอมามีมากขึ้นนะครับ แล้วก็มากขึ้นเรื่อย ๆ คิดว่านะ ควรจะต้องมีที่อยู่อาศัยที่เป็น ศูนย์ พักพิง คนที่จะคบทุกจังหวัดได้แล้วเพราะต่อไปมองว่าน่าจะ มีมากขึ้นและประเทศไทยเรามีอยู่ประมาณ 12 ศูนย์ แล้วการที่จะเข้าศูนย์ ก็จะต้องรอคิวมันก็เลยทำให้เราไม่ตอบสนองกับสถานการณ์ปัจจุบันเท่าไหร่” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนนทบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 28 เมษายน 2565)

> “ถ้าเขาอยู่คนเดียวแต่เขาไม่ยินยอมเราก็ช่วยเหลือเขาไม่ได้ เช่น ถามว่าคุณป้าอยากไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ไหมจะได้มีเพื่อน มีคนดูแล บางทีเขาก็ไม่อยากไปอยู่ เขา

อยากจะอยู่บ้านเขาบางทีเขาก็ปฏิเสธการรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 เมษายน 2565)

“ปัจจุบันมีแผนการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติมีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุทั้ง สุขภาพสังคมเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี แบบครอบคลุมทั้งเพศชายและเพศหญิงอยู่แล้ว โดยจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้มีการสนับสนุนเรื่องกิจกรรม การรวมกลุ่ม และนโยบายสังคมสงเคราะห์ สำหรับกลุ่มผู้เปราะบางติดเตียงอยู่คนเดียวด้วยสวัสดิการต่างเงินช่วยเหลือ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

“ก็มีการพูดถึงผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมากขึ้น แต่นี่ไม่ได้พูดถึงเรื่องว่าเป็นเพศหญิงหรือเพศชายนะคะที่อยู่ตามลำพัง เพราะคิดว่าแผนผู้สูงอายุก็น่าจะสอดคล้องกับสถานการณ์สตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังนะคะ เหมือนว่าลูกมีน้อยลง แล้วก็ลูกย้ายไปถิ่นฐานไปอยู่ต่างจังหวัดมากขึ้นเลยผู้สูงอายุก็น่าจะเริ่มอยู่ตามลำพังมากขึ้น” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐบ้านธรรมปกรณ์ในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

จากการศึกษาเอกสารนโยบายสำคัญของผู้สูงอายุและจากการสัมภาษณ์ทัศนะของกลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนนทบุรี จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่านโยบายหรือแผนงานไม่มีการแบ่งแยกเพศว่าผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จะเป็นหญิงหรือชาย ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุสตรีสูงอายุที่ตามลำพังคือผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ที่กำหนดโดยผ่านกลไกการดำเนินงานของสำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามพบว่าการเข้าถึงสวัสดิการของผู้สูงอายุอาจมีเงื่อนไขด้านทัศนคติของปัจเจกบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง

4.1.2 ความต้องการสวัสดิการสังคมของสตรีสูงอายุ : บริบทของสังคมเมืองและชนบท

ผลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจถึงความต้องการที่แตกต่างของสตรีสูงอายุที่อยู่ลำพังโดยมีประเด็นอิสระภาพในเลือกดำเนินชีวิต

ประเด็นสถานะภาพทางเศรษฐกิจที่กำหนดคุณลักษณะและจำเป็นของการได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสวัสดิการสังคม นอกจากนั้นประสบการณ์ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการและนักสังคมสงเคราะห์ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ความต้องการของสตรีสูงอายุในแต่ละพื้นที่ได้รับการตอบสนอง

> “ มันต้องแยกแบบนี้ก่อนว่า ในกรณีของผู้หญิงที่อยู่คนเดียวเขตชนบทกับเขตเมืองไม่เหมือนกันเลยเพราะว่าให้เขตเมืองต่อให้เราคิดน โยบายว่าเราควรจะมีนู่นนี่นั่นในการลงไปช่วยเหลือแต่เขาจะปิดประตูบ้านไม่ให้เราเข้าเพราะเขตเมืองเขาจะค่อนข้างที่จะปกปิดตัวเองค่อนข้างสูงไม่ให้เราเข้าไปง่ายๆ อย่างความเข้าถึงในการช่วยเหลือหรือการให้บริการต่างๆมันค่อนข้างยาก เพราะฉะนั้นถ้าเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในชนบท เขาค่อนข้างที่จะรู้จักกัน เขาค่อนข้างที่จะมีการเอื้อเฟื้อ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันยังจะมีค่อนข้างสูง เพราะฉะนั้น ถ้าเกิดว่ามีกิจกรรมอะไรต่างๆที่จะเอื้อต่อกันช่วยเหลือ ในเรื่องของผู้หญิงที่อยู่เพียงลำพังคนเดียว ถ้าในกรณีเขตเมืองอย่างคนที่สมมุติว่าในอนาคตเป็นผู้หญิงที่ฉันอยากอยู่เพียงลำพังคนเดียวคือฉันเป็นโสด แต่ว่าถ้ามีนโยบายแบบนี้ออกมา ยังไงเขาก็จะเข้าถึงยาก คือเขาปฏิเสธการช่วยเหลือเพราะว่าโดยส่วนมากแล้ว ก็คือ หนึ่ง เขาก็จะแบบมีการศึกษาค่อนข้างที่จะสูง แล้วก็ส่วนใหญ่ที่จะแบบต้องการไพรเวทฉันอยู่ของฉันแบบนี้ได้ เพราะฉะนั้นคิดว่าสิ่งที่ควรจะทำควรที่จะให้เขาได้ออกมาเปิดตัวก่อนได้ออกมาในสังคมมาทำกิจกรรมหรืออะไรต่างๆที่เขาจะลดในความเป็นตัวตนของเขาลงไปบ้าง เพื่อที่จะยอมรับ เพราะว่ามีหลายเคสที่เราไม่สามารถที่จะเข้าไปได้ เราจะต้องใช้เวลาในการที่จะเข้าไปพูดคุย เขาถึงจะยอมรับที่ให้เราเข้าไป มันก็ไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ทีนี้ถ้าเป็นในส่วนของชนบทมันจะต่างกัน บางครั้งเข้ามานั่งอยู่หน้าบ้านซึ่งไม่ได้มีรั้วมีอะไรกันเพราะนั่งอยู่หน้าบ้านหรือชาวบ้านที่อยู่ข้างบ้านจะมาช่วยเขามันสามารถเข้าได้” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 มีนาคม 2565)

4.1.3 การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดนครศรีธรรมราช

พบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในมิติต่างๆ เช่น การวางแผนด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การออมเพื่อใช้จ่ายในบั้นปลาย การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยและการได้รับการดูแลในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจหรือทางด้านการเงินของผู้สูงอายุ (Financial Status of Aging) นับเป็นประเด็นที่ทั้งผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมถึงภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการด้านผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เนื่องจากเป็นประเด็นที่คาบเกี่ยวกันระหว่างนโยบายภาครัฐในการให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกับบทบาทหน้าที่ของปัจเจกบุคคลในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุในอนาคต

บทสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นถึงท้าทายในการทำงานกับผู้สูงอายุในด้านการออม และพบว่าการวางแผนระยะสั้นด้านการออมคือสิ่งที่ทำได้อย่างเป็นรูปธรรม ณ ขณะนี้

> “เอาเป็นระยะสั้นดีกว่านะ คิดว่า 3 ปีก่อน 60 คือถ้าปีเดียวก่อน 60 เขาจะทำไรได้ เพราะมันเหมือนว่าเป็นการเยียวยารักษาแบบปลายเหตุ คิดว่า 3-5 ปีเนี่ยเป็นระยะที่แบบกำลังดี เพราะว่าการทำแผนของกระทรวงก็จะอยู่ที่ 5 ปี 10 ปีแล้วแต่แล้วแต่นโยบาย แผน 3ปี น่าจะเป็นแบบช่วงระยะสั้น แบบอาจจะกระตุ้นในเรื่องของการรับรู้สิทธิสวัสดิการ แผน 5 ปีอาจจะเป็นในเรื่องของการทำแผนชีวิตค่าใช้จ่ายการออมเงิน” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 เมษายน 2565)

การออมเงินเพื่อการใช้จ่ายในวัยชราภาพและหลังการเกษียณอายุนับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ทุกคน แต่สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระเช่น ผู้รับจ้างไม่ประจำ ชาวไร่ ชาวนา แม่ค้า หาบเร่แผงลอย ฯลฯ มีรายได้ไม่แน่นอน และไม่ได้อยู่ในระบบการออมเพื่อเกษียณของภาครัฐหรือเอกชน ตลอดจนผู้มีความยากลำบากและยากไร้ทางเศรษฐกิจ การออมนับเป็นประเด็นที่ต้องได้รับคำแนะนำจากภาครัฐและภาคส่วนที่ร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการของกองทุนการออมแห่งชาติ นับเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการช่วยให้ผู้สูงอายุมีทุนสำรองชีพและมีชีวิตในบั้นปลายอย่างมั่นคงและมีหลักประกัน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจและการเห็นความสำคัญของการออมเพื่อการชราภาพ หากแต่บทบาทในการนำการเตรียมความพร้อมด้านการออม ยังเป็นประเด็นซึ่งต้องการการทำงานอย่างบูรณาการกับทุกภาคส่วน

> "ก็คือตั้งแต่วัยทำงานนะคะ ถ้าเริ่มในวัยทำงานเนี่ยทุกคนต้อง คิดแล้วว่าอีก 10 ปี 20 ปี 30 ปีข้างหน้า ฉันจะมีชีวิตอย่างไร? คือคนไทยละเลยเรื่องการวางแผน อย่างแรกเลยเรื่องการออม ตรงนี้ต้องใส่ไปเยอะๆ อย่างที่มีท่านหนึ่งบอกว่าคนญี่ปุ่นเขามีชีวิตที่ดี เพราะเค้ามีการออม คือเงินมันจำเป็นค่ะ มันจะเป็นทุกอย่างให้คุณ เช่น เรื่องสุขภาพว่าจะไปโรงพยาบาล จะไปโรงบาลรัฐ อย่างรพ.มหาราษฎร์เนี่ยไปแปดโมง ห้าโมงได้ตรวจเลยนะคะ ถ้าเรามีเงินออมเรา หรือมีเงินกันประกันถ้าได้ตรวจรพ.เอกชนก็จะรวดเร็ว ก็เป็นเรื่องสำคัญค่ะ" (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครศรีธรรมราช, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 พฤษภาคม 2565)

การดำเนินชีวิตของผู้สูงวัยคือช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ในประเด็นเศรษฐกิจรายได้ที่เคยได้รับเป็นประจำย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไป และย่อมส่งผลต่อแบบแผนของการดำเนินชีวิต ในทางจิตใจผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ มักเผชิญกับความรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่าเนื่องจากไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ด้วยเหตุนี้กรมกิจการผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพกลับมาให้ความสำคัญกับการสร้างรายได้เสริมและมีการดำเนินโครงการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมการมีรายได้และการมีงานทำ

> "มองว่าอนาคตมันกำลังบอกว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยกันบ้างดีกว่าแล้ว เตรียมการเนิ่น ๆ ผมยังไม่เห็นนโยบายชัดเจนเหมือนกัน เค้ายังไม่ทราบว่าจะต้องมีนโยบายรองรับหรือเปล่า การไม่มีเงินเก็บไม่มีเงินออมแย่เลยนะครับ และวันนี้คนน่าจะส่งเสริมพวกนี้ให้มากขึ้นคุณจะต้องอยู่ยังไง อาศัยแค่เบี้ยยังชีพหรือลูกหลานคุณก็น้อยลง บางท่านก็ไม่มี หรือมีแต่ไม่ดูแล" (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนนทบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 28 เมษายน 2565)

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนนทบุรีสะท้อนความเข้าใจถึงความจำกัดของงบประมาณของภาครัฐที่อุดหนุนผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมและถ้วนหน้า (Universal

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Coverage) ประเด็นที่ควรจะต้องนำมาพิจารณาอย่างต่อเนื่องคือ บทบาทที่เหมาะสม ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการพัฒนาผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic Development of Elderly) ของเจ้าหน้าที่ด้านสวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ และองค์กรภาคประชาสังคม เครือข่ายอาสาสมัครในระดับชุมชนท้องถิ่น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม ผลักดัน ในระดับนโยบาย ให้บุคลากรด้านผู้สูงอายุได้รับการพัฒนา เสริมาร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ สอดคล้องกับทัศนะของผู้กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐจังหวัด

> “คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญเป็นเรื่องของทุกวัยที่ว่าควรจะมีการเตรียมรับมือสังคมสูงวัยนะคะ ก็ถือว่าเป็นหน้าที่ของทุกคนนะ เผื่อว่าเราจะได้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคตได้นะคะ อย่างในวัยเด็กเราก็ควรจะมีการเตรียมความพร้อมในด้านของการออมนะคะแล้วก็ให้เด็กมีทัศนคติเชิงบวกกับผู้สูงอายุกับคุณตาคุณยายอะไรนะคะ แล้วก็ในเรื่องของวัยเรียนก็ในเรื่องของการออมแล้วก็ว่าการวางแผนการใช้เงินแล้วก็มีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุเหมือนกันนะคะ ถ้าในวัยทำงานก็ต้องมีเรื่องของการวางแผนชีวิตของครอบครัวนะคะ ในเรื่องของสุขภาพเรื่องการออมการวางแผนการใช้เงินนะคะ อย่างเราก็ต้องดูแลในเรื่องของสุขภาพเรื่องของการออมการวางแผนการเกษียณ อย่างสมมติว่าเราอยากจะเกษียณ เราคิดว่าเราจะเกษียณเราจะต้องมีเงินประมาณเท่าไหร่นะคะ แล้วก็ในเรื่องของวัยสูงอายุก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของการดูแลสุขภาพ การเข้ากิจกรรมสังคมหรือการหาอาชีพเสริม” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐบ้านธรรมปกรณ์ในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

> “ตอนที่ไปประชุมของกรม เราเคยเสนอว่ามันน่าจะมีช่องทางเหมือน สสส. ที่ยิงสปอตโฆษณางดเหล้าเข้าพรรษา เราก็มองว่าทำไมของทางกระทรวงไม่ยิงสปอตแบบนี้บ้าง คือหาแบบไปร่วมทุนกับทางสสส.ก็ได้ถ้าเกิดทางเขามีงบ ก็ทำแบบว่า ถ้าคุณออมเงินตอนนี้คุณจะสบายในวัยแก่ เอ้อ! มันต้องมีในการแบบยิงสปอตเตือนใจให้คนรู้ว่าวันหนึ่ง เราต้องแก่ วันนึงเราจะต้องแบบไม่มีรายได้นะ คือถ้าเป็นข้าราชการอย่างเราๆก็มีรายได้จากบำนาญ แต่ที่นี้อย่างเคสที่ลงไปดูเขาจะมองภาพสั้นๆ ถามว่าทำงานอะไรคะ? รับจ้าง...ถามว่าเดือนนึงได้รับจ้างกี่วัน?... 3 วัน ... แล้ววันอื่นทำอะไร? เขาบอก ก็ไม่มีงานจ้างก็ไม่ไป... ก็เลยเอ้ยทำไมเขาคิดแค่นี้เองไร ซึ่งถามว่าตอนนี้เขายังมีแรง เค้าได้ 3 วันต่อเดือน... 3 วันต่อเดือนได้ 900

บาท เขาบอกว่าอยู่ได้ แต่ในวันนึงที่คุณต้องมีค่ารักษาพยาบาล คุณมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น แต่ว่าคุณไม่มีรายได้ออกมามันจะทำงานได้ไหม มันก็ไม่ได้ ไม่มีรายได้ที่จะไปเกื้อหนุนตัวเองในวัยเกษียณ ทีนี้เราก็เลยอยากให้มองว่ามันไม่ใช่แค่มองตอนนี้ มันต้องตั้งแต่วัยเด็ก ก็คือว่าเด็กเขาจะต้องรู้นะว่าวันหนึ่ง ฉันจะต้องเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้เด็กรู้ แล้วก็ให้เด็กรู้จักการออมตั้งแต่ในวันนั้น แล้วก็คนทำงานคือคนทุกคนที่ทำงานทุกองค์กรจะต้องได้รับการแบบปลูกฝังว่าฉันจะต้องเตรียมตัวในวัยที่ฉันเกษียณ ในวัยที่ฉันอายุเยอะ อย่างพี่เนี่ยอยู่กับอยู่กระทรวงนี้เขาส่งให้เราไปเป็นวิทยากรเพื่อให้ความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อม แต่บางคนที่ไปฟังเราบรรยาย ก็อายุ 58 แล้ว ถามว่าเขาจะเตรียมทันไหม? บางคนก็เตรียมไม่ทันแล้ว" (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 มีนาคม 2565)

"สวัสดิการพื้นฐานเศรษฐกิจ เช่นการออม ควรบรรจุอยู่ในระบบการศึกษาเพื่อสร้างการตระหนักรู้เรื่องการวางแผนชีวิตบั้นปลายตั้งแต่วัยเยาว์ เช่น ให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามช่วงวัยต่าง การเริ่มเก็บออม การวางแผนการเงินเพื่อการเกษียณอายุ" (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

4.1.4 การเตรียมความพร้อมในวาระสุดท้ายของสตรีสูงอายุ : การเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นมาตรการที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติแห่งชาติฉบับที่ 2 โดยในช่วงพ.ศ. 2559-2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลครอบครัวและชุมชนได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ครอบครัวและชุมชนและได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ข้อที่ 5 ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

> “นโยบายภาครัฐรองรับเรื่องการวางแผนในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ อย่างรัฐบาลชุดนี้ให้เป็นบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ถ้าผู้สูงอายุที่เสียชีวิตมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐมาขอสิทธิในการรับค่าจัดการศพ 3,000 บาท ได้เลยภายในเวลา 6 เดือนนับตั้งแต่ใบมรณะบัตรออก ซึ่งคนที่สงเคราะห์ศพก็ได้แบ่งเบาไปบ้างนะครับ ผมว่าเป็นโครงการที่ดีแต่ว่าอยากฝากนิดหนึ่งก็คือเรื่องของ ระยะเวลาการเบิกจ่ายเป็นประเด็นมากช้าปีกว่าจะได้ ซึ่งถ้าทำให้รวดเร็วกว่านี้มันน่าจะเป็นพลังให้ดีให้กับรัฐได้ดีกว่านี้ แต่เป็นโครงการที่ดีนะผมว่านะเพราะว่าบางคนอย่างที่ผมบอก คนยากไร้เสียชีวิตยังไม่มีเงินจะทำศพ แล้วก็ไม่น่าจะไปอิงกับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วยเพราะบางคนเค้าเข้าไม่ถึง ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนนทบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 28 เมษายน 2565)

ภายใต้เงื่อนไขด้านงบประมาณต่อปีที่จำกัดและไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตและต้องการได้รับสิทธิค่าจัดการศพก็ผ่านไปเป็นเวลานับปีอีกทั้งการเบิกจ่ายที่ซับซ้อน เช่น เบิกจ่ายผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐอาจทำให้ญาติหรือผู้จัดการต้องได้รับความเดือดร้อนในการเบิกจ่าย

การเตรียมตัวเพื่อการตายตามแนวคิดทัศนคติการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีถือว่าการเตรียมตัวเพื่อการตายเป็นรูปแบบพื้นฐานของสิ่งที่พึงกระทำในการเผชิญกับภาวะใกล้ตายการเตรียมตัวเพื่อการตายนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย และชีวิตหลังความตาย ทัศนคติและค่านิยมเกี่ยวกับความตายในแต่ละวัฒนธรรมจะทำให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องประสบการณ์ของภาวะใกล้ตาย ความตาย และชีวิตหลังความตายมากขึ้นจึงมีผลให้บุคคลสามารถยอมรับได้ต่อความตายที่จะเกิดขึ้น (Corr, Nabe, & Corr, 1997, pp.185-187)

> “การพูดในเรื่องการตายนี้ บางทีเขาไม่ค่อยให้ความสนใจ เพราะเขามองว่ามันเป็นเรื่องที่ไกลตัว มันยังไม่ถึงหรอก เขาไม่ได้คิด เว้นแต่ว่าวันหนึ่งตัวเองจะป่วย เขาก็จะคิดว่าเขาจะต้องทำอะไรแล้วนะแต่ถ้าแบบฉันแข็งแรงดีอยู่ บางคนเขาก็ยังไม่ได้รู้สึกอะไรมันดีสำหรับทุกคนไม่ได้เฉพาะว่าสูงอายุหรือไม่สูงอายุ เราก็สามารถทำได้” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 มีนาคม 2565)

แนวคิดเรื่องการตายดีมีความสำคัญต่อสังคมผู้สูงอายุของไทยในปัจจุบัน เมื่อถึงภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถรับรู้และตัดสินใจต่อการรักษาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยส่วนใหญ่แล้วจะมีญาติหรือลูกหลานเป็นผู้ตัดสินใจแทนตน แต่หากเป็นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังโดยเฉพาะสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพัง หากขาดการวางแผนชีวิตในระยะสุดท้ายอาจนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางกาย และจิตวิญญาณได้

> “การช่วยเหลือถ้าตัดสินใจเองไม่ได้โดยที่ ผู้สูงอายุไม่มีญาติอย่างนี้คือ สิทธิอำนาจการตัดสินใจ คิดว่าคนที่ช่วยได้คือหมอ คิดว่าถ้าผู้สูงอายุไม่มีญาติตัดสินใจก็คือเหมือนฝากชีวิตไว้กับหมอ ให้หมอพิจารณาว่าถ้าใส่เครื่องช่วยแล้วมันจะช่วยหรือมันจะซ้ำเติมเค้า หรือถ้าไม่ใส่ คือให้เข้าไปแบบไม่ทรมานมันจะดีกว่ามั้ย คือมันก็ขึ้นอยู่กับตัวตัวคุณหมอเองว่าการวินิจฉัยดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ คือคิดว่ามันเป็นการให้เกียรตินะ ส่วนสิทธิและสวัสดิการ แล้วแต่ว่าผู้สูงอายุมาจากที่ไหน ณ จุดสุดท้ายของชีวิต ถ้ามาจากสถานสงเคราะห์มันก็จะไม่มีสิทธิและสวัสดิการอะไรนอกเหนือจากการให้เงินค่าจัดการศพ ซึ่งรัฐให้อยู่แล้ว แต่ในส่วนอื่นๆที่เป็นมรดกของเขาเองในช่วงที่มีชีวิตอยู่ ก็เป็นไปตามระบบขั้นตอนของหน่วยงานภาครัฐอยู่แล้ว แต่ถ้าเป็นช่วงสุดท้ายคิดว่าทุกอย่างจะต้องอยู่ที่คุณหมอ ว่าการตัดสินใจคือสิ่งไหนมันจะดีกับตัวผู้สูงอายุที่สุดและสมศักดิ์ศรีที่สุด สมศักดิ์ศรีในที่นี้หมายถึงว่าเขาไม่ทรมานเขาสามารถไปต่อได้โดยที่หายจากโรคนั้น” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 เมษายน 2565)

ภาครัฐเริ่มให้ความสำคัญเรื่องการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเห็นได้จากบทสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าภาครัฐ ดังนี้

> “หน่วยงานต่างๆเริ่มมีการให้ข้อมูลพื้นฐานกับชุมชนเรื่องการวางแผนพินัยกรรมชีวิตแต่ผู้สูงอายุถ้าหากได้รับข้อมูลด้านวิชาการมากเกินไปจะทำให้เบื่อ ไม่น่าฟัง ง่วงนอน แนะนำให้แทรกซึมไปในกิจกรรมต่างของผู้สูงอายุต่างๆ เช่น การเล่นเกมพร้อมแทรกเนื้อหาด้านกฎหมายตัวอย่างเช่นสถานดูแลผู้สูงอายุ ธรรมปกรณ์ มีการให้ข้อมูลและเซ็นข้อตกลงด้านการดูแลวางแผนการรักษาหากป่วยในระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการดูแลที่ศูนย์” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายจากกลุ่มเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ใน 5 จังหวัด นำมาสรุปข้อมูลแนวคิดเรื่องเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีมีความสำคัญ และจะเป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยครอบครัวหรือผู้ที่ให้การดูแลและตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การการดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจหารือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ดูแล สำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง หรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพของตนเองได้ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า สามารถใช้ได้กับทุกช่วงวัยของชีวิต ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้โดย อาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและทีมดูแลสุขภาพหรือปรึกษาสมาชิกครอบครัวเพื่อให้บุคลากรทราบถึงความต้องการในการดูแล โดยให้ความสำคัญหรือให้คุณค่าในการดูทางกาย จิตใจ สังคมจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดแนวทางในการดูแลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยทางภาครัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีนโยบายรองรับเรื่องการวางแผนในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ

> “ทำยังไงก็ได้ฉันไม่อยากอยู่ ไม่อยากเป็นภาระฉันอยากใช้ชีวิตอย่างมีความสุขพอแล้ว แล้วถ้าช่วงชีวิตหนึ่งต้องไปนอนเป็นผัก ไม่เอา กฎหมายแบบนี้มันมีไหมอยากให้มีเรามีสิทธิ์เลือก ฉันอยากไปอย่างสงบ อย่ากักขังวิญญาณฉันไว้กับร่างกายที่มันเสื่อมแล้ว” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครศรีธรรมราช, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 พฤษภาคม 2565)

> “อย่างดิฉันเองแต่งงานกับสามีและมีความประสงค์จะไม่มีบุตร เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจในปัจจุบัน อีกทั้งไม่ต้องการฝากความหวังให้ลูกหลานมาดูแลเรายามแก่เฒ่า อย่างที่เราต้องเป็นผู้ดูแลบุพการี หากเมื่อถึงเวลาที่พร้อม ที่เหมาะสมเราได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีความสุข มีความงดงามในชีวิต และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว ไม่สามารถเดินเหินไปไหนมาได้ตามเดิมแล้ว เราเองมีความปรารถนาที่อยากละชีวิตจากโลกนี้ไปอย่างสงบหากวันนั้นกฎหมายข้อ

> กฎหมายได้เห็นชอบด้วยการ การุณยฆาตเชิงรุก และได้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจด้วยการลงความเห็นชอบแพทย์ เพื่อการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มิได้สร้างภาระให้ใครไว้ข้างหลัง" (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

แน่นอนทุกคนต่างมีเหตุผลของตัวเอง และความตายอาจเป็นสิ่งสุดท้ายที่มนุษย์สามารถแสดงเจตจำนงหรือเลือกได้ สำหรับกฎหมายในประเทศไทย ยังไม่อนุญาตให้แพทย์ทำการุณยฆาตได้ มีโทษเทียบเท่าฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา

> "ก็ต้องทำให้คนเริ่มเปลี่ยนทัศนคติก่อนแต่ว่าทัศนคติมันจะเปลี่ยนเองในเมื่อความจำเป็นมันบังคับ เผื่อต่อไปจะมีผู้สูงอายุเต็มวัยเต็มรูปแบบอาจจะสะท้อนกลับไปแก้กฎหมายได้ปรับเปลี่ยนโดยพิจารณาเป็นรายกรณีไป เช่น ทางครอบครัว ทางแพทย์ มีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันเพราะเป็นเรื่องละเอียดอ่อน (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครศรีธรรมราช, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 พฤษภาคม 2565)

ขณะเดียวกันรองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชและอดีตเคยเป็นทนายความได้เข้าร่วมวงสนทนาโดยมีความคิดเห็นเสริมในประเด็นทางข้อกฎหมายพร้อมเสริมประเด็นด้านทรัพย์สินมรดก

> "เป็นเรื่องละเอียดอ่อนควรต้องทำบันทึกแล้วมันจะมีกฎหมายเข้ามาเกี่ยวพันเนื่องจากว่ามีกฎหมายว่าด้วยเรื่องถ้าทำให้เจ้ามรดกถึงแก่กรรม คนนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับมรดก แล้วทีนี้เมื่อเวลานั้นเจ้าตัวเขียนบันทึกเองไม่ได้ลูกไปเขียนเองก็ไม่ได้จะดราม่าไปกันหมดฟ้องร้องกันเรื่องมรดกเยอะแยะไป นี่ที่บ้านเมื่อวานมีคนฆ่าตัวตาชุมชนบ้านตอม่อเลยท่าศาลาไปหน่อย ผูกคอตายอายุ 60 แล้วเป็นซึมเศร้าที่มีญาติดูแล เป็นผู้สูงอายุแล้วผูกคอตาย แล้วตรงนั้นมีคนผูกคอตายเยอะวันก่อนก็เด็กช่วงหลังมานี่ผมไป 2-3งานแล้ว" (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครศรีธรรมราช, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 พฤษภาคม 2565)

สอดคล้องกับอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่ปรากฏอยู่ใน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560, น.48) พูดถึงเรื่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในสภาพที่บีบคั้นทางเศรษฐกิจสังคมรวมถึงการอยู่โดย

ลำพังระหว่างระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันมากขึ้น และเมื่อนำสถิติมาวิเคราะห์ พบว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจคืออัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุวัย 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีพอๆกัน แต่สูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุวัย 80ปีขึ้นไปอย่างชัดเจนในช่วงปี 2540-2551 แต่หลังจากนั้นปรากฏว่าอัตราการฆ่าตัวตายของทั้ง 3 ช่วงอยู่ดังกล่าวมีจำนวนพอกัน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561, น.48)

อีกทั้งทัศนะจากเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีมีความคิดเห็นในประเด็นการวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ

> “ต้องตามเป็นไปตามกฎหมาย เพราะว่ามันจะต้องกันหลาย ๆ คนที่จะส่งผลกระทบกับเขา ไม่ว่าแพทย์ ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลสิทธิ์ ให้เขาได้มีโอกาสได้ตัดสินใจครั้งสุดท้าย ถ้าเขาเลือกที่จะอยู่กับธรรมชาติอยู่ในสวนของเขาที่เขาสร้างมา หรือว่าภูเขาและแม่น้ำที่เขาชอบ ผมว่าน่าจะดีกว่าไงอยู่ดีกว่าที่จะโรงพยาบาลตั้งแต่ปีนี้ยันปีที่ 5 ก็ยังอยู่อย่างจนกว่าจะเสียชีวิต แล้วมันก็สอดคล้องกับสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ การที่คนใหม่จะเข้าไป คนเก่าต้องเสียชีวิตก่อน พอมันมันต้องเสียชีวิตก่อนคนอื่นถึงจะเข้ามาแทนได้มันดูแล้วมันน่าหดหู่ใจพอสมควร” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนนทบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 28 เมษายน 2565)

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับทัศนะของเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐจังหวัดชลบุรี ประเด็นเรื่องเงื่อนไขการเข้ารับสูงอายุเข้าดูแลในสถานสงเคราะห์

> “การที่จะเข้าไปอยู่สถานสงเคราะห์มันก็ไม่ใช่ว่าจะเข้าได้เลย ก็จะมีขั้นตอนคัดกรองตรวจโรคอะไรก่อน แต่ส่วนใหญ่แล้วคนที่เสียชีวิตได้ที่อยู่บ้านบางละมุงคือหนึ่ง ไม่มีญาติ สอง ลูกหลานคงจะแบบเอามาฝากแต่ว่าวันที่เสียชีวิต ติดภารกิจบ้างอะไรบ้าง ซึ่งอาจจะรอได้และก็รอไม่ได้แล้วแต่กรณี ที่เขาจะพิจารณาตามสถานสงเคราะห์ บางทีก็มีประกาศว่าผู้สูงอายุเสียชีวิตมีสินทรัพย์ติดตัวอะไรบ้างเขาก็ประกาศตามหาทายาท ซึ่งถ้าไม่มีใครเข้ามารับเงินไปอันนี้ไม่มั่นใจนะคะน่าจะนำไปเป็นรายได้แผ่นดินแล้วแต่ระเบียบทางบ้านผู้สูงอายุเข้ากำหนดนะคะตามประกาศว่าถ้าไม่มีใครมาแล้วมารับมารับเงินคืนที่เป็นทายาทโดยแท้จริง”

(เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 เมษายน 2565)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการบ้านธรรมปกรณ์จังหวัดเชียงใหม่โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้อำนวยการบ้านธรรมปกรณ์มีความคิดเห็นต่อข้อมูลภาครัฐควรมีนโยบายรองรับเรื่องการวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุด้วยการให้ทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will)

> “ส่วนของบ้านมาก่อนกรณีผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านเรา จะทำก่อนนะคะ ก็ให้ความรู้เราก็จะให้ผู้สูงอายุทั้งหมด มานั่งประชุมกันแล้วก็ให้ความรู้อะไร ซึ่ง ครั้งแรกเขาก็ไม่อยากจะทำ ก็เหมือนเป็นการแช่งตัวเองนะ แต่พอเราสร้างความรู้ให้ความเข้าใจอะไร ตอนหลังๆก็เริ่มทำมาก ขึ้นตอนนี้ก็ทำครบแล้ว ตอนนี้ก็เหลือรายใหม่ๆที่จะเข้ามานะคะ เราก็จะพยายามเน้นให้ทำอะไร อย่างโรงพยาบาลอย่างที่บ้านธรรมปกรณ์เราจะรักษาโดยตรงกับโรงพยาบาลสวนดอก ซึ่งทางโรงพยาบาลก็จะถามเลยว่าทำพินัยกรรมชีวิตแล้วดีอย่างอะไรเพราะว่าจะได้ช่วยในการตัดสินใจในการรักษาอะไร ในส่วนชุมชนที่เราดูแลเราก็จะมีการประชาสัมพันธ์นะคะ อย่างของกรมกิจการผู้สูงอายุมีทั้งหมด 12 ศูนย์ แต่ละศูนย์เขาก็จะเข้าไปทำความเข้าใจกับชุมชน ในส่วนของบ้านธรรมปกรณ์เมื่อปีที่แล้ว เรามีการส่งเรื่องนี้เข้าไปประกวดที่กรมคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ ซึ่งเราก็ได้รับรางวัลในด้านสิทธิมนุษยชนมา ซึ่งเขาก็แนะนำว่าให้เราไปขยายผลต่อ ปีนี้เราก็เลยทำเรื่องนี้กับชุมชน อย่างเวลาเราไปทำโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุเราก็จะสอดแทรกในเรื่องนี้เข้าไปด้วย” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐบ้านธรรมปกรณ์ในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

ภาครัฐควรมีนโยบายรองรับเรื่องการวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพได้ว่าการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนปรารถนาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การจากไปอย่างสงบ ไม่เจ็บปวดทรมาน แต่ในความจริงแล้วก็ไม่สามารถเลือกแนวทางเช่นนั้นได้ทุกคน เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังไม่มีโอกาสรักษาหายขาด หรือหากผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวลำพังหากเกิดเหตุกระทันหัน เช่น เส้นเลือดในสมองแตก สะดุดล้มบาดเจ็บไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้ การวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพนั้นควรต้องเป็นไปตามกฎหมาย โดยมีการนำเสนอแนวทางการทำเรื่องครอบครัวอุปถัมภ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุและรองรับเรื่องการวางแผนใน

วาระสุดท้ายของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพในกรณีที่ไม่มีญาติคอยดูแล อีกทั้งควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์เรื่องการุณยฆาตเชิงรุก ผู้สูงอายุมีสิทธิและเสรีภาพในการเลือกใช้ชีวิตอย่างงดงามและสมบูรณ์แบบ มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจด้วยการลงความเห็นชอบแพทย์ เพื่อการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีมิได้สร้างภาระให้ใครไว้ข้างหลัง ตลอดจนสามารถเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่ประสงค์จะวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าต่อผู้สูงอายุและให้ความสำคัญในการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าจากการถอดบทเรียนสะท้อนว่าควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะ กรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กรมกิจการผู้สูงอายุ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีภาครัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการเตรียมบุคลากร โดยพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะของบุคลากรถึงกระบวนการของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าและการวางแผนในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุโดยมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนโดยเจ้าหน้าที่และบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องดูแลสามารถสื่อสารให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าใจถึงธรรมชาติของชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วยความจริงที่ว่าหากการเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพ สะท้อนถึงการมีชีวิตที่คุณภาพด้วยเช่นกัน

4.2 รูปแบบสวัสดิการสังคมของสตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจากทัศนะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม และภาคีเครือข่าย

ในส่วนนี้เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในภาคสนาม 5 จังหวัดได้แก่ นนทบุรี ชลบุรี นครราชสีมา เชียงใหม่ และนครศรีธรรมราช คือประเด็นค้นพบการบริการการจัดรูปแบบสวัสดิการสังคมของสตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่าย กลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มสตรีสูงอายุ จากจังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนนทบุรีและจังหวัดชลบุรี นำมาสรุปตีความนำเสนอเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสอดคล้องของแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุกับสถานการณ์สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว คุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ทัศนคติการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ความแตกแต่งทางเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มผู้สูงอายุ และปัญหาการนำนโยบายการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุไปปฏิบัติจริง สรุปผลการศึกษาเป็นประเด็นได้ดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4.2.1 มิติหญิงชายในการบูรณาการงานสวัสดิการสังคมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

ประเทศไทยมีการพัฒนานโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติมาตั้งแต่ พ.ศ. 2525 โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรกเป็นแผนระยะยาว (พ.ศ. 2525- พ.ศ. 2544) ตามด้วยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่สอง (พ.ศ. 2545-พ.ศ.2564) โดยแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 2 ได้สิ้นสุดลงในปีพ.ศ. 2565 เพื่อให้ทิศทางในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุสอดคล้องกับบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยได้ประกาศใช้แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 – พ.ศ. 2580) ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญต่อการบูรณาการและการทำงานเชิงรุกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมด้วยวิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม”

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 3 มุ่งหมายที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยกำหนด มาตรการในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ เช่น ปฏิรูปหลักประกันยามชราภาพ เป็นต้น 2) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เช่น พัฒนาระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เป็นต้น 3) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคม 4) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อม เช่น ปรับสภาพที่อยู่อาศัยทั้งภายในและภายนอก

เมื่อกล่าวถึงบทบาทของหน่วยงานภาครัฐในการดำเนินการเพื่อพัฒนาและการยกระดับคุณภาพชีวิตใน4 มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม สภาพแวดล้อม ดังที่ปรากฏอยู่ในแผนปฏิบัติย่อมเกิดผลสัมฤทธิ์ได้นั้นเห็นได้ชัดว่าจำเป็นต้องดำเนินการข้ามหน่วยงานระดับกระทรวง กรม และส่วนราชการในระดับภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการระดมความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่างๆอย่างสมัครสมานและด้วยฐานความรู้ที่ทันสมัย มีการพัฒนารูปแบบแนวทางหรือมาตรการด้านการบริการสวัสดิการสังคมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุสตรีที่อยู่คนเดียวและอยู่ในสภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ชีวิตในบั้นปลายของผู้สูงอายุไทยมีความมั่นคง มีหลักประกัน การขับเคลื่อนสวัสดิการที่เสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจเชิงรุกนับเป็นเรื่องจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการปรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบถ้วนหน้าให้สอดคล้องกับค่าครองชีพที่สูงขึ้นทุกขณะและการพัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อให้เอื้อต่อผู้ทำงานนอกระบบและให้รับบาลร่วมสมทบในการออม นอกจากนั้น ภาครัฐ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขยังมีบทบาทสำคัญในการริเริ่มดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะยาวด้านสาธารณสุข ให้แก่ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล โดยมีเป้าหมายการสร้าง “ตำบลจัดการสุขภาพ” ที่มีศักยภาพในการบูรณาการ การทำงานของภาคส่วนต่างอย่างเป็นระบบ และสามารถส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างทั่วถึงได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในมิติสังคม การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคม งานวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย: การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน” (กันนิษฐา มาเห็ม, ปิยนุช ภิญโย, พัฒนา ศรีโอษฐ์, ภาสินี โทอินทร์ และรัชนี พจนา, 2563) เป็นงานวิจัยเชิงสังเคราะห์องค์ความรู้ เรื่องการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุและความแตกต่างระหว่างหญิงชาย ผลการศึกษามีสอดคล้องและเป็นประโยชน์ต่อการตอบโจทย์วิจัยเรื่องการสูงวัยของสตรีที่อยู่คนเดียว คณะผู้วิจัยย้ำให้เห็นถึงประเด็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังกับความเสี่ยงที่จะเป็นกลุ่มพึ่งพิงทางสังคมอย่างยาวนาน ประเด็นการเผชิญกับความเปราะบางในตนเองเนื่องจากพลังชีวิตที่ลดลง ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกต่างๆที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตรวมถึงประสบการณ์การดำรงชีวิตอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ ในประเด็นความแตกต่างระหว่างเพศ เป็นต้น

แม้แผนพัฒนาผู้สูงอายุและมาตราการในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจะไม่ระบุเพศ การขับเคลื่อนงานด้วยเป้าหมายการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมอย่างมีประสิทธิผลโดยใช้กลไกแบบพหุภาคี หากมองในเชิงหลักการ มาตรการต่างๆที่ได้กล่าวมาย่อมครอบคลุมการ เข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย หากแต่ในงานวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุสตรีที่ใช้ชีวิตคนเดียว โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความยากลำบากในเชิงเศรษฐกิจ ในภาพรวมการแสวงหาคำตอบเรื่องมาตรการหรือแนวทางเฉพาะสำหรับกลุ่มประชากรสตรี ที่อยู่คนเดียวเป็นความท้าทายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับช่องว่างความรู้เรื่องการชราภาพจากมุมมองเพศสภาวะ

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงทัศนะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมในพื้นที่ภาคสนาม 5 จังหวัด พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักในปัญหาที่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวต้องพบโดยไม่ได้เสนอทัศนะที่เกี่ยวข้องความเป็นหญิง-ชาย (Gender Perspectives) กับการใช้ชีวิตคนเดียวแต่ประการใด ในประเด็นคำถามของผู้วิจัยเรื่องผู้สูงอายุ (สตรี) ที่อยู่ตามลำพังและเสียชีวิตคนเดียว เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี ให้ความเห็นว่า

> “ผู้สูงอายุที่แบบถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแลเจ็บป่วยแล้วไม่มีใครดูแลแล้วเสียชีวิตคนเดียวที่นี่มีถามว่ามีไหมมันก็มี แต่ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่ไม่ได้อยู่ในจังหวัดชลบุรี คือทะเบียนบ้านไม่ได้อยู่ในชลบุรี เพราะว่าอาจจะมาทำงานแล้วไม่มีคนดูแล ถ้าเราเข้าถึงและช่วยเหลือได้ทันก็ส่งให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์ บ้านผู้สูงอายุที่บางละมุง แต่ในส่วนที่เขาไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้และเราเข้าไปช่วยเหลือไม่ทัน แล้วก็เสียชีวิตก่อนคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่เขาก็จะมีการช่วยเหลือเช่นถ้าเขาอยู่ในที่พื้นที่สาธารณะ หรือเร่ร่อนอยู่ตามจุดนั้นจุดนี้ แล้วไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลบ้าง หรือตามบ้านพักผู้สูงอายุที่เป็นศูนย์ช่วยเหลือ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 เมษายน 2565)

การเป็นสังคมสูงวัยของสังคมไทยนั้น สัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (โปรดดู หน้า10-16) และในจำนวนดังกล่าวผู้สูงอายุสตรีที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีมากกว่าผู้สูงอายุชายที่อยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 10 การอยู่โดยลำพังนี้ย่อมนำไปสู่ประเด็นความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตและการตายโดยลำพัง บทความของสราวุธ ไพฑูรย์พงษ์ เรื่อง “ผู้สูงอายุที่ตายลำพังในประเทศไทย” กล่าวถึงความเสี่ยงที่น่าห่วงใยของผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตโดยลำพังโดยอ้างถึงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง (ปี 2557) จำนวน 8.8 แสนคน เป็นชาย 3.2 แสนคน และหญิง 5.6 แสนคน เมื่อวิเคราะห์โดยใช้อัตราตายรายอายุและเพศในปีเดียวกัน พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะตายตามลำพัง 4.7 ถือว่าเป็นประมาณการขั้นต่ำ ในขณะที่มีงานวิจัยพบว่าอัตราตายของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจะสูงกว่าปกติ เนื่องจากการอยู่ตามลำพังอาจมีความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น การถูกทอดทิ้ง การขาดการติดต่อจากโลกภายนอก ตลอดจนความกดดันทางอารมณ์ ฯลฯ (สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, 2560)

ประเด็นการใช้ชีวิตตามลำพังในวัยสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสนใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการวิจัยเพื่อสามารถนำผลจากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุสตรีที่มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชาย

ในแง่การดำเนินการในการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะอันได้แกสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ผลจากการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงาน

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในพื้นที่ภาคสนามทั้งห้าจังหวัด ชี้ให้เห็นความเข้าใจในสถานการณ์การเป็นผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากด้านเศรษฐกิจในภาพรวมเป็นหลัก โดยเฉพาะภาวะความขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีพเนื่องจากต้องพึ่งพิงสวัสดิการเบี้ยยังชีพที่ได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐเป็นหลัก การแสวงหาข้อมูลเชิงลึกเรื่องความต้องการสวัสดิการที่แตกต่างของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุสตรีจึงเป็นโจทย์และประเด็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาในการวิจัยสถานการณ์ผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มในอนาคต

> “ต้องส่งเสริมตัวเขานั่นแหละ เดี๋ยวนี้ก็คือว่า รอว่าเราจะช่วยอะไร? ไม่ได้มองว่าวันหนึ่งจะต้องถีบตัวเองออกไปจริงๆแล้วมันต้องปลูกฝังจากเขาที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของตัวเอง ไม่ใช่ว่ารอว่ารัฐจะพัฒนาคุณภาพชีวิตเขา ถ้าอย่างนั้นก็แก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เราจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังยังไง มันก็คือแก้ที่ปลายเหตุแค่เฉพาะหน้าเท่านั้นเองถ้าไม่ได้วางแผน” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 มีนาคม 2565)

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ มีสุขภาพร่างกายดี สุขภาพจิตดี ครอบครัวมีความสุขมีความอบอุ่น มีสังคมที่เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต ได้รับ สวัสดิการและการบริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นที่ ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชนและสังคม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารปัจจุบัน

4.2.2 การนันทนาการทางสังคม : ศาสตร์และศิลป์ในการฟื้นฟูดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

การจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุภายในชุมชนมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมงานเทศกาลตามประเพณี งานบุญ งานวัด ทำให้ ผู้สูงอายุมีความสนุกสนานรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวาและรื่นรมย์กับสิ่งรอบตัวทั้งนี้ความเบิกบานอาจก่อให้เกิดการทำกิจกรรมกับเพื่อนหรือกลุ่มผู้สูงอายุในวัยเดียวกันหรืออาจเป็นความเบิกบาน จากการได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบงานในยามว่างเก็บเกี่ยวความสุขแม้จะเล็กน้อยที่อยู่รอบตัวและทำให้ผู้สูงอายุที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น ซึ่งจากงานวิจัยของ ดวงจิตต์ นะนักวัฒน์ (2550, น. 21 - 24) ศึกษาพบว่าเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วม

กิจกรรมตามประเพณีเป็นแรงเสริมการสร้างการรักษาสมดุลทางจิตใจช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึง การยอมรับจากสังคม มีความเชื่อมั่น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการลงพื้นที่ในภาคใต้ ผู้วิจัยได้รับโอกาสจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้สังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมในการกิจกรรมอบรมให้ความรู้สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งจัดโดยหน่วยงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ร่วมกับสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

> “ลักษณะของกิจกรรมลงไปที่เมื่อกี้บอกว่าเราเราดูแลภายใต้งานของกรมกิจการผู้สูงอายุค่ะงานของกรมกิจการผู้สูงอายุมันก็จะมีในลักษณะที่เป็นเชิงพัฒนาค่ะกับเชิงที่ลงไปในเรื่องของการดูแลคุณภาพชีวิต เชิงพัฒนาก็จะเป็นก็จะมีศูนย์หน้าคุณภาพชีวิตต้องเสริมอาชีพผู้สูงอายุซึ่งเขาจะต้องทำกระบวนการอยู่แล้วมีเรื่องของกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมีเรื่องของกิจกรรมพัฒนาทักษะอาชีพอะไรต่างๆก็ลงไปอยู่แล้วก็จะเป็นส่งเสริมคุณภาพชีวิตส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุก็จะมีหลายตำบลที่ทำกิจกรรมแบบนี้ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงาน” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครศรีธรรมราช, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 พฤษภาคม 2565)

อีกหนึ่งการจัดกิจกรรมที่น่าสนใจดังปรากฏในหนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ ฉบับวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 คอลัมน์ พลวัตปฏิรูปสถาบันปฏิรูปประเทศไทย เผยแพร่บทบาทการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนภายในหอศิลป์ผู้สูงอายุ ซึ่งตั้งอยู่ในสถานดูแลบ้านผู้สูงอายุคามิลเลียน โคราช เป็นสถานที่ดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานภาคเอกชน ซึ่งนอกจากจะดูแลด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุในบั้นปลายชีวิตแล้ว ยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจและด้านที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการนำศิลปะร่วมรักษา (Art Associated Therapy) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันเป็นอย่างดีว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรม เช่น วาดภาพระบายสี จะช่วยลดความเครียด ความกดดัน ทั้งช่วยเสริมสร้างสมาธิ กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ สามารถเยียวยาปัญหาด้านจิตใจ ลดความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ช่วยชะลอการเกิดภาวะอัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุ ศิลปะมีประโยชน์หลายประการผ่านกลไกทางจิตวิทยาและสมองที่ซับซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย ให้ความสำคัญด้านเสริมสร้างความภาคภูมิในตัวผู้สูงอายุเอง ด้วยการนำภาพวาดของผู้สูงอายุไปเป็นภาพพิมพ์ลายเสื้อ เป็นผลิตภัณฑ์ของที่ระลึกสำหรับจำหน่าย อีกทั้งการ

สนับสนุนให้ผู้สูงวัยได้ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อการได้มีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร ทั้งนี้ภายในหอศิลป์ยังมีส่วนจัดแสดงผลงานศิลปะของผู้สูงอายุ (Art Gallery) เพื่อเผยแพร่ความสามารถและจำหน่ายผลงานของผู้สูงอายุ รายได้ส่วนหนึ่งนำไปสมทบทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนระแวกนั้นอีกด้วย เป็นการสร้างความภาคภูมิใจเสริมพลังทางใจให้แก่ผู้สูงวัย อีกทั้งยังมีการทำ Work Shop ร่วมกับชุมชนหรือผู้มีจิตอาสา เช่น กิจกรรมเด็กอาสามาช่วยกันระบายสีกระถางต้นไม้ร่วมกับผู้สูงอายุ สร้างความเอื้ออาทรเพื่อการอยู่ร่วมกันของคนทุกวัย นอกจากนี้ในบริเวณพื้นที่รอบๆ หอศิลป์ยังมี “สวนบำบัด” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สงบ ให้ได้รับความเพลิดเพลินกับชีวิตที่อยู่ในภาวะที่ต้องได้รับการดูแลใส่ใจทางกายภาพเป็นพิเศษ นับว่าเป็นต้นแบบของสถานดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างบูรณาการอีกแห่งหนึ่งของประเทศไทย (ลักษณาวดี คชฤทธิ์, 2565, น.4)

เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดในประเทศไทย มีผลต่อการลดกิจกรรมเป็นอย่างมาก เนื่องจากมาตราการล็อกดาวน์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด อีกทั้งสุขภาพของผู้สูงอายุค่อนข้างเปราะบางทำให้การกิจกรรมต่าง ๆ ต้องหยุดชะงักลง

> “ช่วงก่อนหน้าโควิดเนี่ยทางเทศบาลจะมีโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ครับ โรงเรียนผู้สูงอายุนี้ก็มีนักเรียนประมาณแต่ละปีก็เฉลี่ยประมาณ 100 คน ก็จะเป็นกิจกรรมทุกๆ วันศุกร์ครับให้ผู้สูงอายุมา… อย่างพี่กุหลาบเนี่ยเขาก็เป็นอสม. แล้วก็มีทักษะความสามารถด้านงานฝีมือ ทำลูกประคบ ทำพวงหรีด งานฝีมือต่างๆ ก็เป็นวิทยากรด้วย รวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีความสามารถเองครับ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

ถึงแม้ว่าหน่วยงานภาครัฐและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น น้อมรับนโยบายมาปฏิบัติด้วยการจัดกรรมสันทนาการต่าง ๆ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านร่างกายหรือข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ของสตรีสูงอายุที่ตัวอยู่คนเดียวอาจจะไม่สามารถเข้าถึงกิจกรรมได้

> “ปัญหาในด้านอื่นเช่นผู้สูงอายุที่ต้องการที่จะออกมาจากที่บ้านเพื่อมาทำกิจกรรมขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆในเทศบาล หรืออบต.ใกล้บ้าน หรือมาที่จังหวัดก็ดีเนี่ย คือบางทีลูกหลานต้องพามา คือใจอยากไปแต่ตัวเองอาจจะขับรถไม่เป็น เค้าอาจจะมีคนที่จะคอยช่วย เช่น ลูกหลาน หรือญาติพี่น้อง แต่ว่าพวกเขาต้องไปทำงาน แต่ใจ

> อยากออกไปร่วมกิจกรรมก็อยากไป แต่ว่าไม่รู้จะให้ใครพาไป ซึ่งบางทีเจ้าหน้าที่ก็จะไปโยนภาระให้กับอปท.เขาพามาหมดเลยทีเดียวมันก็กะไรอยู่ เพราะว่าทุกๆ หน่วยก็จะมีภารกิจหน้าที่ที่จะรับผิดชอบอยู่ค่ะ แต่ส่วนที่สามารถแอคทีฟตัวเองออกมาได้ เนี่ยก็ไม่ได้มีปัญหาอะไร แล้วส่วนใหญ่เนี่ยเขาก็จะไปช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นเพื่อนเขาด้วยซ้ำ ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 เมษายน 2565)

ดังนั้นการพัฒนากิจกรรมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจในการช่วยเหลือตัวเองเป็นการใช้ศักยภาพในตัวเองทำให้ผู้สูงอายุยอมรับพร้อมที่จะเผชิญกับความเป็นจริงของชีวิตได้จึงเป็นแนวทางตามทฤษฎีการสูงอายุวิทยา (Engagement Theory) ซึ่งเชื่อว่าการให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อไปอย่าง ปกติจะช่วยชะลอความเสื่อมทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมลงได้การทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบเพื่อนวัยเดียวกันได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันมีความสุขได้ แสดงออกลดความเหงาได้ผ่อนคลายความเครียดมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจจะรู้สึกว่าตัวเองมีค่ามี ประโยชน์ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายหดหู่จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว (พีระพงศ์ บุญศิริ, 2536 อ้างถึงใน วัชรินทร์ เสมามอญ, 2556, น.38) ดังนั้น ความสำเร็จในประเด็นการจัดกิจกรรมนันทนาการทางสังคม (Social Recreation) สำหรับสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทย ควรได้รับความร่วมมือในระดับทุกภาคส่วน

4.2.4 ข้อท้าทายในการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุระดับพื้นที่ : มุมมองนักพัฒนาสังคม

การก้าวย่างสู่การเป็นผู้สูงวัยเป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ตามวัฏจักรของชีวิต ความสูงวัยมีองค์ประกอบที่เป็นทั้งรูปธรรมได้แก่สภาวะทางร่างกายที่เสื่อมทรุดลง ในเชิงนามธรรม การเป็นผู้สูงวัยเป็นกระบวนการทางวัฒนธรรมและสังคมที่โดยรวมแล้วส่งผลให้ปัจเจกชนผู้สูงวัยนั้นเพียบพร้อมด้วยปัญญาอันเกิดจากประสบการณ์ การที่สังคมไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ขณะนี้โดยมีประชากรสูงอายุ 12.5 ล้านคนในปี 2564 ก่อให้เกิดความตื่นตัวเรื่องการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางขึ้น ในแวดวงผู้กำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ การวิจัยเพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เพื่อให้การจัดบริการและการบริหารนโยบายดำเนินไปอย่างเหมาะสม มีทิศทาง และเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายนับเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแสวงหา ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งข้อมูลจากการศึกษาภาคสนาม และข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร โดยมีกรอบแนวคิดทฤษฎีหลักคือการพัฒนามนุษย์แบบบูรณาการเพื่อทำความเข้าใจพลวัตเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆที่ส่งเสริมสุขภาวะของสตรีสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว บทวิเคราะห์ในส่วนนี้สะท้อนมุมมองและทัศนะของเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีต่อการปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวตลอดจนปัญหาอุปสรรคในฐานะ ที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคได้พบ

> “ในเรื่องของผู้หญิงที่อยู่เพียงลำพังคนเดียว ถ้าในกรณีเขตเมือง…อย่างคนที่สมมุติว่าในอนาคตเป็นผู้หญิงที่ฉันอยากอยู่เพียงลำพังคนเดียว คือฉันเป็นโสด แต่ว่าถ้ามีนโยบายแบบนี้ออกมา ยังไงเขาก็จะเข้าถึงยาก คือเขาปฏิเสธการช่วยเหลือ เพราะว่าโดยส่วนมากแล้ว ก็คือหนึ่งเขาก็จะแบบมีการศึกษาค่อนข้างที่จะสูง แล้วก็ส่วนใหญ่ที่จะแบบต้องการไพรเวทฉันอยู่ของฉันแบบนี้ได้” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 มีนาคม 2565)

องค์ประกอบของงานสวัสดิการสังคมที่จัดโดยรัฐเพื่อการช่วยเหลือ ดูแล ผู้สูงอายุ อาจจำแนกตามประเภทของสวัสดิการในลักษณะกว้าง ได้แก่ สุขภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา การทำงานและการมีรายได้ ความมั่นคงทางสังคม บริการสังคม นันทนาการ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สะท้อนให้เห็นถึงขอบเขตของภาระกิจที่ครอบคลุมสวัสดิการในแทบทุกมิติ

นักพัฒนาสังคม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจังหวัดชลบุรี ให้ความเห็นว่า

> “มันไม่ใช่รอบด้าน… เช่นถ้าอยู่คนเดียว ถ้าเขาไม่ยินยอมเราก็ช่วยเหลือเขาไม่ได้ เช่น ถามว่าคุณป้าอยากไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ไหมจะได้มีเพื่อน มีคนดูแล บางทีเขาก็ไม่อยากไปอยู่ เขาอยากจะอยู่บ้านเขา บางทีเขาก็ปฏิเสธการรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 22 เมษายน 2565)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นักพัฒนาสังคม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจังหวัดนนทบุรี แบ่งปันประสบการณ์การปฏิบัติงานที่จำเป็นต้องดำเนินอย่างสอดคล้องกับระเบียบใหม่ เช่นการตรวจสอบสิทธิประโยชน์การยืนยันตัวตนด้วยการใช้เทคโนโลยีชีวมิติ (biometrics) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ใช้ข้อมูลอัตลักษณ์ทางกายภาพของบุคคล เช่นใบหน้า ลายนิ้วมือเพื่อพิสูจน์และยืนยันตัวบุคคล ที่ยังคงเป็นปัญหาในทางปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง หรือ ติดเตียง ในพื้นที่ชนบทห่างไกล และเป็นสาเหตุของความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของภาครัฐ

> “หลายๆครั้งนโยบายของรัฐบาลที่จะเกิดขึ้น เช่น ไทยชนะ ที่จะต้องยืนยันตัวตนกับผู้สูงอายุ ผมยังต้องเข้าป่าเข้าไปสแกนหน้าเขาเลยนะ มีคนผู้สูงอายุที่ติดเตียงครับ แล้วก็มาไม่ได้หรอก มันไม่เข้าไม่ถึง เขาไม่เห็นตรงนี้ หน่วยงานเราก็พยายามนะพยายามประสานทุกเครือข่ายที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ลงไปสแกนหน้าเขาที่บ้านอะไรอย่าง เพื่ออำนวยความสะดวก เพื่อให้เขาได้สิทธิ์ตรงนั้น ถามว่าเข้าถึงไหม ผมว่ายังบัตรสวัสดิการแห่งรัฐถ้าผู้สูงอายุที่เสียชีวิตมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐมาขอสิทธิในการรับค่าจัดการศพ 3,000 บาทได้เลยภายในเวลา 6 เดือนนับตั้งแต่ใบมรณะบัตรออก คนที่สงเคราะห์ศพก็ได้แบ่งเบาไปบ้างนะครับ ผมว่าเป็นโครงการที่ดี แต่ว่าอยากฝากนิดหนึ่งก็คือเรื่องของ ระยะเวลาการเบิกจ่ายเป็นประเด็นมากช้ากว่าจะได้คนยากไร้เสียชีวิตยังไม่มีเงินจะทำศพ แล้วก็ไม่น่าจะไปอิงกับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วยเพราะว่ามันจะเชื่อมโยงกับข้อต่อก่อนหน้านี้ เพราะเข้าไม่ถึง” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนนทบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 28 เมษายน 2565)

การจัดบริการสวัสดิการในแทบทุกด้านในปัจจุบัน จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจังหวัดนครศรีธรรมราช กล่าวถึงจำนวนบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่ด้านการพัฒนาสังคม ที่มีอย่างจำกัด และมีภาระกิจครอบคลุมประชาชนทุกช่วงวัย บทบาทของอาสาสมัครจึงมีความสำคัญยิ่ง

> “ในแต่ละพื้นที่ นักพัฒนาสังคมมีอยู่จำนวน 5 – 6 คนมีไม่เยอะและไม่พอ ที่จะช่วยงานเราได้จริงๆคืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดนครศรีธรรมราช, การสื่อสารส่วนบุคคล, 3 พฤษภาคม 2565)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

> “หน้าที่ของอพม. มันก็บอกอยู่แล้ว อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คือ เป็นคนประสานระหว่างหน่วยงานราชการกับภาคประชาชนครับ คือทางนั้นเค้างานอะไรให้เราช่วยดูแลประชาชนเค้าจะต้องบอกผ่านเรามา เราก็ประสานกับชุมชนของเรา หากประชาชนมีเรื่องเดือดร้อนมาบอกเรา เค้าร้องมาเราก็ต้องนำเคสเข้าเสนอพมจ.ที่จังหวัดให้จังหวัดช่วยเหลือ” (ประธานชุมชนและอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 เมษายน 2565)

การได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) จึงเป็นแนวโน้มสำคัญในภาพรวม อพม.คือ อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านต่างๆในชุมชนอยู่แล้ว บทบาทเด่นคือบทบาทเฝ้าระวัง สามารถนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ สามารถประสานกับเครือข่ายทุกระดับเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหา รวมถึงบทบาทกระตุ้นให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมและตื่นตัวในการจัดทำแผนชุมชน

งานด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นงานที่ต้องดำเนินไปอย่างไม่มีวันสิ้นสุดตราบที่มนุษย์ยัง เกิด แก่ เจ็บ ตาย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ทั้งในภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนท้องถิ่นต่างก็เป็นองค์ประกอบ และหุ้นส่วนสำคัญในการผลักดันให้งานดำเนินไปได้ ไม่ว่ากลุ่มเป้าหมายจะเป็นกลุ่มประชาชนวัยใด ในการวิจัยในครั้งนี้แม้ว่าผู้วิจัยจะสนใจสภาวะการณ์ของผู้สูงอายุสตรีที่ใช้ชีวิตตามลำพังด้วยเห็นว่าประชากรกลุ่มนี้เป็นประชากรที่จะเป็นกลุ่มเสี่ยงในมิติต่างๆมากขึ้น ด้วยจำนวนที่ทวีขึ้น หากแต่ในการที่จะทำให้สังคมไทยมองเห็นภาวะความเสี่ยงและหันมาร่วมมือกันเตรียมความพร้อมตั้งรับกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอย่างมีสติ ด้วยหลักของเหตุและผล ตลอดจนหลักคุณธรรมว่าด้วยการร่วมรับผิดชอบเพื่อนมนุษย์ อาจไม่ใช่เรื่องง่าย การวิจัยในหัวข้อนี้หวังที่เป็นหนึ่งในกลไกที่จะช่วยผลักดันให้เกิดนโยบาย หรือมาตรการในการรองรับปัญหาก่อนที่จะสายไป การพึ่งพามาตรการและกลไกจากภาครัฐทางเดียวย่อมไม่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในช่วงสุดท้ายได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีสุขภาวะที่ดี

บทที่ 5

พลังชุมชนในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย

หนึ่งในวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือการความเข้าใจและแสวงหารูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อบริการทางสังคมให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้วิจัยได้ทำงานศึกษาและลงพื้นที่ภาคสนาม 5 จังหวัดตามภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดเชียงใหม่ โดยได้เก็บข้อมูลในระดับชุมชนจากภาคสนาม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ พบประเด็นสำคัญว่าด้วยบทบาทของชุมชนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการณ์สังคมหรือลักษณะชุมชนที่เหมาะสมกับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ดังนี้

5.1 ศักยภาพชุมชนกับการเตรียมความพร้อมการอยู่ในสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

5.1.1 การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ในประเด็นนี้พบว่าชุมชนสามารถดำเนินการด้านเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยด้วยการฝึกอบรมเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จัดหาอาหารที่ปลอดภัย เหมาะสมกับสุขภาวะและโรคส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และร่วมเป็นแกนนำในการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีการระดมทุนเพื่อผู้สูงวัย และให้บริการอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนในชุมชนให้เป็นอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน พร้อมสนับสนุนให้ผู้สูงวัยในชุมชนเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนที่มีสวัสดิการเมื่อเจ็บ ป่วย และเสียชีวิต

อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์ “5อ. 5ก. ในการนำมาพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ หรือคุณภาพชีวิต นั้น ยังมีข้ออ่อนอยู่มากโดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนชนบทของประเทศไทย ที่ยังไม่มีการร่วมตัวกันเป็นเครือข่ายหรือมีการทำงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชน จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 พบว่าผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในเขตเมืองและชนบทมีสภาพเศรษฐกิจที่ต่างกัน มีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย การรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่

อาศัยที่หมาะสม ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรงได้มีการส่งเสริมศักยภาพคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะเห็นได้ว่าประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้สูงวัยอยู่ในภาวะพฤฒิพลัง (Active Aging) คือ มีสุขภาพที่ดีมีความมั่นคงทั้งในด้านรายได้และหลักประกันทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคม รวมทั้งการมีชุมชนและที่อยู่อาศัยที่มีสภาพแวดล้อมดีสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยอย่างมีความสุขนั้นชุมชนและครอบครัวควรมีความตระหนักและให้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการจัดสภาพแวดล้อม และที่พักอาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงวัยสตรีที่อยู่อาศัยคนเดียวจำเป็นต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมสังคมที่ดีเช่นกัน

> “ไปทำความสะอาดบ้านให้ ลูกแกเป็นผู้ชาย ไปถึงเปิ้นก่เอากับข้าวไปวาง เปิ้นบ่ได้ยะหยังนี่ (เขาไม่ได้ทำอะไร) แล้วก่เวลาเปิ้นถ่ายเปิ้นก็ถ่ายใส่กระโถน เปิ้นก่มัดๆ ไว้เอียะ ถ้าถึงเวลาลูกเปิ้นมามะใดเปิ้นจะได้เอาไปทิ้งต๋อนนั้นน่ะ (ถ้าถึงเวลาลูกเขามาเมื่อไหร่จะได้เอาไปทิ้งตอนนั้น) แล้วก่ไปเลยเอียะ มา เจ๊า-แลง ค่ะ (เช้า-เย็น) มะเจ๊าจะเอาวางไว้ 2 คาบเหียเนาะแล้วก็ปึ๊กเอียะ (ตอนเช้าจะเอาอาหารวางไว้ 2 มื้อแล้วก็กลับ) แล้วก่ถ้าเวลาขี้มีเขาก่เอาไปทิ้งหื้อเอียะ ถ้าบ่มีเขาก่ไปเหียบ่ได้หยัง (แล้วก็ถ้าเวลามีอุจจาระเขาก็เอาไปทิ้งให้ ถ้าไม่มีเขาก็ไปไม่ได้ทำอะไร) เฮาก็ไปกู้เตื้อ (เราก็ไปทุกครั้ง) ปกติไปนี่ถ้าเกิดว่ามันรกรุงรังเนาะคนเฒ่าเปิ้นอยู่คนเดียวอ่ะ เหี้ยเบ๊อะแหี้ยเบ้อเฮาก่ไปเพ่วฮั่น ไปบอกหื้อเปิ้นยะฮั่นยะนี่โตยอ่ะก่ะ (รกไปหมดเราก็ไปทำความสะอาด ไปบอกให้เขาทำนั่นทำนี่ด้วยนั่นแหละ) เพราะว่าจะได้ออกกำลังก๋ายแขนโตยก่ะ” (เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มพบอาสาสมัครสาธารณะสุขชุมชนแม่ปูคา จังหวัดเชียงใหม่พบว่านอกเหนือจากการบริบาลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแล้ว ยังทำหน้าดูแลสุขอนามัยให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่ลำพังในชุมชนอีกด้วย ดังนั้นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณะสุขในชุมชนมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

5.1.2 การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้วยหลักการพัฒนาผู้สูงอายุแบบองค์รวม

จากการทำความเข้าใจสวัสดิการผู้สูงอายุในระดับชุมชน ประกอบด้วยพื้นที่ทางกายภาพและพื้นที่ทางสังคม วัฒนธรรม การรวมกลุ่มในรูปแบบ “ ชมรม ” ด้วยหลักการพัฒนาผู้สูงอายุแบบ

องค์รวมนับเป็นหนึ่งในวิถีทางที่จะสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงวัยเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมในชุมชน ร่วมทำกิจกรรมกับชมรม เพื่อให้เกิดการพบปะกับกลุ่มคนวัยเดียวกันและกลุ่มคนที่มีความสนใจคล้าย ๆ กัน จนกลายเป็นสังคมของกลุ่มผู้สูงวัยที่จะคอยช่วยเหลือกันเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้ การทำกิจกรรมภายในชมรม อาทิ ชมรมทำอาหาร หรือชมรมเย็บปักถักร้อย จะทำให้ผู้สูงวัยมีรายได้เพิ่มเติม เกิดเป็นความภาคภูมิใจในตนเองและเป็นกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานมากขึ้น

แนวคิดการเรียนรู้ระบบชีวิต ของบุคคล ครอบครัวชุมชนของตนเอง และสังคมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ ที่เรียกว่า ทฤษฎีข่ายใยชีวิต (Web of Life) นำไปสู่การพัฒนาการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับระบบนิเวศของสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ ความเข้าใจในกฎของระบบนิเวศหรือชุมชน จึงมีความสำคัญและสามารถนำมาพัฒนารูปแบบชุมชนที่มีการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่เป็นสตรีที่อยู่คนเดียวในสังคม ปัจจุบันแนวทางการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีชุมชนเป็นภาคีสำคัญ โดยคนในชุมชนมีบทบาทดูแลชุมชนของตนเอง เปิดกว้างให้สมาชิกทุกคนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาทุนเดิมของชุมชน ควบคุมทรัพยากรและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นวิกฤติในชุมชนจนเกิดเป็นเครือข่ายที่เข้ามาดูแลกันเองในชุมชน ในทุกเรื่องที่เป็นปัญหาของชุมชนรวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วย รวมทั้งรวมตัวกันเป็นเครือข่ายในการปกป้อง ดูแลผลประโยชน์ของตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องรอการดำเนินการของภาครัฐเหมือนดังที่ผ่านมา ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและประชาชนนั่นเอง

โดยทั่วไปสภาพสังคมไทย นั้น คนไทยมีการพบปะพูดคุยรวมกันเป็นกลุ่มโดยธรรมชาติอยู่แล้ว เช่น กลุ่มเพื่อนทางภาคใต้เรียกว่า เกลอ ภาคอีสานเรียกว่า เสี่ยว เป็นต้น เป็นการรวมกลุ่มกันอย่างรวมหลวมๆ แต่เต็มไปด้วยความห่วงใยและมิตรภาพ เช่น การถามสารทุกข์สุกดิบ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อาจรวมหมายถึงการเชื่อมโยงกันเป็นเครือญาติในชุมชนหรือต่างชุมชน ดังนั้น หมู่บ้านหรือชุมชนส่วนใหญ่ในทุกพื้นที่ไม่มีการจัดประชุมอย่างเป็นทางการเพื่อพูดคุยกันในเรื่องของส่วนรวมบ่อยนัก ส่วนใหญ่เป็นการสนทนากันในกลุ่มเล็ก ๆ อย่างไม่เป็นทางการ ตามร้านค้าในชุมชน หรือเมื่อพบปะกันในกิจกรรมและพิธีกรรมทางศาสนา งานประเพณีของหมู่บ้าน พิธีกรรมของท้องถิ่น งานสังคม โดยเฉพาะงานบวช (สำหรับสังคมชาวพุทธ) งานแต่งงาน งานศพ หรือระหว่างการแลกเปลี่ยนแรงงานกันในการทำนา ทำสวน ทำไร่ อย่างไรก็ตาม ในทุกตำบลอย่างน้อยจะมีอยู่ 1 - 2 หมู่บ้าน ที่พบว่ามีการจัดประชุมเป็นประจำ อีกทั้งความสัมพันธ์แบบญาติพี่น้อง

ของคนในชุมชนว่าเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่ทำให้คนมีความเอื้ออาทรและรักใคร่ปรองดองกัน หมู่บ้านหรือชุมชนส่วนใหญ่มีการจัดตั้งกลุ่มองค์กรจำนวนมาก จำนวนกลุ่มแต่ละหมู่บ้านมีตั้งแต่ 5-20 กลุ่ม กลุ่มเหล่านี้มีทั้งกลุ่มที่จัดตั้งกันเอง และกลุ่มที่เจ้าหน้าที่ส่งเสริมของภาครัฐให้จัดตั้ง อีกทั้งช่องทางสื่อสารภายในกลุ่มส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพกว่าช่องทางสื่อสารสาธารณะของชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการดำเนินกิจกรรมมีเรื่องที่ต้องให้สมาชิกร่วมรับรู้และตัดสินใจ เช่น กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการออมทรัพย์ การเก็บเงินสงเคราะห์ กลุ่มให้บริการสินเชื่อ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น

5.1.3 การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพด้วยการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ข้อค้นพบสำคัญอีกข้อหนึ่งจากการลงพื้นที่วิจัยพบว่าการที่ผู้สูงอายุในทุกเพศภาพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้คือการได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและจำเป็นอย่างยิ่ง หากชุมชนและหน่วยงานทุกภาคส่วนส่งเสริมการเข้าถึงและพัฒนาการจัดบริการการศึกษา และการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อความเข้าใจชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และรณรงค์ให้ สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณค่าและสง่างาม เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยได้มีกำหนดการลงพื้นที่ไปยังจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคใต้ อีกทั้งทางหน่วยงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด ร่วมกับ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีการจัดกิจกรรม “โครงการพัฒนาผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช : กิจกรรมอบรมให้ความรู้สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ” ในวันถัดไปจึงเป็นโอกาสที่ดีของนักวิจัยในการเข้าร่วมสังเกตการณ์ในกิจกรรมดังกล่าว

รูปที่ 5.1 ภาพกิจกรรมอบรมให้ความรู้สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ จ.นครศรีธรรมราช

ในโรงเรียนผู้สูง นอกจากการจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ด้านสวัสดิการแล้ว ยังมีการให้ความรู้ด้านวิชาชีพ เทคโนโลยีให้ผู้สูงอายุได้ก้าวทันตามความเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์เรื่อยมา

> “ช่วงก่อนหน้าโควิดเนี่ยทางเทศบาลจะมีโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ครับ โรงเรียนผู้สูงอายุนี้ก็มีนักเรียนประมาณแต่ละปีก็เฉลี่ยประมาณ 100 คน ก็จะเป็นกิจกรรมทุก ๆ วันศุกร์อะไรเงี้ยครับให้ผู้สูงอายุมา… อย่างพี่กุหลาบเนี่ยเขาก็เป็นอสม. แล้วก็มีทักษะความสามารถด้านงานฝีมือ ทำลูกประคบ ทำพวงหรีด ทำงานอะไรเงี้ยครับ งานฝีมือต่างๆ ก็เป็นวิทยากรด้วย รวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีความสามารถเองอะไรอย่างเงี้ยครับ” (เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัดเชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

การตั้งและพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ สร้างโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นสถานแลกเปลี่ยนความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างผู้สูงวัยให้สามารถเป็นวิทยากรในเรื่องที่ตนเชี่ยวชาญได้ พร้อมให้ชาวชุมชนที่มีอายุ 50 – 59 ปี ได้เตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงวัย เพื่อเก็บเกี่ยวความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การทำกิจกรรมร่วมกัน การใช้เทคโนโลยี และเรื่องอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งนี้ สามารถเข้าเรียนได้ตามความสนใจ ไม่จำกัดเวลา อายุ และเครื่องแต่งกาย

ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าโรงเรียนผู้สูงอายุหรือการร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยส่วนมากจะเป็นผู้หญิงที่เข้าร่วม พบว่าส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะมีภาระหน้าที่เป็นแม่บ้าน เมื่อเสร็จสิ้นจากงานบ้านจึงได้มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมสอดคล้องกับบทสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี

> “คนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ผู้ชายเป็นส่วนน้อย ผู้ชายคนแรกเรียนไปเรียนมาก็ไม่มาแล้ว เพราะว่าอาย มีผู้ชายคนเดียว นอกนั้นมีแต่ผู้หญิง พอมีแต่ผู้หญิงเราก็ต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้หญิง ผู้ชายก็ทำไม่ได้อย่างงานประดิษฐ์อย่างนี้เขาก็ไม่ถนัดไงคะ เค้าก็เลยมีความรู้สึกเคอะเขิน เค้าบอกว่าปีนี้ไม่เรียนแล้วนะเพราะว่าโรงเรียนมีแต่ผู้หญิงไม่มีผู้ชาย” (กลุ่มอสม. ในจังหวัดชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 เมษายน 2565)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

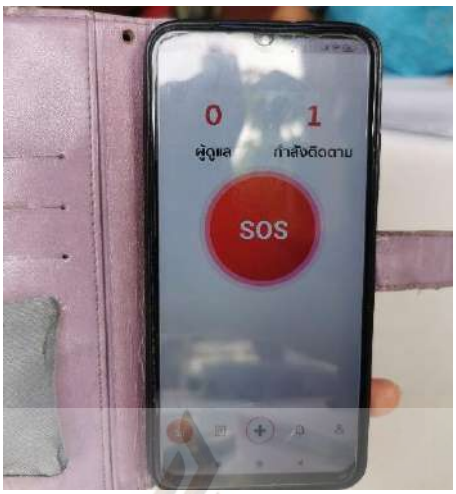
5.1.4 การพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในชุมชน

การป้องกันและลดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ การป้องกันที่ดีนั้นเริ่มได้ตั้งแต่การปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ห้องน้ำมีราวจับเพื่อให้เดินได้สะดวก มีการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินและอุบัติเหตุทั้งในพื้นที่ส่วนตัวและภายในชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงวัยออกกำลังกายเป็นกระจำ พร้อมสนับสนุนให้มีสาธารณูปโภคที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ มีกลุ่มจิตอาสาเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดงบประมาณซ่อมแซมบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมในชุมชน ให้มีหมอนวดแผนไทยคอยบริการนวดฟื้นฟูกล้ามเนื้อและบริหารข้อ มีบริการตรวจสุขภาพและบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง สร้างชมรมผู้สูงวัยขึ้นในชุมชน เพื่อให้เกิดสังคมของการช่วยเหลือกันทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ และอาสาสมัครในชุมชน

การบริการกายอุปกรณ์ รณรงค์ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบริจาคกายอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่ใช้แล้วแก่ศูนย์กายอุปกรณ์ชุมชน อาทิ รถเข็น หรือไม้ค้ำยัน ส่งเสริมให้ชุมชนผลิตอุปกรณ์ออกกำลังกาย เพื่อบริหาร ฟื้นฟูข้อและกล้ามเนื้อด้วยวัสดุที่มีในท้องถิ่น พร้อมสนับสนุนให้จัดศูนย์บริการอุปกรณ์ต่าง ๆ ขึ้นในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงวัยสามารถหยิบยืมไปใช้ได้อย่างเต็มที่ จัดให้มีการฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการใช้ที่ถูกต้อง และไม่เป็นอันตราย และสนับสนุนให้จัดกิจกรรมในศูนย์กีฬาและลานกิจกรรมให้ผู้สูงวัยเข้าร่วมเพื่อสุขภาพที่ดีในระยะยาว

ข้อค้นพบที่น่าสนใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากการลงพื้นที่เทศบาลนครจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความร่วมมือระหว่างจากเทศบาล อาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สถาบันการศึกษา โดยมีนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้พัฒนาแอพพลิเคชั่นในโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้อสม.ผู้บริบาลผู้ป่วยติดเตียงได้ใช้งาน โดยเชื่อมต่อกับอุปกรณ์ที่ติดตั้งกับเตียงผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



รูปที่ 5.2 แอพพลิเคชั่นในโทรศัพท์มือถือของอสม.เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกรณีฉุกเฉิน

> “ไม่กี่เดือนนี้ ทางเทศบาลเอาเครื่องมาติดตั้งให้ ของเด็กมช. นี่แหละ เป็นเครื่องฉุกเฉิน เครื่องสีแดงๆ ผู้ป่วยหรือว่าญาติผู้ป่วยหากเขาเป็นไรเนาะ ก็สามารถกดออดได้ มันจะกดปุ่มตัวนี้แล้วมันมาดังที่เครื่องมือถือเรา แล้วเราไปดูแล ติดตั้งตรงที่เตียงแล้วเวลาฉุกเฉินมาก็กดเรียกได้เลย มันจะดังที่แม่เครื่องนึงเนาะ แล้วก็ที่เทศบาลเครื่องนึง ” (ประธานชุมชนและประธานอสม.ชุมชนวัดศรีปิงเมือง จ.เชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

ข้อค้นพบดังกล่าวพบแสดงให้เห็นถึงการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาคการศึกษา องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนในการเข้าถึงนวัตกรรมเทคโนโลยีที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะดีเพียงใด หากอุปกรณ์ดังกล่าวนำมาประยุกต์ใช้ในระบบการให้การบริบาลผู้สูงอายุที่อยู่เดียวในชุมชน ไม่ว่าผู้สูงอายุจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย หากเกิดอุบัติเหตุหรือต้องการความช่วยเหลือในอย่างเร่งด่วน ผู้ดูแลในชุมชนหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะรับรู้และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

5.1.5 การปลูกจิตสำนึกของคนในชุมชนตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังนั้นส่วนหนึ่งอาจเกิดจากบาดแผลของความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ตัวผู้สูงอายุเองในอดีตมิได้ทำหน้าบิดามารดา ทอดทิ้งบุตรของตนหรือ ทำร้ายร่างกายและจิตใจ จึงเป็นสาเหตุการถูกทอดทิ้งจากบุตรหลานหรือญาติของตนในวัย

สูงอายุ โดยสะท้อนจากประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่

> “ที่เคยเจอนะ เคสผู้ชายที่ว่าหนัก ๆ มาก นอนแบบใส่แพมเพิสแล้วก็ไม่มีคนดูแล เขาเป็นคนโสดเนาะ แล้วก็มีน้องสาวอยู่อีกหลังนึงใกล้ ๆ กัน แล้วน้องสาวโดนกระทำมาตั้งแต่ช่วงที่แกไปกินเหล้าแล้วเขารุนแรงเนาะกลับมาก็ทำร้ายร่างกายบ้าง ทำลายข้าวของบ้าง ด่าทออะไรต่าง ๆ สารพัด ถึงเวลาที่แกกินเหล้าจนไปรถล้มแล้วแขนหักอยู่ข้างทาง ไม่มีคนดูแลหลายวันเนาะ เราก็ไปทำความสะอาดเปลี่ยนเตียงอะหยัง ไปอ่ะเนาะ น้องเขาก็ไม่ค่อยเต็มใจรับ เหมือนกับว่า ‘ไปยะหื้อมันยะหยัง! มันยะหื้อปี้เนี่ย!’ (ไปทำให้มันทำไม! ดูมันทำกับฉันสิ!) ญาตินะก็มีความแค้นอยู่อ่ะเนาะ” (อสม.ชุมชนแม่ปูคา จ.เชียงใหม่, การสื่อสารส่วนบุคคล, 20 พฤษภาคม 2565)

ข้อค้นพบที่สำคัญเรื่องบทบาททของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือบทบาทในการปลุกจิตสำนึกของคนในชุมชนตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ดังเช่น พี่ใจ (นามสมมติ) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของชุมชนและประธานอสม.ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่นอกจากจะมีหน้าที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่แล้ว ยังให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวของผู้ดูแลอีกด้วย เนื่องจากได้พบว่าผู้สูงอายุที่ตนดูแลจำนวนหนึ่ง ที่มีลูกหลานต้องออกไปทำงานในเมืองหลวง ทิ้งให้ผู้เป็นแม่ต้องอยู่คนเดียวลำพัง จากสถานการณ์ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง ผู้นำชุมชนจึงได้มีแนวคิดในการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักคุณค่าและมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัว โดยเริ่มจากเยาวชนผู้เป็นรากฐานสำคัญ โดยร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆเพื่อจัดกิจกรรมให้เยาวชนเข้าค่ายเพื่อขัดเกลาจิตใจด้วยธรรมมะและการปฏิบัติธรรม ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนได้ตระหนักถึงความรักของบิดามารดา ปลูกฝังความกตัญญูกตเวทีให้ดูแลบุพการีในยามเมื่อถึงวัยชรา

> “สมัยก่อนเรามีเคสที่ถูกลูกทอดทิ้ง ลูกไม่ดูแล เอาแต่ออกบ้านด้วยปัญหาเศรษฐกิจทำให้เขาธุรกิจล้มเหลว เขาก็ไขว่คว้าไปแต่นอกบ้าน ซึ่งผิด เราก็จะให้คำแนะนำกับลูกเขาว่าการที่เขาดิ้นไปแบบนี้ไม่ได้ประโยชน์หรอก แต่ถ้าเขาหันกลับมามองเหลียวมองพ่อแม่กลับมาดูแลเอาใจใส่พ่อแม่นั่นแหละคือบุญของความกตัญญูจะส่งเสริมให้เขาดีขึ้น เอ้อ เค้า

ก็ฉุกคิดเนอะ จากที่เขาทอดทิ้งพ่อแม่ไปแล้วเขาก็กลับมาดูแลพ่อแม่ (ประธานอสม.จ.ชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 เมษายน 2565)

จากการที่ได้เห็นผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง พี่ใจ (นามสมมติ)ได้แนวคิดในการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักคุณค่าและมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุโดยร่วมมือกับหน่วยงานการจัดกิจกรรมให้เยาวชนเข้าค่ายเพื่อขัดเกลาจิตใจด้วยธรรมมะและการปฏิบัติธรรม ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนได้ตระหนักถึงความรักของบิดามารดา ปลูกฝังความกตัญญูกตเวทีให้ดูแลบุพการีในยามเมื่อถึงวัยชรา

“พอกลับมาจากค่าย เราก็จะแอบถามแม่เค้าว่าเป็นยังไงบ้าง ยังดื้ออีกมั้ย? แม่เขาบอก... เดี๋ยวนี้มันเปลี่ยนไปเลย เดี๋ยวนี้มันดี มันไม่เถียงฉันมันห่วงใยฉัน มันจะไปไหนมาไหนมันรู้จักถามว่าแม่จะเอาอะไรไหมรู้จักห่วงหา” (ประธานอสม.จ.ชลบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 เมษายน 2565)

นอกจากการเสริมสร้างความสำพันธ์ในครอบครัวแล้ว ผู้นำชุมชนอย่างผู้ใหญ่บ้านตำบลบ้านกลึง จังหวัดนครราชสีมา เล็งเห็นความสัมพันธ์ระหว่างวัยของคนในชุมชนในการเชื่อมระหว่างวัยผู้สูงอายุกับวัยเด็ก เพื่อปลุกจิตสำนึกให้เด็กรุ่นใหม่ในชุมชนเห็นคุณค่าของมรดกทางวัฒนธรรมที่สืบทอดผ่านผู้สูงอายุผ่านกิจกรรม “ผู้เฒ่าเล่าเรื่อง” เป็นปลูกจิตสำนึกให้เยาวชนในชุมชนตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

“เราจะดึงศักยภาพของผู้สูงอายุอาจขึ้นมาสมมติว่าอย่างป้าตุ๊ ถ้าป้าตุ๊ถนัดทำอาหารเราก็จัดกิจกรรมอาหารพื้นบ้าน เด็กๆก็มาเรียน อย่างคนแก่ที่เป็นเป็นผู้หญิงก็สอนทำกับข้าว ผู้ชายก็สอนเรื่องเครื่องจักรสานอย่างก็คือ ในเดือนนั้นๆเราก็จะคุยกันว่าคนเฒ่าคนแก่ในมีความสามารถอะไรอยากจะถ่ายทอดอะไรให้เด็กๆเราก็จะจัดให้เป็นครั้งเป็นครั้งเดือนละครั้ง หมุนเวียนหมุนเวียนให้ผู้สูงอายุได้มาเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้เป็นครูสอนเด็กในแต่ละงวด เขาก็ให้ความร่วมมือดีเด็กชอบเด็กชอบมากด้วยชอบมาก เพราะว่าเด็กสมัยนี้จะรอดติดเกมเราดึงเด็กออกมาข้างนอกเป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาเพราะฉะนั้นผู้เฒ่าผู้แก่ก็จะมีโอกาสในการถ่ายทอดในแต่ละครั้งก็ไม่เหมือนกันทุกคน” โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนวัดบ้านกลึงกล่าวเสริมในประเด็นนี้ว่า “ก็เอาคนเฒ่ากับคนน้อยพวกเด็กๆนักเรียนให้ทำขนมทำข้าวต้มมัดร่วมกันตามความถนัด แล้วก็ทำดอกไม้

เล็กน้อยๆ" (ผู้ใหญ่บ้าน ชุมชนบ้านกลึง จ.นครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 พฤษภาคม 2565)

สอดคล้องกับมาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ชุมชนสารีบุตร ต.คลัง อ.เมือง เพื่อพบกับนางนิยม หนูนิล สตรีสูงอายุวัย 83 ปี ต้นแบบผู้สูงอายุ จากการใช้ความรู้ ความสามารถในการประดิษฐ์หัตถกรรม นำไปเผยแพร่และฝึกสอนการประดิษฐ์ของชำร่วยจากวัสดุเหลือใช้ เช่น นำสลากกินแบ่งที่ไม่ใช้แล้วมาพับเป็นดอกไม้ ปลาตะเพียน หรือ บรรจุเหรียญสำหรับโปรยทาน โดยได้รับเชิญให้สอนตามโรงเรียนต่างๆ รวมทั้งให้ความรู้เพื่อสร้างอาชีพกับผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ

5.1.6 เงื่อนไขปัจจัยที่ผลักดันชุมชนสู่ชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ

การที่ชุมชนจะพัฒนาสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็งด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ นั้น มีเงื่อนไขหลายประการ ตัวอย่างชุมชนที่มีการจัดรูปแบบชุมชนที่มีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น โครงการพื้นที่สุขภาวะเพื่อสังคมผู้สูงอายุ จากการร่วมมือกันของชุมชนเขาทอง อ.พะยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ โดยศูนย์ผู้สูงอายุ สถาบันอาศรมศิลป์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อสร้างพื้นที่สุขภาวะ ที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ "เขาทองคือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งขับเคลื่อนโดยภาคประชาชน จากกลไกการดูแลกันระหว่างคนในชุมชน นี่คือสิ่งที่หน่วยงานภาครัฐ เอกชน สังคม ต้องตระหนักเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืนในอนาคต ซึ่งคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันฉันเครือญาติ ทีมศูนย์ผู้สูงอายุมีความรู้การดูแลด้านสุขภาพแบบสหวิชาชีพที่ถูกต้องเหมาะสม และกลุ่มจิตอาสาที่เข้าถึงบ้านแต่ละหลังอย่างครอบคลุมและทั่วถึง แม้การทำงานที่ผ่านมาจะมีทั้งความสำเร็จและความผิดพลาด แต่การมีส่วนร่วมนี้นี่เองที่นำไปสู่การเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงในชุมชนให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ขาทองเป็นชุมชนเล็กๆ ที่สงบร่มเย็น คุณตาคุณยายที่รำวงอยู่นี้เป็นกลุ่มติดสังคม มีความสุขตามวัย มีบ้านและครอบครัวที่ยังดูแลกันอย่างดี ทำให้ไม่เหงาแม้จะต้องอยู่บ้านคนเดียวบ้างช่วงที่ลูกหลานไปทำงาน แต่ในขณะเดียวกันยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งในชุมชนที่มีฐานะยากจน บางคนไม่มีลูกหลานและมีชีวิตความเป็นอยู่แร้นแค้น ทุพพลภาพ ในพื้นที่ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดีและปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีการทำงานร่วมกับคณะกรรมการชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีวัดเป็นหนึ่งในศูนย์กลาง ทำให้ชาวบ้านเข้าใจว่าปัญหาที่เกิดขึ้น

ในชุมชนคืออะไร และตัวเองจะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างไร ในขณะเดียวกันก็ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้เกิดขึ้นในชุมชนด้วย”

บทเรียนจากการจัดการชุมชนเขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ สอดคล้องกับข้อมูลของผู้วิจัยที่ได้ไปสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group Discussion) ผู้ใหญ่บ้านกลึงผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และอสม.4ท่าน ณ ชุมชนวัดบ้านกลึง หมู่1 ต.ขามเฒ่า อ.โนนสูง จ.นครราชสีมา ในเรื่องรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ จากการสังเกตการณ์ของนักวิจัย ชุมชนวัดบ้านกลึงมีลักษณะเป็นหมู่บ้านที่มีรั้วติดกัน คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นเครือญาติกัน แม้จะมีสตรีสูงอายุอยู่อาศัยอยู่คนเดียวโดยลำพัง หากแต่เดินไปอีกเพียง 5 เมตรก็เป็นจะบ้านของพี่น้องที่ปลูกบ้านอยู่ภายในที่ดินแปลงเดียวกัน

> “เรื่องปัญหาสุขภาพหลักหรือว่าเรื่องการเจ็บป่วยจริงๆ อาการเจ็บป่วยจริงๆมันเป็นความเชี่ยวชาญของหมอเราทำไม่ได้เราก็ทำได้โดยการเสริมสร้างเสริมสร้างคุณค่าเสริมสร้างความแข็งแรงใช้ในด้านกิจกรรมให้เขาเพื่อลดการป่วย ลดความซึมเศร้า กิจกรรมคนเฒ่าเล่าเรื่องนะเราจัดเดือนละครั้งแล้วก็ให้โหวตกันว่าอยากทำกิจกรรมอะไรในเดือนนั้น เราดึงศักยภาพของผู้สูงอายุอาจขึ้นมาสมมติว่าอย่างป้าตุ๊ ถ้าป้าตุ๊ถนัดทำอาหารเราก็จัดกิจกรรมอาหารพื้นบ้าน เด็กๆก็มาเรียน อย่างคนแก่ที่เป็นเป็นผู้หญิงก็สอนทำกับข้าว ผู้ชายก็สอนเรื่องเครื่องจักรสานก็คือ ในเดือนนั้นๆเราก็จะคุยกันว่าคนเฒ่าคนแก่ในมีความสามารถอะไรอยากจะถ่ายทอดอะไรให้เด็กๆเราก็จะจัดให้เป็นครั้งเป็นครั้งเดือนละครั้ง หมุนเวียนหมุนเวียนให้ผู้สูงอายุได้มาเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้เป็นครูสอนเด็กในแต่ละงวด เค้าก็ให้ความร่วมมือดีเด็กชอบเด็กชอบมากด้วยชอบมาก เพราะว่าเด็กสมัยนี้จะรอดติดเกมส์ เราดึงเด็กออกมาข้างนอก เป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาเพราะฉะนั้นผู้เฒ่าผู้แก่ก็จะมีโอกาสในการถ่ายทอด ในแต่ละครั้งก็ไม่เหมือนกันทุกคน” (ผู้ใหญ่บ้านชุมชนบ้านกลึง จ.นครราชสีมา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 พฤษภาคม 2565)

จากบทสัมภาษณ์ข้างต้นเห็นได้ว่า ชุมชนบ้านกลึง จ.นครราชสีมา เริ่มดำเนินการด้วยการสำรวจชุมชน พบว่า ในชุมชนมีผู้สูงอายุและเด็กเป็นจำนวนมาก ส่วนกลุ่มผู้ใหญ่วัยแรงงานต่างเดินทางไปทำงานในเมือง คนในชุมชนขาดพื้นที่ทำกิจกรรมร่วมกัน เมื่อพิจารณาข้อมูลร่วมกันจึงเห็นพ้องว่าควรจัดทำสวนสุขภาพบริเวณวัดบ้านกลึง ซึ่งเป็นพื้นที่กลางระหว่างพื้นที่หมู่บ้านทั้ง 5 แห่งพอดี ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และคนในชุมชนจึงร่วมกันสร้างสวนสุขภาพที่มีทั้งทางเดิน/วิ่ง

อุปกรณ์ออกกำลังกาย ลานกิจกรรม ฯลฯ ซึ่งสามารถลงมือลงแรงทำกันเองได้จนสำเร็จภายใต้งบประมาณที่จำกัด กลายเป็นพื้นที่ออกกำลังกาย และพื้นที่จัดกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้จากผู้สูงอายุให้กับเด็กในชุมชน ทั้งเรื่องการจักสาน การฟื้นฟูอาหารท้องถิ่นทั้งคาวหวาน เช่น หมี่โคราช นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคมแล้ว ยังเป็นการฟื้นฟูศิลปะวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้คงอยู่ ส่งต่อไปยังรุ่นลูกหลานอีกด้วย ซึ่งการทำงานมีสิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญอยู่ 3 ประการ คือ การสำรวจข้อมูล การคืนข้อมูลกลับชุมชน และการมีส่วนร่วม จากการสำรวจข้อมูล จะทำให้ชุมชนรู้จักตนเอง รู้ปัญหา เข้าใจบริบทและประชากรเพื่อนร่วมชุมชนของตนเอง และขั้นของการมีส่วนร่วมด้วยการคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชนรับรู้รับทราบร่วมกัน นำมาสู่วิธีการปรับแก้และร่วมกันสร้างสรรค์กิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการได้ตรงใจ ดังนั้น การพัฒนาชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนจึงต้องเริ่มคิดค้นความสามารถในการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

5.2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในชุมชน

องค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ให้มีอำนาจหน้าที่ต้องทำในเขตพื้นที่ตำบล คือส่งเสริม การพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ (พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหาร ส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2552 : 21) นอกจากนี้รูปแบบชุมชนที่มีการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่เป็นสตรีที่อยู่คนเดียวในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดสวัสดิการชุมชนเชิงบูรณการระดับเมือง โดยมีวัตถุประสงค์ที่เน้นช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยให้เข้าถึงสวัสดิการนอกเหนือจากรัฐจัดให้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น สอดคล้องกับฐานความคิดกองทุนสวัสดิการชุมชนที่ว่าเพื่อสร้างความมั่นคงของคนในชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดแก่เจ็บตาย (สถาบันพัฒนาองค์การชุมชน, 2550)

ผู้วิจัยมีโอกาสได้พบกับหัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนเทศบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ผู้กำลังปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและนำพาผู้วิจัยไปพบกับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังในชุมชนโนนหมัน อำเภอโนนสูง ได้ร้องขอความช่วยเหลือเรื่องที่พัก เนื่องจากบ้านเดิมมีสภาพผุพัง โดยหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมาร่วมกับเทศบาลตำบลโนนสูงอนุมัติโครงการดังกล่าว โดยมีการถมที่ดิน

ให้สูงขึ้นเพื่อป้องกันน้ำท่วม ปรับหน้าดินทางเข้าบ้านให้มีความปลอดภัย ในวันที่ผู้วิจัยลงพื้นที่นั้นหน้างานอยู่ในระหว่างการถมดิน พบมีวัสดุวางกองรวมไว้บริเวณนั้นเพื่อเตรียมการก่อสร้าง อีกทั้งมีก่อสร้างเพิงพักชั่วคราว ให้สตรีสูงอายุวัย78ปี ได้พักอาศัยกับสุนัขเพื่อนคู่ใจในระหว่างการดำเนินการก่อสร้างอีกด้วย

รูปที่ 5.3 การให้ความช่วยเหลือสตรีสูงอายุที่อยู่ลำพังในชุมชนโนนหมัน จ.นครราชสีมา ในด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับความต้องการในวัยสูงอายุ

อีกทั้งการช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัยของสตรีสูงอายุก็มิได้ครอบคลุมเสมอไป พบว่ายังมีผู้ต้องการความช่วยอีกเป็นจำนวนมาก หากแต่มีปัจจัยด้านอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การจัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือ เมื่อมีการร้องขอเป็นจำนวนมาก จึงต้องเฉลี่ยงบ และต้องพิจารณาตามกฎเกณฑ์ที่รัฐกำหนด จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยเท่าที่ควร จึงสอดคล้องกับประธานชุมชนปากเกร็ดร่วมใจ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่พยายามส่งเรื่องขอความช่วยเหลือให้กับลูกบ้านที่เป็นสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวแต่ไม่ได้รับการตอบรับจากหน่วยงาน จึงต้องพึ่งกองหมู่บ้านในการกู้ยืมเพื่อซ่อมแซมที่อยู่อาศัยแทน

> “พี่ส่งไปเสนอของบ 20,000 ซ่อมบ้าน (ขอให้ลูกบ้าน) ก็ยังไม่ได้ ส่งไปพมจ.นานมากแล้วจนเอกสารหายหมดแล้วมั้ง ก็พึ่งกองทุนหมู่บ้านที่เค้าให้กู้ไปทำทุน แบบเอาไปลงทุนขายของ ดอกเบี้ยไม่แพงร้อยละ50สตางค์ วงเงินคนละสองหมื่น เค้าก็ใช้คืนกันทุกเดือนก็หมดไว พอหมดเค้าก็กู้ต่อ แต่ก็มีกู้แล้วหายเยอะ หายไปหลายแสน กู้แล้วไม่จ่าย ไม่รู้จะทวงยังไง เพราะเค้าไม่มีไง” (ประธานชุมชนปากเกร็ดร่วมใจ จ.นนทบุรี, การสื่อสารส่วนบุคคล , 28 เมษายน 2565)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในชุมชนเป็นเรื่องที่สำคัญและต้องการความสนใจอย่างมาก เนื่องจากสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวอาจมีความเสี่ยงต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ความไม่ปลอดภัยในชุมชน และอาจต้องการการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้พวกเขาสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความเป็นอิสระในชุมชนได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวมีดังนี้

1) สุขภาพและการดูแลสุขภาพ การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและการตรวจเช็คสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรักษาสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

2) การเข้าถึงบริการสังคม สตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวอาจต้องการการเชื่อมโยงกับบริการสังคม เช่น กิจกรรมชุมชน การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และกิจกรรมสังคมอื่น ๆ

3) การเข้าถึงบริการด้านขนส่งสาธารณะ การสนับสนุนในการเคลื่อนย้ายและการเดินทาง เพื่อให้สตรีสูงอายุสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ในชุมชนได้

4) การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การเตรียมความพร้อมให้สตรีสูงอายุที่เผชิญกับความเหงาและความโดดเดี่ยว ให้มีการสนับสนุนทางอารมณ์

5) การสนับสนุนให้เข้าถึงเทคโนโลยี สตรีสูงอายุมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี และเรียนรู้การใช้งานเทคโนโลยีที่จะช่วยให้ชีวิตประจำวันง่ายขึ้น

6) การเข้าร่วมกิจกรรม สนับสนุนให้สตรีสูงอายุมีโอกาสที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนานและท้าทาย และกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมทางสังคมที่สามารถเสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงพลังของชุมชนในการจัดสวัสดิการให้กับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในพื้นที่ 5 จังหวัด ทำให้เห็นถึงความเข้มแข็งและเกิดจากการความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ความร่วมมือระหว่างชุมชน สถาบันการศึกษา และหน่วยงานภาครัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในชุมชน

บทที่ 6

บทสรุปเรื่องการพัฒนาสตรีสูงอายุแบบบูรณาการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งประสงค์ในการศึกษาแนวทางการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทย เป็นศึกษานโยบายสาธารณะที่เหมาะสมกับสตรีสูงอายุ ผู้ที่มีสถานะโสด หรือผ่านการหย่าร้าง หรือคู่สมรสเสียชีวิต อาศัยอยู่เพียงลำพังโดยไม่มีบุตรหลานดูแล การอยู่ลำพังของสตรีสูงอายุแต่ละคนมีปัจจัยที่เชื่อมโยงแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามเมื่อสังไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) อีกทั้งประชากรผู้หญิงมีจำนวนมากกว่าผู้ชาย สะท้อนให้เห็นว่าภายในอนาคตอันใกล้นี้ประเทศไทยจะมีจำนวนสตรีสูงอายุมากขึ้น ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่กำลังอุบัติขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นนโยบายสาธารณะและสวัสดิการบริการสาธารณะที่เหมาะสมกับสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทย ผู้วิจัยสรุปเป็นประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

6.1 สรุปสถานการณ์สตรีสูงอายุในสังคมไทย

สถานการณ์สังคมสูงวัยกลายเป็นประเด็นที่สำคัญของสังคมไทย จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ชัดถึงแนวโน้มของประชากรและโครงสร้างของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไป สัดส่วนประชากรผู้ชายน้อยกว่าผู้หญิง เนื่องจากเมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ อัตราการการตายของผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ ประกอบกับผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายต่อเนื่องเป็นเวลานาน สาเหตุอาจเป็นเพราะฮอร์โมน (Testosterone) ซึ่งมีอย่างท่วมท้นในเพศชาย ทำให้มีแบบแผนในการใช้ชีวิตแบบโลดโผน สุ่มเสี่ยง รุนแรง ขาดความรอบคอบมากกว่าเพศหญิงที่มีฮอร์โมนชนิดเดียวกันแต่มีน้อยกว่ามาก อีกทั้งได้ศึกษาพบว่าเพศว่าอายุขัยเฉลี่ย (Life Expectancy) ของเพศหญิงยาวนานกว่าเพศชาย ทำให้สภาพการณ์ความไม่สมดุลระหว่างผู้ชายน้อยกว่าผู้หญิงมีคงอยู่มาเป็นเวลานานเพิ่มขึ้นถึง 1.4 ล้านคนในปัจจุบัน อีกทั้งบริบทในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงได้รับโอกาสในการศึกษาและมีบทบาทในสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้หญิงมีสิทธิเสรีในการเลือกใช้ชีวิตมากขึ้นด้วย อาจทำให้การใช้เวลาในการตัดสินใจแต่งงานช้าลง ดังนั้นผู้หญิงนิยมอยู่เป็นโสดแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งโอกาสในการแต่งงานระหว่างชายหญิงอาจลดน้อยลงด้วยเนื่องจากสังคมไทยเปิดกว้างและยอมรับ

ในความหลากหลายทางเพศ (Sexual Diversity) มากขึ้น ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วแต่ต้องการมีบุตรลดน้อยลง หรือประสบการ์ณของผู้หญิงในเรื่องต่างๆ เช่นการถูกกดขี่ การถูกกดให้ด้อยกว่าจึงต้องยินยอม การถูกขูดรีดหรือเอาเปรียบทางเพศ (Sexual Exploitation) การถูกล่วงละเมิดหรือการถูกลวนลามทางเพศ (Sexual Harassment) การถูกตัดสินอย่างมีอคติ การถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination) และอื่นๆ ให้ผู้หญิงมีความต้องการใช้ชีวิตอิสระ ไม่ต้องการให้ตนเองต้องตกอยู่ในสังคมวัฒนธรรมปิตาธิปไตยหรือสังคมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ (Patriarchal) ซึ่งผู้หญิงกลุ่มเหล่านั้นก็ต้องเข้าสู่วัยชราในอนาคตอีกไม่นานเช่นกัน โดยครอบครัวเดี่ยวลดลง ในขณะที่ครอบครัวขยายเพิ่มขึ้น ครัวเรือนที่อยู่คนเดียวอาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสังเกตว่าอีก 20 ปีต่อจากนี้ อาจจะเป็น สังคมสตรีสูงวัยในอนาคตอันใกล้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ ผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง ” หรือ Feminization of Elderly ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาสตรีสุงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทยให้มีคุณภาพอย่างบูรณการ

6.2 บทสรุปนโยบายสวัสดิการภายใต้แผนงานการดูแลผู้สูงแห่งชาติ จากนโยบายสู่ภาคปฏิบัติในระดับจังหวัด

เมื่อโครงสร้างทางประชากรและการพัฒนาการของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจและเงื่อนไขทางสังคม แนวทางพัฒนาประเทศจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางนโยบายการพัฒนาพัฒนาผู้สูง จะเห็นได้ว่าแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดจึงขับเคลื่อนตามแผนดังนั้นจึงไม่สอดคล้องกับกับสถานการณ์ที่ประเทศไทยมีจำนวนสตรีสูงอายุมากกว่าเพศชาย

6.3 บทสรุปรูปแบบสวัสดิการสังคมของสตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

จากศึกษาพบว่ารูปแบบสวัสดิการสังคมภายใต้แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ครอบคลุมในการดูแลผู้สูงทุกมิติอย่างเสมอภาค แต่ไม่สอดคล้องกับสถาการณ์สตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทย เช่น เบี้ยยังชีพที่ไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ การเบิกจ่ายที่ล่าช้าและมีเงื่อนไขที่ซับซ้อน รวมถึงผู้นำชุมชนและอาสาสมัครบริบาลชมชุนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลและพัฒนาชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทย ในด้านการเข้าถึงและเข้าใจรวมถึงการเอาใจใส่ดูแลอย่างไม่แบ่งแยกเพศอย่างเท่าเทียม

6.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย

ในส่วนสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทย พบว่าวัยผู้สูงอายุเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ เกิดจากหลายสาเหตุปัจจัย เช่น สภาพแวดล้อมการบริโภคอาหารความเสื่อมโทรมของร่างกายตามการใช้งาน สภาวะความเครียดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและการเกษียณอายุ เป็นต้น จากการที่จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากระบบสาธารณสุขได้รับการพัฒนา มากขึ้น การตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญส่งผลให้ภาครัฐกำหนดมาตรการเตรียมการรองรับให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น โดยกำหนดยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อม สังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการที่ใช้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ชัดเจน (Prachuabmao, 2010, pp.34-36) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการด้านสุขภาพ การจัดสวัสดิการทางสังคม การส่งเสริม คุณภาพชีวิตที่ดีโดยที่สิ่งเหล่านี้จะต้องมีการได้รับรู้ถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนและดำเนินการบนฐาน ของการลงทุนและใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ เป็นผลทำให้ความเสื่อมโทรมเพิ่มมากขึ้นจนอาจนำไปสู่สภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดังนั้นในส่วนนี้เป็นการนำเสนอยุทธ์ศาสตร์วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยแนวทางการดูแลสตรีสูงอายุในสังคมไทย ผู้วิจัยได้ทำศึกษาจากแผนนโยบายภาครัฐเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากผลการสังเคราะห์การจัดรูปแบบสวัสดิการสังคมของสตรีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว จากกลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่าย กลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มสตรีสูงอายุ จากจังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนนทบุรีและจังหวัดชลบุรี จึงนำเสนอเป็นแผนยุทธ์ศาสตร์วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวได้ดังนี้ มานำเสนอยุทธ์ศาสตร์วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

6.4.1 การเตรียมความพร้อมของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

จากการศึกษากล่าวได้ว่าการเตรียมความพร้อมของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพมีบทบาทสำคัญมากโดยทางภาครัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมียุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพโดยควรมีหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ ขยายหลักประกันชราภาพให้ครอบคลุมถ้วนหน้า ส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตส่งเสริมการเข้าถึงและพัฒนาการจัดบริการการศึกษา และการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอด ชีวิตทั้งการศึกษาในระบบนอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจ ชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุมาตรการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัยโดยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษาศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬาและการรณรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

6.4.2 การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบจึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งบุคลากรสายอาชีพกึ่งอาชีพและอาสาสมัคร โดยกำหนดให้มีหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรม ทั้งหลักสูตรระยะสั้นที่เป็นการให้ความรู้และทักษะพื้นฐานและหลักสูตรระยะยาวที่เน้นความเป็นมืออาชีพในการทำหน้าที่ให้การดูแลขณะเดียวกันควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการร่วมทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างแรงจูงใจในการจ้างงานและประกอบอาชีพด้านผู้ดูแลรวมไปถึงการให้ทุนการศึกษาแก่คนในพื้นที่เพื่อให้กลับมาทำงานในชุมชนของตนเองในอนาคต ซึ่งในการศึกษากล่าวได้ว่าสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความต้องการอาชีพและรายได้บางส่วนเมื่อหยุดทำงานก็จะส่งผลถึงสภาพร่างกายและจิตใจแต่หากเมื่อได้มีการรวมกลุ่มกันประกอบอาชีพก็จะทำให้มีความสัมพันธ์ภายในกลุ่มเมื่อมีรายได้ก็เกิดความภาคภูมิใจในตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าไม่ต้องรอให้ลูกหลานคอยดูแล ดังนั้นเพื่อให้สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวมีรายได้และได้ทำในสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความ

ฉนัดจึงควรมีการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญมากซึ่งทางภาครัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้อง ควรจัดหาแหล่งงานหรือจัดโครงการส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้มีรายได้มาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากรัฐโดยการจัดสวัสดิการเป็นเงินช่วยเหลือค่ายังชีพเป็นรายเดือน เพื่อรองรับปัญหาด้านเศรษฐกิจการจัดสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองและสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ เพื่อไม่ให้เป็นภาระของสังคม ตลอดจนควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายและสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

6.4.3 การส่งเสริมระบบบริการทางสังคมและเครือข่ายในการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

จากการศึกษากล่าวได้ว่าการส่งเสริมระบบบริการทางสังคมและเครือข่ายในการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว เพื่อให้เกิดการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุทั้งในเรื่องบริการที่ได้รับบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้การดูแลอาคาร สถานที่ความปลอดภัยรวมทั้งระบบส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นที่ต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ตลอดจนการควบคุมด้านราคาค่าบริการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดระบบและกลไกภาครัฐในการควบคุมคุณภาพและกำกับดูแลบริการของสถานดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นภาครัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุนปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่สตรีสูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคมกลุ่มบุคคล ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงอัตราค่าโดยสารของระบบขนส่งสาธารณะและระบบขนส่งมวลชนต่างๆ ที่ลดหย่อนให้แก่สตรีสูงอายุส่งเสริมให้มีการปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะทุกประเภทให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ได้อย่างสะดวกเหมาะสมกับสตรีสูงอายุตลอดระยะเวลาให้บริการ โดยมีการประกาศเกียรติคุณแก่หน่วยงานบริการที่มีผลงานดีเด่นส่งเสริมให้ภาครัฐและภาคเอกชนที่รับผิดชอบสถานที่สาธารณะปฏิบัติตามมาตรฐานสถานที่สาธารณะสำหรับสตรีสูงอายุ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ได้จริงในที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนนทางเดินสาธารณะในเขตชุมชนสะดวกเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการจัดให้มีสวนสาธารณะและพื้นที่ออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสม ปลอดภัยสำหรับสตรีสูงอายุ จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลสตรีสูงอายุในระยะยาวในชุมชน

ที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคมโดยครอบคลุมบริการได้แก่ การสนับสนุนการดูแลระยะยาว ระบบประคับประคองดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง อาสาสมัครในชุมชนสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลสตรีสูงอายุส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณะประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อสตรีสูงอายุโดยกระบวนการประชาคมเกื้อหนุนให้เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่สตรีสูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรมร่วมด้วย รัฐบาลมีระบบและแผนเพื่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีบริการแพทย์ทางเลือก จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงที่เพียงพอ

6.4.4 การเพิ่มขีดความสามารถของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว

จากการศึกษากล่าวได้การเพิ่มขีดความสามารถของสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว ดังนั้นภาครัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้มีแนวปฏิบัติที่รับผิดชอบร่วมกันในการเตรียมการเพื่อให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพดี แข็งแรงและทรงคุณค่าโดยให้การสนับสนุนครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแลและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนมีบริการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของคนระหว่างวัยเพื่อนำไปสู่สังคมของคนทุกช่วงวัย โดยสร้างความตระหนักถึง ความสำคัญของสิทธิ ประเด็น และความท้าทายของความสูงอายุและการก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ส่งเสริมการทำงานฐานสิทธิ/ความต้องการจำเป็นและตลอดทุกช่วงวัยและขจัดการการกระทำหรือการละเว้น การกระทำด้วยประการใดๆ ทุกรูปแบบบนพื้นฐานของอายุและเพศ โดยให้สตรีสูงอายุได้รับโอกาสเข้าถึงบริการ สาธารณะการเสริมสร้างรายได้ บริการสุขภาพ และสารสนเทศที่จำเป็น ตลอดจนมาตรการในการป้องกัน การคุ้มครองทางกฎหมาย และระบบการสนับสนุนที่มีประสิทธิผลบูรณาการเรื่องประชากรสูงอายุในนโยบายสาธารณะและแผนการพัฒนาระดับชาติ และแผนงาน ซึ่งอาจรวมถึงการกำหนดการเกษียณอายุและนโยบายการจ้างงานที่ยืดหยุ่น ส่งเสริมการพัฒนาทุนมนุษย์และความเชี่ยวชาญในด้านพฤฒาวิทยา เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และบุคลากรมืออาชีพ และกึ่งมืออาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในปัจจุบันและอนาคตด้านสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับสตรีสูงอายุ ส่งเสริมการพัฒนาสารสนเทศที่เชื่อถือได้ ข้อมูลเชิงประจักษ์และแยกประเภทตามเพศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมถึงขีดความสามารถที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อลดช่องว่างในด้านนโยบาย การวิจัยและ

การปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานภาครัฐองค์กรนิติบุคคลองค์กรภาคประชาสังคมซึ่งรวมทั้งองค์กร สวัสดิการภาคสมัครใจ ชุมชน และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการประสานงานและประสิทธิผล ที่ดีขึ้นในการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรให้การสนับสนุนการพัฒนาสมาคมผู้สูงอายุหรือรูปแบบอื่นๆของการเป็นเครือข่ายซึ่งรวมถึงชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายอาสาสมัครในทุกประเทศสมาชิกอาเซียน โดยการเสริมสร้างขีดความสามารถและเปิดโอกาสให้มีเวทีการหารือแลกเปลี่ยนในลักษณะพหุสาขากับรัฐบาลในประเด็นของผู้สูงอายุตลอดจนการส่งเสริมชุมชนและเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในภูมิภาคโดยการจัดให้มีระบบโครงสร้างพื้นฐานที่ยั่งยืนและ เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

6.4.5 การส่งเสริมให้สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษากล่าวได้การความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุไม่ว่าจะประสบกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ส่งผลต่อจิตใจไม่ว่าจะทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งจะทำให้เกิดการยอมรับและพึงพอใจในตนเองตลอดจนมีความเชื่อมั่นในตนเองและการเคารพตนเองโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ในสถานดูแลหรือบ้านพักจึงต้องมีการเห็นคุณค่าในตนเองจึงจะเกิดความมั่นคงด้านจิตใจ และสามารถมองถึงคุณค่าในตนเองเมื่ออายุมากขึ้นหรือเกิดความเสื่อมสภาพทางร่ายกาย ไม่สามารถทำอะไรเหมือนเดิมได้อย่างแต่ก่อนทำให้ผู้สูงอายุมักจะมองตนเองว่าไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำอะไรได้เนื่องด้วยสภาพทางร่างกาย การเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ว่าตนมีความสามารถเป็นการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนสามารถทำอะไรได้ตามความเหมาะสม สามารถเผชิญอุปสรรคและปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยความมั่นใจปรับตัวได้ดีและสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสถานดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การที่ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารเองได้ หรือสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียงที่ไม่สามารถหยิบจับอะไรได้ อาจจะเป็นความสามารถที่ตนสามารถที่จะพูดหรือแสดงความต้องการ เช่น อาหารที่ตนอยากจะกิน หรือเพลงที่อยากฟัง จึงเป็นความสามารถในการแสดงความต้องการของตนเองหรือจะเป็นการรับรู้ว่าตนมีความสำคัญเพราะผู้สูงอายุมักจะต้องการการยอมรับทางสังคม รู้สึกว่าตนเป็นที่รักของบุคคลอื่นมีประโยชน์และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่ครอบครัวต้องให้ความสำคัญและความใส่ใจเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นที่รักการรับรู้ว่าตนมีอำนาจ ผู้สูงอายุมักจะรู้สึกว่าตนมีอิทธิพลในการควบคุมชีวิตของตนเองและต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้สูงอายุบางท่านที่ยังสามารถไปไหนมาไหน

ได้ อาจจะอยากเดินทางไปเที่ยวในสถานที่อยากไป หรืออำนาจในการจัดการตนเองเรื่องอาหาร การกิน หรือการดูแลตนเอง และองค์ประกอบสุดท้าย คือ การรับรู้ว่าตนมีคุณความดี การปฏิบัติตัวสอดคล้องกับศีลธรรม จริยธรรม ค่านิยมและวัฒนธรรมประเพณี มองโลกในแง่ดี พอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มีการแสดงออกของความคิดและถูกต้องตามทำนองคลองธรรม ซึ่งเป็นที่พึ่งทางจิตใจของสตรีสูงอายุอีกทางหนึ่ง ในการคิดบวกและมองถึงชีวิตของตนเอง ซึ่งอาจจะมีการใช้ศาสนาเข้ามาเยียวยาทางจิตใจ การที่สตรีสูงอายุมองเห็นถึงคุณค่าในตนเองนั้นจะช่วยให้ การใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายสุดท้ายเกิดความสุขและเกิดความเข้าใจในการตนเอง ลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหรือผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ

ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงควรจัดโครงการส่งเสริมศักยภาพสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุขโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมหรือโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในวัยสูงอายุ สำหรับสตรีสูงอายุที่ต้องพึ่งพาตนเอง ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้สตรีสูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันไม่ปล่อยเวลาให้ผ่านไป หากสตรีสูงอายุรู้สึกเหงาหรือมีความรู้สึกว่าตนเองอายุมาก แล้วไม่มีคุณค่าอะไร ควรมีการบริหารจัดการที่ดีในการจัดสวัสดิการให้แก่สตรีสูงอายุ กำหนดแผนงานและ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีฐานข้อมูลของสตรีสูงอายุในพื้นที่อย่างเป็นระบบ มีความสามารถในการรับรู้และวิเคราะห์ ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับสตรีสูงอายุ โดยคำนึงถึงหลักความต้องการของสตรีสูงอายุเป็นสำคัญเพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมฝึกอาชีพสำหรับสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวที่สามารถพึ่งพาตนเองได้และมีรายได้น้อยแต่มีความสนใจเรียนรู้หรือมีการจ้างงานสตรีสูงอายุที่มีความสามารถสุขภาพร่างกายแข็งแรงที่ต้องการทำงานหา รายได้ตามความเหมาะสม นอกจากนี้ภาครัฐบาลและหน่วยงานผู้รับผิดชอบควรมีแผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพของสตรีสูงอายุอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของสตรีสูงอายุ เช่น ด้านงบประมาณบุคลากรผู้รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่สตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียวทุกท่าน

6.4.6 การเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและองค์กรบริหารท้องถิ่น

จากการศึกษากล่าวได้เจ้าหน้าที่งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและองค์กรบริหารท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการประสานงานการช่วยเหลือสตรีสูงอายุที่อยู่คนเดียว รวมทั้งการส่งต่อให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการปฏิบัติภารกิจด้านการพัฒนาสังคมเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของสตรีสูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วจังหวัด โดยเป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐชุมชนและครอบครัว ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนหลัก รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน รวมทั้งมีหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุเงินสงเคราะห์เงินกู้เพื่อสร้างอาชีพ รวมทั้งการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ผู้สูงอายุในระดับจังหวัด ดังนั้นการเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและองค์กรบริหารท้องถิ่นในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่งเสริมความรู้และทักษะในการดำเนินชีวิตการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการร่วมการกำหนดแนวทางในการดำเนินการดูแลและวางแผนเพื่อรองรับและช่วยเหลือสตรีสูงอายุซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างท้องถิ่นองค์กรชุมชนและหน่วยงานของราชการเพื่อการขับเคลื่อนงานดูแลคุณภาพชีวิตสตรีสูงอายุ

6.4.7 เจตจำนงค์ในเสรีแห่งชีวิต สิทธิในการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

ความเป็นสากลของมนุษย์ปรากฏอยู่ในการเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย การใช้ชีวิต การกินอยู่ การเจ็บป่วย ฯลฯ ที่แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของการเป็นมนุษย์ สำหรับ “ความตาย” ที่มนุษย์หลีกหนีไม่พ้นนี้ แม้ว่ามันจะเป็นเหตุการณ์ตามธรรมชาติ แต่วิธีจัดการกับความตายของมนุษย์ในแต่ละวัฒนธรรมล้วนต่างกัน ในความรู้วิทยาศาสตร์และการแพทย์ ความตายคือ สภาวะของการหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น และสมองหยุดการทำงานโดยสิ้นเชิง ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พ.ศ. 2468 มาตรา 15 วรรค 1 กล่าวว่า “สภาพบุคคลย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย”

มนุษย์มักจะมีความปรารถนาอันมากมายไม่มีที่สิ้นสุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปรารถนาในวัตถุสิ่งของต่างๆ ในระหว่างที่ยังมีชีวิตอยู่ แต่เมื่อโมงยามแห่งความตายคืบคลานเข้ามาถึง ความ

ปรารถนาสุดท้ายของชีวิต ล้วนแล้วแต่เป็นความปรารถนาที่เรียบง่าย แต่เต็มไปด้วยคุณค่าทางความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็นการไปที่สถานที่ที่พบคนรักเป็นครั้งแรก หรือสถานที่ที่ถูกขอแต่งงาน การได้เล่นกับลูกหลานการอยู่กับสัตว์เลี้ยงแสนรัก จะเป็นอย่างไรหากในสังคมสูงอายุในประเทศไทยที่มีนโยบายสวัสดิการสังคม “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” สนับสนุนได้เจตจำนงค์เสรีแห่งชีวิตได้รับสิทธิในการเสียชีวิตอย่างงดงามและมีศักดิ์ศรีโดยถูกกฎหมาย เช่น เดียวกันกับประเทศเนเธอแลนด์ที่มีองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรชื่อว่า “Ambulance Wish Foundation” จัดตั้งขึ้นเพื่อเติมเต็มความปรารถนาสุดท้ายของผู้ที่จะลาลับไป คือการพาผู้ป่วยออกไปทำตามความประสงค์ครั้งสุดท้ายในชีวิต

กรณีตัวอย่างจากการนำเสนอผ่าน YouTube ช่อง “รอบโลก By กรุณา บัวคำศรี” ในชื่อตอนว่า การุณยฆาต: กฎหมายฆ่าผู้ป่วยด้วยความเมตตา นำเสนอกรณี “เฟมมี่ ไครซ์” สตรีสูงอายุชาวเนเธอแลนด์ ในวัย 60 ช่วงต้น ตรวจพบโรคมะเร็งตับ เนื้อร้ายลุกลามไปทั่วร่างกาย จากร่างการที่เคยแข็ง แรงสมบูรณ์ต้องทรุดตัวลงต้นอย่างรวดเร็วการรักษาด้วยเคมีบำบัดเธอเกิดอาการแพ้อย่างหนักจนต้องตัดสินใจยุติการรักษาและย้ายมาพักอยู่ที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ตัวเองเป็นภาระและไม่อยากมีบั้นปลายชีวิตด้วยการนอนป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา ความปรารถนาสุดท้ายของหญิงผู้เข็มแข็งคนนี้ คือการทำให้ครอบครัวมีความสุขด้วยการออกไปทำกิจกรรมที่ทุกคนโปรดปราน คือการได้ไปดูดอกทิวลิบด้วยกันกับครอบครัวที่สวน Keukenhof และหลังจากนั้นเธอจะทำในสิ่งที่ต้องการมากที่สุดเพื่อตัวเองและเป็นการทำเพียงลำพังนั่นคือการเลือกจบชีวิตอย่างไร้ความทรมานและความเจ็บปวด คือการทำการุณยฆาตโดยสมัครใจ (กรุณา บัวคำศรี, 2565)

ในมุมมองของนักวิจัย นอกจากนโยบายสวัสดิการสังคมของภาครัฐและรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ จะสามารถพัฒนาการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทยได้อย่างบูรณาการ นักวิจัยมองว่าการการเตรียมตัวก่อนตายและการมีสิทธิเลือกเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีด้วยตัวเองได้ในเวลาที่พร้อมก้าวข้ามสู่ความสงบเพื่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Wellbeing) เป็นสิ่งหนึ่งที่ต้องได้รับการจัดการ ด้วยแนวคิดที่ว่า “การตายอย่างมีคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่มีคุณภาพ” และที่สำคัญกว่านั้นคือมุมมองชีวิตที่ถูกต้องและมุมมองการใช้ชีวิตอย่างเข้าใจของตัวผู้สูงอายุเอง ชีวิตคือความงดงามด้วยรากฐานของสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ “How Old Gracefully and How to Die Peacefully”

บรรณานุกรม

กันนิษฐา มาเห็ม, ปิยนุช ภิญโย, พัฒนา ศรีโอษฐ์, ภาสินี โทอินทร์, รัชนี พจนา. (2563). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย : การวิจัยชาติพันธุ์วรรณาอภิมาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,38*(2), 138-147.

กมลชนก ภูมิชาติ.(2557). *รูปแบบชุมชนต้นแบบ ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, นครศรีธรรมราช.

กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2560). *ประวัติความเป็นมา*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/th/aboutus/1

กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2562). *สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.

กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2563). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/766

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (ม.ป.ป.). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาสตรี พ.ศ.2560-2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.(2566). *ยุทธศาสตร์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.2562-2566*.สืบค้นจาก https://hss.moph.go.th/index2.php?form=2

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564* (พิมพ์ครั้งที่7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.

กองทุนผู้สูงอายุ. (2557). *ตัวอย่างความสำเร็จการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคลจากกองทุนผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก http://www.olderfund.opp.go.th/album/ view/27?page=1

กรุณา บัวคำศรี.(2565, 10 กรกฎาคม). ร้อยเรื่องรอบโลก EP.19 "การุณยฆาต"กฎหมายฆ่าผู้ป่วยด้วยความเมตตา [Video file]. สืบค้นจาก https://www.youtube.com/watch?v=Yhpo3J8OVnI&t=67s.

ขนิษฐา กิจเจา . (2558). *การจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละ ช่วงวัย*. สงขลา: ไอคิว มีเดีย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

จงจิตต์ ฤทธิรงค์ และปัทมา ว่าพัฒนวงค์ .(2553). *การพยากรณ์อัตราตายรายอายุในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ:สมาคมนักประชากรไทย.

จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ. (ม.ป.ป.). *การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย : แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต.* กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิค.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์, และเบอร์ริท อินเกอร์ซอลเดย์ตัน. (2543). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ.*วารสารสมาคมพฤฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1*(3), 21-28.

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญญโญ. (2558). การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การจัดการสุขภาพ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข,1*(2), 149-163.

ชาย โพธิสิตา.(2552). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารี ศรีสุรพล. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.

ณัฐณิชา สัมฤทธิ์.(2561). *การบริหารชีวิตของผู้หญิงที่อยู่เป็นโสด* (Doctoral Dissertation Thesis). มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี.

ดวงจิตต์ นะนักวัฒน์. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย* (Unpublished Master's thesis). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (2549). *สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health).* สืบค้นจาก http://oknation.nationtv.tv/blog/tonrak/2007/10/23/entry-1

เดชรัต สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร และ ปัตพงษ์เกษสมบูรณ์. (2545). *แนวคิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2550). *ประสิทธิภาพการบริหารต้นทุนของสถานพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธนภณ พันธเสน. (2549). *กระบวนการเปลี่ยนแปลงสู่การพัฒนาอสังหาริมทรัพย์แบบยั่งยืน : จากกระบวนการทัศน์อัตตาสู่บูรณาการ*.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธีระ นุชเปี่ยม. (2560). *แนวคิดทฤษฎีการพัฒนามนุษย์*. สืบค้นจาก https://www.stou.ac.th/Schoolnew/polsci/UploadedFile/82427-1.pdf

นิศา ชูโต. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: บริษัท พริ้นโพรจำกัด.

บรรลุ ศิริพานิช. (2549). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คบไฟ.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2528). *โลกยามชราและการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. เชียงใหม่: พระสิงห์การพิมพ์.

บุญทิพย์ สิริธรังศรี และคณะ. (2553). *กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ (Strategies for successful ageing living alone)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราโมทย์ ประสาทกุลและปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. (2551). ความไม่สมดุลของประชากรชายและหญิงในไทย *ประชากรและสังคม 2551*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเวศ วะสี. (2547). *ธรรมชาติของสรรพสิ่ง : การเข้าถึงความจริงทั้งหมด*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต). (2557). *สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ*. กรุงเทพฯ: ธรรมะอินเทรน์.

พัชรี คมจักรพันธุ์, และวรรณี จันทร์สว่าง. (2558). ประสบการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นของผู้สูงอายุไทยใน ภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35*(3), 35-56.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). *การเพิ่มรายได้ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญผู้สูงอายุไทย*. ใน *การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2551 วันที่ 8 เมษายน 2551. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.*

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย* พ.ศ. 2561. นครปฐม: ผู้แต่ง.

บรรณานุกรม (ต่อ)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย* พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชกิจจานุเบกษา. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. เล่ม 120 ตอนที่130 ก ประกาศใช้เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2546.

ลักษณาวดี คชฤทธิ์. (2565, 23 พฤษภาคม). เสริมสร้างสุขภาวะทางใจด้วยศิลปะบำบัด : ประสบการณ์การวิจัยภาคสนาม ณ หอศิลป์ผู้สูงอายุราชสีมา. *ไทยโพสต์*, น.4.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

วรรณภา ทองแดง. (2558). การแปลงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ไปสู่การปฏิบัติงานพัฒนาท้องถิ่น ตำบลแม่ใส อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.*วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ, 8*(3), 38-52.

วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2557). *การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

วณี ปิ่นประทีบ และคณะ .(2550ก). *โรงพยาบาล 2 บาท ชุมชนบุ่งคล้า จริงที่ไม่ไกลเกินฝัน*. กรุงเทพฯ: เอมี่ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

วณี ปิ่นประทีบ และคณะ .(2550ข). *1 ปี 24 บาท สร้างสุขภาพชุมชนศรีฐาน*. กรุงเทพฯ:เอมี่ เอ็นเตอร์.

วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ. (2552). *ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร:กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วัชรินทร์ เสมามอญ. (2556). *การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดอ่างทอง* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.

ศุทธิดา ชวนวัน.(2548). *รูปแบบการอยู่อาศัยของสตรีโสดสูงอายุในประเทศไทย* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

ศุทธิดา ชวนวัน.(2563). *รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเพื่อสนับสนุนการมีที่อยู่อาศัยและการดูแลที่เหมาะสม* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ: โครงการตำรามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์* . กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *รายงานวิจัยการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย.*สงขลา :สำนักนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2560).*สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559.* นครปฐม: ผู้แต่ง.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2561).*สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560.* นครปฐม: ผู้แต่ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.* สืบค้นจาก http:// service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/file/older57.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560.สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic /OlderPersons/2017/Full%20Report_080618.pdf*

สัญญา เคณาภูมิ. (2562). กรอบแนวคิดการศึกษากระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ.*วารสารวิชาการแสงอีสาน,16*(1), 243-260.

สันติ ถิรพัฒน์. (2563). *การจัดการทรัพย์สินทางเลือกสาหรับผู้สูงอายุไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).* กรุงเทพฯ:สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.

สุมาลี สังข์ศรี. (2540). *การศึกษานอกโรงเรียนสำหรับแรงงานด้อยโอกาส.* กรุงเทพฯ: เทคนิคพริ้นติ้ง.

สุภานี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตรีตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care Service* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. (2551). *หลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.

สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย.* กรุงเทพฯ: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ฟ.

สราวุฒิ ไพฑูรย์พงษ์ (2560). *ผู้สูงอายุที่ตายตามลำพังในประเทศไทย.* สืบค้นจาก https://www.matichon.co.th/columnists/news_773713

บรรณานุกรม (ต่อ)

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2561). *สังคมผู้สูงอายุ:ระเบียบวาระแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ:สำนักเลขาธิการวุฒิสภา.

สำนักทะเบียนกลาง. (2560). *สถิติประชากร*. สืบค้นจาก http://www.bora.dopa.go.th/index.php/th/

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2560). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.* กรุงเทพฯ : ผู้แต่ง.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). *ปิรามิดประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503 – 2573.* สืบค้นจาก 1000_UNFPA rev_PolicyBrief Thai_200411_69.pdf

แสวง บญเฉลมวิภาส. (2558). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย : ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. *วารสารกฎหมายสขภาพและสาธารณสุข, 1*(3), 241-253.

องค์การสหประชาชาติ.(2553). *เล่าเรื่องประชากรไทย นัยต่ออนาคต*. สืบค้นจาก https://www.tcijthai.com/news/2012/25/archived/768.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี.(2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Cepellos, V. N. (2021). Feminzation of aging: a multifaceted phenomenon beyond the numbers. RAE-Revista de Administração de Empresas. *Journal of Business Management São Paulo, 61*(2), 1-7.

Corr C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (1997). *Death and dying, life and living* (2nd ed.). San Francisco: Pacific Grove Brooks/ Cole.

Fraser, N. (2013). *A Triple Movement?* Retrieved from https://newleftreview.org/issues/ii81/articles/nancy-fraser-a- triplemovement-

Gordon, J. R., & Whelan, K. S. (1998). Successful professional women in midlife: How organizations can more effectively understand and respond to the challenges. *Academy of Management Executive, 12*(1), 8-27.

Jones, G.W. (1995). *The Demise of Universal Marriage in East and South-East Asia.* Oxford, England: Clarendon Press.

Jendreck, M. P. (1993). Grandparents who parent their grandchildren: Effects of lifestyle. *Journal of Marriage and Family, 55*, 609-621.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

Kumhom,P. and Sombat, L. (2018). Alternative social welfare model for older persons: decreasing social inequality. *Journal of Thai Interdisciplinary Research Volume 13*(6), 44-54.

Karlsson, S. G., & Borell, K. (2005). A home of their own. Women's boundary work in LAT-relationships. *Journal of Aging Studies, 19*(1), 73-84.

Kutner, L. (1969) "Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal, *Indiana Law Journal,44*(4).

Lewis, V. G., & Borders, L. D. (1995). Life satisfaction of single middle-aged professional women. *Journal of Counseling and Development, 74*(1), 94-100.

Linton, E., Gubhaju, B., & Chan, A. (2018). *Home Alone: Older Adults in Singapore*. Singapore: Center for Ageing Research and Education, DukeNUS Medical School.

Li, L. W., Zhang, J., & Liang, J. (2009). Health among the oldest-old in China: which living arrangements make a difference? *Soc Sci Med, 68*(2), 220-227.

Lei,X. Strauss, J. Tian, M. & Zhao,Y .(2011). Living Arrangements of the Elderly in China: Evidence from CHARLS national baseline. *China Economic Journal, 8*(3), 191–214.

Maxwell, J.A. (2005). *Qualitative research design:An interactive approach* (2nd ed.),Thousand Oak,CA:Sage.

National Research Management System. (2016). *Humen Research Ethics*. Retrieved from https://www.nrms.go.th/

Oliveira, M. C. G. M., Salmazo-Silva, H., Gomes, L., Moraes, C. F., & Alves, V. P. (2020). Elderly individuals in multigenerational households: Family composition, satisfaction with life and social involvement. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37.

Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi,T. and Sawabe, M. (2006). *Reviewing The Definition of "Elderly"*. Retrieved from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/ 10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x

บรรณานุกรม (ต่อ)

Pallickal, P. J. and Shanuga, C. (2015). Social Integration and Psychological Well-Being of Elderly Women in India: A Comparative Study of Elder Women at Homes in Elder Care Facilities. *International Journal of Social Science, 4*(1), 117-139.

Prachuabmao, W. (2010). Systematic Structure of Monitoring and Evaluation of the National Elderly Plan. *Chula Sampan,53*(9).

Séverine Deneulin with Lila Shahani (eds.).(2009). *An Introduction to the Human Development and Capability Approach*: Retrieved from https://www.idrc.ca/en/book/ introduction-human-development-and-capability-approach-freedom-and-agency.

Tibbitts, C. (1967). *Handbook of social geology* (4th ed). USA: University of Chicago.

Teerawichitchainan, B., Pothisiri, W., Long, G. T. (2015). "How do living arrangements and intergenerational support matter for the psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand." *Social Science & Medicine,136*, 106–16.

United Nations. (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.

United Nations. (2017). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division.* World Population Prospects: The 2017 Revision.

United Nations. (2019). *Living arrangements of older persons around the world, Population Facts*. USA: Population Divisions, United Nations.

United Nations Population Fund (UNFPA) (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

Xu, Q., Wang, J., & Qi, J. (2019). *Intergenerational Co-residence and the subjective Well-being of older adults in China The moderating effect of living arrangement preference and intergenerational contact*. Retrieved from www.jstor.org/stable/26850688.

Zhao, Y., Li, Y., Heath, A., & Shryane, N. (2017). Inter- and intra-generational social mobility effects on subjective well-being – Evidence from mainland China. *Research in Social Stratification and Mobility, 48*, 54-66.

ภาคผนวก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

COA. No. RSUERB2021-115

RSU-ERB

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2021-115
ชื่อโครงการวิจัย	:	แนวทางการดูแลสตรีสูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวในสังคมไทย Guidelines for Elderly Women Living Alone in Thailand
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางสาว ลักษณาวดี ศชฤทธิ์
หน่วยงานที่สังกัด	:	วิทยาลัยนวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์
วันที่รับรอง	:	16 / 12 / 2021
วันที่หมดอายุ	:	16 / 12 / 2023

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานันท์ กาญจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต
โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ลักษณาวดี คชฤทธิ์
วัน เดือน ปีเกิด	25 เมษายน 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดปราจีนบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาศิลปกรรมศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการออกแบบตกแต่งภายใน, 2549 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการธุรกิจ, 2555 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคมธุรกิจ และการเมือง, 2566
สถานที่ทำงาน	บริษัท L Property Development Co.,Ltd.
ตำแหน่งปัจจุบัน	Executive Director

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University