

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนารูปแบบการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อดังนี้

- 2.1 กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ
- 2.2 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ
- 2.3 รูปแบบการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
- 2.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ
- 2.5 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2.6 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยจะขอนำเสนอรายละเอียดของวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของแต่ละหัวข้อดังนี้

2.1 กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

ในบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีมาตราที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในส่วนที่ 9 ว่าด้วยสิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ในส่วนของแนวนโยบายแห่งรัฐด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา วัฒนธรรม รวมทั้งในมาตรา 80 (1) บัญญัติว่ารัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมาตรา 80 (2) บัญญัติว่ารัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2557)

จากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญในมาตราที่เกี่ยวข้องดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารัฐต้องดำเนินการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการได้รับการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส) เป็นกลไกขับเคลื่อนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับนโยบายและการบริหาร โดยเฉพาะการบริหารกองทุน การกำหนดระเบียบการอนุมัติจ่ายเงินเพื่อการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุน และจัดสวัสดิการผู้สูงอายุแล้วนั้น ในมาตรา 11 ยังได้บัญญัติถึงสิทธิที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนจากภาครัฐในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
3. การประกอบอาชีพหรือฝึกฝนอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางแก้ไขปัญหาครอบครัว
10. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

นอกจากนี้ รัฐบาลในสมัยของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีได้กำหนดนโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุดังนี้ (สำนักเลขาธิการ นายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.) ได้แก่

นโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการในปีแรก โดยรัฐจะจัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปี จะได้รับ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท

นอกจากนโยบายเร่งด่วนในปีแรกแล้ว นโยบายที่รัฐบาลกำหนดไว้ว่าจะดำเนินการภายในระยะเวลา 4 ปี ซึ่งเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่

นโยบายพัฒนาสุขภาพประชาชน โดยสนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพ และเป็นธรรม

และนโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคม โดยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะต่าง ๆ สำหรับรองรับผู้สูงอายุและคนพิการ สร้างความร่วมมือในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาบริการสุขภาพอนามัย ให้การสงเคราะห์ จัดการศึกษา จัดสวัสดิการ รวมถึงหาอาชีพให้แก่ผู้ด้อยโอกาสผู้พิการหรือทุพพลภาพ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมภายใต้หลักคิดที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์สูง สมควรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบ้านเมือง

2.2 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

จากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ได้รับการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐนั้น ยังได้มีบทบัญญัติที่กำหนดให้มีการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นให้มีอิสระในการปกครอง การบริหาร และให้บริการสาธารณะกับประชาชนในพื้นที่ของตนเองดังปรากฏในมาตราที่ 281-290 โดยเฉพาะเรื่องการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการกระจายอำนาจในการจัดบริการสาธารณะด้านนี้ ดังปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ในมาตราที่ 16 กำหนดให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจ หน้าที่ในการสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ในมาตราที่ 17 และ 18 ก็กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด และกรุงเทพมหานครมีอำนาจ หน้าที่ในการดำเนินการเรื่องดังกล่าวเช่นกัน (ศูนย์ทนายความทั่วไทย, 2552.)

ในมาตราที่ 30 ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ที่กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองให้ชัดเจน โดยให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 4 ปี (พ.ศ. 2544 – 2547) ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดประเภทใดหรือแห่งใดที่ไม่สามารถที่จะรับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจภายใน 4 ปีได้ให้ดำเนินการถ่ายโอนเป็น 10 ปี (พ.ศ. 2544 – 2553) รวมทั้งการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุน และรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในมาตราที่ 32 บัญญัติให้คณะกรรมการต้องจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแผนดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2544 และเสนอให้รัฐสภารับทราบ เมื่อวันที่ 8 และ 13 กุมภาพันธ์ 2545 และประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาลงวันที่ 31 มีนาคม 2545 โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดรายละเอียดของอำนาจหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบจะต้องทำ โดยกรณีใดเป็นอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของรัฐหรือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันให้กำหนดแนวทางวิธีการปฏิบัติเพื่อประสานการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนร่วม การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการในการจัดสรรสัดส่วนภาษี

และอาจทำให้เพียงพอแก่การดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเสนอให้แก้ไขหรือจัดให้มีกฎหมายที่จำเป็นเพื่อดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจฯ และจัดระบบการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดนโยบายและมาตรการการกระจายบุคลากรจากราชการส่วนกลาง และราชการส่วนภูมิภาคไปยังท้องถิ่น ทั้งนี้คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯพิจารณาให้ความเห็นชอบถ่ายโอนภารกิจ 6 ด้านด้วยกันให้แก่ท้องถิ่น ได้แก่ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และด้านศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยในภารกิจ 6 ด้าน มีภารกิจที่ต้องถ่ายโอน 245 เรื่อง มีส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ 57 กรม ใน 15 กระทรวง ซึ่งมีการถ่ายโอนไปแล้ว 181 ภารกิจ คงเหลือภารกิจที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนและทยอยถ่ายโอน จำนวน 63 ภารกิจ (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ม.ป.ป.)

ซึ่งในเรื่องของการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ นั้น ได้มีการถ่ายโอนอยู่ในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ภายใต้แผนภารกิจด้านสวัสดิการสังคม ในกลุ่มภารกิจด้านการสังคมสงเคราะห์พัฒนาคุณภาพชีวิต และกลุ่มภารกิจด้านการส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ โดยในภารกิจด้านการสังคมสงเคราะห์พัฒนาคุณภาพชีวิต ได้ระบุถึงงานที่ต้องถ่ายโอนให้กับท้องถิ่นคือ งานด้านสถานสงเคราะห์คนชรา และศูนย์บริการผู้สูงอายุ ซึ่งกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สังกัดกระทรวงสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะทำการถ่ายโอนให้กับกรุงเทพมหานครและองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อมเท่านั้น โดยกรมฯจะเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ความพร้อมในการถ่ายโอนให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ พิจารณาเอง ส่วนการส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เป็นการถ่ายโอนเรื่องการอนุญาตให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคุมหอพักเอกชน โดยถ่ายโอนให้กับเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และกรุงเทพมหานคร เป็นผู้ดำเนินการ (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ม.ป.ป.)

นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังได้รับการถ่ายโอนงานด้านการจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน หรือในหมู่บ้านต่างๆ ทั่วประเทศซึ่งประสบปัญหาความเดือดร้อน เนื่องจากไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ถูกทอดทิ้ง และไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้โดยปกติตามควรแก่อัตภาพ และการจัดให้มีศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ โดยส่วนกลางถ่ายโอนภารกิจนี้ให้กับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีภารกิจที่ต้องดำเนินการคือส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม/ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นให้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตามอัธยาศัย เป็นกลุ่มธรรมชาติ ไม่มีกฎระเบียบที่เข้มงวด เช่นเดียวกับองค์กรภาครัฐ และเพื่อให้เป็นศูนย์รวมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการกลุ่มกิจกรรมออกกำลังกาย เกมส เพลง กิจกรรมตามวันสำคัญและประเพณี กิจกรรมกลุ่มสนใจกิจกรรมฟังธรรมเทศนา และวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2550)

นอกจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 จะกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุให้ท้องถิ่นดำเนินการแล้ว ในพระราชบัญญัติจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบต่างๆ ยังได้มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุไว้ด้วยเช่นกัน ได้แก่

พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2552 บัญญัติไว้ในมาตรา 50 (7), มาตรา 53 (1) และมาตรา 56 (1) ให้อำนาจหน้าที่เทศบาลตำบล เมือง และนคร ในการส่งเสริมการพัฒนาศรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการ (ศูนย์ทนายความทั่วไป, 2552)

พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2552 บัญญัติไว้ในมาตรา 23 (6) มาตรา 67 (6) ให้อำนาจสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลส่งเสริมการพัฒนาศรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการ (ศูนย์ทนายความทั่วไป, 2552)

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 บัญญัติไว้ในมาตราที่ 89 (16) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล และ (23) การสังคมสงเคราะห์ (ศูนย์ทนายความทั่วไป, 2552)

พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2552 บัญญัติไว้ในมาตราที่ 45 (3) ที่ให้การสนับสนุนสภาตำบลและราชการส่วนท้องถิ่นอื่นในการพัฒนาท้องถิ่น (4) ประสานและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ของสภาตำบลและราชการส่วนท้องถิ่นอื่น (5) แบ่งสรรเงินให้แก่สภาตำบลและราชการส่วนท้องถิ่นอื่นเป็นต้น ซึ่งในมาตรานี้ แม้ว่าจะไม่ได้ระบุถึงอำนาจหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับงานสวัสดิการผู้สูงอายุ แต่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่มีหน้าที่ในการส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กอย่างเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุได้โดยอาศัยบทบัญญัติแห่งมาตรานี้ (ศูนย์ทนายความทั่วไป, 2552)

ขณะที่พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเทศบาล พ.ศ. 2542 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2552 ในมาตรา 62 (14) ที่กำหนดให้พืชมามีอำนาจหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นของเทศบาลนคร ซึ่งอำนาจหน้าที่ของเทศบาลนครในมาตรา 56 (1) ที่บัญญัติไว้ว่าต้องส่งเสริมการพัฒนาศรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการนั้น จึงทำให้เมืองพืชมามีอำนาจหน้าที่ดำเนินการดังกล่าวด้วยเช่นกัน (ศูนย์ทนายความทั่วไป, 2552) และเพื่อให้การดำเนินงานและการจัดสวัสดิการสังคมให้ผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้จัดทำหลักเกณฑ์แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุและคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว ประกอบด้วยหลักการดำเนินงาน 4 แผนงาน ประกอบด้วย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2550)

1. แผนงานบริการด้านสุขภาพอนามัย ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสวัสดิการสังคมให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละด้านดังนี้

1.1 จัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ดูแลครอบครัวและคนในชุมชนด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยและอำนวยความสะดวกและด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับเจตคติต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย รวมทั้งด้านอื่น

1.2 โครงการออกตรวจสุขภาพเบื้องต้นโดยหน่วยเคลื่อนที่

1.3 จัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลฉุกเฉินโดยอาจดำเนินการให้มีการแจ้งเรียกหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉิน 240 ชั่วโมง จากหมายเลขโทรศัพท์ที่กำหนด หรือจากการประสานของอาสาสมัคร ซึ่งสามารถจัดได้ 2 รูปแบบคือ 1. จัดให้มีรพพยาบาลพร้อมแพทย์ที่สามารถเข้าไปรักษาได้เลย 2. จัดให้มียานพาหนะและอุปกรณ์รักษาพยาบาลเบื้องต้นรับผู้ป่วยฉุกเฉินไปส่งต่อให้กับโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

2. แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งด้านองค์การผู้สูงอายุ

2.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ องค์กรเครือข่าย และผู้ดูแลรวมตัวกันเป็นชมรมหรือองค์การ เพื่อเรียนรู้และดำเนินกิจกรรมการจัดสวัสดิการตามความเหมาะสมของชุมชน รวมทั้งร่วมพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 จัดให้ชมรมหรือองค์การผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายร่วมจัดกิจกรรมด้านสวัสดิการสังคม กิจกรรมนันทนาการและอื่นๆ ตามความต้องการของสมาชิก

3. แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้

จัดให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าร่วมฝึกอบรมให้ความรู้ในอาชีพต่างๆ และประสานกับสถานประกอบการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมและศักยภาพเข้าทำงาน

4. แผนงานด้านบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต

4.1 การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ และสำรวจความต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ความร่วมมือกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมจัดกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งที่เป็นจำนวนเงินและอุปกรณ์ รวมถึงจัดให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เช่น ห้องน้ำ ทางเดินลาด จัดทำสติกเกอร์เพื่อรับรองอาคาร สถานที่ที่จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก

4.2 ในด้านข้อมูลข่าวสารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการจัดประชาสัมพันธ์สื่อสารให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงสิทธิของตนเองในการเข้าถึงการใช้บริการ เช่น สิทธิในการรับเบี้ยยังชีพ ด้านสาธารณสุขและสวัสดิการทางสังคมตามกฎหมาย สิทธิในการเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองทั้งระดับชาติและท้องถิ่น การจดทะเบียนฟื้นฟูสมรรถภาพและการได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

4.3 จัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทุกชุมชน/หมู่บ้าน ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จัดอบรมเบื้องต้นให้แก่อาสาสมัครที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจัดระบบการปฏิบัติงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร และสามารถให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานตามความจำเป็นและเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานะทางการเงินการคลังของแต่ละแห่ง นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ชมรม และกลุ่ม เพื่อบรรจุไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น

2.3 รูปแบบการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

2.3.1 การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ

1) ประเทศญี่ปุ่น

ในฐานะเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก ความกังวลในผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ย่อมมีมากกว่าประเทศอื่นๆ การดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีอยู่อย่างมากมาย สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ปรากฏชัดเจนเมื่อปี ค.ศ.1986 คือ นโยบายให้มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายดังกล่าวนี้มุ่งให้ครอบคลุม 4 ระบบ ทั้งระบบประกันการจ้างงาน และรายได้ระบบสุขภาพ และสวัสดิการสังคม ระบบการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบการสร้างที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้าปี ค.ศ. 1986 ก็มีกฎหมายอื่นๆ ที่กำหนดออกมา เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่ก่อนแล้ว เช่น กฎหมายว่าด้วยบริการสุขภาพ และการรักษาสำหรับผู้สูงอายุ การจัดตั้งระบบประกัน เบี้ยบำนาญที่ครอบคลุมถ้วนหน้า มาตรการจ้างงานสำหรับคนวัยสูงอายุ กฎหมายประกันการจ้างงานถึงอายุ 65 ปี เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุญี่ปุ่นได้ทำงานตรงเท่าที่อยากทำ โดยไม่ถูกกีดกันเนื่องจากอายุด้วยเหตุเพราะผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีการเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวนมาก สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จึงเน้นที่การดูแลระยะยาว แต่เป็นการดูแลที่บ้าน 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 ออกมา เหล่านี้เพื่อส่งเสริมการขยายการให้บริการ การเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการด้านสุขภาพ การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลที่บ้าน และพัฒนาคุณภาพผู้ดูแล ทั้งด้านความรู้ และทักษะในการดูแล ญี่ปุ่นได้ปฏิรูปหน่วยงานครั้งสำคัญในปี ค.ศ. 2001 โดยการรวมกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการสังคมกับกระทรวงแรงงานเข้าด้วยกัน เพื่อให้การดำเนินงานคล่องตัวขึ้น และตั้งหน่วยงานรับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรงเรียกว่า Health and Welfare Bureau for the Elderly มีเป้าหมายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่มีสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

2) ประเทศสิงคโปร์

นโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์ มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง และมีความเด่นชัดในเรื่องความสำเร็จของการดำเนินงาน อันเป็นผลมาจากการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือจากองค์กรอาสาสมัครที่ชื่อว่า Volunteer Welfare Organizations (VWO) เป็นองค์กรที่ทำงานร่วมกับภาครัฐมาโดยตลอด ตั้งแต่ในระดับการสร้างนโยบาย และการนำไปสู่การปฏิบัติ โดย VWO จะดำเนินบทบาทในฐานะผู้ดำเนินงาน ในขณะที่รัฐจะเป็นผู้ให้งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อลดบทบาทของรัฐบาลในการดูแลประชาชน และส่งเสริมบทบาทของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรเอกชน ขึ้นมาแทนแนวคิดการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์ที่เด่นชัดปรากฏอยู่ใน 3 กรอบได้แก่ 1) Heart Ware เน้นปรับทัศนคติของสังคมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นความต้องการให้บุคคลคิด และเข้าใจว่าวัยมิใช่อุปสรรคในการทำสิ่งใด ผู้สูงอายุยังคงเป็นคนที่มีความรู้ความสามารถ และควรค่าแก่การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมอันมีประโยชน์ต่อสังคม 2) Soft Ware เน้นการสร้างเสริมศักยภาพ ของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจการงานสังคม เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัคร การดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และที่สำคัญคือ การส่งเสริมให้มีศูนย์อเนกประสงค์ (Multi-Service Center) เพื่อให้บริการที่หลากหลายในชุมชนแบบครบวงจร 3) Hard Ware เน้นการสร้างที่อยู่อาศัย การจัดการคมนาคมขนส่ง การสร้างสถานบริการต่างๆ ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการเข้าร่วมกิจกรรม และการรับบริการต่างๆ ของผู้สูงอายุด้วยตนเองสอดคล้องตามแนวคิด Ageing in Place ระบบการเงินของผู้สูงอายุสิงคโปร์ รัฐจะเน้นให้บุคคลดูแลเรื่องการเงินด้วยตนเอง รัฐจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น ดังนั้นรายได้ของคนสิงคโปร์หลังเกษียณ จึงมาจากเงินออม หรือบำนาญเป็นหลัก เพื่อสนับสนุนการออม รัฐได้จัดตั้งกองทุนเงินออมแห่งชาติ (Central Provident Fund) ซึ่งสมาชิกจะต้องออมเงินถึงร้อยละ 40 ของรายได้ในแต่ละเดือน เข้ากองทุน แต่สัดส่วนการออมนี้ก็จะลดลงตามอายุที่มากขึ้น เงินออมที่เข้ากองทุนนี้จะถูกแบ่งออกเป็น 3 บัญชี คือ 1) ร้อยละ 30 เข้าสู่บัญชีเงินออมปกติ (Ordinary Account) ซึ่งสมาชิกที่อายุ 55 ปีขึ้นไป สามารถถอนเงินจากบัญชีนี้ ไปลงทุนเพื่อให้เกิดรายได้มากขึ้น เช่น การลงทุนซื้อหุ้น หรือเพื่อนำไปใช้สร้างบ้าน ซื้อบ้าน หรือจ่ายค่าการศึกษาของบุตร 2) ร้อยละ 6-8 เข้าสู่บัญชีเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล (Medisave) การใช้เงินออมนี้ ครอบคลุมการรักษาในโรงพยาบาลเช่น โรคทางจิตเวช การฟอกไตเคมีบำบัด 3) ร้อยละ 4 เข้าสู่บัญชีเงินออมเพื่อผู้สูงอายุ (Elder shield) สำหรับระบบบริการสุขภาพ และสวัสดิการสังคมของสิงคโปร์ประกอบด้วยบริการทั้งในสถาบัน (Residential Care) การบริการนอกสถาบัน (Non-Residential Care) และการบริการสนับสนุนในชุมชน (Community-Based Support Services) สำหรับการบริการใน และนอกสถาบัน ก็จะมีการดำเนินการที่คล้ายๆ กันในประเทศอื่นๆ คือ เน้นคุณภาพของบริการ การเข้าถึง และความต่อเนื่องของบริการต่างๆ แต่ในส่วนของการบริการสนับสนุนในชุมชนมีหลายโครงการที่น่าสนใจ เช่น Befriend Service เป็นโครงการที่ให้อาสาสมัครไปพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่บ้านตามลำพัง เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นไม่โดดเดี่ยว โครงการ Meal Service เป็นบริการอาหารและส่งอาหารกล่องฟรี หรือขายในราคาทุนให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นบริการที่คาดว่าจะเป็นที่ต้องการมากขึ้น เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นแต่ขาดผู้ดูแล หรือเป็นผู้สูงอายุโสด โครงการ Senior Citizen's Club เป็นหน่วยงานที่ช่วยอำนวยความสะดวก ในเรื่องนันทนาการ และการพักผ่อนหย่อนใจ

สำหรับผู้สูงอายุ ด้านการทำงานของผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์มีระบบการทำงานทั้งแบบ Part Time และ Flexi Time เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีงานทำที่เหมาะสมตามวัย และศักยภาพพร้อมทั้งมีระบบการจ่ายเงินเดือนตามอาวุโส ให้ เงินเดือนตามคุณค่าของงาน และจัดให้มีโปรแกรมอบรมฝีมือแรงงานผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในตลาดแรงงานมีฝีมือเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และพรทิพา สมบัติ, 2545)

3) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบสวัสดิการสังคมของประเทศสหรัฐอเมริกา ครอบคลุมการประกันสุขภาพ และการประกันทางสังคม ประกอบด้วย 2 ระบบคือ

(1) ระบบรัฐบาลกลาง ให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้เกษียณอายุทำงาน

(2) ระบบสนับสนุนมลรัฐ ให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุผู้ตกงาน และขยายไปยังกลุ่มอื่นๆโดยมีการขยายวงเงินค่าตอบแทน ตามค่าครองชีพที่สูงขึ้น ขยายอายุของการให้ผลประโยชน์ และเพิ่มเงินชดเชย ด้วยระบบประกันสังคมหลัก ได้แก่ ระบบ Medicare กองทุนมาจากภาษีรายได้ของคนวัยทำงาน และระบบ Medicaid กองทุนมาจากเงินภาษี ซึ่งอาจเกิดภาวะวิกฤติในการจ่ายเงินบำนาญให้กับผู้สูงอายุในยุค Baby Bloom ในอนาคตอันใกล้นี้ (Health Care Financing Administration, 2001 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2545) ระบบ Medicare ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ Part A (Hospital Insurance) เป็นประกันสุขภาพที่จ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานบริการผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับประกันสุขภาพส่วนนี้ โดยไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรายเดือนใด อีกส่วนหนึ่งคือ Part B (Medical Insurance) เป็นโครงการจ่ายค่ารักษาที่ Part A ไม่จ่าย เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด การให้บริการที่บ้านผู้สูงอายุต้องซื้อประกันส่วนนี้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการแบบต่อเนื่องมีระบบการดูแลปฐมภูมิ (Primary Care) การป้องกันการตรวจรักษา การส่งต่อการรักษาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) การดูแลระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้าย สำหรับการดูแลในชุมชน มีหลายรูปแบบดังนี้คือ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Centers) การดูแลกลางวัน (Adult Day Care Services) การดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite Care) การช่วยงานบ้าน (Homemaker Services) การบริการส่งอาหารบริการขนส่ง บริการติดตามทางโทรศัพท์ บริการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (Personal Emergency Response Systems: PERS) และอาสาสมัครซึ่งมีทั้งอาสาสมัครอย่างเป็นทางการ (Formal Volunteers) ที่มาจากสถาบันและองค์กรต่างๆ และอาสาสมัครอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Volunteers) ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวเพื่อนฝูง และเพื่อนบ้าน วิถีชีวิตครอบครัวและค่านิยมชาวอเมริกัน ที่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยู่กับลูกหลานเป็นปัจจัยที่ทำให้ต้องการผู้ดูแลแบบทางการเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2545)

4) ประเทศอังกฤษ

แนวคิดในการจัดระบบสวัสดิการของประเทศอังกฤษคือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตามความสามารถ ให้โอกาสแก่ผู้ที่ทุพพลภาพ และสร้างมาตรการให้ผลประโยชน์ในการอยู่ในระบบจ้างงาน เพื่อจูงใจให้คนทำงานระบบประกันสังคมของประเทศอังกฤษมีวัตถุประสงค์ประการหนึ่ง คือส่งเสริมความมั่นคงด้านการเงินหลังเกษียณ ส่งเสริมการจัดการกองทุนบำนาญ และสนับสนุนให้มีการออมเงินที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ที่เกษียณมีรายได้หลังเกษียณที่เพียงพอ (DSS-Publications-The Changing Welfare, 2001 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) ความมั่นคงด้านรายได้ ประกอบด้วยระบบสวัสดิการ 3 แบบ ได้แก่

- (1) ผลประโยชน์จากเงินเบี้ยประกันที่จ่ายเพื่อเป็น Retirement Pension
- (2) ผลประโยชน์ในกรณีที่ต้องได้รับเช่น ทุพพลภาพแหล่งเงินมาจากภาษีอากร
- (3) Income Related Support Benefits แหล่งเงินมาจากภาษีอากรและจ่ายให้กับผู้มีรายได้น้อยผู้ที่ทำงานต้องเข้าร่วมระบบบำนาญ Retirement Basic Pension และเลือกเข้า Second-Tire Portion โดยระบบบำนาญมี 2 ลักษณะคือ

(1) State Pension เป็นการร่วมจ่ายในอัตราที่คงที่ของผู้ทำงานทุกคนเงินบำนาญจะเป็นอัตราคงที่ (Flat Rate) และให้กับผู้ชายอายุ 65 ปี ผู้หญิงอายุ 60 ปี ไม่ว่าจะเกษียณหรือไม่

(2) Second-Tire Pension เป็นการออมภาคบังคับ เพื่อให้มีเงินบำนาญมากขึ้น ดำเนินการโดยภาครัฐ และภาคเอกชน ระบบบริการสุขภาพ มีกรอบการบริการแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุ (National Health Service Framework for Older People) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ และสังคม ลดความแตกต่างในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ขจัดการกีดกันในความเป็นผู้สูงอายุ จัดให้มีการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง สร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการ และเน้นการดูแลเรื่องการหกล้ม และสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย การบริการในโรงพยาบาลรวมทั้ง Intermediate Care ที่เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และการดูแลในชุมชน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ แทนการไปอยู่ในสถานบริการ บริการมีรูปแบบเป็น Home Care Services คือการเยี่ยมบ้าน และ Home Help Services คือ การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลในเวลากลางวัน การจัดบริการด้านสังคม เป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น ทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลเสนอ และจัดซื้อชุดบริการ (Care Package) และติดตามประเมินผล เพื่อประกันว่าได้รับบริการที่เหมาะสม งานบริการสังคม รวมถึงการช่วยเหลืองานบ้าน และการดูแลส่วนบุคคลด้วย นอกจากนี้ ยังมีการจัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว (Respite Care) ศูนย์ที่รับผู้สูงอายุไว้ดูแล 1-2 วันต่อสัปดาห์ และการจัดให้ผู้สูงอายุไปอยู่กับครอบครัวอาสา ดูแลชั่วระยะเวลาหนึ่ง (Family Placement Schemes)

5) ประเทศออสเตรเลีย

ผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนหลัก รองมาเป็นเพื่อน และเพื่อนบ้านตามลำดับ ด้วยบริบทที่เป็นเช่นนี้ นโยบายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย จึงเน้นที่การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และในชุมชน (Home-Based Care And Community-Based Care) นโยบายลักษณะนี้ เด่นชัดมานับตั้งแต่ที่ได้มีการประกาศนโยบาย Staying At Home-Care And Support For Older Australia (ปี ค.ศ. 1997-1999) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ที่บ้าน พร้อมสนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั่วประเทศ ด้วยการสนับสนุนงบประมาณ ค่าจ้างให้กับผู้ดูแลเต็มเวลา และมีการจ่ายค่าดูแลให้กับผู้ดูแล ที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ที่มีคุณภาพการดูแลเทียบเท่ากับระดับการดูแลใน Nursing Home (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) ปี ค.ศ. 1999 ออสเตรเลียกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ National Strategy for an Ageing Australia ที่เน้นด้านผู้สูงอายุ 4 เรื่องคือ

- (1) การช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิต ที่พึ่งตนเองได้ยึดการจ้างงานให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต และมีการเงินที่มั่นคง
- (2) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ด้วยการบริการรูปแบบใหม่
- (3) ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ และความชรา รวมทั้งปรับปรุงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตเช่น การมีบ้าน การขนส่ง ความปลอดภัย การพักผ่อน และให้การสนับสนุนชุมชน
- (4) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเป็น Healthy Ageing เรื่องระบบความมั่นคงด้านรายได้ ชาวออสเตรเลียจะมีรายได้หลังเกษียณจากเงินบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ (Aged Pension) ซึ่งเป็นเงินให้เปล่าที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานก่อนเกษียณ และเป็นเงินที่จ่ายให้กับผู้สูงอายุชายที่อายุ 65 ปี และผู้สูงอายุหญิงที่อายุ 60 ปี ในอัตราพื้นฐาน ที่พิจารณาตาม Consumer Price Index (CPI) ซึ่งการพิจารณาอัตราจ่าย โดยอิงกับดัชนี CPI นี้เป็นข้อดี เพราะทำให้แน่ใจได้ว่าจำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับนี้ จะเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในภาวะที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการยืดเวลาการจ้างงานหลังเกษียณ ที่เป็นอีกหนึ่งความช่วยเหลือด้านรายได้ของผู้สูงอายุ ในส่วนของระบบประกันด้านสุขภาพ เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่นเดียวกับในหลายประเทศสำหรับเรื่องที่อยู่อาศัย ประเทศออสเตรเลียมีนโยบายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในบ้านของตน โดยให้การส่งเสริมเรื่องการจัดที่อยู่อาศัย ในรูปแบบที่ยืดหยุ่นเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมเรื่องสิ่งแวดล้อม การออกแบบบ้าน และสถานที่สาธารณะในชุมชนให้สอดคล้องตามนโยบาย Aging in Place เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีมาตรฐานและสามารถทำงานทำหน้าที่ได้ตลอดชีวิต สวัสดิการทางอ้อมสำหรับผู้สูงอายุอีกหนึ่งรูปแบบที่น่าสนใจ คือการตั้งองค์กร ประเมิน และควบคุมคุณภาพ ระบบบริการผู้สูงอายุหรือ Aged Care Assessment Team (ACAT) ซึ่งเป็นทีมบุคลากรด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ในการประเมินความต้องการด้านการรักษา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาการจัดบริการต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

6) ประเทศอิตาลี

อิตาลีเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำหนดให้มีการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นบ้านพักผู้สูงอายุ โรงแรมสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้เป็นพื้นที่สำหรับการพบปะสังสรรค์กันของผู้สูงอายุ การให้บริการด้านขนส่งมวลชนแบบไม่เสียค่าบริการ ธนาคารเวลา (Time Banks) เป็นสถาบันออมเวลาการทำงาน เพื่อสังคมแทนการออมทรัพย์โดยการให้ผู้สูงอายุ ที่มีความรู้ความสามารถ ฝากเวลาที่ได้ทำงานเพื่อสังคม และใช้เวลาที่สะสมได้นั้นมาแลกกับบริการด้านอื่นๆ ที่ตนต้องการ นอกจากนี้ยังเป็นบริการ ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เช่น บริการส่งอาหารถึงที่พัก บริการช่วยงานบ้าน บริการพาไปทำธุระงานบริการด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านต่างๆ รวมไปถึงการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องการจะเรียนต่อ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

โดยสรุปพบว่าเป้าหมายระบบสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่ตรงกัน คือ มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ความผาสุก (Well-Being) และสุขภาพ (Health) แต่เน้นมาตรการแตกต่างกันไป อาทิ ประเทศญี่ปุ่นที่เน้นการดูแลระยะยาวที่ไม่ใช่เป็นการดูแลในสถานพยาบาล หรือสถานสงเคราะห์ หากแต่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลที่บ้าน รัฐบาลของประเทศสิงคโปร์ก็มีความเด่นชัดในบทบาทการเป็นผู้สนับสนุน และประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะองค์กรเอกชนกับภาคประชาชน ซึ่งทำให้งานสวัสดิการผู้สูงอายุดำเนินได้อย่างเข้มแข็ง ประเทศออสเตรเลีย และอังกฤษเน้นการสร้างความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุโดยส่งเสริมการจ้างงานหลังเกษียณที่สอดคล้องตามศักยภาพ และในระยะหลังนี้เกือบทุกประเทศส่งเสริมการออมรูปแบบต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุ ในขณะที่การบริการด้านสุขภาพทุกประเทศ ก็ยังคงพยายามพัฒนาให้เหมาะสมสะดวกรวดเร็ว และผู้สูงอายุเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม

2.3.2 ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

1) วิวัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2496 แต่มีความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อ พ.ศ. 2525 หลังจากเข้าร่วมการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลก มีองค์กรดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเกิดขึ้นหลายองค์กร เช่น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สมาคมคลังปัญญาผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาผู้ประกอบการผู้สูงอายุ และองค์กรเอกชนอีกมากมาย มีการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544 เป็นแผนแม่บทให้หน่วยงานต่าง ๆ มีนโยบาย และแผนที่ชัดเจน มีการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายมากขึ้น ทั้งองค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ และองค์การภาครัฐ เช่น กรมอนามัยมีนโยบาย ในการสนับสนุนเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ

นอกจากนี้คณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีตัวแทนจากกระทรวงต่างๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงศึกษา เป็นต้น โดยเฉพาะสำนักนายกรัฐมนตรี ที่มีนายกรัฐมนตรีมาทำหน้าที่ประธานแผนงานต่างๆ จึงได้รับการรับรอง และมีผลในการปฏิบัติ พ.ศ. 2542 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ มีการเรียกร้อง และแสวงหาบริการมากขึ้นจากองค์กรเอกชนต่างๆ มีผลทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระหว่างสนับสนุนจากพรรคการเมือง 9 พรรค ทำให้ปรากฏปัญญาผู้สูงอายุอย่าง

เป็นรูปธรรมขึ้นมา หลังจากใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ในปี พ.ศ. 2545 มีการประกาศใช้แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2565 ประกอบด้วยมาตรการที่มีเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ชัดเจน พ.ศ. 2546 งานด้านผู้สูงอายุประสบความสำเร็จครั้งสำคัญ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในราชกิจจานุเบกษาตามมาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีผลให้มีการออกกฎหมาย ประกาศระเบียบในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวง และหน่วยงานต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนาศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และรัชมล คติการ, 2545)

2) การริเริ่มระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

การจัดสวัสดิการสังคมในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ยุคคือ ยุคระหว่าง พ.ศ. 2475-2499 ยุคต่อมาอยู่ในช่วง พ.ศ. 2500-2534 และยุคปัจจุบันตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมาด้วยเหตุที่สังคมไทยมีค่านิยมเรื่องของการมีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และมีความเชื่อในเรื่องความกตัญญูและบาปบุญคุณโทษ ระบบสวัสดิการจึงถูกริเริ่มขึ้นมา โดยตั้งอยู่บนแนวคิดแบบ “บรรเทา ปัญหา”(Residual Model of Social Welfare) โดยมีรัฐเป็นผู้ส่งความช่วยเหลือให้แก่กลุ่มคนที่ต้องการความช่วยเหลือ กลุ่มคนที่พึ่งตนเองไม่ได้ ในปี พ.ศ. 2483 จึงได้มีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นมาเพื่อรับผิดชอบด้านการจัดสวัสดิการให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ รวมทั้ง ผู้สูงอายุ ด้วยปรัชญาพื้นฐาน 3 ประการที่ใช้เป็นแนวในการจัดสวัสดิการสังคม ได้แก่ แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน (Human Rights) แนวคิดว่าด้วยความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs) และแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นธรรมในสังคม (Social Justice) (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2550)

การจัดสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุ เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 มาตรา 80 และปรากฏอยู่ในกรอบการปฏิบัติงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ด้วย

แม้ว่าระบบสวัสดิการที่รัฐมอบให้จะช่วยทำให้ปัญหาของผู้สูงอายุได้รับการบรรเทา แต่ระบบสวัสดิการแบบบรรเทาปัญหานี้ ไม่ได้ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งและสามารถพึ่งพาตนเอง ความต้องการการสงเคราะห์จึงเพิ่มมากขึ้น จนรัฐเองก็ยากที่จะตอบสนองได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งยังทำให้สังคมเกิดทัศนคติทางลบต่อกลุ่มผู้รับบริการ คือการถูกมองว่าเป็นภาระของสังคม เป็นคนไร้ค่าขาดศักดิ์ศรี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) ต่อมาสวัสดิการ จึงได้เปลี่ยนแนวคิดมาเป็นการลดการพึ่งพิงจากสถาบัน (Deinstitutionalization) ที่รัฐจัดให้สร้างความตระหนักถึงการพึ่งตนเอง และให้ความสำคัญกับปัจเจกชนว่ามีสิทธิเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2565 จึงพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานความเชื่อว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด ชุมชน และครอบครัว ต้องเป็นหลักในการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบระบบบริการเสริม อย่างไรก็ตามรูปแบบของการจัดบริการของรัฐ ในระยะหลังนี้ ก็ยังคงเน้นที่การให้ความช่วยเหลือในปัจจัยพื้นฐาน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2543)

3) รูปแบบระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามประเภทบริการ 3 ประเภท (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) สรุปได้ดังนี้

3.1) การประกันสังคม (Social Insurance)

การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิต และคุ้มครองลูกจ้าง ปัญหาการขาดรายได้เมื่อเกษียณอายุ การทำงานสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลง ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังส่งผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ และอาจรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากไม่มีการวางแผนเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจจึงมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง การออมเพื่อเกษียณอายุมีความจำเป็นในสังคมไทย เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น มีอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานสูงขึ้น การเกื้อหนุนจากครอบครัวอาจลดลง การออมจึงมีความสำคัญสำหรับวัยเกษียณ ปัญหาของการออมเพื่อเกษียณอายุคือการออมครัวเรือนต่ำ ระหว่างปี พ.ศ. 2536-2546 การออมภาคครัวเรือนของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่เป็นการออมแบบบัญชีออมทรัพย์ จึงควรพัฒนา และส่งเสริมรูปแบบการออมแบบผูกพันในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องเสถียรภาพของกองทุนประกันสังคม เนื่องจากระบบกองทุนเป็นการจ่ายเงินเข้ากองทุน โดยผู้ที่อยู่วัยทำงาน และรัฐจ่ายเงินออกให้ผู้เกษียณอายุ โดยที่รัฐบาลไม่มีการเก็บเงินสะสม เพื่อเป็นกองทุน ดังนั้น เมื่อสัดส่วน และจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้น การจ่ายผลประโยชน์ให้กับผู้เกษียณ จึงเพิ่มขึ้นคาดว่าปี พ.ศ. 2590 จะมีสถานะเงินสะสมติดลบ ปัญหาสุดท้ายของการออมเพื่อเกษียณอายุคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้ เช่น แรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะแรงงานภาคเกษตร และแรงงานที่มีรายได้ต่ำไม่มีระบบการออมเพื่อเกษียณรองรับ และไม่สามารถเข้าถึงการออมได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ประเทศไทยมีระบบประกันสังคม 5 ลักษณะ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ได้แก่

(1) Pillar Zero ระบบเบี้ยยังชีพ เป็นระบบประกันที่ไม่ต้องจ่ายสมทบ (Non- contributory pillar)

(2) Pillar I ระบบบำเหน็จ/บำนาญข้าราชการ เป็นค่าตอบแทนที่ข้าราชการปฏิบัติหน้าที่มานานหรือเกษียณอายุราชการ และกองทุนประกันสังคม รวมทั้งระบบประกันสังคมกรณีชราภาพ เป็นกองทุนที่ให้ความคุ้มครองลูกจ้าง ที่ประกันตนในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย คลอดบุตร เสียชีวิต รวมทั้งชราภาพ เมื่อทำงานมาอายุครบ 55 ปี โดยเงินบำนาญชราภาพจ่ายเป็นรายเดือนตลอดชีวิต มีเกณฑ์ในการคำนวณตามระเบียบที่กำหนด และเงินบำเหน็จชราภาพจ่ายเป็นเงินก้อนครั้งเดียว

(3) Pillar II กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการส่งเสริมการออมของข้าราชการ เพื่อวัยเกษียณอายุราชการให้กับข้าราชการที่สมัครใจเป็นสมาชิกและกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ เป็นกองทุนภาคบังคับที่กำหนดเงินสะสมแน่นอนที่อยู่ระหว่างดำเนินการผลการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี 2551 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ได้เสนอระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อการพัฒนาต่อไป จุดอ่อนของกองทุนนี้คือมุ่งส่งเสริมการออมเฉพาะแรงงานในระบบเท่านั้น ไม่ได้แก้ไขแรงงานนอกระบบหรือผู้ด้อยโอกาส

(4) Pillar III กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF) กองทุนรวมหุ้นระยะยาว (LTF) หรือระบบการออมผ่านบริษัทประกันแบบเงินได้ประจำ

(5) Pillar IV ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐรับผิดชอบค่าบริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทุกคนตามเกณฑ์ และขอบเขตที่กำหนดอย่างไรก็ตามผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยพบว่าระบบหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยยังไม่เป็นแบบหลายชั้น (multi-pillar) อย่างถ้วนหน้า โดยมี 2 ลักษณะคือ

(5.1) แบบเป็นระบบ และมีกฎหมายรองรับได้แก่ ระบบบำนาญจบบำนาญข้าราชการ กองทุนบำนาญจบบำนาญข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนครูใหญ่ และครูโรงเรียนเอกชน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ กองทุนหุ้นระยะยาว บริษัทประกันชีวิต และระบบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

(5.2) แบบไม่เป็นทางการเป็นระบบสวัสดิการภาคประชาชน เช่น กลุ่มสังฆะวันละ 1 บาท อำเภोजงนะ จังหวัดสงขลา ข้อดีคือ ชุมชนรับรู้ปัญหาที่แท้จริง ผู้สูงอายุที่มีความเดือดร้อนจริง จึงได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการ ข้อด้อยคือ หากชุมชนไม่เข้มแข็งและผู้นำไม่มีคุณธรรม ระบบนี้ก็อาจไม่เกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแต่ไม่ประสบผลสำเร็จทั้งนี้ผลการวิจัยเสนอแนะ การสร้างหลักประกันด้านรายได้ สำหรับผู้สูงอายุแบบถ้วนหน้าโดยใช้หลักการ 5 ประการคือ

- (1) ผู้สูงอายุไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบำนาญชราภาพ
- (2) การได้รับบำนาญต้องมีการออม
- (3) เป็นจำนวนเงินขั้นต่ำเพื่อการดำรงชีพและในอัตราคงที่
- (4) รัฐเริ่มทุนให้ 10,000 ล้านบาท (ปริมาณใกล้เคียงกับการจ่ายเบี้ยยังชีพ)
- (5) รัฐสนับสนุนเงิน 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายบำนาญแต่ละปีในทางปฏิบัติ ผลการวิจัยได้จำลองทางเลือกไว้ 3 แบบดังนี้

แบบที่ 1 จ่ายบำนาญให้ผู้สูงอายุคนละ 600 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าอาหาร ขั้นต่ำตามเส้นความยากจน รัฐจะแบกรับภาระงบประมาณไม่เกิน 22,000 ล้านบาท

แบบที่ 2 เพิ่มบำนาญให้ผู้สูงอายุเป็นคนละ 900 บาทต่อเดือน จะครอบคลุมเรื่องที่อยู่อาศัยเสื้อผ้า และยารักษาโรค ภาระงบประมาณในอีก 40 ปี ประมาณ 23,000 - 32,000 ล้านบาท

แบบที่ 3 เริ่มการออมตั้งแต่ 25 ปี จ่ายบำนาญให้ผู้สูงอายุ คนละ 600 บาทต่อเดือน ซึ่งภาระงบประมาณเหมือนแบบที่ 1 ข้อด้อยของการชะลอการออม คือเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนจะลดลง เพราะอัตราการเกิดลดลง และอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้นทางเลือกแบบที่ 1 และ 2 จึงมีความมั่นคงทางการเงินค่อนข้างสูง และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบำนาญได้มากกว่า อย่างไรก็ตามกองทุนทั้ง 2 แบบ อาจประสบปัญหาการขาดดุลในอนาคต หากโครงสร้างประชากรยังดำเนินต่อไปเช่นในปัจจุบัน (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2551: 20)

ระบบบำนาญแห่งชาติ

เป็นระบบที่การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2551 เสนอต่อรัฐบาล เนื่องจากปัจจุบันระบบบำนาญในประเทศไทย เป็นระบบบำนาญบนพื้นฐานอาชีพครอบคลุมบุคคลบางกลุ่มเท่านั้น เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคม ลูกจ้างเอกชน ครูเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ ส่วนท้องถิ่น และส่วนกลาง ซึ่งยังมีประชาชนมากกว่า 30 ล้านคน ที่ยังไม่มีหลักประกันรายได้ในยามสูงอายุ (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2551: 21) จึงควรจัดระบบบำนาญสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งการจัดการกับระบบที่ใหญ่เช่นนี้ รัฐบาลควรเข้ามาดำเนินการระบบบำนาญเพื่อผู้สูงอายุไทยไม่ใช้การให้เงินเปล่าๆ แต่ให้ทุกคนมีโอกาสเป็นสมาชิกออม ผู้ที่อายุน้อยอยู่ในระบบนานก็จะจ่ายน้อย และเงินบำนาญที่จะได้รับก็ขึ้นกับระยะเวลาที่อยู่ในระบบระบบบำนาญแห่งชาติ อาจดำเนินการใน 2 ลักษณะ แบบแรกผู้รับบำนาญไม่ต้องสมทบร่วม เป็นระบบการให้เบี้ยยังชีพที่ขยายไปสู่ผู้สูงอายุทุกคน ข้อดีคือเป็นการต่อยอดจากระบบเดิมที่มีอยู่แล้ว ข้อเสียคือไม่ส่งเสริมการออม และเป็นภาระหนักทางงบประมาณของประเทศ สำหรับความเป็นไปได้และความยั่งยืนของระบบบำนาญแบบนี้ยังต้องพิจารณาอีกมาก สำหรับระบบบำนาญอีกแบบหนึ่งเป็นแบบที่ผู้รับบำนาญต้องสมทบร่วมจึงเกี่ยวข้องกับการออมและศักยภาพของประเทศในระยะยาว ทั้งนี้ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงคือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการออมว่าเป็นแบบภาคบังคับหรือภาคสมัครใจ
- 2) ความครอบคลุมว่ายึดฐานอาชีพ หรือฐานพื้นที่ หรือเป็นระบบถ้วนหน้าทุกคน หรืออาจเป็นระบบเกื้อกูล ระหว่างรุ่นที่คนวัยทำงานจ่ายเงินสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ข้อดีของการสร้างระบบบำนาญรายอาชีพ คือ การบริหารจัดการภายในกลุ่มอาชีพทำได้สะดวก แต่จะมีปัญหาการเกิดกองทุนย่อยมากมาย เมื่อมีการเปลี่ยนอาชีพ และไม่ครอบคลุมคนที่ไม่มีอาชีพ เมื่อเทียบกับกองทุนรายพื้นที่ ที่จะปิดช่องว่างนี้ได้ แต่กองทุนรายพื้นที่ ก็เป็นกองทุนขนาดเล็ก ที่บริหารจัดการให้เกิดผลประโยชน์ได้ยาก อีกทั้งความหลากหลายของกฎกติกา สำหรับพื้นที่ที่แตกต่างกัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา นักเศรษฐศาสตร์เสนอว่า ควรใช้ระบบผสมผสานทั้ง 2 แบบ เป็นแบบกึ่งสะสมทรัพย์โดยให้ผู้รับบำนาญเข้ามาออมระยะหนึ่ง กำหนดระยะเวลาที่ออมแล้วจึงรับบำนาญเมื่อถึงอายุที่กำหนด (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) ระบบบำนาญของประเทศไทยจะพึ่งพาภาษีรายได้จากประชากรที่ทำงานในระบบ เช่นประเทศที่พัฒนาแล้วไม่ได้ เพราะแรงงานนอกระบบในประเทศไทยมีสัดส่วนที่มากกว่า จึงควรมีระบบการออมจากประชากรวัยทำงานทุกคน ระบบบำนาญแห่งชาติเป็นทางเลือกใหม่ของการคลังเพื่อสังคม ที่ภาครัฐสนับสนุนงบประมาณผ่านองค์กรภาคประชาชน เป็นการใช้จ่ายแข็งของภาครัฐในการกำกับดูแล ด้วยระเบียบ และจุดแข็งของภาคประชาคม คือการอยู่ในพื้นที่รับทราบข้อมูลที่แท้จริงของประชาชน และต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ทั้งนี้ต้องเสริมศักยภาพขององค์กรในชุมชน เช่นการจัดเก็บข้อมูลระบบการทำบัญชี รวมทั้งการบริหารเงิน แนวทางการบริหารกองทุนบำนาญแห่งชาติ ภาครัฐจัดตั้งกองทุนเป็นองค์กรใหม่ และเป็นนิติบุคคล มีระเบียบที่ชัดเจนมีผู้บริหารกองทุนมีอาชีพ และดำเนินงานอย่างโปร่งใส ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณ 1 ใน 3 ของบำนาญแต่ละปี หากผู้รับบำนาญร่วมออมน้อยละ 3 และภาครัฐสมทบอีกร้อยละ 3 จะทำให้กองทุนมีปริมาณสูง ในส่วนของการออมผู้รับผิดชอบการออม

คือองค์กรที่ประชาชนทำงานอยู่สำหรับแรงงานนอกระบบ อาจมีระบบการออมผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะเข้าถึงประชาชนได้อย่างครอบคลุม ศักยภาพในการติดตามมีประสิทธิภาพมากกว่า ส่วนกลาง การบริหารกองทุนตามแนวทางดังกล่าว มีความเป็นไปได้สูง และถูกกว่าการบริหารโดยส่วนกลาง ทั้งนี้ยังจำเป็นต้องศึกษาในรายละเอียดต่อไป ประเด็นหนึ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ศักยภาพการออมของประชาชนการศึกษาของ รศ.ดร.ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) พบว่าประชาชนกลุ่มวัยแรงงานร้อยละ 60 รู้ว่าไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเห็นด้วยที่จะเป็นสมาชิกกองทุน และมีศักยภาพในการออมเพื่ออนาคตโดยร้อยละ 77 มีความพร้อมที่จะจ่ายเงินเข้ากองทุน แต่ขาดการกระตุ้นจากภาครัฐ จะเห็นว่าโดยภาพรวม ระบบบำนาญแห่งชาติมีความเป็นไปได้ทางสังคม และทางเศรษฐกิจแต่ความเป็นไปได้ทางการเมืองยังไม่แน่นอน

กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)

เป็นการส่งเสริมการออมของข้าราชการ เพื่อวัยเกษียณอายุราชการให้กับข้าราชการที่สมัครใจเป็นสมาชิก และกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ เป็นกองทุนภาคบังคับ ที่กำหนดเงินสะสมแน่นอนที่อยู่ระหว่างดำเนินการผลการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2551 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ได้เสนอระบบบำนาญแห่งชาติ เพื่อการพัฒนาว่าจุดอ่อนของกองทุนนี้คือ มุ่งส่งเสริมการออมเฉพาะแรงงานในระบบเท่านั้น ไม่ได้แก้ไขแรงงานนอกระบบหรือผู้ด้อยโอกาส

กองทุนผู้สูงอายุ

จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หน่วยงานหลักที่ดูแลกองทุนนี้ คือสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของกองทุน เพื่อคุ้มครองส่งเสริม และสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุ และองค์กรที่ผู้สูงอายุรวมตัวกัน คือให้เงินอุดหนุนโครงการต่าง ๆ ที่ดำเนินงานโดยกลุ่มของผู้สูงอายุในลักษณะต่าง ๆ ให้กู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดแคลน และเดือดร้อน รวมทั้งเรื่องอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กองทุนนี้ได้รับงบประมาณ 30 ล้านบาท และจำนวนเงินที่ใช้การสนับสนุนอยู่ระหว่าง 50,000-300,000 บาท โดยโครงการต้องมีเป้าหมายชัดเจน มีภาคีหลายภาคส่วนร่วมดำเนินงาน เป็นโครงการใหม่ของภาครัฐ เป็นโครงการขององค์กรผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้รับทุนสนับสนุน หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2551) กองทุนผู้สูงอายุเป็นกองทุนที่เพิ่งเกิดขึ้น กิจกรรมที่สนับสนุนโดยกองทุนนี้จึงยังมีค่อนข้างน้อย (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2550)

การขยายกำหนดอายุเกษียณ

เป็นการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์ การที่ยังสามารถทำงานอันเป็นประโยชน์ได้นั้น นอกจากจะเป็นการเสริมความมั่นคงทางรายได้ แล้วยังมีผลต่อสุขภาพจิตด้วย ผลการศึกษาผลกระทบของการขยายกำหนดอายุเกษียณต่อโครงสร้างตลาดแรงงาน ต่อเงินออมของกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และกองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ และต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) พบว่าการขยายกำหนดอายุเกษียณ มีผลทำให้กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ มีความมั่นคงทางการเงินมากขึ้น ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเด่นชัด คือผลต่อการจ้าง

งานภาครัฐ เพราะจะทำให้ภาครัฐลดจำนวนการรับข้าราชการใหม่เท่ากับจำนวนผู้ที่ชะลอการเกษียณ ซึ่งจะทำให้รัฐสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านบำเหน็จบำนาญได้ 31.7 พันล้านบาทในช่วง 5 ปี ผลกระทบต่อลูกจ้างเอกชน (นอกภาคเกษตร) นั้น พบว่ามีน้อยมาก ส่วนผลกระทบต่อกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พบว่า การชะลอการเกษียณอายุของข้าราชการจะช่วยชะลอการออกจากกองทุน แต่ไม่มีผลต่อความมั่นคงของกองทุน และการบริหารกองทุน

การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance)

เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่า สำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้อยโอกาสทางสังคม และไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่คือ

(1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นการจ่ายเงินแบบให้เปล่าตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 ปัจจุบันจ่ายให้ผู้สูงอายุทุกรายๆ ละ 500 บาทต่อคนต่อเดือน โดยความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 6.8 ล้านคนเป็นเงินรวม 41,216 ล้านบาท และคาดว่าในอีก 15 ปี หรือปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุจะมีจำนวน 14.9 ล้านคน (สถาบันศึกษานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553) และในปัจจุบัน การจ่ายเบี้ยยังชีพได้เปลี่ยนแปลงอีกครั้งเมื่อมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2554 อนุมัติงบจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 5.2 หมื่นล้านบาท โดยการกำหนดอัตราเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน วงเงิน 5.2 หมื่นล้านบาท มีรายละเอียดดังนี้ ผู้ที่มีอายุ 60 - 69 ปีจะได้รับเงิน 600 บาท อายุ 70 - 79 ปีได้รับ 700 บาท อายุ 80 - 89 ปีได้รับ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไปได้รับ 1,000 บาท เริ่มดำเนินการตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2554 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป แม้ว่าการสงเคราะห์ด้วยเบี้ยยังชีพ จะไม่สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมการพึ่งตนเอง อีกทั้งยังเป็นภาระหนักของรัฐบาลที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น แต่บุคคลหลายฝ่ายมีความเห็นว่าเป็นความช่วยเหลือที่ยังจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เดือดร้อน แม้เงินจะไม่มาก สำหรับแต่ละคนแต่ก็ช่วยลดการพึ่งพาลูกหลานลงได้บ้าง

(2) กองทุนผู้สูงอายุ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกองทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงาน กองทุนผู้สูงอายุได้รับงบประมาณเริ่มต้นในการดำเนินงานจำนวน 30 ล้านบาท และได้รับเพิ่มเติมในปีต่อ ๆ มาตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้ดำเนินการขยายวงเงินการกั๊ยมีรายบุคคลจาก 15,000 บาทต่อราย เป็น 30,000 บาทต่อราย และมีเงินงบประมาณจำนวน 80 ล้านบาทปี พ.ศ. 2552 กองทุนผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนเงินทุน สำหรับการกั๊ยมีประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เป็นรายบุคคล จำนวน 3,138 ราย คิดเป็นจำนวนเงิน 51,082,208 บาท และสนับสนุนเป็นรายกลุ่มจำนวน 22 กลุ่ม คิดเป็นจำนวนเงิน 2,071,000 บาท นอกจากนี้ได้ให้การสนับสนุน โครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุจำนวน 193 โครงการ คิดเป็นจำนวนเงิน 27,523,924 บาท (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551)

การบริการสังคม (Social Services)

เป็นระบบบริการ ที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ของประชาชน ประกอบด้วยบริการ ด้านต่างๆ 4 ด้านดังนี้

(1) ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

(1.1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐมอบ ให้ เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตาม ความจำเป็น โดยขอขยายการให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่ ได้รับหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละ ท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนให้เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ หลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่นโดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาศังคม และความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมมือกันให้การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คือองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล) ได้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) บริการเชิงรุกของ สปสช. รูปแบบ หนึ่งคือ การจัดสรรงบประมาณให้ “กองทุนตำบล” เพื่อให้ผู้สูงอายุที่รวมตัวกันในลักษณะชมรมขอ ทุนสนับสนุนไปทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(1.2) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) นำไปสู่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้จัด ช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก (กระทรวงการพัฒนาศังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ในทางปฏิบัติการจัดช่องทางด่วนหรือช่องทางสีเขียว สำหรับ ผู้สูงอายุมีปัญหาในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะสถานพยาบาล หรือในแผนกที่มีผู้ป่วย สูงอายุจำนวนมาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มาก แต่กลับต้องมาเข้ารับบริการที่จำกัดในการ ช่องทางด่วนเพียงช่องเดียว ซึ่งบางแห่งหากบริหารจัดการไม่ดี อาจทำให้ต้องใช้เวลาในการรอรับ บริการนานมากกว่าเดิม

(1.3) โรงพยาบาลตำบล เป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และ ท้องถิ่น ในการจัดการระบบประกันสุขภาพระดับตำบลในรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชนบนพื้นฐาน แนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ที่ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแนวทางของพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 (3) มาตรา 18 (8) มาตรา 47 และมาตรา 48 (4) ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนองค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไรบริหารกองทุนในท้องถิ่นได้ ตัวอย่าง ได้แก่ “โรงพยาบาล 2 บาท” ตำบลบึงคล้า อำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์ และ โรงพยาบาลตำบล ศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ระดมทุนจากประชาชนคนละ 2 บาทต่อเดือน หรือ 24 บาทต่อปี

และได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพด้านบุคลากรและงบประมาณประกอบกับ อบต. สามารถสนับสนุนงบประมาณโรงพยาบาลชุมชน ที่จัดว่าเป็นหน่วยงานของภาครัฐได้โดยไม่ขัดกับระเบียบเพราะสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมผ่านช่องทางกองทุนสุขภาพชุมชน กิจกรรมบริการสุขภาพของกองทุน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาโรค และการส่งต่อเพื่อการรักษา นอกจากนี้ยังเสริมศักยภาพของสถานอนามัยที่เพิ่มบทบาทเป็นโรงพยาบาลชุมชน ด้วยการให้ทุนการศึกษาแก่ลูกหลานของประชาชนในพื้นที่ เพื่อเรียนการพยาบาล และกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลตำบลนั้น หากการบริหารงานของกองทุนในลักษณะนี้ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง จะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2551: 30)

(1.4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นบริการสุขภาพที่จัดว่าเป็นสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบหนึ่ง เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักมีภาวะพึ่งพาและมีโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลและทีมสหวิทยาการ ซึ่งต้องมีความชำนาญทางคลินิก ประกอบกับมีทักษะในการบริหารจัดการและทักษะทางสังคม เพื่อให้บริการที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการภายในบริบทของครอบครัว ข้อดีของการเยี่ยมบ้านคือ เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าเดินทางของผู้ใช้บริการและผู้สูงอายุส่วนมาก พึงพอใจที่จะรับการรักษาพยาบาลที่บ้าน อันเป็นผลดีต่อการหายของโรคด้วย นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้มาเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัว อยู่ในฐานะเจ้าบ้านจะรู้สึกเป็นผู้มีอำนาจ พยาบาลสามารถใช้สถานการณ์เช่นนี้ส่งเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวได้ พยาบาลที่เยี่ยมบ้านสามารถนำข้อมูลข่าวสารไปให้ผู้ใช้บริการ และชุมชนได้ ในขณะเดียวกันเป็นโอกาสที่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพความสามารถของผู้ใช้บริการ และชุมชน รวมถึงแหล่งทรัพยากรของชุมชนด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาความสามารถของผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชนในการแก้ปัญหาต่างๆ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรอง, 2549) รูปแบบใหม่ของการดูแลสุขภาพที่บ้านประกอบด้วย 4 ระยะ (อุไรวรรณ จาริก, สุกัลยา มิ่งามดี และจอมขวัญ รินทะริก, 2551) คือ

- (1) ระยะเตรียม เป็นการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล
- (2) ระยะเยี่ยมครั้งแรก (4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เป็นการประเมินสภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ และศักยภาพของผู้ดูแล
- (3) ระยะเยี่ยมประเมินซ้ำ (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) เป็นระยะของการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้คำปรึกษาให้กำลังใจ
- (4) ระยะประเมินผล (หลัง 16 สัปดาห์) เป็นการประเมินผลจากทีมสหสาขาวิทยาการ

(1.5) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่ผ่านมากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ดำเนินการขยายระยะแรก โดยส่งเสริมให้มีพื้นที่ต้นแบบทุกจังหวัดๆ ละ 1 แห่ง และสร้างเครือข่ายร่วมดำเนินงานขึ้นมาแล้วมีเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นผู้ประสานงานโครงการฯ และได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง จนมีความสามารถเป็น

ผู้ดำเนินการโครงการฯ ของจังหวัดต่อไปได้ ที่ผ่านมาทุกจังหวัดได้ใช้วิทยากรหน่วยงานสนับสนุนในท้องถิ่น ทำให้เกิดเครือข่ายเกื้อหนุนในพื้นที่ต่างๆ พอสมควร รวมทั้งมีตัวแบบของงาน อผล.ที่ความชัดเจนในแนวทางการดำเนินงาน คณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 เห็นชอบให้ขยายผลการดำเนินงานโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผล.) โดยกำหนดเป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนในท้องถิ่น และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานสนับสนุนวิชาการแนวทางการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เป็นผู้ดำเนินการร่วมกับผู้ร่วมงานหลักอีก 2 ส่วนคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในลักษณะ 3 ประสาน ในบทบาทที่มีความเสมอภาคกัน โดยทั้ง 3 ฝ่ายทราบเงื่อนไขและแนวทางส่งเสริมสนับสนุนของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่ายมีหลายหน่วยงาน/องค์กรที่ดำเนินงานด้านนี้เช่น สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ ทำโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยเพิกเฉย และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยอาศัยการสร้างอาสาสมัคร จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือประชาชนในชุมชนที่สมัครใจ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ พี่นุผู้สูงอายุในชุมชน โครงการนี้ ดำเนินการโดยจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ฝึกทักษะ และส่งเสริมทัศนคติที่ดี ในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัคร ซึ่งได้ดำเนินการนำร่องไปแล้วในปี พ.ศ. 2546- 2547 ในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก เพชรบุรี สุพรรณบุรี ขอนแก่น ร้อยเอ็ด สุราษฎร์ธานี และสงขลา ทั้งนี้ อผล.จะมีบทบาทช่วยเหลือครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในกิจกรรม เช่น เยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุข ดูแลเรื่องของการอาหารการกิน เรื่องยา ช่วยเหลือในเรื่องการทำความสะดวกร่างกาย การแต่งตัว ช่วยทำความสะอาดบ้าน ช่วยพาไปออกกำลังกาย พาไปพักผ่อนนอกบ้าน พาไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรืองานในชุมชน พาไปพบแพทย์ หรือช่วยประสานให้บุคลากรทางการแพทย์มาตรวจรักษา รวมไปถึงการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยอผล.จะต้องไปปฏิบัติหน้าที่ เยี่ยมเยียนทุกสัปดาห์ และไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 วัน (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2550) นอกจากนี้ ยังมีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ที่ดำเนินงานโดยชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนจากสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องประสานสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เป็นองค์กรที่ติดตามประเมินโครงการเยี่ยมบ้านของ อผล. ขณะนี้ผลการดำเนินงานมีชมรมผู้สูงอายุ 369 ชมรมที่ดำเนินการไปแล้ว และมีการรายงานผลมาแล้ว 190 ชมรม พบว่าอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีทั้งที่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นบุคคลวัยอื่น ชมรมผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีศักยภาพที่จะสามารถดำเนินโครงการต่อไปได้ด้วยดี ปัญหาในการดำเนินงานคือ อผล. ที่ไปเยี่ยมผู้สูงอายุขาดงบประมาณในการซื้อของไปเยี่ยมผู้สูงอายุ จึงต้องแบ่งปันจากค่าพาหนะหรือไปขอรับการสนับสนุนจากองค์กรภาคเอกชน เช่น บริษัทโรงงาน คู่มือสำหรับ อผล. ตัวอักษรเล็กเกินไป อผล. ประสบปัญหาในการกรอกข้อมูลในแบบรายงานขาดที่เลี้ยง เมื่อมีปัญหาที่เกินความสามารถ และมีปัญหาเรื่องระเบียบการสนับสนุนงบประมาณของเทศบาล (ข้อมูลจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2551)

(2) ด้านที่อยู่อาศัยประกอบด้วย

การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการดูแล เป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย 4 รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัดศาสนิกงานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณี และวัฒนธรรม ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ 21 แห่งให้บริการได้ 3,000 คน ในจำนวนนี้มี 13 แห่งที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อม เป็นผู้รับผิดชอบ และอีก 8 แห่งจัดเป็นศูนย์สวัสดิการสงเคราะห์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาของบริการในสถานสงเคราะห์คือ ขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นอกจากนี้ กรณีในการรับผู้สูงอายุเข้ารับบริการกำหนดให้เป็นผู้ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ จึงขัดกับแนวคิดที่ควรช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพาและไม่มีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อยู่จนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และแม้ว่าการดูแลจะครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานานจะรู้สึกเหงา คิดถึงลูกหลาน บางรายกลับไปอยู่บ้าน บางรายมีอาการซึมเศร้า และโครงการวัยทองนิเวศน์ ที่เชียงใหม่ สวางคินวาส ที่บริการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุหลายคนที่อยู่ได้ไม่นาน ต้องย้ายที่อยู่บ้างก็ย้ายกลับไปอยู่บ้านเพราะน้อยใจลูกหลาน บางคนก็คิดถึงลูกหลาน ซึ่งผลการศึกษาความต้องการ หลักประกันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากอยู่กับครอบครัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ดังนั้น แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรมุ่งขยายบริการในรูปแบบศูนย์บริการหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ และจำกัดจำนวนสถานสงเคราะห์ ไว้เท่าที่จำเป็น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

(3) ด้านการมีงานทำ และการมีรายได้

ประกอบด้วยกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือพอช. เป็นผู้ใช้งบประมาณ 80 ล้านบาท ในการพัฒนาระบบสวัสดิการผู้สูงอายุใน 76 จังหวัด โดยสนับสนุนจังหวัดละ 1 ล้านบาท เป็นโครงการที่ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการกำหนด และตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการสวัสดิการ สำหรับผู้สูงอายุตนเองในขณะที่มี พอช. และกลไกพัฒนาในท้องถิ่นเป็นผู้ร่วมสนับสนุน ตัวอย่างจังหวัดที่เป็นที่รู้จักคือ “โครงการสวนปาล์ม” จังหวัดกระบี่ เป็นจังหวัดหนึ่ง ที่ผ่านกระบวนการจัดทำโครงการจนเกิดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีแนวคิดหรือมีปรัชญาร่วมกันคือ "ไม่ให้แบ่งไม่ให้อายุต้องถึงมือผู้สูงอายุ" มีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าครึ่ง มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอยากทำงาน ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ค่อยมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

(4) ด้านการบริการสังคม และนันทนาการประกอบด้วย

(4.1) ชมรมผู้สูงอายุรูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมาก ในปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจ และมีอุดมการณ์ ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้ง ทางกาย จิต และ สังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่า และมีคุณภาพประโยชน์ ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน แต่ผู้บริหารจัดการและดำเนินการหลักคือ กลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่ายทำงานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น ดังเช่น โครงการพันธมิตรเครือข่ายผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ (Age Net) ที่เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง

(4.2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร,2550) หมายถึง “สถานที่รวมทั้งรับองค์การชุมชน และผู้สูงอายุใช้ในการจัดบริการ และกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ” เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมขององค์การชุมชน และผู้สูงอายุเพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิต และ ปัญญา โดยแนวคิดในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ คือ

(1) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ (Community-Based Approach) เป็นการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) เน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคมส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชน และทรัพยากร ในชุมชน

(2) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-Term Care System) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(3) การจัดบริการแบบองค์รวม เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Spiritual Development)

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ สรุปได้ดังนี้คือ

1. เป็นแหล่งบูรณาการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมในสถาบันชุมชน และบ้าน
2. เป็นสถานที่สำหรับส่งเสริมศักยภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ
3. เป็นศูนย์ที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิอย่างไม่เป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุ

ประโยชน์ของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างสุขภาวะ ทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม รวมทั้งด้านจิตวิญญาณ
2. เป็นแหล่งรวบรวมอนุรักษ์และเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น
3. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นผู้สูงอายุที่ทันสมัย และก้าวหน้า
4. ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง
5. ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์และความรู้ใหม่จากการร่วมกิจกรรมกับบุคคลต่างวัย

รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์อเนกประสงค์ฯอาจมีลักษณะแตกต่างกัน 3 แบบ ดังนี้

1. รูปแบบอาสาสมัคร (Volunteer Model) เป็นศูนย์ที่ให้บริการ แก่ผู้สูงอายุแบบ เข้าไปเย็นกลับ (Day Center) บริการที่จัด เช่น การตรวจรักษาโรคการให้คำปรึกษาการฟื้นฟูสภาพ ภายภาพบำบัด บริการนันทนาการ กิจกรรมเสริมรายได้ ตัวอย่างคือศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง

2. รูปแบบศูนย์บริการทางสังคม (Social Services Model) ให้ความช่วยเหลือแก่ ผู้สูงอายุที่มีความเดือดร้อน ขาดผู้ดูแลบริการที่จัดให้ เช่น บริการอาหาร การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ภายภาพบำบัด นันทนาการ บางแห่งมีรถรับ-ส่ง ตัวอย่างเช่น ศูนย์เอื้ออาทรผู้สูงอายุ จังหวัดตราด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาภูมิปัญญาผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง

3. รูปแบบศูนย์ที่บูรณาการจัดบริการด้านสุขภาพ และด้านสังคมเพื่อพัฒนา สุข ภาวะ ด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ให้ เตรียมพร้อมสำหรับเป็นผู้สูงวัย และดูแลตนเองได้

(4.3) ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีศูนย์บริการสังคมผู้สูงอายุ 18 แห่ง ให้บริการ โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ บริการที่จัดให้ เช่น ภายภาพบำบัด อาชีวบำบัด ออกกำลังกาย ศาสนกิจ กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ

(4.4) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมา เพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการ จัดกิจกรรม กิจกรรมที่จัดขึ้นจะเป็นไปตามความต้องการของชุมชนนั้น ๆ เช่น กิจกรรมส่งเสริมรายได้ กิจกรรมด้านการเกษตร กิจกรรมด้านการศึกษา รวมทั้งการให้บริการตรวจรักษาโรค ภายภาพบำบัด ฟื้นฟูสภาพ ปัจจุบันมีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด ทั่วประเทศประมาณ 200 แห่ง

(4.5) กองทุนผู้สูงอายุ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ในสำนัก ส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนทุนอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุหรือองค์กรที่ทำงานด้าน ผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพมีความ มั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยโครงการที่จะได้รับทุนอุดหนุนนี้จะต้องตอบสนองความต้องการหรือ เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง ต้องมีแนวทางการดำเนินงานที่เน้นสร้างการมีส่วนร่วมของ ประชาชน และที่สำคัญโครงการต้องมีวัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน นอกจากการ ให้ทุนเพื่อสนับสนุนโครงการด้านผู้สูงอายุแล้ว กองทุนผู้สูงอายุยังให้ทุนประกอบอาชีพ ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม รวมถึงการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม ถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ และผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนต่างๆ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, มปป.)

2.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ

2.4.1 ความต้องการของผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) ได้แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจ และความต้องการด้านสังคม - เศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

- ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์
- ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- ต้องการอาหารการกินที่ถูกต้องลักษณะตามวัย
- ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- ต้องการได้รับการตรวจสอบสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันที
- ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ
- ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสังคมของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการปรับตัวด้านจิตใจทั้งนี้ สภาพจิตใจและการปรับตัวด้านจิตใจของผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือ

1) การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

2) การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

3) ต้องการการยอมรับ และเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

4) ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น

5) การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นคือ การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับสภาพดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

6) ความผิดปกติทางจิตใจและในวัยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือกลุ่มที่ 1 กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม เริ่มแรกผู้ป่วยจะจำวันเวลาไม่ได้ ความจำเสื่อม ความสามารถทางปัญญาลดลง การปรับตัวและการตัดสินใจช้า กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมมี 4 ลักษณะ คือ สมองเสื่อม, อาการเพ้อคลั่ง, กลุ่มอาการหลงลืม และกลุ่มอาการทางอารมณ์ และกลุ่มที่ 2 กลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์

3. ความต้องการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

ความต้องการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 7 ลักษณะ คือ

- 1) ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น
- 2) ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ
- 3) ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด
- 4) ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ
- 5) ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม
- 6) ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง)
- 7) ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

2.4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการผู้สูงอายุ

จากข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น สามารถอธิบายได้ด้วยมุมมองทางทฤษฎี 3 มุมมอง คือ มุมมองด้านชีววิทยาและชราภาพ (Biology and Aging) มุมมองทางด้านจิตวิทยา (Psychological Aspect) และมุมมองทางด้านสังคม (Social Aspect) (ธีระ สิ้นเดชารักษ์ และพรทิพย์ เนติภารัตนกุล, 2555: 26)

มุมมองที่ 1 มุมมองด้านชีววิทยาและชราภาพ (Biology and Aging) Harris และ William (1980) ได้ให้มุมมองด้านชีววิทยาว่าเป็นการวิจัยด้านชีววิทยาที่มองถึงความสูงอายุน่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของคน เป้าหมายของการวิจัยทางชีววิทยาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมุ่งสนใจ 2 ทาง คือ การทำให้ช่วงชีวิตยืนยาวขึ้น และการทำให้มีความแข็งแรง และการสร้างความแข็งแรงให้กับผู้สูงอายุ

ในมุมมองนี้ประกอบด้วยทฤษฎี 3 ระดับ คือ ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) และทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) ในภาพรวมทฤษฎีทั้งสามพยายามอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงปฏิกิริยาทางเคมีที่เกิดขึ้น (ภาณุ อดกสัน, ม.ป.ป.:2-7) สิ่งทั้งหลายประกอบรวมกันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สาธะสำคัญที่อธิบายเชื่อมโยงไปถึงความต้องการของผู้สูงอายุคือ ในวัยผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการบริหาร การควบคุม และการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระบบอวัยวะและปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายดำเนินไปอย่างปกติ ลดปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเจ็บป่วย เช่น ความเครียด หรือการสะสมของเสียในร่างกาย เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของอีริกสัน (Psychosocial Developmental Stage หรือ Erikson's Epigenetic Theory) ทฤษฎีพัฒนาของเพค (Peck's Developmental Theory)

ทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของอีริกสัน อธิบายการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุ ซึ่งระยะที่ 7 แบ่งที่ช่วงอายุระหว่าง 40 - 59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จดี จะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจและสืบทอดไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตช่วงนี้ก็จะกลายเป็นคนที่มีชีวิตเหงาหงอย เบื่อ ขาดความกระตือรือร้น และขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อีริกสันอธิบายว่าเมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่าตนได้กระทำกิจต่าง ๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จสมหวังและผิดหวัง ทำใจยอมรับ (ภาณุ อดกสัน, ม.ป.ป.: 7) ทฤษฎีพัฒนาการได้ถูกยอมรับว่าเป็นการเปิดโอกาสให้นักวิชาชีพเข้ามาเลือกสรรสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการผู้สูงอายุ ทฤษฎีจิตสังคม ซึ่งพื้นฐานของทฤษฎีมาจากความรู้ในสาขาจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ผสมผสานกับความรู้ในสาขาสังคมวิทยา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2532 : 50)

ทฤษฎีพัฒนาของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 วัยต้น อายุระหว่าง 55-75 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 75 ปี ขึ้นไป ทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและการปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข อังโน มานพ ต้นสุภายาน และธฤษณ ฉัตรกมลวรกิจ, 2553: 13) คือ

- 1) ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนเองกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน ในทางตรงกันข้ามเมื่อเกษียณอายุ บางคนจะมีความรู้สึกที่ไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความเป็นคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งที่เคยทำหลังเกษียณอายุ ความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้ ก็คงพึงพอใจหลังเกษียณอายุที่ได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

2) ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ถ้าผู้สูงอายุถึงสภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็มีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุถึงความถดถอยของร่างกาย ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดน้อยลงด้วย

3) การยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับว่าร่างกายตามธรรมชาตินี้ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกลัว หากการยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้าม คนที่ยึดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยอายุน้อยกว่า ก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุด โดยไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่

กลุ่มที่ 3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทสัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (ภานุ อดกลั่น, ม.ป.ป) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่ทำให้มองเห็นภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น ทฤษฎีกิจกรรมนี้พัฒนาขึ้นมาจากการวิเคราะห์ของ Robert Havighurst (1963,1968) ผลสรุปของทฤษฎีกิจกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เสมอๆ มีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง และการมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภารกิจหน้าที่ใดๆ

ทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการมีบทบาทที่ดีทางสังคม (Social well-being) ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความคล่องแคล่วที่ยังคงอยู่ทัศนะเกี่ยวกับตนเอง (Self-conception) และเกี่ยวกับโลกซึ่งจะเป็นทัศนะที่ถูกต้องเพียงใดนั้น เป็นผลมาจากการสังสรรค์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น การมีงานอดิเรกทำหรือการเป็นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรม สมาคม ชมรม เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ดี ทฤษฎีกิจกรรมก็ไม่ได้อธิบายถึงเหตุผลที่แน่ชัดในการที่จะได้คำตอบว่า ถ้าผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่ได้มีกิจกรรมแล้วอะไรจะเกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะบุคลิกภาพของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไป เช่น ในขณะที่ผู้สูงอายุไม่ค่อยชอบกิจกรรมแต่มีความสุข กับผู้สูงอายุที่มีภารกิจต่างๆ ปฏิบัติมากแต่ไม่มีความสุข นอกจากนี้ข้อจำกัดของทฤษฎีกิจกรรม ที่ไม่ได้ให้รายละเอียดที่ชัดเจนไว้กล่าวคือ ผู้สูงอายุหลายๆ คนที่เมื่ออยู่ในวัยกลางคนมีกิจกรรมภารกิจปฏิบัติมา วางมือในสังคมต่างๆ หันไปหาความสุขอย่างเรียบง่าย ง่าย ๆ ปลีกตัวออกจากสังคมต่างๆ หรือลดบทบาททางสังคมลง (มานพ ต้นสุภายน และธฤณ ฉัตรกุลวรกิจ, 2553: 12-13)

ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ปรากฏเป็นครั้งแรกในหนังสือชื่อ “Growing Old” ของ Elaine Cumming และ “William Henry” ในปี ค.ศ. 1961 ซึ่งกล่าวว่า เป็นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคม เมื่อตนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงความกดดัน และความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าคุณสมบัติความสามารถลดลง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะคุ้นเคยต่อการไม่เกี่ยวข้องกับสังคม หลังจากที่รู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวลและมีความบีบคั้นในช่วงต้นๆ ในที่สุด ผู้สูงอายุจะยอมรับสภาพใหม่คือการไม่เกี่ยวข้อง นักทฤษฎีการแยกตนเองมีความเห็นขัดแย้งกับนักทฤษฎีกิจกรรม โดยที่นักทฤษฎีการแยกตนเองไม่เชื่อว่า สิ่งที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุคือ การที่จำเป็นจะต้องคงสภาพของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมไว้ ทฤษฎีนี้มีความเห็นว่าตามปกติแล้วผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมให้น้อยลง ในขณะที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการที่เป็นผู้สูงอายุ Cumming และ Henry ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ถอนตัวเองออกจากการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมสามารถที่จะมีเวลาในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีแก่บุคคลในครอบครัวได้มากกว่า ผู้สูงอายุที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานหรือกิจกรรมนอกบ้าน (มานพ ต้นสุภายน และธฤชณ ฉัตรภมลาวรกิจ, 2553: 11-12)

ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bernice Neugarten และคณะราวปี 1960 (Eliopoulos, 1995: 16, Neugarten et. al., 1968 cited in Miller, 1995: 33) เพราะเหตุว่าทั้งทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีการถอยห่างไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อใหม่ว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมาและมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาช่วยอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์, 2537)

ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) มีฐานคิดว่า ระดับชั้นอายุทางสังคมสามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน โดยมีอายุเป็นเกณฑ์ที่จะกำหนดบทบาท และหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป บทบาทและหน้าที่ของแต่ละบุคคลถูกกำหนดโดยสังคม สังคมจะให้คุณค่า ให้ความสำคัญกับระดับชั้นอายุในวัยทำงานมากกว่าระดับชั้นอายุในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมยุคใหม่ของชาวตะวันตกที่ต้องการคนในวัยทำงานมากกว่าวัยอื่นเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จากความเชื่อของทฤษฎีระดับชั้นอายุทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมน้อยลง (Riley, 1986 : 87 - 104)

ทฤษฎีบทบาท (Role theory) มีแนวคิดว่าการปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลผู้นั้นจะได้รับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตามตลอดชั่วชีวิตของเขา ความเป็นอยู่ของบุคคลจะถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบ บุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและดีเพียงใดขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ว่าเหมาะสมเพียงใด โดยที่มีอายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง อันจะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมในอนาคต (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 32-37)

2.5 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.5.1 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ (สท.) ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ส่งเสริมให้เกิดระบบงาน อผส. เพื่อเป็นกลไกในระดับฐานรากของชุมชน โดยมีอาสาสมัคร ซึ่งเคยเป็นคนภายในชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรม ฝึกทักษะ เสริมสร้างทัศนคติ ให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ พื้นที่ละอย่างน้อย 40 คน ไปให้ความคุ้มครองสวัสดิภาพ และพิทักษ์ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ถูกละเลยเพิกเฉย ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง ยากจน ฯลฯ โดยเป็นมาตรการเชิงรุกทางสังคมที่มุ่งเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุถึงตัวบ้านพัก ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ล้วนเป็นผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมทั้งให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุอื่นทั่วไปในชุมชน ทั้งนี้ได้เริ่มโครงการนำร่องเมื่อปี พ.ศ. 2536 -2547 ในพื้นที่ 8 จังหวัด (4 ภาคๆ ละ 2 จังหวัดๆ ละ 1 ตำบล) และได้ขยายต่อมา โดยมีมติคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ครั้งที่ 1/2548 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2547 ให้ดำเนินการขยายผลในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ จึงได้ส่งเสริมให้มีพื้นที่ต้นแบบ จังหวัดละ 1 เขต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้การสนับสนุนพื้นที่ละ 2 ปีและในปี 2551 มีมติคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ครั้งที่ 1/2550 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2550 ให้ขยายผลการดำเนินงานต่อไปอีก โดยกำหนดให้เป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุ เสนอความเห็นชอบต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อให้มีการขยายครอบคลุมไปทุกเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 เห็นชอบให้ขยายผลการดำเนินงานต่อไป และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในท้องถิ่น และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, ม.ป.ป.)

2.5.2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หน้าที่ความรับผิดชอบของอสม. ได้แก่ (กองทุนสนับสนุนสุขภาพประชาชน, ม.ป.ป.)

1. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสาธารณสุขแล้ว จัดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหียงอกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงาน ที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม สาธารณสุขมูลฐาน

5. ฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน ฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่นๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.5.3 ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหรือองค์กรที่เกิดขึ้น จากการรวมตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาตนเองและรวมกันพัฒนาชุมชนโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยจะส่งผลต่อการช่วยสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมให้แก่ผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกันในชุมชนจะมีการรวมกลุ่มกันบริเวณร้านกาแฟหรือศาลาวัดเพื่อพบปะพูดคุย ปรัชญาหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ต่อมาการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้มีการพัฒนา และปรับรูปแบบการดำเนินงานในรูปของชมรมผู้สูงอายุที่มีลักษณะเป็นกลุ่ม องค์กร ที่มีความเป็นทางการมากขึ้น ขณะเดียวกัน ก็ได้มีหน่วยงานต่างๆ ที่เห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุจึงได้ให้การสนับสนุนในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น อาทิ สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ตลอดจนรัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนต่างๆ เป็นต้น

ชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2505 และได้มีการพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยได้มีการขยายการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นความร่วมมือจากหลายองค์กรมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุนั้น จะต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้สูงอายุและเข้าใจแนวคิดของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่ว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ มีการจัดระบบบริหารจัดการของชมรมด้วยการกำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับชมรม มีสถานที่และเงินทุน สำหรับการดำเนินกิจกรรม และกิจกรรมที่จะกำหนดให้มีขึ้นนั้น ควรเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นตามความสนใจและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมด้วยความสมัครใจและมีความเสมอภาคกัน ชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ส่งเสริม และสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเนื่องจากการมีชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนนั้น จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการปฏิสัมพันธ์กันและสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละคนในการทำประโยชน์ต่อชุมชน ทั้งในเรื่องของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การร่วมกันบำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมกิจกรรมผู้สูงอายุประกอบด้วย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ป.)

1. กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การเล่นกีฬาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี
2. กิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ไหว้พระ การฟังเทศนา การทำบุญเนื่องในวันสำคัญทางศาสนา
3. กิจกรรมส่งเสริมอาชีพและรายได้ ได้แก่ จัดอบรมฝึกอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุตามความสนใจ
4. กิจกรรมนันทนาการ เช่น การร้องเพลง รำวง เต้นลีลาศ
5. กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณะประโยชน์ เช่น การพัฒนาชุมชน สังคม
6. กิจกรรมทัศนศึกษา ได้แก่ การท่องเที่ยวในสถานที่สำคัญ และการเผยแพร่วัฒนธรรมและศาสนา
7. การประชุมกรรมการหรือสมาชิก ได้แก่ การประชุมวิชาการ การประชุมประจำเดือน
8. การเยี่ยมเยียนหรือให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกที่เจ็บป่วยหรือประสบปัญหา เป็นต้น

2.6 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.6.1 ความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เจษฎา บุญทา (2545) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตน และมีความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางด้านสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ภายใต้วิถีชีวิตของแต่ละบุคคล

วิโรจน์ เรืองสอาด (2549) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตน มีความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางด้านสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ภายใต้วิถีชีวิตของแต่ละบุคคล

พรพรรณ วรรณ (2551) คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยอยู่ในสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่ดี มีการแสดงถึงความสัมพันธ์ของตนเองและครอบครัวและชุมชนกับชุมชน มีความมั่นคงในชีวิต สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์มีการผ่อนคลายความตึงเครียด และยอมรับในคุณค่าของตน

สุพิศ ศรีอินทร์ (2551) คุณภาพชีวิต คือ ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล มีความสุขและความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

นริศรา นุ่นชุมพล (2553) คุณภาพชีวิต หมายถึงความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม การมีรายได้ และความรู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิตนั่นเอง

2.6.2 การวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการหลับนอน และพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆ ของตนที่มีต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อมั่นอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

องค์กรเฮลธ์เปอเจ อินเตอร์เนชันแนล (Health Age International, 2013) จัดทำดัชนีผู้สูงอายุของโลก (Global Age Watch Index) เพื่อนำมาใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก ประกอบด้วย

1. ความมั่นคงทางรายได้ (Income Security) ซึ่งมีตัวชี้วัดประกอบด้วย รายได้จากเงินบำนาญที่ครอบคลุมอัตราความยากจนในวัยสูงอายุ สวัสดิการผู้สูงอายุ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

2. สถานภาพทางสุขภาพ (Health Status) ซึ่งมีตัวชี้วัดประกอบด้วย อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ความยืนยาวของชีวิตด้วยการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป สุขภาวะทางจิต

3. การมีงานทำและการศึกษา (Employment and Education) ซึ่งมีตัวชี้วัดที่ประกอบด้วย การจ้างงาน และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

4. ความสามารถในการดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อม (Enabling Environment) ซึ่งมีตัวชี้วัดประกอบด้วย การสัมพันธ์กับสังคม ความปลอดภัยทางกายภาพ ความเป็นอิสระ การเข้าถึงระบบขนส่งมวลชนสาธารณะ

เฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ (Ferrans and Powers, 1992) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบเครื่องมือ QOL Index ที่ออกแบบโดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ในกลุ่มของผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ และผู้ป่วยฮีโมไดอะไลซิส โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความพึงพอใจของชีวิต (Satisfaction) และความสำคัญ (Importance) และทั้ง 2 ลักษณะของคุณภาพชีวิตจะประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านคือ

ด้านสุขภาพและหน้าที่ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ อาการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว เป็นต้น

ด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ มาตรฐานการดำรงชีวิต การทำงาน การมีเพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นต้น

ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต การเผชิญความเครียด จุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นต้น

ด้านครอบครัว ได้แก่ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส เป็นต้น

โบว์ลิง (Bowling, 1995) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของประชาชน โดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจด้วยวิธีการสัมภาษณ์ประชาชน จำนวน 2,000 คน ของ the Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) ซึ่งคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเป็นรายบุคคล และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเป็นเฉพาะโรค มีทั้งแบบปลายปิด และปลายเปิด พบว่า องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต 5 อันดับแรก คือ

สัมพันธภาพภายในครอบครัว หรือกับบุคคลอื่น ได้แก่ สัมพันธภาพกับคู่สมรส สัมพันธภาพกับบุตร สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับบิดามารดา เป็นต้น

สุขภาพของตนเอง ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น

สุขภาพของบุคคลใกล้ชิดและที่รับผิดชอบได้แก่ สุขภาพของผู้สมรส เป็นต้น

ความมั่นคงทางการเงิน ที่อยู่อาศัย และมาตรฐานการดำรงชีวิต ได้แก่ การมีงานทำ สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เครื่องใช้ไฟฟ้า ก๊าซหุงต้ม เป็นต้น

ชีวิตสังคม และกิจกรรมอดิเรก ได้แก่ การเดินทางท่องเที่ยว เป็นต้น

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

มีความสุขสบายทางร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวก

มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

มีการพัฒนาทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

มีสันตนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม
 ชาน (Zhan,1992) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะภายนอกที่ได้รับ
 อิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่คุณรับรู้ถึงสิ่งที่
 ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และ
 ความสำเร็จที่ได้รับ

ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คนๆ หนึ่ง มีต่อตนเอง ความเชื่อและ
 ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคนๆ
 หนึ่ง เกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม
 โดยนอกจากประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่ง
 ที่เกี่ยวข้องกัภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม และยังต้องพิจารณาถึง
 อิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

ด้านสังคม และเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ ซึ่งถูก
 กำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

สுவันน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ
 ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI, 1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
 ฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL-BREF, 1996) แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ถึงสภาพร่างกายของบุคคล ซึ่งมีบทบาทใน
 ชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความไม่สบาย ไม่มี
 ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง
 ผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการหลับนอนและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผล
 ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการ
 เคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถ
 ในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งยาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น มี 7
 ดัชนีชี้วัด ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การหลับนอน
 พักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การช้ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการ
 ทำงาน

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึก
 ทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง
 การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของ
 ตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของ
 ชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น มี 6
 ดัชนีชี้วัด ได้แก่

- 1) ความรู้สึกในด้านดี
- 2) การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ
- 3) การนับถือตนเอง
- 4) ภาพลักษณ์ และรูปร่าง
- 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี
- 6) จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) สัมพันธภาพทางสังคม
- 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
- 3) กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพ และบริการทางสังคม 5) การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และทักษะใหม่ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

อารดา อีระเกียรติกำจร (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้องค์ประกอบดังต่อไปนี้เพื่อนำมาใช้ในการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านสังคม (Social Factors) ประกอบด้วย การปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง วัดโดยการพิจารณาว่ามีการเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งหรือไม่ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่ การถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน วัฒนธรรมประเพณี วัดโดยการพิจารณาว่าเคยมีโอกาสดำเนินการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน วัฒนธรรมประเพณีให้คนรุ่นหลังหรือไม่ การมีคนดูแลยามเจ็บป่วย วัดโดยการพิจารณาว่า ในยามเจ็บป่วยมีคนคอยดูแลช่วยเหลือหรือไม่ ซึ่งคนที่ดูแลอาจไม่ใช่คนในครอบครัวก็ได้ การเลี้ยงดูจากบุตรหลาน วัดโดยการพิจารณาว่าปัจจุบันบุตรหลานคอยเลี้ยงดูหรือไม่สามารถทุกซั๊กกับคนในครอบครัวหรือคนรอบข้างได้หรือไม่

2. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors) ประกอบด้วย ความปลอดภัยของชีวิตและความเป็นอยู่ วัดโดยพิจารณาว่า ภายในชุมชนหรือบริเวณรอบๆ ที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยหรือไม่ ที่อยู่อาศัยมีสภาพคงทนถาวรหรือไม่ บริเวณที่อยู่อาศัยไม่มีมลภาวะไข้หรือไม่ การมีสิ่งอำนวยความสะดวก การเข้าถึงสาธารณูปโภคและการเข้าถึงการรักษาพยาบาล วัดโดยการพิจารณาว่า ภายในชุมชนหรือที่อยู่อาศัยมีไฟฟ้าเข้าถึงหรือไม่ ภายในชุมชนหรือที่อยู่อาศัยมีโทรศัพท์เข้าถึงหรือไม่ ภายในชุมชนหรือที่อยู่อาศัยมีถนนเข้าถึงหรือไม่ มีการบริการของรถขนส่งมวลชนในการเดินทางในชุมชนหรือพื้นที่ใกล้เคียงหรือไม่ มีสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าถึงได้ง่ายหรือไม่

3. องค์ประกอบด้านสุขภาพ (Health Factors) ประกอบด้วย โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีมวลกาย รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารตามโภชนาการ ความจำปกติ การมองเห็น การได้ยิน มีฟันถาวรเหลืออย่างน้อย 20 ซี่ และไม่ติดบุหรี่หรือสิ่งมีนิโคติน ซึ่งส่วนประกอบดังกล่าว สามารถวัดได้โดยพิจารณาว่า มีสุขภาพแข็งแรงหรือไม่ ไม่มีโรคประจำตัวไข้หรือไม่ สามารถอาบน้ำด้วยตนเองได้หรือไม่ สามารถช่วยเหลือตัวเองในการสวมใส่เสื้อผ้าได้หรือไม่ สามารถประกอบอาหารด้วยตนเองได้หรือไม่ สามารถกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระได้หรือไม่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่เกิน 23 หรือไม่ มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ คือ ผู้หญิงต้องมีรอบเอวน้อยกว่า 35 นิ้วและผู้ชาย ต้องมีรอบเอวน้อยกว่า 40 นิ้ว มีการตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่ มีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาทีหรือไม่ ในแต่ละมื้ออาหารรับประทานอาหารที่หลากหลายครบตามโภชนาการหรือไม่ สามารถจดจำเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันได้หรือไม่ มีการมองเห็นปกติ ไม่มีโรคที่เกี่ยวกับการมองเห็นไข้หรือไม่ มีการได้ยินปกติไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่มีโรคที่เกี่ยวกับการได้ยินไข้หรือไม่ มีฟันถาวรที่ใช้บดเคี้ยวอาหารอย่างน้อย 20 ซี่ไข้หรือไม่ ในปัจจุบันไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราไข้หรือไม่

4. องค์ประกอบด้านทัศนคติ (Attitude Factors) ประกอบด้วยความพอใจในชีวิตของตนเอง วัดโดยพิจารณาว่า จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีความพอใจกับชีวิตหรือไม่ ปัจจุบันมีความสุขกับชีวิตที่เหลืออยู่หรือไม่ การมองโลกในแง่บวกวัดโดยพิจารณาว่า มีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัวและสังคมหรือไม่ มีความรู้สึกพอใจในชีวิตไข้หรือไม่ ความภาคภูมิใจ วัดโดยพิจารณาว่า มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัวไข้หรือไม่ มีความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระให้กับบุตรหลานและต่อสังคมไข้หรือไม่

จีราพร ทองดี ดารารวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้องค์ประกอบดังต่อไปนี้ในการวัดคือ

1. องค์ประกอบด้านร่างกายประกอบด้วยตัวชี้วัด ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันการเดินทาง และการทำงาน

2. องค์ประกอบด้านจิตสังคมประกอบด้วยตัวชี้วัด ได้แก่ การเงิน ที่อยู่อาศัย มิตรภาพ การสนับสนุนทางสังคม การพักผ่อน และความพอใจในตนเอง

3. องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณประกอบด้วยตัวชี้วัด ได้แก่ เป้าหมายในชีวิต ความหมายของชีวิต สมบัติในการทำงาน ความรู้สึกปลอดภัย ความพอใจในรูปร่างหน้าตา ความมีกำลังวังชา และความพอใจในที่อยู่อาศัย

ประทีป ไอยสุรย์ และทิวากร แก้วมณี (2554) ศึกษาการประเมินมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี : เทศบาลตำบลหัวดง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร โดยใช้องค์ประกอบและตัวชี้วัดดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความมั่นคงในชีวิต มีตัวชี้วัดได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ
2. ประจำปีหรือไม่ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบริเวณใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ
3. องค์ประกอบด้านการศึกษา มีตัวชี้วัดได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาอบรม เลี้ยงดูตามความสนใจ ความถนัด หรือความต้องการ ผู้สูงอายุรับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ผ่านสื่อต่างๆ
4. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ มีตัวชี้วัดได้แก่ ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานและมีงานทำ ผู้สูงอายุมีเงินออม
5. องค์ประกอบด้านสังคม มีตัวชี้วัดได้แก่ ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่ตนนับถือ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ผู้สูงอายุมีการถ่ายทอดภูมิปัญญา

กัลยาณี ทองสว่าง (2546) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง ระดับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบันและการรับรู้ต่างๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living, ADL) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ หรือถ่ายอุจจาระ การทำงานบ้าน การประกอบอาหาร การไปตลาด การปลูกผักสวนครัว โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

สถานะภาพทางเศรษฐกิจ (Economic) หมายถึง รายรับหรือรายได้ในแต่ละเดือนเพื่อตอบสนองความต้องการต่างๆ สภาพทางการเงิน รวมทั้งมีเงินเหลือจากค่ารักษาพยาบาลเพียงพอหรือไม่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

สถานะภาพทางสังคม (Social) หมายถึง ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ และป้องกันสภาพเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิตได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน กิจกรรมในสังคม เช่น เป็นกรรมการหรือสมาชิกชมรมต่างๆ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

สภาพแวดล้อม (Environment) หมายถึง บริเวณรอบๆ บ้าน ได้แก่ 1) สภาพบ้านมีความคงทนถาวร 2) มีห้องเป็นสัดส่วน 3) มีอากาศระบายถ่ายเท 4) จัดเก็บของเรียบร้อย 5) มีแสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ 6) ไม่อับทึบ หรือมีกลิ่นถาวร 7) มีการกำจัดขยะมูลฝอย 8) มีเครื่องใช้ไฟฟ้า 9) มีน้ำสะอาดหรือน้ำประปา 10) มีเครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

สุขภาพกาย (Physical health) หมายถึง ลักษณะอาการผิดปกติ และโรคต่างๆ ได้แก่

อาการผิดปกติต่างๆ ได้แก่ ปวดข้อ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามือเวลาเปลี่ยนท่า ท้องอืด ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะขัด ค้นตามผิวหนัง ตามัว เจ็บหน้าอก การได้ยิน การเคี้ยวหรือฟัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

โรค ได้แก่ โรคทางสมองและระบบประสาท โรคระบบทางเดินหายใจ โรคกระดูก และกล้ามเนื้อ โรคตา โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง สภาวะจิตใจและความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่

สภาพจิต (mental state) เป็นสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ วัดความสามารถของสมอง ในส่วนของการรับรู้เวลา การรับรู้สถานที่ ความจำ การคำนวณ การรำลึก ด้านภาษาและการสื่อสาร วัดโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต ครอบคลุมเนื้อหา 6 ด้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) สภาพจิตปกติ 2) สภาพจิตเริ่มเสื่อม และ 3) สภาพจิตเสื่อม

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ มีความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีความรุนแรงจะมีความรู้สึกกลัวจนสุดขีด ประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ การมีเรื่องก่อกวน ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด ไม่สบายใจจนรู้สึกปั่นป่วนในท้อง กระสับกระส่าย ผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน หัวใจเต้นเร็วและแรง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีความรู้สึกเลย 2) รู้สึก 1-4 วัน/สัปดาห์ และ 3) รู้สึก 5-7 วัน / สัปดาห์

ความซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ คล้ายกับความวิตกกังวล ประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ เหงาหงอย เบื่อหน่าย วิตกกังวล ไม่อยากทำอะไร รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกอยากร้องไห้ ความรู้สึกหมดกำลังใจและสิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีความรู้สึกเลย 2) รู้สึก 1-4 วัน/ สัปดาห์ และ 3) รู้สึก 5-7 วัน / สัปดาห์

ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความรู้สึกที่ดีของผู้สูงอายุต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม สภาพแวดล้อม สุขภาพกาย และสภาพการอยู่อาศัย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) รู้สึกพึงพอใจมาก 2) รู้สึกพึงพอใจปานกลาง และ 3) รู้สึกพึงพอใจน้อย

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทร์เพ็ญ ทะเรรัมย์ (2551) ศึกษา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา เทศบาลตำบลเตาเจง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ 1) การให้บริการการศึกษา ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การบอกเล่า การให้คำแนะนำ ทางหอกระจายข่าวและระบบเสียงไร้สายของเทศบาล 2) การให้บริการสาธารณสุข เป็นการให้การรักษา แต่ขาดการส่งเสริมให้มีความรู้การดูแลสุขภาพ เช่น เทศบาลให้ยาสามัญประจำบ้าน เพื่อบ้านให้ยาสมุนไพร ยาหม้อหรือยาต้ม และการจับเส้น และมีรถกู้ชีพฉุกเฉิน บริการรับ-ส่งไปโรงพยาบาล 3) การให้บริการที่อยู่อาศัย ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยโดยใช้การเกณฑ์แรงงานกันในชุมชน และให้ที่อยู่อาศัยชั่วคราวสำหรับผู้ไร้ที่พึ่ง 4) การบริการประกันรายได้ ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ เดือนละ 500 บาท และทุกชุมชนมีกลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้าน 5) การให้บริการด้านสังคม ได้รับการแจกผ้าห่มกันหนาว และกิจกรรมวันผู้สูงอายุ และการไปร่วมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา 6) การให้บริการนันทนาการ เป็นกิจกรรมเสริมร่วมกับกิจกรรมอื่นให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ วันสำคัญทางศาสนาต่างๆ ประเพณีท้องถิ่น เช่น เรือมตรด แชนโหนด

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ, ปนัดดา ปริญญา และญานิศา โชติกะคาม. (2555). ศึกษา กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้น ๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมและการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันวางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทางและ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมพบว่า 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

อรดา ธีระเกียรติกำจร (2554) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่อยู่ในระดับดี การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ 0.05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุและปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

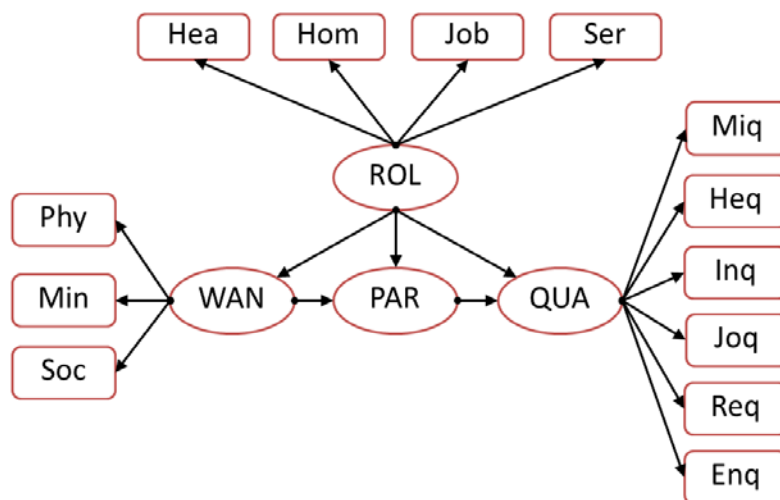
ณรงค์ ลีมันตร์ทอง (2551) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็นอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางสังคมสูงสุด รองลงมา คือ ด้านสุขภาพทางจิต และด้านสุขภาพทางกายเป็นหลัก ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และการได้รับเบี้ยยังชีพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็นอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

สมพล นวะกะ (2555) ศึกษาเรื่องความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในแต่ละด้านในภาพรวมมีความต้องการอยู่ในระดับมากและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ จะมีผลต่อความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุ กล่าวคือหากมีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้น้อย จะทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านอายุพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย จะมีผลทำให้มีความต้องการได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น และหากรายได้ของผู้สูงอายุจะน้อยจะทำให้ความต้องการได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น

วันชัย ชูประดิษฐ์ (2555) ศึกษาเรื่องความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ในแต่ละด้านในภาพรวมมีความต้องการอยู่ในระดับมากและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการเทศบาลตำบลลำทับ จะมีผลต่อความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุ กล่าวคือหากมีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ณ เทศบาลตำบลลำทับน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านอายุพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย จะมีผลทำให้มีความต้องการได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น และหากรายได้ของผู้สูงอายุจะน้อยจะทำให้ความต้องการได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารเบื้องต้นคณะผู้วิจัยจึงได้ทำการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยสัญลักษณ์ตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 2.1 มีความหมายดังนี้

ROL	หมายถึง	บทบาท อปท. ในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ
Hea	หมายถึง	บทบาทด้านสุขอนามัย
Hom	หมายถึง	บทบาทด้านที่อยู่อาศัย
Job	หมายถึง	บทบาทด้านการมีงานทำ และการมีรายได้
Ser	หมายถึง	บทบาทด้านการบริการสังคม และนันทนาการ
WAN	หมายถึง	ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ
Phy	หมายถึง	ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ
Min	หมายถึง	ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ
Soc	หมายถึง	ความต้องการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ
PAR	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
QUA	หมายถึง	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
Miq	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ
Heq	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านสถานภาพทางสุขภาพ
Inq	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านความมั่นคงทางรายได้
Joq	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านการมีงานทำและการศึกษา
Req	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
Enq	หมายถึง	คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อม