



ฐานข้อมูลทางวิชาการ
ด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร
เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ
การสาธารณสุข

รวบรวมและจัดทำโดย
นางสมฤทัย บุญสุธากุล
ตำแหน่งวิทยากรปฏิบัติการ
กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข
สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คำนำ

ภายใต้สภาวะการณ์ที่กำลังดำเนินไปสู่ยุค “สังคมสูงอายุ” ของทั่วโลก ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นประเด็นที่สำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้ เพราะนอกจากจะเป็นการช่วยรักษาชีวิตของผู้สูงอายุทั้งหลายแล้ว ในอีกทางหนึ่งยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบสวัสดิการรัฐของประเทศนั้น ๆ ด้วย โดยในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุมานับตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย

คณะกรรมการการศึกษาวิชาการด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ในคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้มีการพิจารณาศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร แต่จากการที่ได้พิจารณาศึกษากรณีดังกล่าว ผู้ขอรับการประเมินพบว่า มีข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีการกระจายอยู่ในหลายแหล่งข้อมูลด้วยกัน โดยยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุไว้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน จึงทำให้การสืบค้นข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการและคณะกรรมการเกิดการเกิดความล่าช้า เป็นผลทำให้การปฏิบัติงานขาดประสิทธิภาพ

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ขอรับการประเมินจึงได้เกิดแนวคิดที่จะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุขึ้น อาทิ สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย และประเทศใกล้เคียง สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สถานที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ข้อมูลวิชาการของคณะกรรมการ และข้อมูลวิชาการของสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาที่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ฐานข้อมูลทางวิชาการด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของสมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ คณะกรรมการ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับวงงานรัฐสภา และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในการนำข้อมูลวิชาการดังกล่าวมาประกอบการพิจารณาศึกษาในเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
๑. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย และประเทศใกล้เคียง	๑
๑.๑ สถานการณ์การสูงอายุของประชากรโลก	๑
๑.๒ สถานการณ์การสูงอายุของประชากรอาเซียน	๒
๑.๓ สถานการณ์การสูงอายุของประชากรไทย	๒
๑.๔ ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗	๕
๑.๕ สถานการณ์ประชากรวัยแรงงานของประเทศไทย	๑๑
๒. สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย	๑๓
๒.๑ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย	๑๓
๒.๒ การสำรวจสุขภาพประชาชนปี พ.ศ. ๒๕๕๘	๑๔
๒.๓ ภาวะโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	๒๑
๓. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย	๒๕
๓.๑ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	๒๕
๓.๒ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	๒๕
๔. สถานที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	๔๒
๔.๑ สถานที่พักอาศัยและการออกแบบที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ	๔๒
๔.๒ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	๕๖
๕. หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	๖๙
๕.๑ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	๖๙
๕.๒ กระทรวงแรงงาน	๖๙
๕.๓ กระทรวงศึกษาธิการ	๖๙
๕.๔ กระทรวงวัฒนธรรม	๗๐
๕.๕ กระทรวงสาธารณสุข	๗๐
๕.๖ กระทรวงมหาดไทย	๗๐
๕.๗ กระทรวงคมนาคม	๗๒
๕.๘ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	๗๒
๕.๙ สำนักนายกรัฐมนตรี	๗๒
๕.๑๐ กรุงเทพมหานคร	๗๒
๕.๑๑ หน่วยงานหลักที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	๗๒

สารบัญ (ต่อ)

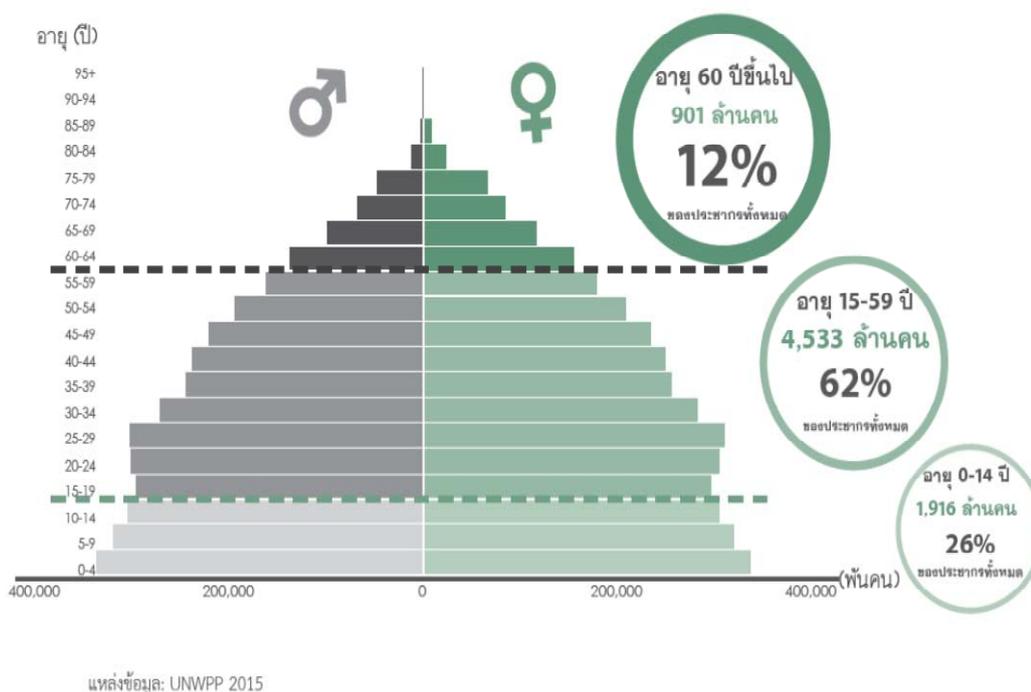
หัวข้อ	หน้า
๖. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	๗๔
๖.๑ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ	๗๖
๖.๒ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	๗๘
๖.๓ นักกายภาพบำบัด	๘๔
๖.๔ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)	๘๖
๗. ข้อมูลวิชาการของคณะกรรมการ และข้อมูลวิชาการของสำนักงาน เลขาธิการวุฒิสภา ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ	๙๓
๗.๑ รายงานการพิจารณาศึกษา โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ภาคที่ ๑ เรื่อง "แนวทางการส่งเสริม นวัตกรรมวัตกรรมการออกกำลังกายและการสร้างเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุ	๙๓
๗.๒ รายงานผลการพิจารณาศึกษา ของคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง บุคลากรในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ	๙๓
๗.๓ รายงานผลการพิจารณาศึกษา ของคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	๙๓
๗.๔ รายงานผลการพิจารณาศึกษา ของคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง การสังเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย : ปัญหาและข้อเสนอแนะ	๙๓
๗.๕ รายงานการวิจัย ของสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ	๙๓
๗.๖ บทความทางวิชาการ ของสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เรื่อง การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย	๙๓
๗.๗ บทความทางวิชาการ ของสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เรื่อง การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	๙๓
๘. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	๙๔
บรรณานุกรม	

๑. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย และประเทศใกล้เคียง

๑.๑ สถานการณ์การสูงอายุของประชากรโลก

การสูงอายุของประชากร^๑ โครงสร้างอายุของประชากรโลกและของประเทศต่าง ๆ กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น ปรากฏการณ์ทางประชากรนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจาก อัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงอายุของ ประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ประชากรโลกมี ๗,๓๔๙ ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากร อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ประมาณ ๙๐๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๒ ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่า ประชากรรวมทั้งโลก ได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงอายุ” แล้ว อย่างไรก็ตามประชากร ในแต่ละภูมิภาคมีระดับการสูงอายุไม่เท่ากัน ทวีปยุโรปมีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงสุด ในขณะที่ทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนประชากรสูงอายุน้อยที่สุด ทวีปเอเชียซึ่งมีประชากรราวหนึ่งใน สามของประชากรโลกมีประชากรสูงอายุประมาณ ๕๐๘ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๕๖ ของประชากรสูงอายุทั่วโลก



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘

^๑ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๘, พิมพ์ครั้งที่ ๑, (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๘), น. ๑๕.

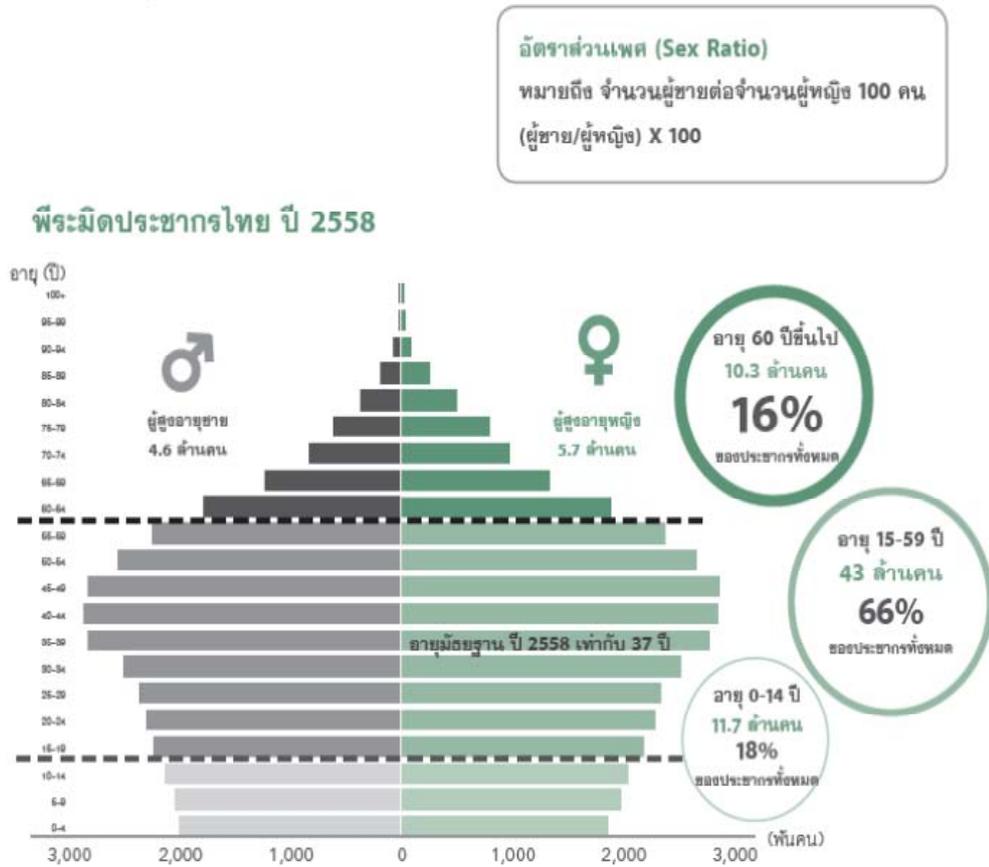
๑.๒ สถานการณ์การสูงอายุของประชากรอาเซียน

ประชากรในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ อาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด ๖๓๐ ล้านคน เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรอาเซียนอยู่ในประเทศอินโดนีเซีย โดยรวมแล้วอาเซียน มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อยู่ประมาณ ๕๙ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๙ ของประชากรทั้งหมด ประเทศอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงอายุแล้วมี ๓ ประเทศ คือ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ ๑๘ ประเทศไทย ร้อยละ ๑๖ และเวียดนามร้อยละ ๑๐ ส่วนประเทศที่มีประชากรมากที่สุดของอาเซียน คือ ประเทศอินโดนีเซีย มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ประมาณ ๒๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๘ ของประชากรทั้งหมด

๑.๓ สถานการณ์การสูงอายุของประชากรไทย

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ประชากรไทยมีจำนวน ๖๕.๑ ล้านคน ในจำนวนนี้ เป็นประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๖ ของประชากรทั้งหมด

โดยประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งในขณะนั้นมีอัตราประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จะมีอัตราประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๐ จะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๔ จะมีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๘ จะเข้าสู่สังคมสูงอายุนี้อัตราสูงสุดโดยที่ทั่วโลกมีประเทศญี่ปุ่นเพียงประเทศเดียว ที่เป็นสังคมสูงอายุนี้อัตราสูงสุด โดยประเทศญี่ปุ่นมีประชากรสูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๓ - ๒๔ ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย ภายในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าจะมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘

เกณฑ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุ

๑. “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด หรือสัดส่วนประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งหมด
๒. “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด หรือสัดส่วนประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๔ ของประชากรทั้งหมด
๓. “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งหมด หรือสัดส่วนประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด

อัตราการตายของประชากรไทยที่มีการเพิ่มสูงมากขึ้น จาก ๘ ต่อ ๑,๐๐๐ คน เป็น ๑๐ ต่อ ๑,๐๐๐ คน ในขณะที่อัตราการเกิดลดต่ำลง ซึ่งในปี ๒๕๕๗ มีการเกิดประมาณ ๗๗๐,๐๐๐ คนต่อปี ในปี ๒๕๕๘ มีการเกิดประมาณ ๗๔๐,๐๐๐ คนต่อปี และในปี ๒๕๕๙ มีเกิดประมาณ ๗๐๐,๐๐๐ คนต่อปี จะเห็นได้ว่าการเกิดของประชากรไทยมีจำนวนลดต่ำลงทุกปี

ซึ่งที่ผ่านมา ปี พ.ศ. ๒๕๐๖ – ปี พ.ศ. ๒๕๒๖ มีการเกิดในประเทศไทยจำนวนเกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. ๒๕๑๔ มีประชากรเกิดมากที่สุด คือ จำนวน ๑,๒๒๐,๐๐๐ คนต่อปี ประชากรกลุ่มที่เกิดเกินล้านนี้ กำลังอยู่ในวัยแรงงานตอนปลายและกำลังจะเคลื่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในที่สุด

สถิติจำนวนประชากรในประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีจำนวน ๖๕.๕ ล้านคน โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๖ ประชากรสูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒ และประชากรอายุ ๑๐๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๙,๐๐๐ คน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ประมาณว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ จำนวนประชากร ในประเทศไทยจะมีจำนวน ๖๕ ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เล็กน้อย แต่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๖ (สูงกว่าปี ๒๕๕๙) โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงโดยเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ ๔.๕ สำหรับประชากรอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๔ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่สูงขึ้นเฉลี่ยต่อปี คือ ร้อยละ ๙

ค่านิยมตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ในมาตรา ๓ ได้กำหนดให้ “ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ซึ่งในปัจจุบันสภาพแวดล้อมและสุขภาพของประชากรในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้น จึงเห็นว่าควรจะมีการเปลี่ยนค่านิยมผู้สูงอายุจากอายุ ๖๐ ปี เป็นอายุ ๖๕ ปี เพื่อให้ประชากรอยู่ในวัยแรงงานมากขึ้น และบุคคลอายุ ๖๐ – ๖๔ ปี ยังสามารถปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ซึ่งในเรื่องนี้ ได้มีการศึกษาและพบว่า บุคคลทั่วไปมีความเห็นด้วยกับการเปลี่ยนค่านิยมเป็นอายุ ๖๕ ปี แต่มีความกังวลว่าจะเสียสิทธิที่จะได้รับ จึงมีการดำเนินการศึกษาต่อและเห็นว่า ควรจะมีการเปลี่ยนค่านิยมดังกล่าว สำหรับเรื่องสิทธิต่าง ๆ ควรให้มีการกำหนดไว้ในบทเฉพาะกาล หากสามารถดำเนินการจัดทำเรื่องนี้ได้สำเร็จจะเป็นประโยชน์สำหรับประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง

๑.๔ ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจข้อมูลด้านประชากรสูงอายุในประเทศไทย ครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ และครั้งต่อไปในปี พ.ศ. ๒๕๔๕, ปี พ.ศ. ๒๕๕๐, ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และปี พ.ศ. ๒๕๕๗ รวมเป็นจำนวน ๕ ครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพ การเกื้อหนุน ตลอดจนลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยทำการเก็บข้อมูลจากครัวเรือน ตัวอย่างจำนวน ๘๓,๘๘๐ ครัวเรือน ในทุกจังหวัดทั่วประเทศทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งสรุปผลการสำรวจที่สำคัญได้ดังนี้^๒

๑.๔.๑ ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ

(๑) จำนวนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ๔ ครั้งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๓๗ มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๖.๘ ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๙.๔ ร้อยละ ๑๐.๗ ร้อยละ ๑๒.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ตามลำดับ ผลการสำรวจครั้งนี้ (ปี พ.ศ. ๒๕๕๗) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ ๑๔.๙ ของประชากรทั้งหมด (เพศชายร้อยละ ๑๓.๘ และเพศหญิง ร้อยละ ๑๖.๑) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๑๐,๐๑๔,๗๐๕ คน เป็นเพศชาย ๔,๕๑๔,๘๑๕ และเพศหญิง ๕,๔๙๙,๘๙๐ คน หรือคิดเป็นเพศชาย ร้อยละ ๔๕.๑ และเพศหญิงร้อยละ ๕๔.๙ ของผู้สูงอายุทั้งหมด

ตารางจำนวนและอัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๗

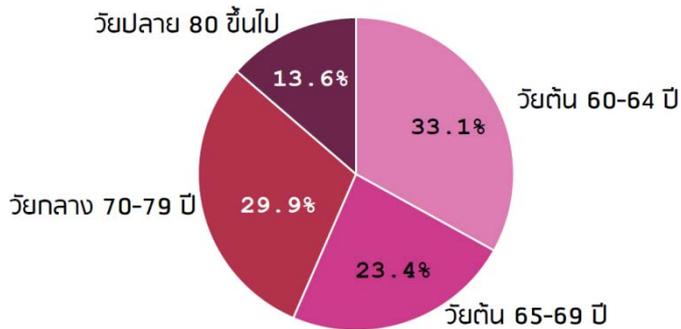
ปีที่สำรวจ	จำนวนผู้สูงอายุ	อัตราส่วนร้อยละ ผู้สูงอายุ
พ.ศ. ๒๕๓๗	๔,๐๑๑,๘๕๔	๖.๘
พ.ศ. ๒๕๔๕	๕,๙๖๙,๐๓๐	๙.๔
พ.ศ. ๒๕๕๐	๗,๐๒๐,๙๕๙	๑๐.๗
พ.ศ. ๒๕๕๔	๘,๒๖๖,๓๐๔	๑๒.๒
พ.ศ. ๒๕๕๗	๑๐,๐๑๔,๗๐๕	๑๔.๙

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

^๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗, พิมพ์ครั้งที่ ๑, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, ๒๕๕๗), น. ๑ - ๑๔.

การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ช่วง คือ วัยต้น (อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี) วัยกลาง (อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี) และวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) จากการสำรวจ พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ถึงร้อยละ ๕๖.๕ ของผู้สูงอายุทั้งหมด

ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มช่วงวัย พ.ศ.2557



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

๑.๔.๒ การกระจายตัวของผู้สูงอายุเชิงพื้นที่

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขตการปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่าในปี พ.ศ.๒๕๕๗ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ ๔๐.๙ และนอกเขตเทศบาลร้อยละ ๕๙.๑ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดประมาณร้อยละ ๓๑.๙ รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ (ร้อยละ ๒๕.๖ ร้อยละ ๒๑.๑ และร้อยละ ๑๒ ตามลำดับ) สำหรับกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุน้อยสุด คิดเป็นร้อยละ ๙.๔

(๑) การกระจายตัวของผู้สูงอายุรายภาค

ภาคเหนือมีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด (ร้อยละ๑๘.๔) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๑๗) ภาคกลางและภาคใต้ มีอัตราผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน (ร้อยละ ๑๓.๕ และร้อยละ ๑๓.๒ ตามลำดับ) และกรุงเทพมหานครมีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ ๑๑

(๒) จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดและน้อยที่สุด ๕ ลำดับแรก (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

สำหรับจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คือ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช สำหรับจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ จังหวัดระนอง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดสตูล จังหวัดพังงา และจังหวัดตราด

(๓) จังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุดและน้อยที่สุด ๕ ลำดับแรก
(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

จังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุด คือ จังหวัดชัยนาท จังหวัดแพร่ จังหวัดอุดรดิตถ์ จังหวัดพิจิตร และจังหวัดสิงห์บุรี สำหรับจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดภูเก็ต จังหวัดระนอง จังหวัดระยอง และจังหวัดชลบุรี

๑.๔.๓ แนวโน้มดัชนีการสูงวัย อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ และอัตราส่วนเกื้อหนุน

(๑) ดัชนีการสูงวัย ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ต่อเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) ๑๐๐ คน จากร้อยละ ๒๒.๖ ในปี ๒๕๓๗ เพิ่มเป็นร้อยละ ๘๒.๖ ในปี ๒๕๕๗

(๒) อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ คือ อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ ๑๕- ๕๙ ปี) ๑๐๐ คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน จากร้อยละ ๑๐.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๑๘.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๒.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ หมายความว่าประชากรวัยทำงาน ๑๐๐ คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ๒๒ คน

(๓) อัตราส่วนเกื้อหนุน คือ อัตราส่วนของคนวัยทำงานอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี ต่อผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการเกื้อหนุนที่จำนวนคนในวัยแรงงานกี่คนที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน พบว่า อัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๙.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๗ ร้อยละ ๖.๓ และร้อยละ ๕.๕ (ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ตามลำดับ) และในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ลดลงเหลือ ร้อยละ ๔.๕ ซึ่งหมายความว่ามีความมีคนที่อยู่ในวัยแรงงาน ๔ คน ที่จะดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน อันเป็นผลมาจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และจำนวนคนในวัยแรงงานที่ลดลง

จังหวัด	จำนวนคน	จังหวัด	อัตรา
จำนวนมากที่สุด		อัตรามากที่สุด	
๑. นครราชสีมา	๔๒๓,๙๓๔	๑. ชัยนาท	๒๑.๗
๒. ขอนแก่น	๒๙๒,๒๑๗	๒. แพร่	๒๑.๕
๓. เชียงใหม่	๒๗๔,๓๓๑	๓. อุดรดิตถ์	๒๑.๓
๔. อุบลราชธานี	๒๗๓,๖๘๗	๔. พิจิตร	๒๑.๒
จำนวนน้อยที่สุด		อัตราน้อยที่สุด	
๑. ระนอง	๒๓,๓๙๔	๑. สมุทรสาคร	๗.๒
๒. แม่ฮ่องสอน	๒๖,๖๐๖	๒. ภูเก็ต	๘.๙
๓. สตูล	๓๑,๗๙๑	๓. ระนอง	๙.๒
๔. พังงา	๓๓,๐๐๖	๔. ระยอง	๙.๙
๕. ตรัง	๓๖,๑๑๖	๕. ชลบุรี	๑๐.๑

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

๑.๔.๔ สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๓.๕) เป็นผู้ที่สมรส ในจำนวนนี้ ร้อยละ ๖๑.๐ เป็นผู้ที่มิคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ ๒.๕ ที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันมีผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพ ร้อยละ ๓๒.๖ และเป็นโสดร้อยละ ๓.๙

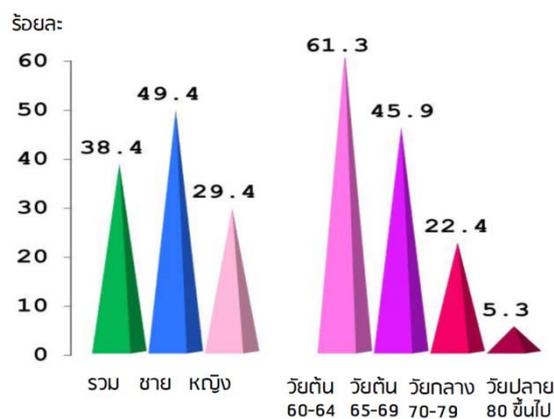
๑.๔.๕ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๕.๗) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา มีเพียงร้อยละ ๑๓.๓ ที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือไม่เคยเรียนหนังสือ มีร้อยละ ๑๑.๐ ผู้สูงอายุชายจบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ ๑๗.๙ และร้อยละ ๙.๗) ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงที่ไม่เคยเรียนหนังสือ หรือไม่ได้รับการศึกษา สูงกว่า เพศชายถึง ๒ เท่า (ร้อยละ ๑๔.๓ และร้อยละ ๖.๙ ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ ๘๔.๕ ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ ๑๕.๕ เป็นผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้หรือเป็นผู้ที่ไม่รู้หนังสือ ผู้สูงอายุหญิงอ่านออกเขียนได้ ต่ำกว่าชาย (ร้อยละ ๗๙.๙ และร้อยละ ๙๐.๑ ตามลำดับ) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการได้รับโอกาสทางการศึกษาดังกล่าวข้างต้น

๑.๔.๖ ลักษณะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

(๑) ภาวะการมีงานทำของผู้สูงอายุ

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามเพศ และกลุ่มช่วงวัย

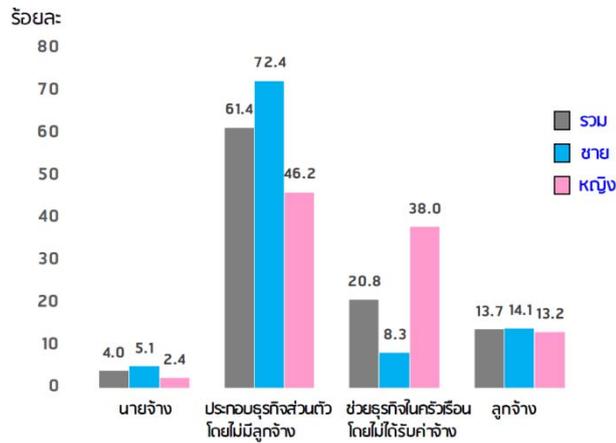


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อมูลการทำงานในระหว่าง ๗ วันก่อนวันสัมภาษณ์ การสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ ๓๘.๔ ยังคงทำงานอยู่ สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ ๔๙.๔ และร้อยละ ๒๙.๔ ตามลำดับ) นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ ๔๒.๗ และร้อยละ ๓๒.๓ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการทำงานของผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ ๖๐ – ๖๔ ปี) พบว่า ยังคงทำงานอยู่ ร้อยละ ๖๑.๓

(๒) สถานภาพการทำงาน และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงาน จำแนกตามสถานภาพการทำงาน และเพศ

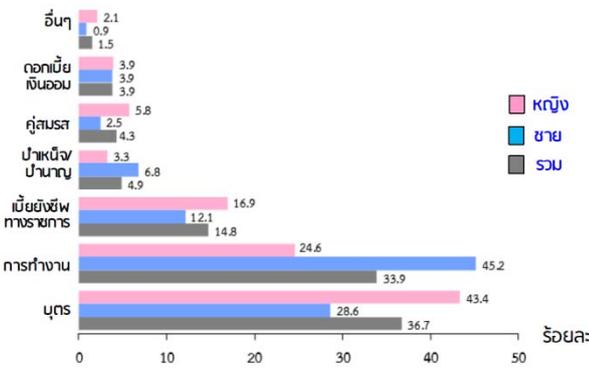


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ ๖๑.๔ เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง รองลงมาคือ ช่วยธุรกิจในครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง (ร้อยละ ๒๐.๘) เป็นลูกจ้างรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างภาคเอกชน (ร้อยละ ๑๓.๗) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นนายจ้าง มีเพียงร้อยละ ๔.๐ ผู้สูงอายุชายประกอบธุรกิจส่วนตัวสูงกว่าหญิง (ร้อยละ ๗๒.๔ และร้อยละ ๔๖.๒ ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงทำงานเป็นผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือนสูงกว่าชาย (ร้อยละ ๓๘.๐ และร้อยละ ๘.๓ ตามลำดับ) โดยภาพรวมแล้วผู้สูงอายุทำงานโดยเฉลี่ย ๓๘ ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุชายมีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (๓๙ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ ๓๗ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตามลำดับ)

(๓) แหล่งรายได้หลัก

ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้หลัก และเพศ



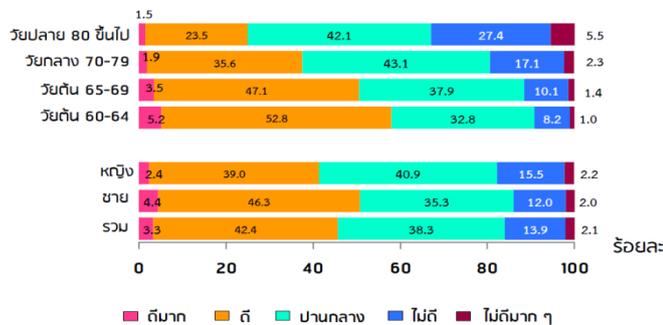
รายได้อื่น ๆ คือ รายได้จากพี่ น้องญาติ กองทุนประกันสังคม พ่อแม่ เพื่อน และรายได้จากค่าเช่า

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

แหล่งรายได้ที่สำคัญหรือแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับจากบุตร (ร้อยละ ๓๖.๗) รองลงมา คือ รายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ ๓๓.๙) จากเบี้ยยังชีพจากทางราชการ (ร้อยละ ๑๔.๘) จากเงินบำเหน็จ บำนาญ (ร้อยละ ๔.๙) จากคู่สมรส (ร้อยละ ๔.๓) และจากดอกเบี้ยเงินออมที่ผู้สูงอายุได้เก็บออม เงินออม การขายทรัพย์สินที่มีอยู่ (ร้อยละ ๓.๙) สำหรับผู้สูงอายุชายแหล่งรายได้หลักที่สำคัญ คือ รายได้จากการทำงานจากบุตร และเบี้ยยังชีพจากทางราชการ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีรายได้จากบุตรเป็นรายได้หลักในการดำรงชีวิต รองลงมาคือ รายได้จากการทำงานและเบี้ยยังชีพจากทางราชการ

๑.๔.๗ ภาวะสุขภาพโดยรวม

ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะสุขภาพโดยรวม เพศ และกลุ่มช่วงวัย พ.ศ. 2557



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

ผลจากการที่ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของตนเอง ในระหว่าง ๗ วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ ๔๒.๔ มีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ ๓๘.๓ มีสุขภาพดีมาก ร้อยละ ๓.๓ ผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมาก ๆ มีเพียงร้อยละ ๑๓.๙ และร้อยละ ๒.๑ ตามลำดับ

๑.๔.๘ ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี ๒๕๓๗ มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ ๓.๖ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖.๓ ร้อยละ ๗.๗ ร้อยละ ๘.๖ ในปี ๒๕๔๕ ปี ๒๕๕๐ และปี ๒๕๕๔ ตามลำดับ จากผลการสำรวจปี ๒๕๕๗ มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘.๗ และไม่ได้อยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ ๙๑.๓

๑.๕ สถานการณ์ประชากรวัยแรงงานของประเทศไทย

จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีจำนวนประชากรทั้งหมด ๖๓.๘ ล้านคน มีประชากรวัยแรงงานที่มีอายุ ๑๕ – ๕๙ ปี จำนวน ๔๒.๗ ล้านคน แต่ภายใน ๒๐ ปีข้างหน้า (ปี พ.ศ. ๒๕๘๓) จะมีประชากรวัยแรงงานจำนวน ๓๔.๖ ล้านคน สาเหตุเพราะมีอัตราเกิดในประเทศไทยลดต่ำลง ทั้งนี้ ปัญหาเรื่องวัยแรงงานลดลง มีทางออกโดยการพัฒนาคุณภาพฝีมือแรงงานให้ดีขึ้น, นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยทดแทนการใช้แรงงาน, การส่งเสริมให้ประชากรอยู่ในวัยแรงงานให้นานที่สุด การนำเข้าแรงงานจากต่างประเทศ การส่งเสริมให้อัตราเกิดของประชากรเพิ่มสูงขึ้น โดยกรณีนี้หากทำให้ประชากรที่มีอายุ ๖๐ – ๖๔ ปี ยังสามารถอยู่ในวัยแรงงานต่อไป ประเทศไทยจะมีแรงงานเพิ่มขึ้นอีก ๔.๕ ล้านคน ซึ่งในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า (ปี พ.ศ. ๒๕๘๓) จะมีประชากรวัยแรงงาน ๓๙.๒ ล้านคน ทั้งนี้ สามารถทำได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ยังสามารถทำงานได้ต่อไปอีก

บทสรุป ภาวะประชากรสูงอายุเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยการเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ ๑๑ ล้านคน ช่วงอายุที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ช่วงผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐ – ๖๔ ปี) ร้อยละ ๓๓.๑ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด สำหรับภาคที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดได้แก่ภาคเหนือ ร้อยละ ๑๘.๔ ของผู้สูงอายุทั้งหมด สำหรับจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) คือ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดที่มีผู้สูงอายุน้อยที่สุดได้ คือ จังหวัดระนอง สำหรับภาวการณ์มีงานทำพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ ๓๘.๘ ยังคงทำงานอยู่ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีการทำงานมากกว่าเพศหญิง สำหรับรายได้หลักของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับจากบุตร ร้อยละ ๓๗.๖ สำหรับเรื่องสุขภาพ

โดยรวมของผู้สูงอายุ ส่วนจะจะมีสุขภาพดี สำหรับเรื่องลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ ๘.๗) อยู่ตามลำพัง

ซึ่งจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น อัตราการเกิดน้อยลง ส่งผลให้ประชากร ในวัยแรงงานของประเทศไทยลดน้อยตามไปด้วย ดังนั้นหากมีการส่งเสริมประชากรที่มีอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี ที่ยังสามารถทำงานได้ให้อยู่ในวัยแรงงานต่อไป จะเป็นการเป็นผลดีทั้งเรื่องการ สร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ และเป็นผลดีต่อประเทศไทยให้มีประชากรวัยแรงงานเพิ่มมากขึ้น



๒. สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒.๑ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗^๓ เกี่ยวกับลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

๒.๑.๑ ภาวะสุขภาพโดยรวม จากการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป โดยรวมของตนเอง ในระหว่าง ๗ วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ ๔๐.๕ ของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ ๓๖.๙ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและร้อยละ ๓.๖ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี มีร้อยละ ๑๖.๔ และมีเพียงร้อยละ ๒.๖ ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพดีมากในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย (ร้อยละ ๔๕.๒ ร้อยละ ๒๙.๘ และร้อยละ ๑๘.๖ ตามลำดับ) สัดส่วนของผู้สูงอายุชายประเมิน ตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ ๔๐.๔ และร้อยละ ๓๔.๑ ตามลำดับ)

๒.๑.๒ การมองเห็น และการได้ยินเสียงของผู้สูงอายุ จากการสอบถามถึงความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๒.๘) มองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ ๓๐.๕ มองเห็นได้ชัดเจนเมื่อใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ ๑๖.๓ มองเห็นไม่ชัดเจน และร้อยละ ๐.๔ มองไม่เห็นเลย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ยินเสียงชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง (ร้อยละ ๘๓.๘) ได้ยินชัดเจนเมื่อต้องใส่เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ ๓.๒ ได้ยินไม่ชัดเจนร้อยละ ๑๒.๖ และไม่ได้ยินเสียงเลย ร้อยละ ๐.๔

^๓ เฝิงอั้ง, น. ๑๘ - ๒๐.

ตารางแสดง ร้อยละของประชากรสูงอายุ จำแนกตามผลการประเมินภาวะสุขภาพ โดยรวม ของตนเองในระหว่าง ๗ วันก่อนวันสัมภาษณ์ กลุ่มช่วงวัยและเพศ พ.ศ. ๒๕๕๗

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	รวม	กลุ่มช่วงวัย			เพศ	
		วัยต้น	วัยกลาง	วัยปลาย	ชาย	หญิง
การประเมินสุขภาพโดยรวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ดีมาก	3.6	4.7	2.5	1.8	4.6	2.8
ดี	36.9	45.2	29.8	18.6	40.4	34.1
ปานกลาง	40.5	37.4	45.0	43.3	37.9	42.6
ไม่ดี	16.4	11.2	19.9	30.1	15.0	17.6
ไม่ดีมาก	2.6	1.5	2.8	6.2	2.1	2.9
การมองเห็น	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ชัดเจน						
- โดยไม่ต้องใส่แว่น/เลนส์ตา	52.8	60.7	45.6	36.4	54.1	51.8
- แต่ต้องใส่แว่น/เลนส์ตา	30.5	30.7	32.6	24.9	32.2	29.1
ไม่ชัดเจน	16.3	8.4	21.6	37.0	13.3	18.6
ไม่เห็นเลย	0.4	0.2	0.2	1.7	0.4	0.5
การได้ยิน	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ชัดเจน						
- โดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	83.8	92.4	79.1	58.0	84.8	82.9
- แต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	3.2	3.1	3.4	3.6	3.3	3.2
ไม่ชัดเจน	12.6	4.3	17.1	37.5	11.6	13.5
ไม่ได้ยินเสียงเลย	0.4	0.2	0.4	0.9	0.3	0.4

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

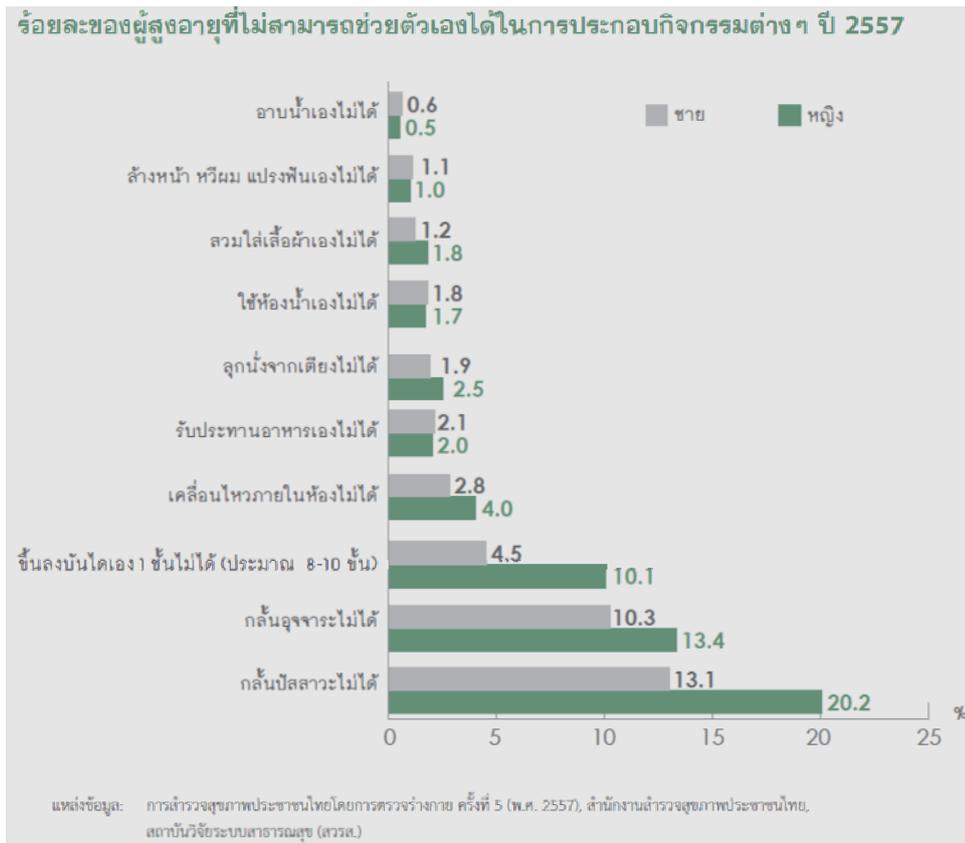
๒.๑.๓ การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีของผู้สูงอายุ ซึ่งการตรวจสุขภาพในการสำรวจครั้งนี้ ไม่รวมถึงการตรวจรักษา เมื่อเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุ แต่เป็นการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อประเมินสภาพร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย ทำให้ทราบสภาวะของสุขภาพ โดยทั่วไปของผู้สูงอายุ จากผลการสำรวจ พบว่า เกินครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุได้รับการตรวจ สุขภาพในรอบปีที่แล้ว (ร้อยละ ๕๕.๔) ผู้สูงอายุหญิงได้รับการตรวจสุขภาพในสัดส่วน ที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ ๕๗.๑ และร้อยละ ๕๓.๓ ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลได้รับการตรวจสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ ๕๖.๘ และร้อยละ ๕๔.๔ ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (ร้อยละ ๕๘.๓) ได้รับการตรวจสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายและวัยต้น (ร้อยละ ๕๗.๘ และร้อยละ ๕๓.๓ ตามลำดับ)

๒.๒ การสำรวจสุขภาพประชาชนปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๘^๔ โดยการตรวจร่างกายได้สำรวจความยากลำบากในการทำกิจกรรม

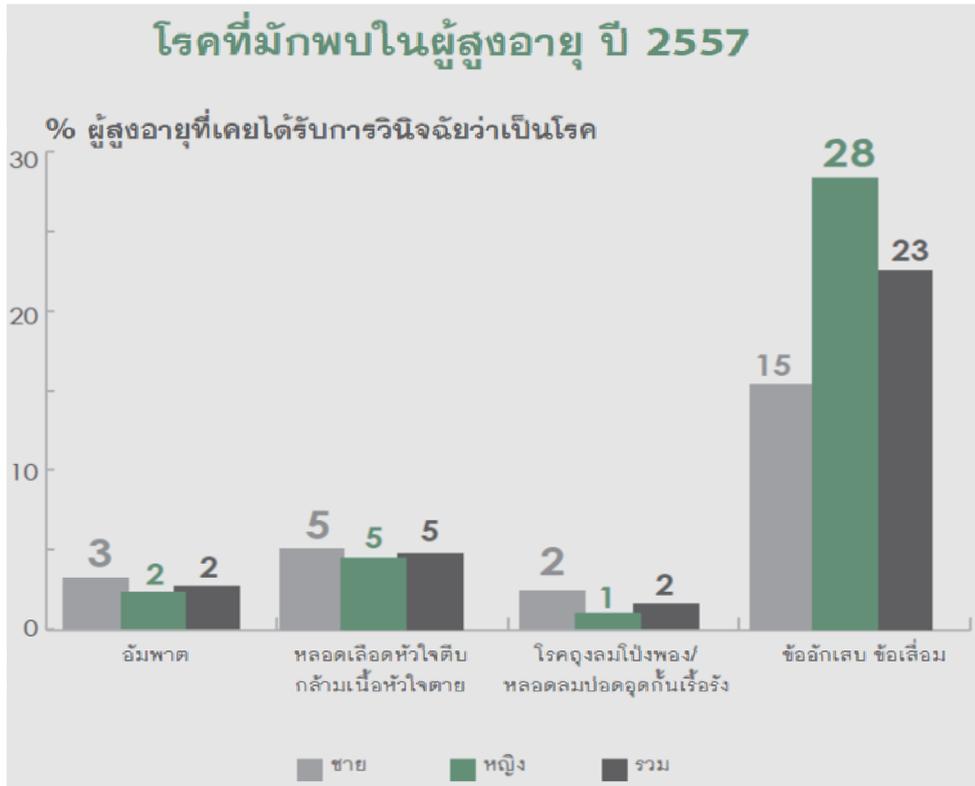
^๔ อ่างแล้วเชิงอรรถที่ ๑, น. ๑.

ในชีวิตประจำวัน ๑๐ ด้าน พบว่าผู้สูงอายุหญิงไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ในแต่ละกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุชาย

การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายยังพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต

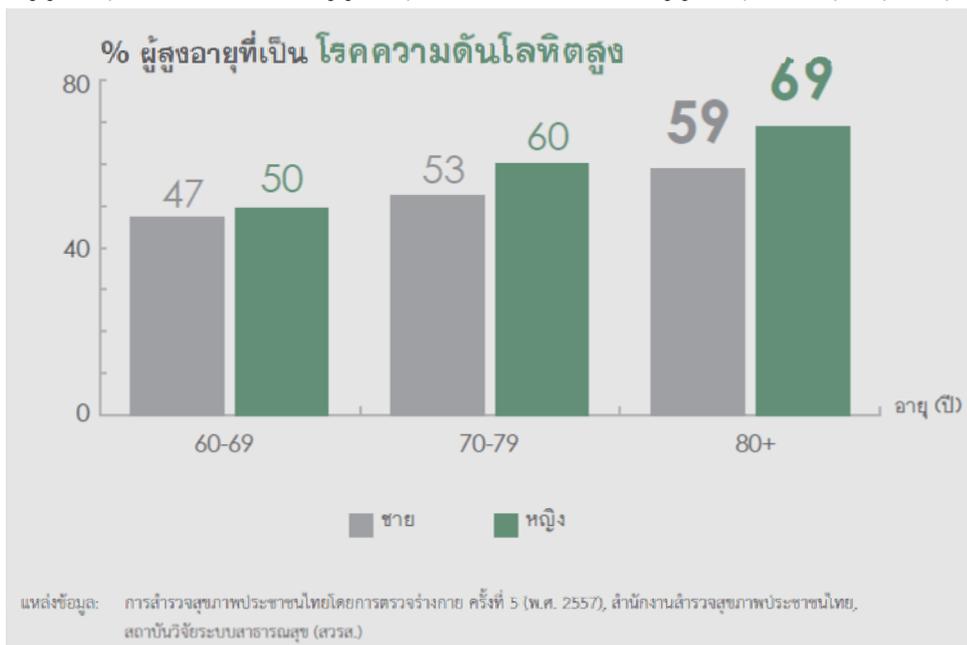


ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗



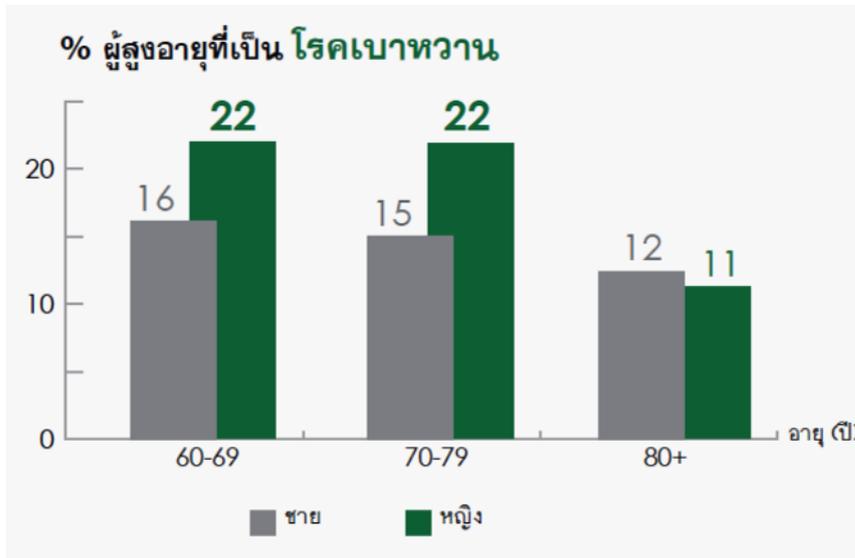
ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

การสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง และพบว่าผู้สูงอายุหญิงเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ



ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

โรคเบาหวานส่วนมากพบในผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชายและหญิงใกล้เคียงกัน



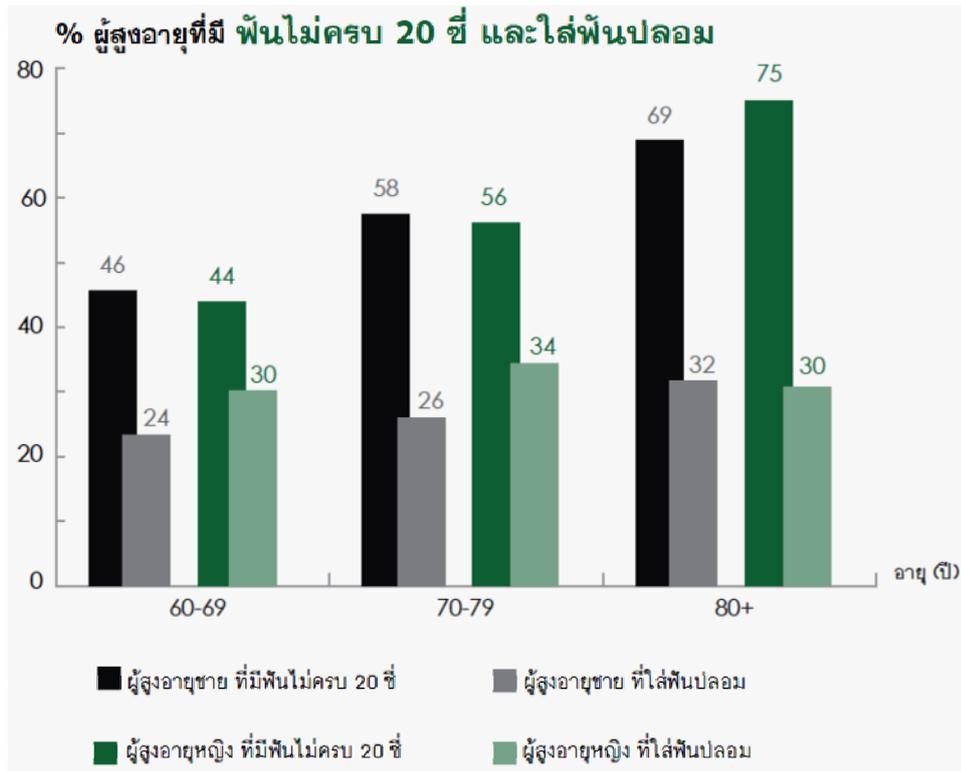
ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะอ้วน สูงกว่าผู้สูงอายุชาย



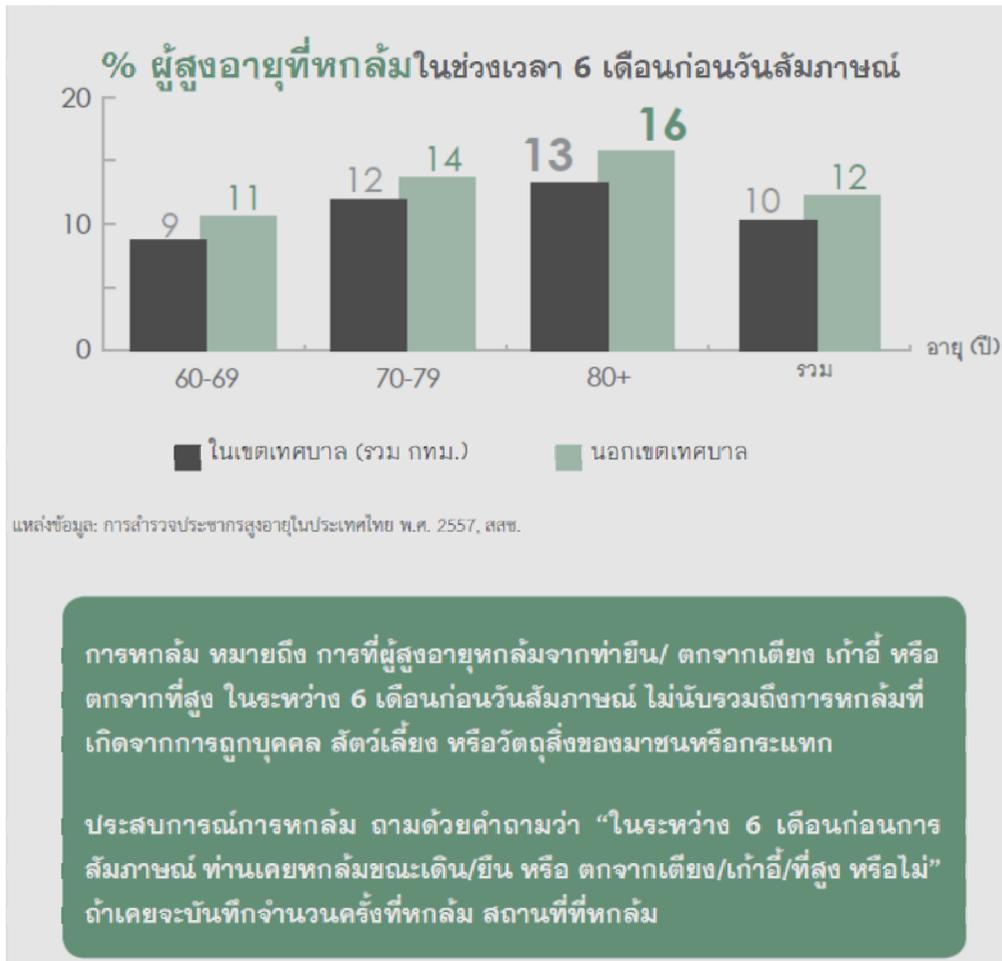
ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

ผู้สูงอายุมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร เกินกว่าครึ่งของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย มีฟันไม่ครบ ๒๐ ซี่ สัดส่วนของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีฟันไม่ครบ ๒๐ ซี่ ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ยกเว้นผู้สูงอายุวัยปลายที่พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีฟันไม่ครบ ๒๐ ซี่ มากกว่าผู้สูงอายุชาย สัดส่วนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีฟันไม่ครบ ๒๐ ซี่

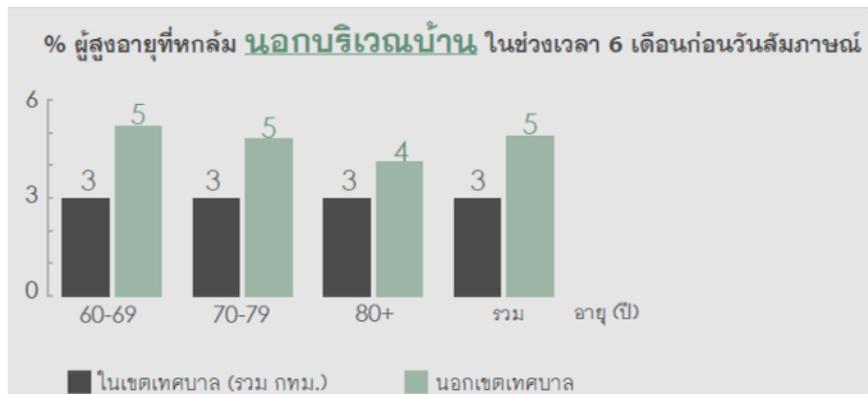
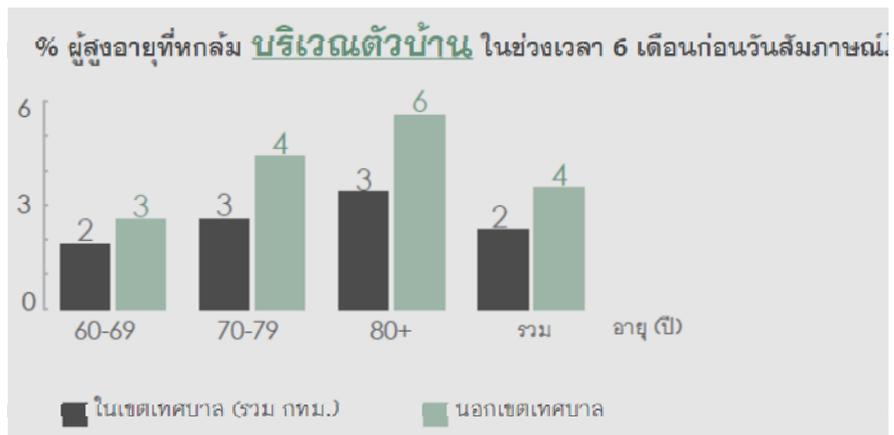
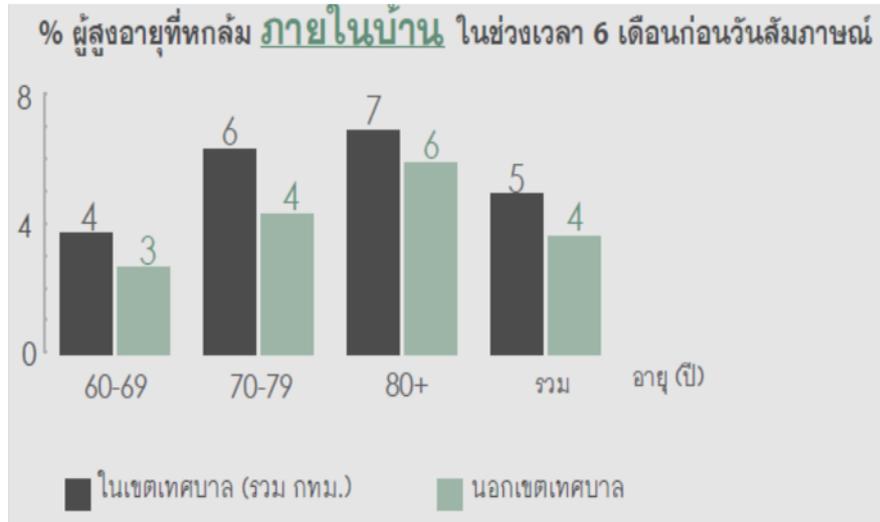


แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ และ ๙ กำหนดว่าผู้สูงอายุควรมีฟันสำหรับบดเคี้ยวได้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาฟันให้อยู่ในสภาพดี และหากมีฟันน้อยกว่า ๒๐ ซี่ ควรได้รับการบริการทดแทน เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ได้

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี ๒๕๕๗ ได้สอบถามผู้ที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลหกล้มในช่วงเวลา ๖ เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ร้อยละ ๑๐ และผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลเคยหกล้มร้อยละ ๑๒ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่หกล้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น และผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีประสบการณ์หกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลในทุกกลุ่มอายุ



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๕๗

๒.๓ ภาวะโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

เนื่องจากในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับประชากรสูงอายุที่อาจจะเกิดการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่อาจก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ หรือเป็นปัจจัยเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต โดยหน่วยงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว ดังนี้

ข้อมูลประชากรไทย จะพบว่า ในช่วง พ.ศ. ๒๕๖๓ ขึ้นไป กลุ่มประชากรอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จะเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ ที่ผ่านมามีประชากรที่เกิดในช่วง พ.ศ. ๒๕๐๖ – ๒๕๒๖ ได้มีการเพิ่มขึ้นเนื่องจาก ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีประชากรเกิดมาก ต่อมาเมื่อมีโครงการคุมกำเนิด จึงทำให้ประชากรเกิดน้อยลง

คาดว่า ในอนาคตประชากรที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑ ใน ๓ จะเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีสาเหตุมาจากภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความสามารถเสื่อมลงจนต้องพึ่งพาคนอื่น จากการสำรวจในอดีตสมองเสื่อมเป็นสาเหตุอันดับ ๔ แต่พบว่า คนไข้จำนวนมากและหากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก็จะมีความเสี่ยงมากขึ้น

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย



ที่มา : ผศ.พ.ญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

๒.๓.๑ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน

- แพทย์ที่ดูแล : แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จิตแพทย์ แพทย์ระบบประสาท
- สถานที่ : สถานบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ และอื่น ๆ
- แนวทางเวชปฏิบัติ : ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
- ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการมีความจำกัด ขึ้นอยู่กับความสนใจและศักยภาพของครอบครัว
- ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : มีความยากตั้งแต่การวินิจฉัย การดูแลรักษา การเข้าถึงยา ความเข้าใจของครอบครัว และอื่น ๆ

ทั้งนี้ ผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวนมากอาศัยอยู่ในชนบทจึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจรในโรงพยาบาลระดับชุมชน ซึ่งเป็นความร่วมมือจากโรงพยาบาลของรัฐ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากสถานบริการสู่ชุมชน และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อสร้างความตระหนักถึงมหันตภาพของภาวะสมองเสื่อมในระดับชาติ เพื่อหารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโดยเฉพาะเรื่องสมองเสื่อม และโรคที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่ม หรือคงศักยภาพของสมอง ในผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วยและผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก (Mild Cognitive Impairment : MCI) เพื่อจัดทำคู่มือเรื่องภาวะสมองเสื่อม การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับแพทย์ระดับชุมชน ทติยภูมิ บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพ และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว และเพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินการในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพร่างกายสมอง และสังคม (Healthy Body and Brain)

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีกรณีศึกษา ๘๐ ราย โดยผู้ป่วย ญาติ พยาบาล แพทย์ ร่วมศึกษาประเด็นต่าง ๆ เพื่อวิจัย พัฒนา และป้องกัน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น ๔ กลุ่ม เริ่มจากอาการป่วยน้อยไปจนถึงอาการป่วยรุนแรง โดยให้ชุมชนเมือง ชุมชนชนบทสามารถจัดการดูแลต่อได้โดยไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์อย่างเดียว ขณะเดียวกันให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ทั้งนี้ สมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุหลายประการ และมีอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่ง หรือกล่าวได้ว่าอัลไซเมอร์เป็นส่วนหนึ่งของสมองเสื่อม สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่

๑. เนื้อสมองเสื่อมสลาย
๒. หลอดเลือดสมองตีบ
๓. ติดเชื้อในสมอง
๔. ขาดสารอาหารบางชนิด
๕. ระบบเมตาบอลิกในร่างกายแปรปรวน
๖. สมองถูกกระทบกระแทก
๗. เนื้องอกในสมอง
๘. น้ำเลี้ยงสมองคั่ง
๙. ได้รับความหรือสารที่เป็นพิษต่อการทำงานของสมอง
๑๐. หลอดเลือดอักเสบโดยคนไข้

ทั้งนี้ จำนวนร้อยละ ๘๐ ถ้าเป็นโรคเรื้อรังจะทำให้หลอดเลือดผิดปกติจะส่งผลให้มีความเสี่ยงให้เป็นโรคสมองเสื่อมได้ร้อยละ ๑๐ จะเป็นโรคสมองเสื่อมมาจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น โพรงสมองขยายใหญ่ (เกิดจากน้ำเลี้ยงในสมองมาก ไม่มีที่ระบาย เมื่อมีน้ำเลี้ยงสมองมากจะไปเบียดสมอง ทำให้สมองเสื่อม) หรือสมองได้รับการกระทบกระแทก เช่น อาชีพนักมวย ส่วนคนไข้โรคพาร์คินสัน เป็นภาวะเซลล์สมองเสื่อมสลาย เกิดขึ้นในเรื่องการทรงตัวก่อน แต่จะมีจำนวนหนึ่งจะลามไปส่วนการควบคุมความจำ ดังนั้น คนไข้พาร์คินสัน ไม่จำเป็นต้องเป็นสมองเสื่อมทุกราย การดูแลผู้ป่วยหากทำให้ผู้ดูแลและญาติเข้าใจผู้ป่วยได้ก็จะช่วยลดปัญหา บางรายที่อาการหนักก็ต้องใช้ยาช่วยได้เมื่อจำเป็น

ในพื้นที่ต้นแบบ โรงพยาบาลชุมชนบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ได้ทำนวัตกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการซักประวัติคนไข้อย่างละเอียด จากนั้น พยาบาลอาสาสมัครชุมชน จะลงพื้นที่เก็บข้อมูลว่า คนไข้มีอาการอย่างไร เมื่อไร แล้วนำมาวินิจฉัยอาการ จากนั้นจะเชิญแพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น มาวินิจฉัยอาการและติดตามอาการคนไข้

ขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีสถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นการเฉพาะ สมาคมโรคสมองเสื่อมที่อยู่ภายใต้สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทยได้มีการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพให้แก่แพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ทางระบบประสาท และอื่น ๆ เป็นหลัก ในส่วนของพยาบาลมีชมรมพยาบาลดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยจัดอบรมเป็นระยะ ๆ ซึ่งในอนาคตจะจัดให้มีอบรมออนไลน์

ทั้งนี้ ควรจัดให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ได้ในสังคมที่ดีที่สุด และควรสร้างสังคมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย และควรให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปใช้ชีวิตให้ปลอดภัยจากการเป็นเหตุให้เกิดโรคสมองเสื่อม

บทสรุป ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ซึ่งผู้สูงอายุชายจะมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง สำหรับโรคที่พบส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุ พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ ๑.โรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ๒. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/กล้ามเนื้อหัวใจตาย ๓. โรคอัมพาต ๔. โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง และนอกจากนี้ ยังมีโรคที่สำคัญที่ยังต้องให้การเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคอ้วน และภาวะสมองเสื่อม สำหรับปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาสำคัญ และอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้มที่ไม่ควรมองข้าม คือ ปัญหาด้านการมองเห็น และการได้ยิน โดยผู้สูงอายุร้อยละ ๔๗.๒ มีปัญหาด้านการมองเห็น (ที่ต้องใส่แว่น เลนส์ตา และไม่สามารถมองเห็นเลย) และผู้สูงอายุร้อยละ ๑๖.๒ มีปัญหาด้านการได้ยิน สำหรับเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้สูงอายุหญิงมีการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชาย ซึ่งผู้ที่ตรวจสุขภาพส่วนใหญ่จะอาศัยในเขตเมืองมากกว่าเขตนอกเมือง ทั้งนี้ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องตระหนักและมีการเตรียมพร้อมที่จะดำเนินการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาดังกล่าว



๓. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

๓.๑ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

การที่ประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ในการนี้ประเทศไทยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและระบบบุคลากรและระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจะต้องเร่งดำเนินการ^๕

- (๑) ปรับปรุงฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้มีความทันสมัย
- (๒) สร้างหลักประกันด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล
- (๓) สนับสนุนการดูแลระยะยาว และแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแล
- (๔) สร้างหลักประกันด้านรายได้และส่งเสริมการออมเพื่อวัยหลังเกษียณ
- (๕) ส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุและขยายกำหนดการเกษียณอายุ
- (๖) สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบครอบครัวและชุมชน

๓.๒ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในบริบทของที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์ ผู้ช่วยเลขาธิการสภาการศึกษาไทย ได้กล่าวไว้ ดังนี้

๓.๒.๑ ปัญหาของการเปลี่ยนโครงสร้างประชากร

- การเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยใช้เวลา ๗ - ๑๔% ใน ๓๐ ปี ขณะที่ประเทศอังกฤษใช้เวลาถึง ๑๐๐ ปี
- วัยเด็กและวัยทำงานลดลง แต่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนผู้มีรายได้ที่จะดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวนลดลง
- การวางแผนครอบครัวไม่เหมาะสมกับสถานการณ์
- การศึกษาและระบบการศึกษา ยังไม่ดีพอ
- มีอัตราการออมที่ดีขึ้น แต่เงินที่เก็บออมมีจำนวนน้อย จึงต้องพึ่งพาบุตรหลาน และเป็นผลทำให้ยังต้องทำงานในตอนสูงวัย
- ประสบปัญหาด้านสุขภาพกาย ใจ โรคต่าง ๆ เช่น หกล้ม และโรคสมองเสื่อม ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ป้องกันได้หรือลดความเสี่ยงได้

^๕ ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์, การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร. หนังสือพิมพ์มติชน (๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐) : น. ๑๐.

- ออกกำลังกายน้อย ทานผักและผลไม้ไม่พอ
- ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น ๘.๗% (๒๕๕๗)
- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุยังไม่ดีพอ

๓.๒.๒ ความต้องการของผู้สูงอายุ

เพื่อให้สามารถพึ่งตัวเองให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้และมีระบบรองรับ

- ๑) สุขภาพดีทั้งกาย ใจ สังคม ปัญญา รับประทานได้ นอนได้ ถ่ายได้ เดินได้ อ่านได้ พูดได้ ฟังได้ ฯลฯ
- ๒) มีอิสรภาพทางการเงิน มีรายได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องทำงาน โดยมีบ้าน มีอาหาร มีเสื้อผ้า มียา มีใช้จ่ายทั่วไป และมีเงินทำบุญ
- ๓) มีครอบครัว มีเพื่อน มีงานอดิเรก สามารถออกกำลังกายได้ สามารถทำงานเพื่อสังคมหรืองานที่ชอบได้
- ๔) มีระบบที่จะดูแลผู้สูงอายุในยามต้องการ หรือมีระบบดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

๓.๒.๓ ความต้องการบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ

เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากร้อยละ ๘๕ ของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในภาวะติดสังคม (สามารถดูแลตนเองได้) ร้อยละ ๑๕ ภาวะติดบ้าน และร้อยละ ๑ ภาวะติดเตียง

บุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ลูกหลาน ญาติ เด็กรับใช้ ผู้ดูแลจากศูนย์ ผู้สูงอายุที่สุขภาพยังดีในชุมชน อาสาสมัคร ผู้มีจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล ผู้ที่มีอาชีพทางด้านนี้ แพทย์ อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ผู้สูงอายุ ฯลฯ

ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- ๑) งบประมาณมีไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม
- ๒) การขาดความรู้ในการดูแล ความรู้เรื่องโรคต่างๆ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับประถมศึกษา
- ๓) ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุ
- ๔) ต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย

- ๕) ต้องการคนดูแลเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย
- ๖) ต้องมีการควบคุมมาตรฐานของ CG ให้มีมาตรฐาน ในปริมาณที่เพียงพอ ต้องมีการอบรมเพิ่มเป็นระยะ
- ๗) ต้องมีการดูแลผู้ดูแล (Care Giver) อย่างดีพอ ทั้งทางด้านค่าตอบแทนขวัญกำลังใจ วันหยุด และสนับสนุนในทุกๆ ด้านของการที่จะปฏิบัติหน้าที่ให้ดี
- ๘) ต้องมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๓.๒.๔ การเตรียมประชาชนให้พร้อมสำหรับการเข้าสู่ช่วงสูงอายุ

๑) การดูแลเรื่องสุขภาพ ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง ตั้งครรภ์และหลังเกิด ด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติด มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (มากเกินไปตามที่กำหนด) เดินสายกลางในชีวิต ตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ มีงานอดิเรก ทำอย่างต่อเนื่อง ป้องกันสมองเสื่อม ระวังอุบัติเหตุบนถนน และการหกล้ม และมีระบบการให้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุขที่ดี ฯลฯ

๒) การศึกษา

๓) การออมที่เหมาะสม

๔) การมีงานอดิเรก ชอบหรือสนับสนุนให้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

๕) การสอนเรื่องผู้สูงอายุ การดูแลในโรงเรียนทุกโรงเรียน

๖) สภาพแวดล้อม สังคม

๗) การสอนให้เป็นคนดีที่เก่ง รอบรู้ และมีสุขภาพดี

ต้องมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่อง Care Giver ปริมาณ คุณภาพ มีการทำงานร่วมกันของหลายๆ หน่วยงานอย่างมีบูรณาการ รวมทั้งการดูแล Care Giver มีหน่วยงานหลักที่ดูแลความต้องการของอาชีพ วิชาชีพต่างๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งปริมาณและคุณภาพ นอกจาก Care Giver ต้องมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติ อาชีพผู้บริบาล

๓.๒.๕ สมรรถภาพของร่างกาย และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

- สมรรถภาพร่างกายจะเสื่อมลงตามอายุ (ฉะนั้นต้องเตรียมตัวก่อนถึงวัยดังกล่าว เพื่อที่จะได้เป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ มีการออม ลงทุน ฯลฯ)
- ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะเริ่มต้นลดลงตั้งแต่อายุ ๓๐ - ๔๐ ปี
- ความยืดหยุ่นของเอ็น และเอ็นข้อต่อจะเสื่อมลงตั้งแต่อายุ ๓๐ ปี
- กระดูกจะเสื่อมลงตั้งแต่อายุ ๓๕ ปี

ปัญหาของผู้สูงอายุ

- อัตราการเผาผลาญของร่างกายลดน้อยลงทำให้ปริมาณและสัดส่วนไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นถ้ายังทานอาหารมากเท่าเดิม (ตั้งแต่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)

- สายตา หู ฟัน เสื่อมลง
- น้ำตาล ไขมันในเลือด ความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ
- เสี่ยงต่อกระดูกพรุน (Osteoporosis) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสุภาพสตรี

ที่ประจำเดือนหมด

- กระดูกอกบริเวณหัวกระดูกของข้อ
- ท้องผูก
- การทำงานของไตลดลง
- รับประทานอาหารน้อยลง แต่อ้วนง่ายขึ้น
- มวลกล้ามเนื้อและกำลังกล้ามเนื้อลดลง
- โรคสมองฝ่อ หลงลืม ฯลฯ

โรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

- โรคมะเร็ง
- อุบัติเหตุและการเป็นพิษ
- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน
- โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคไขมันในเลือดสูง
- โรคเบาหวาน
- โรคสมองเสื่อม
- โรคกระดูกบาง พรุณ และหักทำให้กระดูกหัก
- โรคอ้วน
- หู ตา ข้อ ฟัน การขับถ่าย การเคลื่อนไหว โรคข้อ ปวดหลัง การทรงตัว
- ต่อมลูกหมากโต มะเร็ง

-ป้องกันได้เกือบทุกโรค-

WHO : 68% ของการเสียชีวิตในโลกเกิดจากโรคไม่ติดต่อ (ค.ศ.2012)

อัตราตาย จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน
ประเทศไทย พ.ศ.2543,2545,2549,2553 และ 2556

กลุ่มสาเหตุ	2543 (อัตรา)	2545 (อัตรา)	2549 (อัตรา)	2553 (อัตรา)	2556 (อัตรา)
- มะเร็งทุกชนิด	63.9	73.3	83.1	91.2	104.8
- อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	52.5	55.3	59.8	51.6	50.2
- โรคหัวใจ	31.9	24.6	28.4	28.9	38.1
- ความดันเลือดสูงและหลอดเลือดสมอง	18.9	26.6	24.4	31.4	44
- ปอดอักเสบ และโรคอื่นๆ ของปอด	15.0	21.1	22.0	25.7	33.5
- ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ	14.7	16.9	20.6	21.6	23.5
- โรคเกี่ยวกับตับ และตับอ่อน	10.9	12.8	14.4	13.8	16.6
- เบาหวาน			12.0	10.8	15
- การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย	14.0	13.2	11.1	11.1	10.8
- ภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส (เอดส์)			10.5	5.7	8.8
- วัณโรคทุกชนิด	10.1	10.8	8.3	7.0	8.5

ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2556

54

ที่มา : รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรค Silent Killer คนไทยเป็นโรคนี้อันถึง ๑๑ ล้านคน

- การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอจะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้

๕ - ๑๐ มิลลิเมตรปรอท

- มีคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวม ๖ ล้านคน ที่การรักษายังไม่ดีพอ ความดันโลหิต ที่เหมาะสมควรเป็น ๑๓๐/๘๐

- โรคความดันโลหิตสูง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งโรคหัวใจ อัมพาต โรคไต ฯ

**ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน
ค่อย ๆ ตีบมานานแล้ว - ถ้ามีอาการมักเป็นมากแล้ว
(ตีบ 50-80%)**

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. กรรมพันธุ์ | 6. ความดันโลหิตสูง |
| 2. เพศชาย | 7. ความอ้วน |
| 3. อายุ | 8. เบาหวาน |
| 4. บุหรี่ | 9. ไม่ออกกำลังกาย |
| 5. ไขมัน | 10. อุปนิสัย |

57

ที่มา : รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์

โรคไขมันในเลือด

ไขมันประกอบด้วย

๑) โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือด แบ่งออกเป็น

๑.๑) Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL) – ตัวเลขยิ่งต่ำ ยิ่งดี

๑.๒) Very Low Density Lipoprotein Cholesterol (VLDL)

๑.๓) High Density Lipoprotein Cholesterol (HDL) – ตัวเลขสูง เป็นผลดี

๒) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

โดยปกติการตรวจไขมันในเลือดจะมีการตรวจได้จาก

๒.๑) Total cholesterol

๒.๒) ไตรกลีเซอไรด์

๒.๓) HDL

๒.๔) LDL

๒.๕) ระดับ TC/HDL ในผู้ชายควรต่ำกว่า ๕ ในผู้หญิงควรต่ำกว่า ๔.๕

เกณฑ์การวัดปริมาณ

- Total cholesterol ไม่ควรเกิน ๒๐๐ mg%
- ในผู้ที่ยังไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ LDL ไม่ควรสูงเกิน ๑๓๐ mg%
- ในผู้ที่เคยเป็นโรคหัวใจหรือผู้ที่เป็นเบาหวาน LDL ไม่ควรสูงเกิน ๑๐๐ mg%
- ในผู้ที่เคยเป็นโรคหัวใจและเบาหวาน LDL ควรอยู่ต่ำกว่า ๗๐ mg%
- Triglyceride ไม่ควรเกิน ๑๕๐ mg%
- HDL ในชายควรสูงกว่า ๕๐ mg%
ในหญิงควรสูงกว่า ๖๐ mg%

High Density Lipoprotein (HDL) สามารถสูงได้จาก

๑. การรับประทานปลาทะเลและผัก
๒. ออกกำลังกายแบบแอโรบิก
๓. ดื่มแอลกอฮอล์ เล็กน้อย

ของ U.K. (Guideline 2015) ไม่เกินวันละ ๒ หน่วย

สำหรับชาย/หญิง

๔. ยาลดไขมัน

วิธีคำนวณ U.K. unit ของแอลกอฮอล์ คือ

จำนวน cc. x ABV เช่น

1000

500 cc. ของเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ 5% (ABV) = 2.5 units

1000

แต่หน่วย alcohol ของแต่ละประเทศไม่เท่ากัน

U.K. 8 กรัม	USA. 14 กรัม	Japan 19.75 กรัม
ออสเตรเลีย 10 กรัม	โปแลนด์ 10 กรัม	ออสเตรีย 10 กรัม
สเปน 10 กรัม	นิวซีแลนด์ 10 กรัม	ฝรั่งเศส 10 กรัม
ไอร์แลนด์ 10 กรัม	ฟินแลนด์ 11 กรัม	แคนาดา 13.6 กรัม
ฯลฯ		

ABV = Alcohol By Volume

๘๒

ที่มา : รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์

คำนิยามของโรคอ้วน

๑) สำรวจพุงตนเอง และอัตราส่วนของเอวต่อสะโพก เอวควรเล็กกว่าสะโพก

๒) สำรวจน้ำหนักตนเอง

๓) Body Mass Index (BMI) หรือดัชนีมวลกาย คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยความสูงเป็นเมตรกำลังสอง

เช่น ผู้ที่มีน้ำหนักตัว ๗๗ กิโลกรัม และสูง ๑.๗๘ เมตร

$$= \frac{๗๗}{๑.๗๘^๒} = \frac{๗๗}{๓.๑๖๘๔} = ๒๔.๓๐ \text{ ค่าปกติอยู่ที่ } ๑๘.๕ - ๒๔.๙$$

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ชาวเอเชีย BMI ควรไม่เกิน ๒๓ ซึ่งไขมันที่หน้าท้องมีความเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน/โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน, มะเร็ง ฯลฯ โดยรอบเอวของผู้ชายควรน้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร ผู้หญิงควรน้อยกว่า ๘๐ เซนติเมตร

โรคที่เกิดจากความอ้วน

- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน
- โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
- โรคหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา (และอื่นๆ) และหลุดไปอุดตันหลอดเลือด

ใหญ่ที่ปอด

- โรคเบาหวาน
 - โรคระดับไขมันในเลือดผิดปกติ
 - โรคกระเพาะอาหารเลื่อนขึ้นมาในทรวงอก (Hiatal Hernia)
 - โรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี
 - โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ เต้านม ตับ ตับอ่อน หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร
- ถุงน้ำดี ต่อมลูกหมาก มดลูก รังไข่ ไทรอยด์ Multiple Myeloma (โรคของระบบเลือด) และ Meningioma (สมอง)

- โรคตับอักเสบจากไขมันในตับ (NAFLD , NASH) ตับแข็ง มะเร็งของตับ
- คนอ้วนถ้าเป็นโรคตับอ่อนอักเสบจะมีโอกาสเป็นรุนแรงกว่าคนที่ผอม
- โรคหอบ
- โรคเส้นประสาทถูกกด
- โรคข้อกระดูกเสื่อม

- อาการนอนกรนที่หยุดหายใจ ซึ่งอาจทำให้มีอันตรายได้ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต สมองเสื่อม ฯลฯ

- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- เป็นหมัน
- ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์
- ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง
- ซึมเศร้า ขี้กังวล
- ฯลฯ

๒.๓.๖ ปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

อาหารมี ๖ ประเภท

- ๑) ไขมันให้พลังงาน 9 kCal ต่อกรัม
- ๒) แป้งให้พลังงาน 4 kCal ต่อกรัม
- ๓) โปรตีนให้พลังงาน 4 kCal ต่อกรัม
- ๔) วิตามิน ไม่มีพลังงาน
- ๕) เกลือแร่ ไม่มีพลังงาน
- ๖) น้ำ ไม่มีพลังงาน

ไขมัน ให้พลังงาน ๙ กิโลแคลอรี ต่อ ๑ กรัม

- ๑) ไขมันประเภท Saturated (อิ่มตัว)
 - ไม่ดีถ้าทานมากไป ทำให้เป็นโรคหัวใจ
 - พบได้ในไขมันสัตว์ หนังสัตว์ เครื่องใน ไข่แดง หอย กุ้ง ปู ปลาหมึก
 - ในเนื้อสัตว์ถึงแม้มองไม่เห็นก็มีไขมันมาก ควรทานโคเลสเตอรอล

ไม่เกิน ๓๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งมีครบแล้วใน ไข่แดง ๑ ฟอง

- มีความรู้ ต้องประยุกต์ใช้ให้เป็น

- ๒) ไขมันประเภท Unsaturated (ไม่อิ่มตัว) มีทั้ง Polyunsaturated และ

Mono Unsaturated

- เป็นไขมันที่ดี จะช่วยป้องกันโรคหัวใจ
- สามารถพบได้ในผัก ถั่ว เต้าหู้ เห็ด น้ำมันพืช ฯลฯ
- สามารถพบได้ในปลา โดยเฉพาะปลาทะเล (ยกเว้นไข่ปลา)

ไขมัน

- Trans Fats เป็นไขมันที่ไม่ดีที่สุด ส่วนใหญ่มาจากอาหารแปรรูป เช่น Biscuits Pizza มันฝรั่ง คุกกี้ เค้ก โดนัท ฯลฯ หรือมาจากการทอดด้วยไฟแรง ๆ ฯลฯ

- ไขมันอิ่มตัว (Saturated Fat) พบได้ในหนังสัตว์ มันสัตว์ เนื้อสัตว์ เครื่องใน เป็นไขมันที่ไม่ดีถ้ากินมากเกินไป

- ไขมันที่ดี คือ ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (Polyunsaturated) ได้แก่ น้ำมันพืช ชนิดต่าง ๆ เช่น ดอกคำฝอย ข้าวโพด ถั่วเหลือง รำข้าว ฯลฯ

- ไขมันที่ดีที่สุดคือ ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (Monounsaturated) คือ น้ำมันมะกอก อะโวคาโด ฯลฯ

เนื้อแปรรูป (processed meat) และเนื้อแดง (red meat)

- เนื้อแปรรูป คืออะไร คือ เนื้อวัว และ แพะ หมู ม้า เครื่องใน เลือด ที่ถูกแปรรูป ให้เก็บไว้ได้นาน และมีรสชาติดีขึ้น เช่น ไส้กรอก แฮม เบคอน เนื้อแดดเดียว

- เนื้อแดง คือ เนื้อที่มีสีแดง หรือคล้ำ ก่อนการทำอาหาร เช่น เนื้อวัว และ แพะ

- เนื้อขาว คือ ปลา ไก่ ไก่งวง

คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate, แป้ง)

ให้พลังงาน ๔ กิโลแคลอรี ต่อ ๑ กรัม พบใน ข้าว ขนมปัง มันฝรั่ง มักกะโรนี กว๊ายเตี๋ยว ผลไม้ ผัก น้ำหวาน ขนมหวาน ฯลฯ ควรทานแป้งวันละ ๕๕% ของพลังงานทั้งหมด ที่ทานต่อวัน

แป้ง

- Glucose ในเลือด สำหรับสมองโดยเฉพาะ

- Glycogen ในตับ ๑๐๐ กรัม ในกล้ามเนื้อ ๔๐๐ กรัม

พลังงานในการออกกำลังกาย

- ไขมันและแป้งเท่านั้นที่ร่างกายใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกาย

- ไขมันมีประมาณ ๑๒๕,๐๐๐ กิโลแคลอรี (๑๕ - ๒๐% ของน้ำหนักตัวชาย, ๒๕ - ๓๐% ของน้ำหนักตัวหญิง)

- แป้งให้พลังงาน ๒,๐๐๐ กิโลแคลอรี

- ถ้าร่างกายจะใช้ไขมันเป็นพลังงานจะต้องมีแป้งอยู่บ้าง

- ออกกำลังกายก็ยังต้องใช้แป้งมาก แต่การฝึกจะช่วยให้อวัยวะใช้

ไขมันได้ดียิ่งขึ้น

โปรตีน (Protein)

- ให้พลังงาน ๔ กิโลแคลอรี ต่อ ๑ กรัม
- โปรตีนที่ดีและสมบูรณ์พบได้ในเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อวัว ไก่ หมู ปลา นม ผลิตภัณฑ์นม ไข่ ฯลฯ
- แต่โปรตีนที่ดีก็มีในผัก แต่ผักแต่ละชนิดอาจมีโปรตีนไม่ครบทุกชนิดที่ร่างกายต้องการ (ผักบางชนิดจะมีโปรตีนบางอย่างเท่านั้น) ฉะนั้นถ้ารับประทานเฉพาะผัก ผลไม้ ควรเลือกทานผักหลาย ๆ ชนิดทั้งสีเขียวและสีเหลือง เพื่อให้ได้โปรตีนทุกชนิด
- ร่างกายต้องมีโปรตีนเพียง ๑ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม
- แต่เนื้อไก่ (หมู วัว) ๓๐ กรัมเท่ากับโปรตีน ๗ กรัมเท่านั้น ฉะนั้นผู้ที่มีน้ำหนักตัว ๗๐ กิโลกรัม จึงควรทานโปรตีนเพียง ๗๐ กรัมหรือเท่ากับ ๓๐๐ กรัมของเนื้อต่อทั้งวัน (โดยไม่ต้องทานโปรตีนจากแหล่งอาหารอื่นๆ)
- การรับประทานเนื้อสัตว์มากจะทำให้มีไขมันตามเข้าไปมากด้วย
- การรับประทานเนื้อสัตว์มากไม่ทำให้มีกล้ามเนื้อมากหรือแข็งแรง
- การรับประทานเนื้อสัตว์มากทำให้ตับ ไต ทำงานหนัก ขาดน้ำ (ไม่ดีเป็นการดีสำหรับนักกีฬา)

อาหารและพลังงาน

- ข้าวสุก 80 กรัม	100 kCal
- ขนมปัง 1 แผ่น	100 kCal
- เนื้อย่างไม่ติดมัน 60 กรัม	100 kCal
- ไข่ดาว เฉิว 1 ฟอง	100 kCal
- นมสด 150 ซีซี.	100 kCal
- มันฝรั่งทอด 10 ชิ้น	100 kCal
- วิสกี้ 1 หน่วย (30 ซีซี.)	100 kCal
- เบียร์ขวดเล็ก	135 kCal

อาหารและพลังงาน

- น้ำอัดลม 1 ขวด	152 kCal
- น้ำตาล 1 ช้อนชา	20 kCal
- ก๋วยเตี๋ยวเย็นตาโฟน้ำ	150 kCal
- ผัดไทยใส่ไข่	577 kCal
- เส้นหมี่ลูกชิ้นเนื้อวัว	226 kCal
- เส้นใหญ่ราดหน้าหมู	397 kCal

80

ที่มา : รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์

๒.๓.๗ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (for health) ต้องเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจ ระบบหมุนเวียนโลหิต และปอดแข็งแรง คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) หรือ Wndurance เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ เช่น แขน ขา โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีลักษณะดังนี้

- ๑) ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและใช้เวลาที่เหมาะสม (๓๐ – ๖๐ นาที)
- ๒) ใช้แรงในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม
- ๓) ออกกำลังกาย ๕ ครั้งต่อสัปดาห์

ตัวอย่าง ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การเดินเร็ว การวิ่ง การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การกระโดดเชือก การเต้นแอโรบิก ฯลฯ

ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะแปลงไขมันและแป้งให้เป็นพลังงาน แต่การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic) เช่น วิ่งเร็วเต็มที่ (๑๐๐ หลา ๒๐๐ หลา) ยกน้ำหนัก จะใช้แป้งเท่านั้นในการออกกำลังกาย ไม่ทำให้หัวใจแข็งแรง และอาจมีอันตรายได้

- ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกตลอดชีวิต และต้องออกกำลังกายแบบนี้ ๓ เดือนก่อนที่จะออกกำลังกายแบบที่ไม่ใช่แอโรบิก เช่น กอล์ฟ เทนนิส แบดมินตัน

- ออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- ออกกำลังกายแบบอื่นเป็นการออกกำลังกายเพื่อความเพลิดเพลิน

การออกกำลังกายมีการดำเนินการ ๕ ขั้นตอน

- ๑) ยืดเส้น
- ๒) อุ่นเครื่อง
- ๓) ออกกำลังกาย (๓๐ นาที)
- ๔) คลายความร้อน
- ๕) ยืดเส้น

หากทำได้ ควรแช่น้ำร้อน และนวดหลังออกกำลังกาย ๒ - ๓ ชั่วโมง

ลักษณะการออกกำลังกาย

- ควรออกกำลังกายไม่เหมือนกันในแต่ละครั้ง เช่น วิ่งหนึ่งวัน ว่ายน้ำหนึ่งวัน
- ควรออกกำลังกายในครั้งเดียวกันให้มีทั้งหนักและเบาสลับกันไป

ประโยชน์ของการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

- ลดความอ้วน
- ลดไขมันที่ไม่ดีถ้าสูงไป Total Cholesterol, Triglyceride
- เพิ่ม HDL ซึ่งเป็นไขมันประเภทดี ป้องกันหลอดเลือดตีบ
- ลดความดันโลหิตได้ประมาณ ๕ - ๑๐ มิลลิเมตรปรอท
- ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งเป็นการประหยัดการทำงานของหัวใจ
- ช่วยให้ร่างกายนำไขมันมาเป็นพลังงานได้ดีกว่าเดิม
- ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ๑๓ ชนิด เช่น ลำไส้ใหญ่ เต้านม ตับ
- ช่วยลดความเครียด ช่วยทำให้อ่อนหลับ ความจำดีขึ้น
- ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ
- ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นตนเอง สง่างาม ผิวหนังดี
- ป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน
- ป้องกันโรคกระดูกเปราะ
- ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ลดการเจ็บป่วย การหยุดงาน ค่าใช้จ่าย

๒.๓.๘ สรุปการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง

- ควรนอน ๖-๘ ชั่วโมง (๗ ชั่วโมงดีที่สุด)
 - ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้งๆ ละ ๓๐ นาที
- ถ้าอยากลดน้ำหนัก ๖๐ นาที (๖ ครั้ง/สัปดาห์)
- ยืดเส้นทุกวัน
 - บริหารกล้ามเนื้อเข้าทุกวัน
 - บริหารกล้ามเนื้อคอทุกวัน
 - บริหารกล้ามเนื้อท้องทุกวัน
 - บริหารกล้ามเนื้อหลังทุกวัน
 - ยกน้ำหนักเบา ๆ เป็นการเสริมสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง เดินมาก ๆ โดยเฉพาะ
- ผู้หญิง ควรหลีกเลี่ยงการใช้ลิฟต์
- ดื่มนมพร่องไขมัน ผัก เต้าหู้ ฯลฯ เพื่อป้องกันโรคกระดูกผุ
 - ดื่มน้ำเปล่ามาก ๆ วันละประมาณ ๑๐ - ๑๕ แก้ว ตามสภาพของการ
- ออกกำลังกายและสภาพอากาศ
- รับประทานอาหาร ๓ มื้อ มื้อเย็นควรรับประทานให้น้อยที่สุด (เช่น มื้อเช้า ๒๕% กลางวัน ๕๐% เย็น ๒๕% ของพลังงานทั้งหมดที่ท่านต่อวัน)
 - ควรเคี้ยวอาหารช้า ๆ เพราะกว่าจะทำให้ร่างกายจะรู้ว่าอิ่มต้องใช้
- เวลา ๒๐ นาที
- ควรดื่มน้ำก่อนอาหาร
 - หลีกเลี่ยงของหวาน น้ำหวาน เค็ม มัน(ทอด)
 - คุมน้ำหนักตัว (คุมอาหารและออกกำลังกาย)
 - รับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ ปลา ไก่ที่ไม่มีหนัง ไม่มีมัน เป็นหลัก ทานข้าวได้
- หลีกเลี่ยงการทานของหวาน น้ำตาล เค้ก น้ำหวาน กะทิ เครื่องใน ไข่แดง มันสัตว์ ของทอด เนื้อสัตว์
- มากไป ฯลฯ
- คาดเข็มขัดนิรภัย ควรสวมหมวกกันน็อค
 - งดเล่นการพนัน งดเสพยาเสพติด มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
 - รับประทานป้องกันทุกโรคตามระยะที่แพทย์แนะนำ โดยเฉพาะอายุ ๕๐ ปี
- ควรรับวัคซีน ดังนี้
- ๑) วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ทุกปี (๓๐๐ บาท)
 - ๒) วัคซีนป้องกันโรคปอดบวม ๑ เข็ม (๒,๓๐๐ บาท)

๓) วัคซีนป้องกันโรคงูสวัด (๕,๑๐๐ บาท)

๔) วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ทุก ๑๐ ปี (๖๓๐ บาท)

๕) วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

- หากนอนกรน โดยเฉพาะถ้าหยุดหายใจควรรีบปรึกษาแพทย์
- หลีกเลี่ยงการตากแดดเป็นระยะเวลานาน
- มีงานอดิเรกทำ เพื่อให้ร่างกายและสมองถูกใช้งาน
- ระวังการหกล้ม (ดูแลสภาพของบ้าน)
- ทำใจให้สบาย ทำตัวทุกอย่างให้พอดีๆ ปรับตัวเข้าได้กับทุกสถานการณ์

กาลเวลา ยอมรับการเปลี่ยนแปลง

- ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี (อาจเริ่มตอนเช้างาน)
- ตรวจวัดสายตาทุกปี ตั้งแต่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป
- สูภาพสตรีควรไปตรวจภายในเป็นระยะเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์
- เมื่ออายุ ๔๐ ปีควรตรวจเต้านมตัวเองทุกเดือน พบแพทย์ทุกปี
- ชายอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปตรวจต่อมลูกหมาก
- ชาย/หญิง อายุ ๕๐ ปี ตรวจคัดกรองหามะเร็งของลำไส้ใหญ่
- ชาย ๖๕ ปี หญิง ๗๐ ปี ตรวจเรื่องกระดูกพรุน

สรุปการดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับ :-

สรุปการดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับ :-

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ | 7) เดินสายกลางในชีวิต |
| 2) โภชนาการที่เหมาะสม
(โดยดูแลให้ BMI < 23,
พุงชาย < 90 เซนติเมตร,
หญิง < 80 เซนติเมตร | 8) ไม่เล่นการพนัน |
| 3) ไม่สูบบุหรี่ | 9) ตรวจสอบสุขภาพตามแพทย์แนะนำเป็นระยะ |
| 4) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (มาก) | 10) ตรวจคัดกรองหาโรค ที่ๆ ที่ไม่มี อาการ เช่น
อายุ 50 ปีตรวจคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ |
| 5) ไม่ใช้ยาเสพติด | 11) ถึงแม้ทำทุกอย่าง ถ้ามีอาการควรรีบปรึกษา
แพทย์ |
| 6) มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย | 12) ความปลอดภัยบนท้องถนนและการป้องกันการ
การหกล้ม |
| | 13) มีงานหรืออะไรทำ ป้องกันสมองเสื่อม
สุขภาพจิต |

102

ที่มา : รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์

บทสรุป การที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ประเทศไทยจะต้องมีการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรและระบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ มาตรการที่ต้องรีบดำเนินการมีดังต่อไปนี้

การปรับปรุงฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ทันสมัยเพื่อที่จะได้ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และให้ความช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึงและตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง

การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ซึ่งยังมีปัญหาเรื่องโรงพยาบาลที่ให้เลือกใช้บริการมีจำกัด และไม่ค่อยได้รับความเชื่อถือด้านคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องการส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน จึงเป็นหน้าที่ของรัฐในการปรับปรุงและควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกแห่งให้ได้มาตรฐาน

การดูแลระยะยาวและการแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแล ผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจและสังคม ทำให้รูปแบบและขนาดของครัวเรือนเปลี่ยนแปลงไป ขณะเดียวกัน ภาวะการเจ็บป่วยและพิการของผู้สูงอายุก็มีมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาด้านการดูแลระยะยาวและการขาดแคลนผู้ดูแล จึงมีการเสนอให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ เร่งจัดทำนโยบาย แผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการ

การสร้างหลักประกันด้านรายได้ โดยส่งเสริมการออมเพื่อวัยหลังเกษียณ ผ่านเครื่องมือหรือระบบการออมประเภทต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ กองทุนรวมหุ้นระยะยาว การประกันชีวิต และกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ

การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ รวมถึงการขยายเกณฑ์กำหนดเกษียณอายุจาก ๖๐ ปี เป็น ๖๕ ปี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้และได้ใช้ประสบการณ์และศักยภาพอย่างเต็มที่ รวมถึงเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานด้วย

การสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลปัญหาผู้สูงอายุได้ด้วยตัวเองให้มากที่สุด



๔. สถานที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ลักษณะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุแต่ละคนไม่เหมือนกัน โดยมีความแตกต่างทางสถานะทางการเงิน และสถานทางด้านครอบครัว ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสุขภาพร่างกายเสื่อมถอยตามกาลเวลา ดังนั้น สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในยามชรา คือ สถานที่พักอาศัยที่พำนัก และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ โดยในเรื่องนี้มีหน่วยงานภาครัฐได้เข้ามาดูแล หลายหน่วยงาน อย่างไรก็ตามสถานที่พักอาศัยของทางราชการ อาทิ บ้านสงเคราะห์ บ้านพักคนชรา มีจำนวนจำกัด ดังนั้น ภาคเอกชนจึงได้จัดตั้งสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และไม่สามารถพักอาศัยในบ้านพักของทางราชการได้ อีกทั้งเป็นทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุชาวต่างชาติที่ลี้ภัยเข้ามาอาศัยแผ่นดินไทยในวัยชรา ดังนั้น จึงขอนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

๔.๑ สถานที่พักอาศัยและการออกแบบที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากรองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกี่ยวกับการดำเนินการในส่วนของสถานที่พักอาศัยและการออกแบบที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มที่ ๑ (ติดสังคม) และกลุ่มที่ ๒ (ติดบ้าน) โดยการพิจารณาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีการพิจารณาจาก “ดัชนีการสูงวัย” (Index of Ageing) ซึ่งแสดงถึงการสูงวัยของประชากร ในพื้นที่ ซึ่งคำนวณได้จากประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี คูณด้วย ๑๐๐

“ดัชนีการสูงวัย” (Index of Ageing) แสดงถึงการสูงวัยของประชาชนในพื้นที่
ซึ่งคำนวณได้จากประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี คูณด้วย ๑๐๐

จังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยสูงที่สุด ๑๐ อันดับแรก

๑. จังหวัดลำปาง	๑๔๓.๕
๒. จังหวัดลำพูน	๑๔๓.๓
๓. จังหวัดแพร่	๑๔๐.๐
๔. จังหวัดสมุทรสงคราม	๑๓๓.๗
๕. จังหวัดสิงห์บุรี	๑๒๘.๔
๖. จังหวัดชัยนาท	๑๒๔.๓
๗. จังหวัดอุตรดิตถ์	๑๒๑.๑
๘. จังหวัดพะเยา	๑๒๐.๑
๙. จังหวัดอ่างทอง	๑๑๓.๕
๑๐. จังหวัดนครสวรรค์	๑๑๒.๗

จากการสำรวจประชากรไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่ใน
 ชนบทประมาณร้อยละ ๕๙ และอยู่ในเขตเทศบาลประมาณร้อยละ ๔๑ ซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุ
 ในชนบทที่มีความยากจน ประมาณ ๖๙๑,๐๐๐ คน และผู้สูงอายุอยู่ในชนบทที่มีความยากจนและถูกทอดทิ้ง
 ประมาณ ๒๗,๐๐๐ คน ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุทั่วประเทศที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน
 ทั้งสิ้น ๒,๒๘๕ คน

๔.๑.๒ การดำเนินการที่ผ่านมาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

ข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ได้มีการดำเนินการจัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้กับคนพิการ จำนวน ๒,๔๐๐
 หลังคาเรือน ซึ่งในจำนวนนั้น มีกลุ่มผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วยร้อยละ ๗๐ โดยในช่วงแรกจะจัดสรร
 งบประมาณสนับสนุนหลังคาเรือนละ ๑๐,๐๐๐ บาท ซึ่งได้มีการทำการศึกษาวิจัย และพบว่า เงินจำนวนนี้
 ไม่เพียงพอที่จะสามารถปรับปรุงบ้านเรือนได้อย่างครบถ้วนทุกส่วน จึงได้มีการอนุมัติเงิน
 งบประมาณส่วนกลางในการดำเนินการปรับปรุงบ้านพักเป็นหลังละ ๒๐,๐๐๐ บาท (โดยองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ให้การสนับสนุน เนื่องจากติดขัดปัญหาในเรื่องกฎหมาย) ต่อจากนั้น
 จึงได้มีการวิจัยต่อไป และพบว่า จำนวนเงินที่นำมาปรับปรุงจำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท นั้น สามารถ
 นำมาใช้ในการปรับปรุงพื้นบ้าน หลังคาและห้องน้ำเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามเงินจำนวน
 ดังกล่าวยังไม่เพียงพอที่จะดำเนินการในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือผู้สูงอายุที่ติดเตียง
 โดยผลการวิจัยพบว่า ควรสนับสนุนเงินงบประมาณหลังละ ๔๐,๐๐๐ บาท (สำหรับครอบครัว
 ที่มีความพิการร่วมด้วย) ซึ่งการสนับสนุนเงินงบประมาณเพื่อใช้ในการปรับปรุง ที่อยู่อาศัย ควรพิจารณา
 กำหนดตามความจำเป็นของแต่ละกลุ่ม โดยการพิจารณาถึงอาการของผู้สูงอายุ สภาพร่างกาย
 ของผู้สูงอายุ ฐานะของผู้สูงอายุ และความพิการของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องสนับสนุน
 จำนวนเงินที่เท่ากันในทุกหลังคาเรือน

๔.๑.๓ ชุมชนผู้สูงอายุที่มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care Retirement Communities : CCRC)

โดยมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ตามสภาพการพึ่งพิงเป็น ๒ กลุ่ม

กลุ่มที่ ๑ อยู่อย่างอิสระ ไม่พึ่งพิง (Independence Living or Active Aging)
 หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และดูแล
 ตนเอง ได้ไม่จำกัดพื้นที่ในการอยู่อาศัย ได้แก่ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (DAY CARE) และชุมชนผู้สูงอายุ
 (Retirement Community)

กลุ่มที่ ๒ อยู่อย่างพึ่งพิง (Assisted Living) หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ต้องมีผู้ดูแลหรือมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ การใช้พื้นที่ในชีวิตประจำวันเป็นแบบจำกัดพื้นที่ ได้แก่ สถานะบริหารบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home)

จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปีทำให้ในปัจจุบันพบว่า มีโครงการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การพัฒนาโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จึงแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ ๑) โครงการที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะสั้น (Short Stay) เช่น การดูแลระหว่างวันแบบไปเช้าเย็นกลับ (Day Care) ๒) โครงการที่ให้บริการดูแลในระยะการพักฟื้นหรือดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Stay)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อายุยืนขึ้น โครงการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุย่อมต้องมีเพิ่มมากขึ้น สิ่งสำคัญ คือ ยังขาดรูปแบบที่เหมาะสม

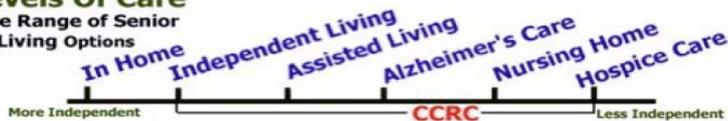
ชุมชนผู้สูงอายุที่มีระบบการดูแล

Continuing Care Retirement Communities : CCRC



- การจัดที่พักอาศัยที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถมีรูปแบบการดำรงชีวิตที่อิสระ แต่ขณะเดียวกันก็ให้หลักประกันในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยในระยะยาวด้วย
- ชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย
- การให้บริการผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าบริการต่างๆได้ โดยผู้เช่าอยู่จะต้องจ่ายเงินค่าเช่ามาอาศัยและเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายเดือน

Levels Of Care The Range of Senior Living Options



ที่มา: แผนปฏิบัติการวิจัยการประเมินผลของโครงการชุมชนผู้สูงอายุ

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๔.๑.๔ รูปแบบธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

กลุ่มอยู่อย่างอิสระไม่พึ่งพา (Independence Living or Active Aging) จะใช้รูปแบบ ดังนี้

- ๑) การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม (Home Remodeling)
- ๒) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care)
- ๓) ที่อยู่อาศัยในชุมชนผู้สูงอายุ (Retirement Community)

กลุ่มอยู่อย่างพึ่งพิง (Assisted Living) จะใช้รูปแบบ ดังนี้

- ๔) สถานะบริหารบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home)
- ๕) สถานะดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Dementia and Alzheimer's Care)
- ๖) สถานะดูแลผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Hospice Care)

โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ ๑ การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม (Home Remodeling)

- ผู้สูงอายุจะคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมเดิม
- การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิมให้มีความสะดวกและปลอดภัย จึงมักจะเป็นทางเลือกลำดับแรก

- การปรับปรุงห้องนอน เช่น การย้ายห้องนอนลงมานอนชั้นล่าง การปรับพื้นห้องนอนให้เรียบเสมอกัน ใช้วัสดุที่นุ่ม พื้นผิวไม่ลื่น สีส่อนดูสบายตา

- การปรับปรุงห้องน้ำ โดยปรับพื้นให้เรียบเสมอกัน ใช้วัสดุพื้นผิวไม่ลื่น เพิ่มราวจับ ปรับสุขภัณฑ์ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ ติดสัญญาณฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือ

ทั้งนี้ ความต้องการในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม เป็นตลาดกลุ่มใหญ่ที่สุด ประมาณร้อยละ ๘๕ - ๙๕ ของตลาดทั้งหมด

รูปแบบที่ ๒ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care)

- การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะเวลากลางวัน
- ผู้สูงอายุยังคงพักอาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเองตามปกติ
- การเดินทางแบบไปเช้าเย็นกลับ หรือมีรถจากศูนย์รับ - ส่งถึงบ้าน
- ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งในและนอกสถานที่ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ การทำกิจกรรมทางศาสนา การจัดกิจกรรมพักผ่อน และการสร้างสังคมระหว่างหมู่เพื่อน ฯลฯ

รูปแบบที่ ๓ ที่อยู่อาศัยในชุมชนผู้สูงอายุ (Retirement Community)

- ชุมชนแบบนี้ เป็นชุมชนของผู้สูงอายุที่ยังมีสภาพร่างกายแข็งแรงอยู่ ยังทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามสมควร

- ลักษณะเด่นของชุมชน คือ ที่พักอาศัยในชุมชนสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้อยู่ในชุมชนเดียวกัน

- โดยทั่วไปจะรับผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ ๕๕ ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามหากมีญาติที่อายุน้อยกว่าจะมาพักอาศัยด้วย ก็จะเป็นการช่วยเพิ่มชีวิตชีวาให้โครงการ

รูปแบบที่ ๔ สถานะบริหารผู้สูงอายุ (Nursing Home)

- สถานที่ที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในหลายระดับ ตั้งแต่การดูแลกลุ่มพึ่งพิง (Assisted Living) ที่พอจะดูแลตนเองได้บ้างในบางเรื่องไปจนถึงกลุ่มที่ต้องการการดูแล ๒๔ ชั่วโมง (Nursing Care)

- โดยคน ๆ หนึ่งอาจจะเข้ามาอยู่ในชุมชนในระดับ Day Care แต่ต่อมาเมื่อมีสภาวะร่างกายที่เสื่อมลง จนต้องเข้าไปอยู่ใน Nursing Home

- สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ

รูปแบบที่ ๕ สถานดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Dementia and Alzheimer's Care)

- สถานที่ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคสมองเสื่อม มีปัญหาทางด้านความคิด การรับรู้และความจำ
- การดูแลนี้จะเป็นการดูแลเฉพาะด้าน
- เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคสมองเสื่อม และจำเป็นที่จะต้องมีความปลอดภัยในการแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด

รูปแบบที่ ๖ สถานดูแลผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Hospice Care)

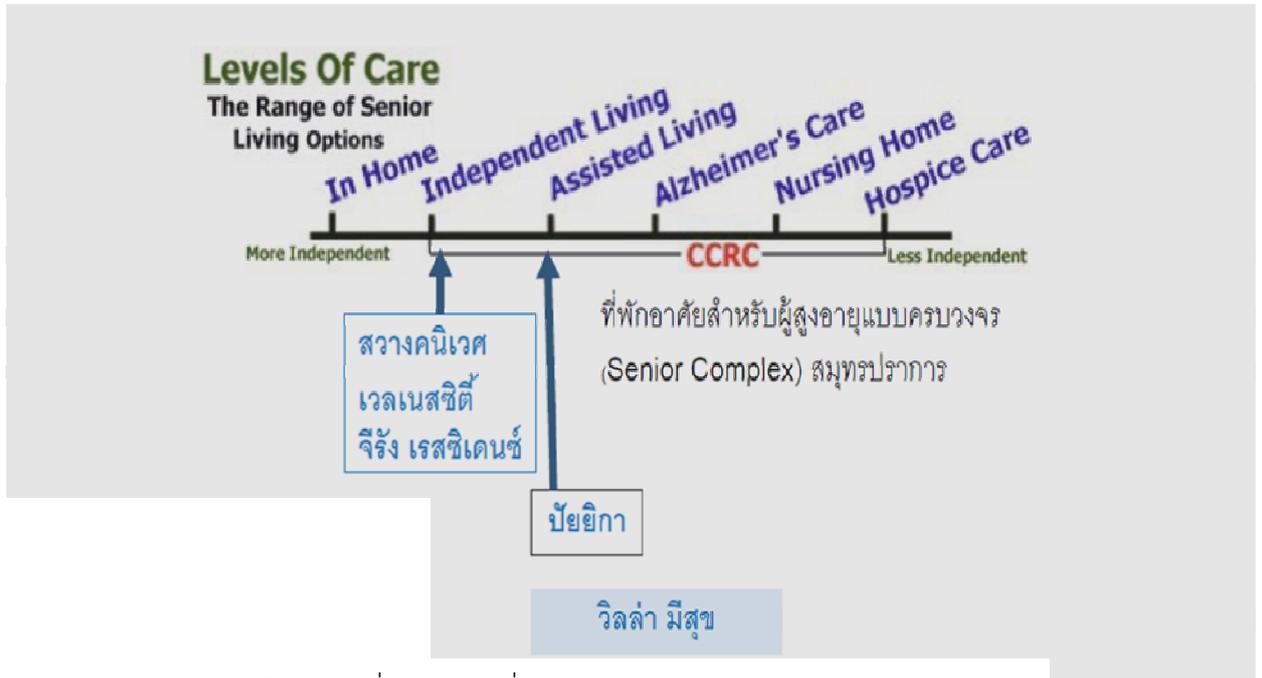
- เป็นการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of Life) จะมีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- ดูแลทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ (Body & Spiritual Care)

หมายเหตุ : รูปแบบที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แบบที่ ๔ , ๕ , ๖ อาจอยู่ในโครงการเดียวกัน แต่แยกอาคารกัน และต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแล

๔.๑.๕ ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex)

ในประเทศไทยได้มีการจัดสร้างศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุขึ้น และมีการดำเนินการรับผู้สูงอายุเข้าไปพักอาศัยแล้ว ได้แก่ โครงการสวนคนิเวศ บ้านปัยยิกา เวลเนสซิตี จีรัง เรสซิเดนซ์ ฯลฯ

รัฐบาลโดยกรมธนารักษ์ กระทรวงการคลัง ได้ดำเนินการวางแผนใช้สถานที่ราชพัสดุ ดำเนินการโครงการก่อสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Complex) ในจังหวัดชลบุรี จังหวัดนครนายก จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยระยะแรกได้ดำเนินการที่ราชพัสดุย่านบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อรองรับผู้สูงอายุ ๑,๐๐๐ ยูนิต แบ่งออกเป็น ๓ โซน คือ ๑. Hospice Zone ๒. Senior Housing Zone ๓. Nursing Home Zone โดยคุณสมบัติของผู้อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายการดูแลรักษา จะมีรายละเอียดแจ้งภายหลัง



ระดับโครงการที่พักอาศัย ที่เหมาะสำหรับการอยู่อาศัย ระดับต่าง ๆ

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายละเอียดโครงการบ้านผู้สูงอายุ/ดูแลสุขภาพ ในประเทศไทย มีดังนี้

โครงการบ้านผู้สูงอายุ/ดูแลสุขภาพ						
โครงการ	การออกแบบ	ลักษณะห้องพัก	พื้นที่ส่วนกลาง	บริการ	ราคา	หมายเหตุ
สว่างคนิเวศ (เฟส 1) 8 ชั้น 168 ยูนิต	เน้นทุกการออกแบบให้เหมาะสมและเป็นมิตรกับผู้อยู่อาศัย	1. ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ 2. มีระเบียง 3. พื้นที่ห้อง 40 ตร.ม.	1. สระว่ายน้ำป้าบับด์ 2. ห้องออกกำลังกาย 3. ลานสุขภาพ, 4. ห้องสมุด 5. ห้องพระ 6. ห้องกายภาพบำบัด 7. ห้องพยาบาล 8. ห้องเล่นรำ(เฟส2)	1. ทีมพยาบาลดูแล 2. คลินิกนอกเวลา กายภาพบำบัด 3. ตรวจสุขภาพ ฟรี 4. จุกเงิน มีระบบส่ง ต่อไปโรงพยาบาล	ค่าสิทธิ์เข้าอยู่ 850,000 บาท	-กรณีสุขภาพเสื่อม ถอยต้อง เข้ารับการดูแลในสถาน ดูแล ระยะยาว จะได้รับเงิน คืน 40% ของเงินบริจาคหลังจาก มี ผู้สืบทอดทรัพย์สินใหม่เข้า มา ทดแทน -ไม่สามารถซื้อขาย สิทธิ์ต่อให้ ผู้อื่น
บียูยีกา 4 ชั้น 62 ยูนิต (ห้องพยาบาลและห้องพักพื้นที่อีก 32 ยูนิต)	สไตล์ทรอปิคอลริสอร์ท	1. ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ 2. มีระเบียง ร่มรื่น 3. พื้นที่ห้อง 40 ตร.ม.	1. สโมสร 2. ห้องอาหาร 3. ฟิตเนส สระว่ายน้ำ 4. สนามหญ้าและ บริเวณพักผ่อนใน สวน	1. บริการดูแล พื้นฟู สุขภาพ 2. อาหาร 3มื้อ 3. ทำความสะอาดห้อง 4. ซักรีด 5. ผู้ดูแล 6. ทำกิจกรรมอื่นๆ	-25,000 บาท/เดือน สำหรับท่านที่ดูแล ตนเองได้ -30,000 บาท/เดือน สำหรับท่านที่ต้องการ ผู้ดูแล	
เวลเนสซิติ (เฟส 3) บ้านเดี่ยว 70 ยูนิต	สไตล์ไทยร่วมสมัย คีตริมน้ำ	1. บ้านชั้นเดียวที่ออกแบบมาให้เหมาะกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ท่ามกลางธรรมชาติริมน้ำ 2. พื้นที่ 40-156ตร.ม	1. สระว่ายน้ำ 2. สวนสาธารณะ 3. สถานพยาบาล 4. ศูนย์ประชุม 5. ศูนย์อาหาร	1. ซักรีด 2. รถรับส่งในโครงการ 3. บริการรถเพื่อชื่อของ แม่บ้าน	-บ้านเดี่ยวเริ่มต้น 3 ล้าน บาท	
วิลล่า มีสุข ดอนโด 28 ยูนิต บ้านเดี่ยว 6 ยูนิต	สไตล์โคโลเนียลวินเทจร่วมสมัย วิวธรรมชาติด้านรั่มรื่นพร้อมวิวภูเขา	1. ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ 2. หอพระมีระดับ 3. คอนโด48-96ตร.ม. 4. บ้านเดี่ยว124-136 ตร.ว.	1. สระว่ายน้ำ 2. ห้องออกกำลังกาย 3. สวนพักผ่อน 4. ห้องพยาบาล 5. ลานออกกำลังกาย	1. บริการผู้ช่วยส่วนตัว 2. รถรับ-ส่งภายในเมือง 3. จัดหาอาหาร 4. พนักงานดูแลสุขภาพ 5. ซักรีดทำความสะอาด	1. คอนโด 2.3 - 4 ล้าน บาท 2. บ้านเดี่ยว ราคาเริ่ม 4.6 ล้านบาท	ส่วนคอนโดรับดูแล ตลาดให้เข้าด้วย โดยรับประกัน ผลตอบแทน 8% 3 ปี แรก
จิร์จ เรสซิเดนซ์ บ้านเดี่ยว 49 ยูนิต	สไตล์โคโลเนียลล้านนาท่ามกลางธรรมชาติ	1. บ้านเดี่ยวที่เพียบพร้อมองค์ประกอบ สร้างเสริมสุขภาพ ที่ยั่งยืนให้กับผู้อยู่อาศัย 2. ราวระเบียงไม้ ชานทางเดินที่เปิดรับอากาศ 3. พื้นที่ภายในโปร่ง โอโลงเปิดวิวทิวทัศน์	1. คลินิก สปา 2. ห้องอาหารสุขภาพ 3. ห้องออกกำลังกาย 4. ลานออกกำลังกายกลางแจ้ง 5. โรงแปรรูปสมุนไพร 6. ศูนย์ปฏิบัติธรรม	ผู้ซื้อบ้านทุกหลังจะได้เป็นสมาชิกของ Jirung Health Village Member Club ฟรี 10 ปี ซึ่งมีสิทธิประโยชน์ในการใช้บริการของรีสอร์ทสุขภาพ		

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างโครงการบ้านสำหรับผู้สูงอายุ

๑. โครงการสวนคนิเวศ มีลักษณะดังนี้

สวนคนิเวศ

Project Plan

สวนคนิเวศ (สมุทรปราการ)				
สวนคนิเวศ (เฟส 1)		8 ชั้น 1 อาคาร 168 ยูนิต		
สวนคนิเวศ (เฟส 2)		6 ชั้น 8 อาคาร 300 ยูนิต		
รายละเอียด				
รูปแบบ	พื้นที่ใช้สอย(ตร.ม.)	จำนวนยูนิต	ค่าแรกเข้า	รายเดือน
(เฟส 1) สตูดิโอ	40	168	850,000	2,500 ไม่รวมน้ำ-ไฟ
(เฟส 2) สตูดิโอ	38-41.5	300		
สิ่งอำนวยความสะดวก	สระว่ายน้ำปาร์ก/ห้องออกกำลังกาย/ลานสุขภาพ/ห้องสมุด/ห้องพระ/ห้องสวด/กายภาพบำบัด/ห้องพยาบาล/ห้องเล่นแร่(เฟส2)			
บริการ	ทีมพยาบาลดูแล/คลินิกนอกเวลา/กายภาพบำบัด/ตรวจสุขภาพ ฟรี/กรณีฉุกเฉิน มีระบบส่งต่อไปโรงพยาบาล			
การออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ	เน้นทุกการออกแบบให้เหมาะสมและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ			
ผู้สนับสนุนได้รับสิทธิเข้าพักอาศัยในอาคารตลอดชีวิต พร้อมคู่สมรส (ถ้ามี) โดยต้องพักอาศัยอยู่ประจำ	- กรณีสุขภาพเสื่อมถอยต้องเข้ารับการดูแลในสถานดูแลระยะยาว จะได้รับเงินคืน 40% ของเงินบริจาคหลังจากมีผู้สนับสนุนรายใหม่เข้ามาทดแทน			
	- ไม่สามารถซื้อขายสิทธิ์ต่อให้ผู้อื่น			

เฟส 1

เฟส 2



หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนผัง MSOONUU ห้องผู้สูงอายุเฉพาะ

MSOONUU เป็นบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีพื้นที่ใช้สอย 40 ตร.ม. ประกอบด้วย ห้องนอน 1 ห้อง ห้องน้ำ 1 ห้อง และห้องนั่งเล่น 1 ห้อง

MSOONUU มีพื้นที่ใช้สอย 40 ตร.ม. ประกอบด้วย ห้องนอน 1 ห้อง ห้องน้ำ 1 ห้อง และห้องนั่งเล่น 1 ห้อง

๒. โครงการบ้านปัยยิกา จังหวัดปทุมธานี มีลักษณะดังนี้

บ้านปัยยิกา











บ้านปัยยิกา (ปทุมธานี)			
อาคารพักอาศัย	อาคารสูง 4 ชั้น 62 ยูนิต (ห้องพยาบาลและห้องพักพื้น 32 ยูนิต)		
รายละเอียด			
รูปแบบ	พื้นที่ใช้สอย (ตร.ม.)	จำนวนยูนิต	ราคา (ล้านบาท)
ห้องสูดิโอ	40	62	-25,000 บาท/เดือน สำหรับท่านที่ดูแลตนเองได้ -30,000 บาท/เดือน สำหรับท่านที่ส่งการผู้ดูแล
สิ่งอำนวยความสะดวก	สโมสรร/ห้องอาหาร/ฟิตเนส/สระว่ายน้ำ/สนามหญ้าและบริเวณ/พักผ่อนในสวน		
บริการ	บริการดูแล พื้นฟูสุขภาพ/อาหาร 3มื้อ/ทำความสะอาดห้อง/ซักรีด/ผู้ดูแล/ทำกิจกรรมอื่นๆ		
การออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ	ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ มีระเบียง ร่มรื่น		

๓. โครงการวิลลา มีสุข มีลักษณะดังนี้

วิลลา มีสุข



Land Area for Private Villa: 2-BEDROOM 2-BATHROOM VILLA SIZE 124-136 SQ.M. 6 UNITS
พื้นที่พร้อมสระว่ายน้ำส่วนตัว 2-ไร่รวม 2-ไร่เศษ



CONDOMINIUM 1-BEDROOM UNIT SIZE: 48 SQ.M. 27 UNITS
1-BEDROOM SUITE UNIT SIZE: 96 SQ.M. 1 UNIT



วิลลา มีสุข (เชียงใหม่)			
โครงการจำนวน	วิลลา 6 ยูนิต คอนโดมิเนียม 28 ยูนิต		
รายละเอียด			
รูปแบบ	พื้นที่ใช้สอย(ตร.ม.)	จำนวน	ราคา (ล้านบาท)
วิลลาชั้นเดียว	175 (ที่ดิน132ตร.ว)	2 นอน 2 ไร่	เริ่มต้น 4.6
คอนโดมิเนียม (สูง 3 ชั้น)	48 ตร.ม. จำนวน 27 ยูนิต	1 นอน 1 ไร่	ขาย เริ่มต้น 2.3-4 เช่า 15,000บ.
	96 ตร.ม* จำนวน 1 ยูนิต		
สิ่งอำนวยความสะดวก	ห้องสวิต		
บริการ	ลานกิจกรรมเนกประสงค์/ ห้องออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ/ ห้องบิลลา/ ลิฟต์ โดยสำหรับคนโด้/ ล็อบบี้พร้อมบริการ Hospitality Services (ค่าบริการเสริม)/ระบบรักษาความปลอดภัย 24 ชั่วโมง/ WIFI สำหรับพื้นที่ส่วนกลาง/ สระว่ายน้ำพร้อมจากuzzi/ ร้านอาหารออร์แกนิก/ ร้านเครื่องดื่มคลา/ ลาดจอดรถ 100% /ทะเลสาบ		
การออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ	บริการผู้ช่วยส่วนบุคคล 24 ชั่วโมง/ รถรับ-ส่งในเมือง/ จัดหาอาหาร/ พนักงานดูแลสุขภาพ/ การจัดการเดินทาง/ จองตั๋วเครื่องบิน/ จองรถลฟ/ ซักรีด/ ทำความสะอาด		
	ตกแต่งระดับพรีเมียมพร้อมเฟอร์นิเจอร์ เทคานสูง 3 เมตร ประตู 2 ชั้น พร้อมห้องหมาห้องพัก, ตู้เสื้อผ้าไม้ลิ้นชัก, ตู้ติดผนัง และชุดครัวติดตั้งสำเร็จ ที่ดูดควัน, เตาไฟฟ้าและอ่างล้างจานมาตรฐานสูง, ปลั๊กไฟสองขั้วพื้น 90 ซม. เพื่อถ่ายและไม่ต้องก้ม, ประตูบานเลื่อนไม้ถลาลายดีไซเนอร์เคลือบสีกันกระเบื้องผนังและห้องนอน, พื้นปาร์เก้ไม้สักบริเวณห้องนอน, ห้องอาบน้ำแต่งด้วยวัสดุมาตรฐาน 5 ดาว HYGIENIC COMFORT CARE ACCESSORIES สำหรับสุขอนามัยของผู้สูงอายุ ระเบียงกว้างชมวิวภูเขาได้ทุกยูนิต		

- สวิต 90 ซม
- ประตูไม้กวาบ 90 ซม.
- สวิตสวิตช์รีโมทคอนโทรล
- ราวกันลื่น ไม้เคลือบผิวกันลื่น
- ชุดครัวมาตรฐาน พร้อมตู้เย็น 2 ประตู
- บันไดขึ้นบันไดไม้เคลือบผิวกันลื่น
- สวิทช์ไฟตามผนังห้องนอน
- ราวบันไดไม้เคลือบผิวกันลื่น
- กระจกเงาในห้องน้ำ



๔. โครงการจี้ริง เรสซิเดนซ์ มีลักษณะดังนี้

จี้ริง เรสซิเดนซ์



บ้านเมดิเนกา 321 ตร.ม. 3 ห้องนอน 3 ห้องน้ำ และห้องแม่บ้าน แมริม เชียงใหม่

จี้ริง เรสซิเดนซ์			
ที่อยู่	อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่		
โครงการ	บ้านเดี่ยว		
จำนวน	49 ยูนิต		
รายละเอียด			
บ้านเดี่ยว 2 ชั้น	พื้นที่ใช้สอย(ตร.ม.)	จำนวน	ราคา (ล้านบาท)
เมดิเนกา	321	3 นอน 3 น้ำ	เริ่มต้น 11.1
ดราลีย์	220	2 นอน 3 น้ำ	เริ่มต้น 8.5
หทัยศรัณี	150	2 นอน 2 น้ำ	เริ่มต้น 6.3
บริการ		Member Club ฟรี 10 ปี ซึ่งมีสิทธิ์ประโยชน์ในการใช้บริการของรีสอร์ทสุขภาพ	

ออกกำลังกาย/ ลานออกกำลังกาย/ ศูนย์ปฏิบัติ Jirung Health Village









๕. บ้านบุศยานิเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (มูลนิธิสมเด็จพระสังฆราช)

อาคารชุด ๒ ชั้น จำนวน ๔๘ ห้อง จะต้องบริจาคเงิน จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท ห้องพักแบ่งเป็น ห้องเดี่ยวจำนวน ๓๖ ห้อง เป็นห้องขนาด ๕.๙ X ๗.๔ เมตร รวมห้องน้ำและระเบียง มีเครื่องเรือนให้ และห้องคู่จำนวน ๑๒ ห้อง เป็นห้องขนาด ๘ x ๘.๒ เมตร มีลักษณะและอุปกรณ์เครื่องเรือนเหมือนกับแบบห้องพักเดี่ยว แต่มีขนาดพื้นที่มากกว่าและกั้นแยกห้องนอนออกเป็นอีก ๑ ห้อง



มูลนิธิสมเด็จพระสังฆราช
อาคารชุด 2 ชั้น 48 ห้อง
(6.00*6.00 ม.2)บริจาค 200,000บาท



หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๖. โครงการบางไทร ฮอสปิเ้าส์

สถานที่ตั้งโครงการ บริษัท เวสเนส โฮม จำกัด เลขที่ ๑ หมู่ที่ ๔ ตำบลช่างเหล็ก อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

แบ่งการดำเนินโครงการออกเป็น ๓ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ส่วนของบ้านพักอาศัย ส่วนที่ ๒ คลับเ้าส์ที่เป็นศูนย์บริการต่างๆ ส่วนที่ ๓ บริการจัดหาผู้เช่า



ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบ้านในโครงการมีทั้งสิ้น ๓ รูปแบบได้แก่

- ๑) บ้านแฝดชั้นเดียว พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน ๖๕ ตารางเมตร
- ๒) บ้านเดี่ยวชั้นเดียว พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน ๙๖ ตารางเมตร
- ๓) บ้านเดี่ยวชั้นเดียว พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน ๑๑๖ ตารางเมตร

ส่วนกลาง ประกอบด้วย ยามรักษาความปลอดภัย ระบบสัญญาณฉุกเฉิน ระบบโทรศัพท์ภายใน เกือบขยะฟรี บริการดูแลทรัพย์สินส่วนกลาง

๗. โครงการ Vivo Bene Village

→ Vivo Bene Village

<p>ผู้บริหาร ที่ตั้ง เอกลักษณ์โครงการ</p>	<p>คุณเมารัตน์ เสนีย์ คุ้มวร (ชาวสวิส) 93 หมู่บ้านใหม่ริมคลอง หมู่ 9 ต.ลวงเหนือ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220</p> <p>1) บ้านพักสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุและเป็นสถานที่สำหรับผู้ที่ต้องการ การดูแลเป็นพิเศษ ภายใต้การบริหารจัดการโดยผู้บริหารชาวสวิส</p> <p>2) ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนแห่ง ประเทศไทย(BOI)</p>
<p>ปีที่เปิดดำเนินการ เงินลงทุน พื้นที่ดิน ลักษณะอาคาร</p>	<p>2557</p> <p>5 ล้านฟรังก์สวิส (ประมาณ 540 ล้านบาท) 80 ห้องพัก @ 6.75 ลบ./ห้อง ประมาณ 22 ไร่</p> <p>พื้นที่ใช้สอยรวม 36,000 ตารางเมตร</p> <p>อาคารที่พัก จำนวน 6 อาคาร อาคารละ 12 ห้องรวม 72 ห้อง ขนาดห้องคือ 32 ตรม.</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาคารหลักจะมีห้องอาหารสวิสและเบเกอรี่ให้บริการ - มีบริการนวด, ทำผม และบริการด้านความงามต่าง ๆ - มีห้องพักแบบ วิลล่า อีก 4 อาคาร อาคารละ 2 ห้องรวม 8 ห้อง
<p>จุดเด่น</p>	<p>การจัดการได้รับแรงบันดาลใจมาจากสวิตเซอร์แลนด์ถึงร้อยละ 95 ที่ตั้งอยู่ในบริเวณเงียบสงบแต่ไม่ไกลจากตัวเมือง มีการประสานงานกับทางรพ.ดอยสะเก็ดและรพ.กรุงเทพเชียงใหม่</p>

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่มา : healthhub.mome.co/vivobenevillage/prachachat.net/news_detail.php?newsid=1467025308

หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ
บริษัท ยูนิเวอร์แซลดีไซน์เซ็นเตอร์ (ไทยแลนด์) จำกัด

32

→ Vivo Bene Village

<p>กลุ่มลูกค้า</p>	<p>ส่วนใหญ่เป็น ชาวยุโรป โดยเฉพาะชาวสวิตเซอร์แลนด์ ที่แข็งแรง ต้องการมาพักผ่อนและใช้ชีวิตอย่างสงบและเรียบง่าย</p> <p>อีกส่วนจะเป็น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น อัลไซเมอร์ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญ และพยาบาลวิชาชีพคอยดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>ในอนาคตจะขยายไปยังกลุ่มผู้เข้าพักชาวเอเชีย เช่น ชาวญี่ปุ่นและเกาหลีใต้</p>
<p>กิจกรรมภายนอก กิจกรรมภายใน ราคา</p>	<p>ห้องเที่ยวในตัวเมืองเชียงใหม่ ร้านอาหารและสถานที่พักผ่อนต่างๆ ออกกำลังกาย นวดสปา วายนา และคอร์สสอนทำอาหาร ทำสวน ค่าที่พัก(รวมอาหารและบริการเสริม) แพ็คเกจเริ่มต้นที่ราคา 75,000 ต่อเดือน @ 2,500 บ./คืน</p>
<p>อัตราค่าจ้างพนักงาน</p>	<p>และมีหลากหลายโปรแกรมให้เลือกตามความเหมาะสมของลูกค้า เจ้าหน้าที่รวม 70 คน พยาบาลรวม 15 คน</p>

ที่มา : prachachat.net/news_detail.php?newsid=1467025308

หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ
บริษัท ยูนิเวอร์แซลดีไซน์เซ็นเตอร์ (ไทยแลนด์) จำกัด

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๔.๑.๗ ข้อมูลประชากรสูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ และที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ในต่างประเทศมาอาศัยในประเทศไทย

ข้อมูลจากหน่วยวิจัย สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ประเทศญี่ปุ่นและประเทศอิตาลี จะมีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ ๓๐ ของจำนวนประชากร คาดว่าในปี ค.ศ. ๒๐๕๐ ประชากรเมืองจะเป็น ๑ ใน ๓ ของประชากรโลก ซึ่งทวีปยุโรปและทวีปอเมริกาจะมีสัดส่วนประชากรเมืองมากกว่าร้อยละ ๗๕ ลักษณะโครงสร้างทางสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จะมีจำนวน กว่า ๒ พันล้านคน คิดเป็นสัดส่วน ๑ ใน ๕ หรือร้อยละ ๒๐ ของประชากรโลก สำหรับการย้ายถิ่นฐานไปอยู่ต่างประเทศเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า ประเทศญี่ปุ่น ประเทศฟินแลนด์ และประเทศสวีเดน มีการย้ายถิ่นฐานมากที่สุด

ที่ผ่านมาได้มีการเก็บข้อมูลในรอบ ๑๒ ปี เกี่ยวกับข้อมูลของชาวต่างชาติ ที่มีการย้ายถิ่นฐานมาอยู่ประเทศไทยเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีรายละเอียด ดังนี้

12 ys		ข้อมูลพื้นฐาน						1,310 คน	
ตัวแปร	ชาวญี่ปุ่นในประเทศไทย	ชาวสแกนดิเนเวีย	ชาวต่างชาติ นานิน	ชาวญี่ปุ่น ริเออิ กรุงเทพ	ชาวต่างชาติ จ.อุดรธานี	ชาวญี่ปุ่น จ.เชียงใหม่	ชาวญี่ปุ่น ชอยสุมวิท 41	ชาวญี่ปุ่น เขตวัฒนา	งานวิจัย
ปี พ.ศ. ที่เก็บข้อมูล	2544	2548	2554	2549	2552	2553	2554	2556	2554
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	143	21	130	25	142	132	157	134	416
กลุ่มตัวอย่าง	กรุงเทพฯ และนิคมอุตสาหกรรมต่างๆ	ชาวสแกนดิเนเวียที่อายุ 55 ปีขึ้นไป อาศัยในโครงการ สแกนดิเนเวีย วิลเลจ จ.ชลบุรี	ผู้สูงอายุชาวต่างชาติที่พักอาศัยในโครงการ สمارทวิลเลจ อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป	ผู้สูงอายุญี่ปุ่นที่พักอยู่ใน โครงการริเออิ ลุมพินี เรสซิเดนซ์ กรุงเทพฯ เกิน 1 เดือนขึ้นไป	ผู้สูงอายุชาวต่างชาติที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มาใช้ชีวิตใน อ.เมือง จ.อุดรธานีตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป	นักท่องเที่ยวสัญชาติญี่ปุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พานักระยะยาวใน จ.เชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และเป็นสมาชิกของสมาคม Chiang Mai Long Stay Life Club	นักท่องเที่ยวสัญชาติญี่ปุ่นที่เข้าพักอาศัยในชอยสุมวิท 41 ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป	ชาวญี่ปุ่นที่พำนักอยู่ในอาคารอยู่อาศัยรวม เขตวัฒนา กรุงเทพฯ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป	จ.เชียงใหม่
สัญชาติชาวต่างชาติที่เก็บข้อมูล	ญี่ปุ่น	สวีเดน เดนมาร์ก นอร์เวย์	อังกฤษ สวีเดน ฟินแลนด์ และอื่นๆ	ญี่ปุ่น	สหรัฐ อังกฤษ เยอรมันและอื่นๆ	ญี่ปุ่น	ญี่ปุ่น	ญี่ปุ่น	ไทย ญี่ปุ่น ยุโรป และอเมริกา
ช่วงอายุ ร้อยละ	41-50 ปี ร้อยละ 33.6	61-65 ปี ร้อยละ 42.11	60-64 ปี ร้อยละ 83	60-64 ปี ร้อยละ 52.0	60-64 ปี ร้อยละ 38.7	65-69 ปี ร้อยละ 47.70	41-50 ปี ร้อยละ 34.39	55-59 ปี ร้อยละ 44.03	ญี่ปุ่น 60-69 ปี ร้อยละ 15.87 ยุโรป ต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 17.31

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สภาพเศรษฐกิจ

ตัวแปร	ชาวญี่ปุ่น ในประเทศไทย	ชาว สแกนดิเนเวีย น	ชาวต่างชาติ หัวหิน	ชาวญี่ปุ่น รีเออี กรุงเทพ	ชาวต่างชาติ จ.อุดรธานี	ชาวญี่ปุ่น จ.เชียงใหม่	ชาวญี่ปุ่น ชอยสุชมวิท 41	ชาวญี่ปุ่น เขตวัฒนา	งานวิจัย เชียงใหม่
ที่มารายได้ ร้อยละ		ปานาญ ร้อยละ 56.00		เงินออมและ เงินเกษียณ ร้อยละ 56.0	เงินบำเหน็จ / ปานาญ ร้อยละ 95.8	เงินบำเหน็จ/ ปานาญ ร้อยละ 81.80	เงินเดือน ประจำ ร้อยละ 82.17		
รายได้ ร้อยละ	ต่ำกว่า ฿ 5,000 ร้อยละ 60.8	100,001- 300,000 บาท ร้อยละ 68.75	50,001- 100,000 บาท ร้อยละ 51.54	185,001- 280,000 บาท ร้อยละ 44.0	50,001- 100,000 บาท ร้อยละ 66.2	50,001- 100,000 บาท ร้อยละ 38.60	350,001- 500,000 เยน ร้อยละ 48.41	200,000- 300,000 เยน ร้อยละ 42.54	ญี่ปุ่น 10,000- 25,000 บาท ร้อยละ 38.24 ยุโรป 25,001- 50,000 บาท ร้อยละ 44.76
	50,001-100,000 บาท								
รายจ่าย ร้อยละ		62,000- 65,000 บาท	รายจ่าย น้อย กว่า 30,000 ร้อยละ 48.45	185,000- 280,000 บาท ร้อยละ 32.0	30,000- 60,000 บาท ร้อยละ 58.5	50,001- 100,000 บาท ร้อยละ 41.67	100,001- 150,000 เยน ร้อยละ 54.14	100,000- 200,000- เยน ร้อยละ 45.52	ญี่ปุ่น น้อย กว่า 10,000 บาท ร้อยละ 89.22 ยุโรป 10,000- 25,000บาท ร้อยละ 44.76
	30,001-60,000 บาท								
ความ เพียงพอ รายได้ ร้อยละ					พอดี ร้อยละ 72.5	พอดี ร้อยละ 43.20			พอดี ญี่ปุ่น ร้อยละ 50.67 ยุโรป ร้อยละ 67.66

ที่มา : รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๔.๒ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ^๖

“สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ” คือ ส่วนของอาคารที่สร้างขึ้นและอุปกรณ์อันเป็นส่วนประกอบของอาคารที่ติดหรือตั้งอยู่ภายในและภายนอกอาคารเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้อาคารสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งอำนวยความสะดวกนี้ เป็นส่วนสำคัญสำหรับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เป็นเพราะอุบัติเหตุของผู้สูงอายุมักเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ เช่น การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน นับตั้งแต่การหกล้ม เพราะเฟอร์นิเจอร์ในบ้านที่กีดขวางทางเดิน การมีธรณีประตูพื้นห้องที่ลื่น นอกจากนี้แล้วการเกิดอุบัติเหตุนอกบ้าน ก็มักเกิดขึ้นได้ง่าย เช่น ถนนพื้นต่างระดับ เป็นต้น

อาคารสถานที่ ที่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ติดบ้าน จะเดินทางไปใช้พื้นที่ภายนอกในระยะเวลาที่สามารถเดินถึง เช่น ร้านค้า ตลาดหรือศาสนสถานใกล้เคียง และสถานที่ราชการต่าง ๆ ดังนั้นสิ่งอำนวยความสะดวกของอาคารประเภทที่อยู่อาศัยที่ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่ทุกวันศาสนสถาน ที่ผู้สูงอายุเดินทางไปทำบุญ พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นและสถานที่สาธารณะ เช่น สวนที่ผู้สูงอายุใช้ออกกำลังกาย สถานที่ราชการอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องไปรับเบี้ยยังชีพ ทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น จึงควรกำหนดองค์ประกอบ สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการเข้าถึงสถานที่นั้น ๆ เพื่อสร้างความปลอดภัยในการใช้งานและอำนวยความสะดวกในการใช้พื้นที่ดังกล่าวเสีย

^๖ ไตรรัตน์ จารุทัศน์, การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ, น. ๓ - ๑๓. (มกราคม ๒๕๕๖)

๔.๒.๑ สิ่งอำนวยความสะดวกของที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงอายุต้องใช้งานในที่อยู่อาศัยของตนจำนวน ๘ องค์ประกอบ ได้แก่ ทางเดินเข้าบ้าน (จากประตูรั้วถึงประตูหลัก) บันไดภายนอก ทางลาด ประตูหลัก (ประตูเข้าบ้าน) บันไดภายในบ้าน ห้องนอน ผู้สูงอายุ ห้องน้ำผู้สูงอายุ ทางเดินภายในบ้าน (จากประตูหลักถึงห้องนอนและห้องน้ำ)

๔.๒.๒ สิ่งอำนวยความสะดวกของศาสนสถาน ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงอายุต้องใช้งานในศาสนสถาน จำนวน ๙ องค์ประกอบ ได้แก่ ทางเดินเข้าศาสนสถาน (จากประตูรั้วถึงประตูหลักของอาคาร) ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ บันไดภายนอก ทางลาด ประตูหลัก บันไดภายในอาคาร ห้องน้ำผู้สูงอายุ ทางเดินภายในอาคาร (จากประตูหลักถึงห้องน้ำ) ป้ายสัญลักษณ์

๔.๒.๓ สิ่งอำนวยความสะดวกของสถานที่สาธารณะ ซึ่งมีการแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนเนื่องจากลักษณะพื้นที่และการใช้งานพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ดังนี้

๑) สิ่งอำนวยความสะดวกของสถานที่สาธารณะ ภายนอกอาคาร ประกอบด้วย สิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงอายุต้องใช้งานในสถานที่สาธารณะที่อยู่นอกอาคาร จำนวน ๖ องค์ประกอบ ได้แก่ ทางเดินหลักภายนอกอาคาร ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ บันไดภายนอกอาคาร ทางลาดภายนอกอาคาร ห้องน้ำผู้สูงอายุ ป้ายสัญลักษณ์ภายนอกอาคาร

๒) สิ่งอำนวยความสะดวกของสถานที่สาธารณะภายในอาคาร ประกอบด้วย สิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงอายุต้องใช้งานในสถานที่สาธารณะที่อยู่ในอาคารสาธารณะนั้น จำนวน ๘ องค์ประกอบ ได้แก่ ประตูทางเข้าหลักของอาคาร บริการข้อมูล ห้องน้ำผู้สูงอายุ ทางเดินภายในอาคารลิฟต์ ทางลาดภายในอาคาร บันไดภายในอาคาร และป้ายสัญลักษณ์ภายในอาคาร ๑ กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘

๔.๒.๔ แนวทางการออกแบบและปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

อาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีความจำเป็นที่จะต้องออกแบบให้เกิดความเหมาะสมต่อการเข้าถึง โดยไม่มีสิ่งกีดขวางหรืออุปสรรคภายในอาคาร เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

๑) ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับศาสนสถานและอาคารสาธารณะควรมีที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ โดยที่จอดรถที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

- มีที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุใกล้ทางเข้า-ออกอาคาร ให้มากที่สุด
- ที่จอดรถมีลักษณะไม่ขนานกับทางเดินรถ
- ลักษณะของที่จอดรถเป็นพื้นที่สีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดกว้าง x ยาว

ไม่น้อยกว่า ๒.๔ x ๖.๐ เมตร และมีที่ว่างข้างที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า ๑ เมตร ตลอดความยาวของที่จอดรถ ที่ว่างต้องมีพื้นผิวเรียบ มีระดับเสมอกับที่จอดรถและตีเส้นไว้ชัดเจน

- มีสัญลักษณ์รูปคนพิการบนพื้น ขนาด ๙๐ x ๙๐ เซนติเมตร
- มีป้ายสัญลักษณ์รูปคนพิการและผู้สูงอายุ ขนาด ๓๐ x ๓๐ เซนติเมตร ติดตั้งให้ขอบล่างของป้ายสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า ๒ เมตร ในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจน
- มีจำนวนที่จอดรถตามกฎกระทรวงฯ สัดส่วน ๑๐ - ๕๐ มี ๑ คัน, ๕๑ - ๑๐๐ มี ๒ คัน และเพิ่ม ๑ คันทุก ๆ ๑๐๐ คัน (เกินกว่า ๕๐ คัน คิดเป็น ๑๐๐ คัน)



ภาพลักษณะที่จอดรถที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

๒) ทางเข้าสู่อาคาร/ที่อยู่อาศัย

จะแบ่งประเภททางเข้าสู่ตัวอาคารเป็น ๒ แบบ ได้แก่

(๑) บันได บ้านส่วนใหญ่ของคนไทยในชนบท นิยมยกพื้นสูง รวมถึงการที่ผู้สูงอายุบางส่วนอาศัยที่ชั้นสองของบ้าน ทำให้บันไดบ้านเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ขึ้น - ลงทุกวัน ซึ่งบันไดที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุได้ ดังนั้นหากเป็นไปได้ควรปรับห้องนอนของผู้สูงอายุให้อยู่ที่ชั้นล่าง เพื่อลดการขึ้นลงบันไดของบ้าน หรือต้องปรับปรุงบันไดให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดย

- บันไดจะต้องมีลูกตั้ง สูงไม่เกิน ๑๕ เซนติเมตร และไม่เป็น

ช่องเปิด

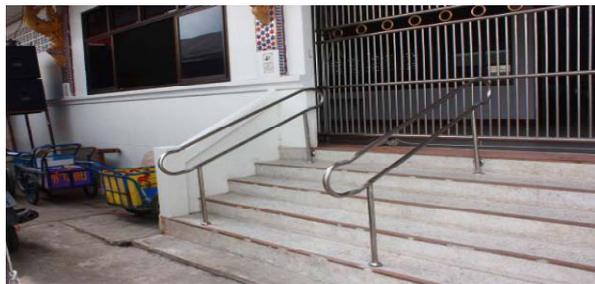
- ลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า ๓๐ เซนติเมตร
- มีราวจับ บันไดเส้นผ่านศูนย์กลางราวจับ ๓ - ๔ เซนติเมตร

ติดตั้งสูงจากพื้น ๘๐ - ๙๐ เซนติเมตร



ภาพลักษณะบันไดที่เหมาะสมสำหรับบ้านของผู้สูงอายุ โดยลูกตั้งไม่เป็นช่องเปิดและมีราวจับบันได

สำหรับอาคารศาสนสถานและสาธารณะ บันไดควรมีความกว้างอย่างน้อย ๑.๕๐ เมตร และปลายราวจับ ควรยื่นจากจุดสิ้นสุด ๓๐ เซนติเมตร ขนานกับพื้น โดยจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดปลายราวจับต้องเป็นปลายมน



ภาพลักษณะบันไดที่เหมาะสมสำหรับศาสนสถานและอาคารสาธารณะของผู้สูงอายุ

(๒) ทางลาด ควรจัดทำสำหรับบ้านที่ยกใต้ถุนสูง และมีผู้สูงอายุที่ใช้เก้าอี้เข็น เพื่อความสะดวกต่อการเข้าใช้ของผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่หากเป็นไปได้ควรปรับห้องนอนของผู้สูงอายุให้อยู่ที่ชั้นล่าง โดยความลาดชันทางลาดต้องไม่เกิน ๕ องศา หรือ ความสูงต่อความยาว ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อ ๑๒ และความกว้างของทางลาดไม่น้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร (สำหรับทางลาดที่ยาวไม่เกิน ๖ เมตร)



ภาพลักษณะทางลาดที่เหมาะสมสำหรับบ้านของผู้สูงอายุ

สำหรับศาสนสถานและสถานที่สาธารณะ ควรจัดทางลาดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุดังนี้

- ระดับพื้นที่ต่างกันเกิน ๒ เซนติเมตร ต้องมีทางลาด ถ้าต่างกันไม่เกิน ๒ เซนติเมตร ต้องปาดมุมพื้นส่วนที่ต่างระดับกันไม่เกิน ๔๕ องศา
- ทางลาดมีความยาวโดยรวมเกิน ๖.๐ เมตร ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๑.๕๐ เมตร และมีชานพักยาว ไม่น้อยกว่า ๑.๕ เมตร คั่นระหว่างช่วงของทางลาด
- ทางลาดที่ไม่มีผนังกันต้องมีราวหรือยกขอบไม่น้อยกว่า ๑๕ เซนติเมตร และถ้ามีผนังกันผนังต้องเรียบและไม่เป็นอันตราย
- ปลายทางลาดต้องมีสภาพดี เชื่อมต่อเสมอกับพื้นเดิม
- ทางลาดยาวตั้งแต่ ๒.๕ เมตร ขึ้นไป ต้องมีราวจับทั้ง ๒ ข้าง
- ราวจับของทางลาด มีลักษณะกลม มีเส้นผ่านศูนย์กลาง ๓-๔ เซนติเมตร สูงจากพื้น ๘๐ - ๙๐ เซนติเมตร ปลายราวจับ ยื่นจากจุดสิ้นสุด ๓๐ เซนติเมตร ขนานกับพื้นที่ทั้งจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดราวจับ และปลายราวจับต้องเป็นปลายมน
- มีพื้นผิวต่างสัมผัส ก่อนทางขึ้น, ชานพัก และขั้นสุดท้าย ของทางลาด



ภาพลักษณะทางลาดที่เหมาะสมสำหรับศาสนสถานและอาคารสาธารณะของผู้สูงอายุ

๓) ประตูทางเข้า – ออก อาคาร/ที่อยู่อาศัย

สำหรับที่อยู่อาศัย ศาสนสถานและอาคารสาธารณะ ควรมีประตูทางเข้า-ออก ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ประตูจะต้องตั้งอยู่ในจุดที่เข้าถึงได้ง่าย มีความกว้างสุทธิ ๙๐ เซนติเมตรขึ้นไป

- ไม่มีธรณีประตู หรือถ้ามีธรณีประตูต้องสูงไม่เกิน ๒ เซนติเมตร และให้ขอบ ทั้งสองด้านมีความลาดเอียง ๑: ๒

- เป็นประตูที่เปิดได้ง่าย ใช้งานได้โดยสะดวก

- สำหรับอาคารศาสนสถานและสาธารณะ ประตูที่เป็นลักษณะบานกระฉกควรติดแถบสีที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ติดตั้งที่ความสูง ๑.๔๐ - ๑.๖๐ เมตร และมีป้ายสัญลักษณ์ที่เป็นสากลบอกตำแหน่งทางเข้า



ภาพลักษณะประตูทางเข้าบ้านที่เหมาะสมสำหรับบ้านของผู้สูงอายุ



ภาพลักษณะประตูทางเข้าที่เหมาะสมสำหรับศาสนสถานและอาคารสาธารณะของผู้สูงอายุ ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๗ รอบพระชนมพรรษา สำนักงานเทศบาลเมืองเมืองปักษ์ จังหวัดนครราชสีมา

๔) ทางเดิน ทางเชื่อม ภายในและนอกอาคาร

สำหรับทางเดิน ทางเชื่อมทั้งภายในและภายนอกอาคารสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุของที่อยู่อาศัย ศาสนสถานและอาคารสาธารณะ ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

- พื้นผิวทำจากวัสดุไม่ลื่น หากเป็นพื้นผิวลื่นควรมีการติดแผ่นกันลื่น
- มีความกว้างไม่น้อยกว่า ๑.๕๐ เมตร ไม่มีสิ่งกีดขวาง กรณีที่มีสิ่งกีดขวาง ต้องจัดให้อยู่แนวเดียวกันโดยไม่กีดขวางทางเดินและเหลือความกว้างไม่น้อยกว่า ๑.๕๐ เมตร

- มีราวจับช่วยพยุงตัวบริเวณทางเดิน สูง ๘๐-๙๐ เซนติเมตร
- ป้ายและสิ่งกีดขวางที่อยู่เหนือทางเดินต้องสูงกว่าพื้นทางเดินอย่างน้อย ๒.๐๐ เมตร

- หากมีร่องระบายน้ำด้านข้างทางเดิน ต้องลึกไม่เกิน ๒ เซนติเมตร และกว้างไม่เกิน ๕ เซนติเมตร

- หากมีฝาท่อระบายน้ำ ต้องมีขนาดรูช่องตะแกรงห่างไม่เกิน ๑.๓ เซนติเมตร หรือมีแผ่นโลหะปิดอย่างมั่นคง

๕) ห้องน้ำ ห้องส้วม ที่ได้มาตรฐาน

ห้องน้ำในห้องที่อยู่อาศัย ศาสนสถานและอาคารสาธารณะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

ประตูห้องน้ำ

- ประตู เป็นแบบบานเปิดออกสู่ภายนอก ค้างได้ไม่น้อยกว่า ๙๐ องศา หรือเป็นแบบบานเลื่อนสามารถเปิด ปิดได้ง่าย และต้องมีความกว้างสุทธิ ๙๐ เซนติเมตร
- อุปกรณ์เปิดปิดประตูต้องเป็น ก้านบิดหรือแกนผลัก
- ไม่ติดตั้งอุปกรณ์ชนิดบังคับให้บานประตูปิดได้เอง
- ระบบล๊อคประตู ต้องสามารถเปิดออกในยามฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว
- ไม่มีธรณีประตู หากมีต้องสูงไม่เกิน ๒ เซนติเมตร และให้ขอบ

ทั้งสองด้านมีความลาดเอียง ๑ : ๒



ภาพประตูห้องน้ำและระบบล๊อคประตูที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

พื้นที่ภายในห้องน้ำ

- พื้นที่ว่างภายในห้องส้วมมีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่น้อยกว่า ๑.๕ เมตร
- พื้นห้องส้วมมีระดับเสมอพื้นภายนอกหรือมีทางลาดในกรณีเป็นพื้น

ต่างระดับ

- วัสดุปูพื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น
- พื้นห้องส้วมน้ำไม่ขัง
- มีราวจับเพื่อนำไปสู่สุขภัณฑ์อื่น ๆ ภายในห้องน้ำ สูงจากพื้น ๘๐ -

๙๐ เซนติเมตร



ภาพแสดงพื้นที่ว่างและราวจับเพื่อนำไปสู่สุขภัณฑ์อื่นๆ ภายในห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

โถส้วมและราวจับบริเวณโถส้วม

- มีโถส้วมเป็นแบบชนิดนั่งราบ โถส้วม มีพนักพิงหลัง ใช้พิงได้
- ระยะกึ่งกลางของโถส้วมห่างจากผนังด้านข้าง ๔๕-๕๐ เซนติเมตร
- ราวจับของโถส้วมด้านที่ติดผนัง มีราวจับรูปตัวแอล (L)
- มีราวจับแบบพับเก็บได้ในแนวราบด้านที่ไม่ติดผนัง มีระบบล๊อคที่ปลดล็อค

ได้ง่าย

- มีสายชำระหรือระบบฉีดน้ำชำระอัตโนมัติ ใช้งานได้และสะดวก



ภาพโถส้วมและราวจับบริเวณโถส้วม ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ลักษณะของราวจับ

- ราวจับทั้งหมด ทำด้วยวัสดุเรียบ มั่นคงแข็งแรง ไม่เป็นอันตรายในการจับ

และไม่ลื่น

- ราวจับมีลักษณะกลมเส้นผ่านศูนย์กลาง ๓-๔ เซนติเมตร

อุปกรณ์อื่นๆ

- ติดตั้งระบบสัญญาณแจ้งเหตุฉุกเฉินขอความช่วยเหลือจากภายในสู่

ภายนอกโดยมีปุ่มกดหรือปุ่มสัมผัส



ภาพระบบสัญญาณแจ้งเหตุฉุกเฉินขอความช่วยเหลือ ภายในห้องน้ำ

ห้องน้ำในศาสนสถานและอาคารสาธารณะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติมจากข้อมูลข้างต้น ดังต่อไปนี้

อ่างล้างมือ

- อ่างล้างมืออยู่ในตำแหน่งที่เข้าถึงได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง
- ใต้อ่างล้างมือที่ติดผนังไปจนถึงขอบอ่างเป็นที่ว่าง โดยขอบอ่างอยู่ห่างจาก ผนังไม่น้อยกว่า ๕๕ เซนติเมตร
- อ่างล้างมือมีความสูงจากพื้นถึงขอบบนอ่างล้างมือ ๗๕ - ๘๐ เซนติเมตร
- ก๊อกน้ำเป็นชนิดก้านโยกหรือก้านกดหรือก้านหมุน



ภาพอ่างล้างมือภายในห้องน้ำ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ที่ถ่ายปัสสาวะ

๑ ที่

- ห้องส้วมสำหรับผู้ชายให้มีที่ถ่ายปัสสาวะที่มีระดับเสมอพื้นอย่างน้อย
- ที่ถ่ายปัสสาวะชาย มีราวจับในแนวนอนอยู่ด้านบนของ ยาว ๕๐ - ๖๐ เซนติเมตร สูงจากพื้น ๑.๒ - ๑.๓ เมตร
- ที่ถ่ายปัสสาวะชาย มีราวจับด้านข้างของทั้งสองข้าง สูงจากพื้น ๘๐ - ๑๐๐ เซนติเมตร ยื่นจากผนัง ๕๕-๖๐ เซนติเมตร



ภาพที่ถ่ายปัสสาวะชาย ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

๖) ป้าย สัญลักษณ์

ศาสนสถานและอาคารสาธารณะ ควรมีป้ายสัญลักษณ์ระบุสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- มีสัญลักษณ์รูปคนพิการ หรือ ผู้สูงอายุ
- มีเครื่องหมายแสดงทางไปสู่สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ
- ป้าย - สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ ทั้งหมดพื้นป้ายเป็นสีน้ำเงิน โดยสัญลักษณ์เป็นสีขาว

- จัดให้มีแสงส่องสว่างเห็นชัดเจน ทั้งกลางวันและกลางคืน



ภาพการติดตั้งป้ายสัญลักษณ์ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

๗) ห้องนอน ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้พื้นที่ภายในห้องนอนมากกว่าคนอื่น ๆ ดังนั้น การปรับปรุงห้องนอนให้เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยห้องนอนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรมีรายละเอียดดังนี้

- อยู่ชั้นล่างของบ้าน (ไม่ต้องขึ้นบันไดหรือทางลาด)
- โปรง โลง มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นอับ
- มีเตียงนอนที่ยาวไม่น้อยกว่า ๑.๘๐ เมตร และมีความสูงระหว่าง

๓๕ - ๔๕ เซนติเมตร

- มีพื้นที่ว่างรอบเตียงทั้ง ๓ ด้าน ด้านละ ๙๐ เซนติเมตร
- มีสัญญาณฉุกเฉิน บริเวณหัวเตียง
- มีแสงส่องสว่าง เพียงพอ



ภาพลักษณะห้องนอนที่เหมาะสมผู้สูงอายุ

บทสรุป จากการศึกษาในประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุที่มีความยากจนประมาณ ๖๙๑,๐๐๐ คน และมีผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทที่ยากจนและถูกทอดทิ้ง จำนวนประมาณ ๒๗,๐๐๐ คน และในปัจจุบันมีผู้สูงอายุทั่วประเทศที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวนทั้งสิ้น ๒,๒๘๕ คน อย่างไรก็ตามสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทยยังมีจำนวนที่ไม่เพียงพอที่จะรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่ยากไร้ หรือผู้ที่ไม่มียาติพิน้องดูแล หรือไม่มีบ้านเรือนอยู่อาศัย หรือมีบ้านเรือนแต่ไม่ต้องการอยู่อาศัยเพราะต้องการเพื่อนได้ทั้งหมด ดังนั้น จึงมีรูปแบบธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก และมีการดำเนินการในหลายรูปแบบ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

สำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น พื้นทางเดิน ประตู บันได ห้องน้ำ เป็นต้น ดังนั้น จึงต้องมีการออกแบบและปรับปรุงบ้านให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งในการนี้ได้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีการจัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงบ้านเรือนให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข เหมาะสม และปลอดภัย



๕. หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

ปัจจุบันหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งให้การดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีหลายหน่วยงาน มีดังนี้

๕.๑ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน้าที่ในการจัดบริการสังคมให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้

- ๑) สถานสงเคราะห์คนชรา
- ๒) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ
- ๓) บริการหน่วยเคลื่อนที่
- ๔) การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ๕) การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนตนเอง
- ๖) การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ
- ๗) การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๕.๒ กระทรวงแรงงาน มีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

- ๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองการประกันสังคม กรณีชราภาพ
- ๒) เป็นศูนย์กลางประสานงานให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน
- ๓) หน่วยงานฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุทำงานทั้งภายในและภายนอกประเทศ รวมทั้ง เปิดฝึกอบรมทักษะ อาชีพต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่สนใจ

๕.๓ กระทรวงศึกษาธิการ มีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

๑) บริการการศึกษาออกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียน และกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย ในหลาย ๆ รูปแบบ ทั้งในการศึกษาแบบเบ็ดเสร็จขั้นพื้นฐาน และการให้การศึกษาร่วมเพื่อพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุ โดยให้บริการทั้งในโรงเรียนประจำและโรงเรียนฝึกอชีพเคลื่อนที่

๒) หน่วยงานจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตามและควบคุมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน, เป็นองค์กรหลักในการส่งเสริม และพัฒนาผู้สูงอายุ ให้ได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพพิทักษ์สิทธิ และใช้ศักยภาพอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เพื่อศักดิ์ศรี และความมั่นคงในการดำรงชีวิต โดยเครือข่าย ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ)

๕.๔ กระทรวงวัฒนธรรม มีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยรวบรวมและคัดเลือกศิลปินแห่งชาติส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุที่ทรงคุณค่าภูมิปัญญาไทยที่มีความสามารถในด้านต่าง ๆ เพื่อเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรมที่ดั่งงามและคงเอกลักษณ์ในสังคมไทย

๕.๕ กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

๑) มีหน้าที่พัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันรักษาฟื้นฟูสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาวิจัย เพื่อหารูปแบบการดำเนินงาน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (กรมอนามัย)

๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ พัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการบริการเชิงรุกสู่ชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านทางระบบสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อต่าง ๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์)

๓) ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จัดทำโครงการรณรงค์ต่าง ๆ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยผ่านสื่อต่าง ๆ รวมทั้งรับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๗ (กรมสุขภาพจิต)

๔) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการดำเนินการ ให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักงานประกันสุขภาพ)

๕) ศึกษาวิจัย หรือสนับสนุนหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ และเผยแพร่สู่สาธารณชน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

๕.๖ กระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในการพัฒนาส่งเสริมกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่กรมการพัฒนาชุมชนให้ความสนใจในการดำเนินงาน สนับสนุนส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และช่วยเหลือสังคม รวมทั้งจัดกิจกรรมฟื้นฟูชนบทแบบนิยามประเพณีเกี่ยวกับการยกย่องผู้สูงอายุและบุพการี เช่น วันสงกรานต์ วันแม่แห่งชาติ เป็นต้น (กรมพัฒนาชุมชน), ดำเนินการเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และกิจกรรมในชุมชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในสมัยรัฐบาล นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ได้จัดให้มีการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในชนบทที่ยากจนไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู และไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง ได้โดยมอบเป็นเงินคนละ ๒๐๐ บาท/เดือน และช่วยจน

ตลอดชีวิต ซึ่งปีแรกได้รับงบประมาณเพียง ๒๐,๐๐๐ คนทั่วประเทศ โครงการนี้เป็นโครงการที่รัฐบาลให้ความสนใจมาก และผลักดันให้มีการเพิ่มจำนวนเงินเป็นเดือนละ ๓๐๐ บาท/คน ปัจจุบันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้จำนวน ๔๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุ ตามโครงการถ่ายโอนกิจกรรมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ถ่ายโอนภารกิจสถานสงเคราะห์คนชรา และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อม ดังนี้สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน ๑๓ แห่ง

- ๑) สถานสงเคราะห์คนชราร้านโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
- ๒) สถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปกรณวัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา
- ๓) สถานสงเคราะห์คนชราร้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
- ๔) สถานสงเคราะห์คนชราร้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- ๕) สถานสงเคราะห์คนชราร้านอุทอง-พินังตัก จังหวัดชุมพร
- ๖) สถานสงเคราะห์คนชราร้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- ๗) สถานสงเคราะห์คนชราร้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- ๘) สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่
- ๙) สถานสงเคราะห์คนชราร้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
- ๑๐) สถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค ๒ กรุงเทพมหานคร
- ๑๑) สถานสงเคราะห์คนชราร้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี
- ๑๒) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอุบลรัตน์) จังหวัด

นครปฐม

- ๑๓) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุบลรัตน์) จังหวัด

กาญจนบุรี

ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑ แห่ง

- ๑) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร
- ๒) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีสุคต จังหวัดพิษณุโลก
- ๓) ศูนย์บริการผู้สูงอายุโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
- ๔) ศูนย์บริการผู้สูงอายุทักษิณ จังหวัดยะลา
- ๕) ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณวัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา
- ๖) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุวัยทอง จังหวัดเชียงใหม่

- ๗) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุลพบุรี จังหวัดลพบุรี
- ๘) ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค ๒ กรุงเทพมหานคร
- ๙) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีตรัง จังหวัดตรัง
- ๑๐) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุอุ้งทอง-พินังตัก จังหวัดชุมพร
- ๑๑) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุเพชรทองคำ กรุงเทพมหานคร

๕.๗ กระทรวงคมนาคม มีหน้าที่บริการลดค่าโดยสารรถไฟความเร็วสูงราคาช่วงเดือน มิถุนายน – กันยายน ของทุกปีตลอดจนจัดที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุในรถประจำทาง และรณรงค์ให้ ประชาชนเอื้อเฟื้อที่นั่งแก่ผู้สูงอายุ

๕.๘ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่หลักในการ ส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน โดยใช้กีฬาเป็นสื่อ ในส่วนผู้สูงอายุได้จัดทำโครงการและกิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรม การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมกีฬาและ สุขภาพมวลชน เป็นต้น (การกีฬาแห่งประเทศไทย)

๕.๙ สำนักนายกรัฐมนตรี หน่วยงานกลางในการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนรณรงค์ให้ประชาชนและ สื่อมวลชนให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ (กรมประชาสัมพันธ์)

๕.๑๐ กรุงเทพมหานคร หน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขต กรุงเทพมหานคร

๕.๑๑ หน่วยงานหลักที่มีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานดังนี้

๑) ข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์

สถานที่สำหรับดูแลผู้สูงอายุในส่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรียกว่า ศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งหมดทั่วประเทศ จำนวน ๑๒ แห่ง อยู่ภายใต้การดูแลของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยจะดำเนินการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ที่ถูกทอดทิ้งและอยู่ในสภาวะยากลำบาก ศูนย์ฯ ดังกล่าวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๖๓๐ คน นอกจากนั้นยังได้มีการถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชราให้แก่องค์กรบริหารส่วน จังหวัด (อบจ.) และกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑๓ แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เท่านั้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหา เรื่องขอบเขตการให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุในพื้นที่เท่านั้น ส่วนสถานบริการหรือสถาน

ประกอบการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่จดทะเบียนในรูปแบบเอกชน ซึ่งจดทะเบียนกับกรมธุรกิจการค้า ณ ปัจจุบันมีจำนวน ๑๔๙ แห่ง และมีอีกส่วนหนึ่งที่จดทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนประมาณกว่า ๑,๐๐๐ แห่ง ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ กรณีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อโรงพยาบาล ได้ประสานข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุมายังศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทั้ง ๑๒ แห่ง ปรากฏว่ามีข้อจำกัด คือ ศูนย์ไม่มีเจ้าหน้าที่พยาบาล ไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้

ซึ่งปัจจุบันกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน ๑๓ แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน ๒ แห่ง ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๖ ส่วนศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน ๑๒ แห่ง ทางกรมกิจการผู้สูงอายุจะปรับเปลี่ยน เป็นศูนย์เรียนรู้ พัฒนาเป็นสถาบันในเชิงวิชาการในการให้ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ สถานสงเคราะห์ที่ถ่ายโอนไปแล้วในท้องที่จังหวัดต่างๆ มีข้อจำกัดในเรื่องการรับผู้สูงอายุเฉพาะในพื้นที่เท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ ก็จะเป็นหน้าที่ของศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง ๑๒ แห่ง นอกจากนี้ ยังมีภารกิจที่จะต้องดำเนินการถ่ายโอนให้ท้องถิ่น ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศอพส.) จำนวน ๘๗๘ แห่ง ตามจำนวนตำบล ซึ่งเตรียมนำเสนอแผนการดำเนินการถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่นดูแล ทั้งนี้ เพื่อให้ส่วนท้องถิ่นได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ และผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทั้งนี้ สำหรับค่าสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ซึ่งหากผู้สูงอายุที่ยากไร้เสียชีวิตก็จะได้รับการสงเคราะห์ จำนวน ๒,๐๐๐ บาทต่อราย ซึ่งสามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นได้

๒) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

มีการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีการคัดกรองกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อจัดจำแนกผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม คือ

๒.๑) กลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ในเรื่องของโรคภัย โภชนาการ อนามัยสิ่งแวดล้อม โดยจะผ่านไปทางชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ

๒.๒) กลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เริ่มมีการเจ็บป่วย จะให้บริการดูแลโดยสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข มีการบริการผู้ป่วยนอก โดยจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่มีขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด ๑๑๕ แห่ง แต่มีการดำเนินการด้านดูแลผู้สูงอายุได้เพียง ๘๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๔ ส่วนจำนวนที่เหลือ กระทรวงฯ มีนโยบาย ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จทั้งหมดภายใน ๕ ปี อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งจะต้องรับการรักษาเป็นเวลานานก็จะก่อให้เกิดปัญหาการครองเตียงที่สูง ไม่สามารถรับผู้ป่วยในใหม่ได้ อีกทั้งเกิดปัญหาในเรื่องงบประมาณ ทางกระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มพัฒนาระบบ Intermediate care เป็นการส่งต่อผู้ป่วยในส่งผ่านกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนให้ดูแลฟื้นฟูต่อ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

๒.๓) กลุ่มติดเตียง กระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่า หากรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ มาดูแลจะต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก จึงปรับใช้ระบบ Long Term Care มีการอบรมอาสาสมัครเข้าไปช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ ได้ดำเนินการเริ่มทำต้นแบบนำร่องใน ๑,๐๐๐ ตำบลทั่วประเทศ สามารถดูแลผู้สูงอายุทั่วประเทศได้ ๑๐๐,๐๐๐ คน และในปี ๒๕๖๐ มีการอบรมอาสาสมัครเพิ่มขึ้น เป็น ๔๐,๐๐๐ กว่าคน คาดว่าจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ ๕๐ และมีนโยบายขอความร่วมมือกับการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จัดอบรมให้แก่ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศ มีประมาณ ๑๑ ล้านคน และมีผู้สูงอายุในกลุ่มพึ่งพิงร้อยละ ๑ - ๑.๒ ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ งบประมาณไม่เพียงพอกับภารกิจ

๓) กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

การให้บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในส่วนของกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนประมาณ ๙๖๐,๐๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๐๑ ข้อมูลจากสำนักปกครองและทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม หน่วยงานในกรุงเทพมหานครที่มีหน้าที่ดูแลด้านสังคม มี ๒ หน่วยงาน คือ สำนักการแพทย์ ดูแลผู้ป่วยในลักษณะของโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด ๙ แห่ง และมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในสังกัด ทั้ง ๙ แห่ง ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่งมีคุณภาพและเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน มีการตรวจรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ โดยดูแลรักษาผู้ป่วย ในองค์กรวม มีการคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีการประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ อาทิ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พลัดตกหกล้ม โดยผู้ป่วยสูงอายุที่จะเข้าตรวจ

ในคลินิกต้องมีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป และสำหรับผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปต้องเป็นผู้ที่มีอาการสงสัยกลุ่มอาการผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ในส่วนของสำนักอนามัยจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด ๖๘ แห่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลทั้ง ๙ แห่ง คือ ไม่มีบริการผู้ป่วยใน และยังมีไม่มีคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แต่ก็ได้มีการวางแผนดำเนินการในอนาคตอย่างไรก็ตาม ได้มีการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดช่องทางด่วน (Fast Track) สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ กรุงเทพมหานคร ได้มีการจัดทำระบบส่งต่อผู้สูงอายุ ด้วยการจัดตั้งศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Referral Center) ตั้งอยู่บริเวณกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานงานการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายกับศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครทั้ง ๖๘ แห่ง ซึ่งปัจจุบันศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการตอบรับที่ดีทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อีกทั้งมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care Giver ซึ่งที่ผ่านมาได้ดำเนินการอบรมไปแล้ว ๒,๔๐๐ คน ทั้งนี้ เมื่อทางศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียง ที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน จะแจ้งศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้จัดส่งเจ้าหน้าที่ไปติดตามอาการและดูแลต่อไป ทั้งนี้ มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลบางขุนเทียนให้เป็นโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุต่อไป ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ ไม่มีกองทุนผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตาม กรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่ก็มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับสิทธิดังกล่าว ต้องเป็นผู้ที่มีอยู่ในสิทธิระบบการรักษาแบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) เท่านั้น

บทสรุป ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุหลายหน่วยงาน อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สำนักนายกรัฐมนตรี และกรุงเทพมหานคร ซึ่งหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมีการบูรณาการร่วมกันจะทำให้การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดประโยชน์สูงสุดและมีประสิทธิภาพ



๖. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงเป็นเหตุผลที่สำคัญที่ประเทศไทยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ (Aged Society) ในหลายด้านด้วยกัน แต่สิ่งที่จำเป็นอีกประการหนึ่งที่ขาดไม่ได้ที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมคือ บุคลากรที่จะทำที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหมายรวมถึง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ฯลฯ ซึ่งในปัจจุบันพบว่า บุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุยังมีความขาดแคลนมาก ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรจากมาจากรากวิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ดังนี้

๖.๑ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)

๑) เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องมีเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และพื้นฐานสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกันมาก แม้อายุเท่ากัน (Heterogeneity) เนื่องจากลักษณะเฉพาะในผู้สูงอายุ : R-A-M-P-S ดังนี้

R - Reduced Body Reserve : การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา

A - Atypical Presentation : มีอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง (ไม่ตรงไปตรงมา) ทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้า ซึ่งในอดีตหากมีผู้ป่วยสูงอายุมารักษาด้วยอาการที่ไม่เข้ากับโรค ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคชรา แต่ในปัจจุบันได้มีการจัดกลุ่มอาการดังกล่าว โดยใช้ชื่อว่า กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) ซึ่งจะมีอาการ ดังนี้

(๑) ภาวะหกล้ม Instability (Fall)

(๒) การสูญเสียความสามารถในการเดิน Immobility

(๓) สติปัญญาเสื่อมถอย Intellectual impairment

(๔) ปัสสาวะอุจจาระราด Incontinence

(๕) เบื่ออาหาร Inanition

(๖) เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย Iatrogenesis ซึ่งแพทย์จะต้องใช้ความรู้ความชำนาญมากในการวินิจฉัยโรคดังกล่าว เพื่อให้ เกิดการรักษาที่ถูกต้องกับโรคที่เป็น

M - Multiple pathology : มักมีหลายโรคในเวลาเดียวกัน

P - Polypharmacy : การได้รับยามากเกินไป (เกินความจำเป็น)

S - Social adversity : การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ

๒) บทบาทของแพทย์ด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ

(๑) Health Promotion

- Primary Prevention การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ
- Secondary Prevention การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ การตรวจคัดกรองก่อนการเกิดโรคจะเน้นในเรื่องที่ผู้สูงอายุ
- Tertiary Prevention การป้องกันระดับตติยภูมิ เพื่อไม่ให้เกิดความพิการ/เกิดการซ้ำซ้อน

(๒) Delay Disability การหน่วงเวลาเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ

(๓) Appropriate Treatment การรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

- Geriatric Syndrome กลุ่มอาการสูงอายุ
- Multiple Pathology มีหลายโรคในรายเดียวกัน

๓) สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์ด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Medicine)

(๑) แพทยสภา

(๒) ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

(๓) สมาคมพญามาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

๔) ความสามารถในการผลิตแพทย์ด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ

(๑) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีละ ๕ คน

(๒) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีละ ๒ คน

(๓) คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น (มีอาจารย์แพทย์ด้านนี้แล้วจำนวน ๑ คน

ยังขาดแคลนอีกจำนวน ๑ คน จึงจะสามารถเปิดอบรมได้)

หมายเหตุ : ปัจจุบันมีอายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุทั้งประเทศประมาณ

๓๐ คน

๕) แนวทางแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

การเร่งให้มีอาจารย์แพทย์ด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุในทุกคณะแพทย์ เพื่อให้มีการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี เพื่อให้บัณฑิตแพทย์ไทยทุกคนมีความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในการรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในเวลาเดียวกัน

๖.๒ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันบุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในความดูแลของสภากาชาดพยาบาล ได้แก่ พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ผู้ช่วยพยาบาล และ พนักงานดูแลผู้สูงอายุ โดยจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มีการขึ้นทะเบียนกับสภากาชาดพยาบาล มีจำนวนประมาณ ๑๙๙,๕๒๘ คน ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙) และในปีนี้มีพยาบาลที่จบ การศึกษาประมาณ ๙,๐๐๐ คน อัตราการสำเร็จการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ปีละ ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน (สำเร็จการศึกษาและสอบใบประกอบวิชาชีพ) ซึ่งพยาบาลระดับ ปริญญาตรีสามารถให้การดูแลเบื้องต้น กับบุคคลทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากได้ผ่านการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทั่วไปมาแล้ว ซึ่งการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ สาขา พยาบาลศาสตร์ จะมีการดำเนินการ ดังนี้

๑) การดำเนินการด้านกำลังคน

ได้มีการใช้ทีมที่ผสมผสานทักษะ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาล วิชาชีพเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือดูแล (นักบริบาล) ซึ่งพยาบาลถือเป็นบุคลากรด่านหน้า ที่ช่วยเหลือให้ประชาชนให้ได้เข้าถึงบริการสุขภาพและ ประสานการดูแลในทีมสุขภาพและระหว่างทีมเครือข่าย ทั้งนี้ พยาบาลยังต้องปฏิบัติงานเป็นผู้จัดการ การดูแลหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวอีกด้วย

(๑) พยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse, RN)

เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Nursing Science Program) และขึ้นทะเบียนสอบรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ หลักสูตรฯ ได้จัดให้มีการเรียนการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสอบ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ดังนี้

ภาคทฤษฎี

ก. จัดเป็นรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวนไม่น้อยกว่า ๒ หน่วยกิต หรือ ๓๐ ชั่วโมงสอน

ข. บูรณาการการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเข้าด้วยกัน และเพิ่ม จำนวนหน่วยกิต

ค. ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีเนื้อหาเฉพาะ สำหรับผู้สูงอายุ

ภาคปฏิบัติ

ก. บูรณาการการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเข้าด้วยกัน โดยคำนึงถึงข้อที่ต้องพิจารณาในเรื่องความสูงอายรร่วมกับความเจ็บป่วย

ข. บูรณาการการปฏิบัติการพยาบาลในวิชาชุมชนซึ่งมีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีปัจจัยเสี่ยงเจ็บป่วย และต้องพึ่งพิงอยู่ในชุมชน

ค. การสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น ๑ จะต้องสอบผ่านวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักและความสามารถในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่ยุ่งยากซับซ้อน

(๒) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง (Nursing Specialties)

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางจากสถาบันการศึกษาพยาบาลที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง เป็นหลักสูตรศึกษาต่อเนื่องหลังปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางด้านการศึกษาพยาบาลผู้สูงอายุ มีเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า ๑๕ หน่วยกิต พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเป็นผู้มีความชำนาญและมีทักษะ ในการพยาบาลและการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ก. พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ (Gerontological Nurse) และพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (Gerontological Nurse Practitioner; GNP) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมจากหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง เป็นผู้มีความชำนาญและมีทักษะในการพยาบาลและการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุสามารถรักษาโรคเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุได้

ข. พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และเวชปฏิบัติครอบครัว (Nurse Practitioner; NP) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมจากหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชปฏิบัติครอบครัวที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง ซึ่งมีเนื้อหาและฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว และยังมีการเข้ารับการฝึกอบรมระยะสั้น ๆ เพิ่มเติม ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต.) สามารถให้การพยาบาล และรักษาโรคเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุได้

(๓) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ (Advanced Practice Nurse, APN) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาลและผ่านหลักสูตรฝึกอบรมขั้นสูงระดับวุฒิบัตร (3 Years Residency Program) ที่สภากาพยาบาลรับรอง หรือปริญญาโท/เอกการพยาบาล และได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง เป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล และผู้จัดการเชิงระบบ ปฏิบัติหน้าที่ การสอน การทำวิจัย และใช้ผลการวิจัยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ การสร้างรูปแบบ/นวัตกรรม/แนวปฏิบัติ/โครงการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล

ก. พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ/เวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (Advanced Practice Nurse, APN) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมขั้นสูงระดับวุฒิบัตร หรือปริญญาโท/เอกการพยาบาล และได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง

ข. พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมขั้นสูงระดับวุฒิบัตร หรือปริญญาโทสาขาเวชปฏิบัติชุมชน และได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง

ค. พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมขั้นสูงระดับวุฒิบัตร หรือปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง

(๔) ผู้ช่วยพยาบาล

เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลจากสถาบันการศึกษาพยาบาลที่สภากาพยาบาลรับรอง เป็นหลักสูตรอบรม ๑ ปี สำหรับผู้ที่มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ ๖ เป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม ช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการขั้นพื้นฐานในกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอันตรายต่าง ๆ สังเกตอาการ วัตถุประสงค์ และทำการบันทึกติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงของโรค ช่วยเหลือแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยในการตรวจและการรักษาพยาบาลต่าง ๆ จัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้การปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งให้การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาพยาบาล

(๕) พนักงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพนักงานผู้ดูแลที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการหรือสภาการพยาบาล เป็นหลักสูตรฝึกอบรม ไม่น้อยกว่า ๔๒๐ ชั่วโมง สำหรับผู้มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ ๓ เป็นผู้ให้บริการโดยตรงแก่ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน สุขวิทยาส่วนบุคคล การให้อาหาร การเคลื่อนไหวย่างกาย ดูแลความปลอดภัย และความสบาย รวมทั้งการดูแลความสะอาดและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม โดยการดูแลนั้นเป็นการทำงานร่วมกับญาติพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะอยู่นอกเหนือการดูแลของสภาการพยาบาล เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศว่า การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นสาขาที่อันตราย ทำให้กระบวนการผลิตบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน สภาการพยาบาลจึงใช้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ในระบบสังคมเกิดความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยญาติ จึงเกิด Care Giver ซึ่งแต่เดิมจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่คอยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ภายใต้พยาบาลวิชาชีพที่ประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่ Care Manager (ในระบบรัฐบาล) สำหรับภาคสังคมที่มีความต้องการ Care Giver นั้น จะมีโรงเรียนวิชาชีพ ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการภายใต้การศึกษานอกโรงเรียน และสถานศึกษาเอกชน โดยมีการจัดโรงเรียนเพื่อผลิตบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้กระทรวงแรงงานได้มีการจัดสร้างเป็นอาชีพชื่อว่า “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” โดยได้จัดทำมาตรฐานฝีมือแรงงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลเด็กที่บ้าน

สำหรับสภาการพยาบาล ปัจจุบันได้มีการพัฒนาหลักสูตรพนักงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจะมีการเรียนประมาณ ๕๑๐ ชั่วโมง สำหรับผู้จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ โดยมีความคาดหวังว่าเมื่อจบการศึกษาจะให้ปฏิบัติงานใน Nursing Home หรือหน่วยงานภาครัฐทั่วไป สำหรับผู้ที่จะปฏิบัติเป็นอาชีพอิสระนั้น ยังไม่มีระบบในการควบคุมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติงานที่บ้านผู้ป่วย/ผู้สูงอายุดังกล่าว จึงมีการเรียกร้องให้มีระบบควบคุม Care Giver ที่บ้านที่มีการจ้างงานกันเอง สำหรับพนักงานผู้ดูแลที่อยู่ในการควบคุมของสภาการพยาบาล จะอยู่ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่ผลิตจะเป็นผู้ควบคุมดูแล

๒) สถานการณ์กำลังคนทางด้านพยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
(ข้อมูล ณ วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๙)

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน

๒.๑) พยาบาลวิชาชีพทั่วไป ประมาณ (๓๑ ธ.ค. ๕๙) ๑๙๙,๕๒๘ คน
(ที่ขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล)

๒.๒) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง

- การพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน ๕๘๖ คน
- การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ จำนวน ๒๔ คน
- การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว จำนวน ๒๔,๘๙๕ คน

๒.๓) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Advanced Practice Nurse : APN)

- การพยาบาลผู้สูงอายุ ๑๑๔ คน
- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ๗๔๗ คน

๒.๔) การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ๓๐๖ คน

๒.๕) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ๓๔๓ คน

๒.๖) ผู้ช่วยพยาบาล (ธ.ค. ๒๕๕๙) ประมาณ ๒๙,๐๐๐ คน

๓) สภาพปัญหาในสังคมผู้สูงอายุ

๓.๑) ปัญหาสุขภาพของประชาชน ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและจากประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเข้าสู่สังคมสูงอายุ จึงมีความจำเป็นในการขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การลดปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะยาว และการดูแลระยะท้ายของชีวิต และพบว่ายังขาดบุคลากร เช่น แพทย์ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปฐมภูมิ การสร้างความเข้มแข็งของบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (รพ.สต) มีความสำคัญมาก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษาที่จำเป็นจากผู้ประกอบวิชาชีพได้อย่างทั่วถึง พยาบาลจึงจำเป็นต้องขยายบทบาทในเรื่องเวชปฏิบัติเพื่อให้สามารถรักษาโรคเบื้องต้นการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่บ้านและในชุมชนนอกเหนือจากการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งในปัจจุบันมีพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวนทั้งหมด ๒๔,๘๙๕ คนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด โรงพยาบาลชุมชนรองลงมา ที่เหลือกระจายอยู่ตาม โรงพยาบาลทั่วไป และตามศูนย์สุขภาพชุมชน/ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข/เทศบาลและอื่นๆ

๓.๒) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีความซับซ้อน เช่นป่วยด้วยหลายโรค (Multi morbidity) อาการหนัก รุนแรง ต้องใช้เทคโนโลยี ดังนั้นจึงต้องการการดูแลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนัก ตา หู คอ จมูก และออร์โธปิดิกส์ โดยเฉพาะอายุรกรรม มีผู้ป่วยสูงอายุถึงประมาณร้อยละ ๘๐

๓.๓) ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frailty) ในปัจจุบันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภาวะสุขภาพยังไม่กลับสู่ปกติเหมือนเดิม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเสื่อมถอย ต้องการการรักษาพยาบาลต่อเนื่องประกอบด้วย ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีเพื่อการรักษาพยาบาล การให้ยาเฉพาะ และหัตถการต่าง ๆ จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีอุปกรณ์ติดตัวเฉลี่ย ๔ ชนิด เช่น สายให้อาหาร ท่อเจาะคอ สายสวนปัสสาวะฉีดยาละลายลิ่มเลือด ให้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น และต้องการการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและให้การสนับสนุนการจัดการดูแล ให้คำปรึกษา กิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลในระยะกลาง (Intermediate Care) และต้องช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านช่วงเวลาวิกฤตนี้ไปได้ด้วยดี

๓.๔) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสำรวจข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวัน ที่เป็นการสำรวจครั้งที่ ๕ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีความชุกร้อยละ ๒๐.๗ ที่เพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ ๔ ที่มีความชุกร้อยละ ๑๕.๕ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในกิจการ IADL ๑ กิจกรรมร้อยละ ๑๖.๖ และสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุ จากการสำรวจเป็นระยะ ๆ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ ๑๐ หรือประมาณ ๑ ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภท "ติดบ้าน" ออกไปไหนไม่ได้ประมาณร้อยละ ๘๕ หรือประมาณ ๘.๕ แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมด หรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ประมาณร้อยละ ๑๕ หรือประมาณ ๑.๕ แสนคน จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุ "วัยปลาย" ที่มากขึ้น เพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ

๓.๕) การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างชาติเข้ามาในประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยมีกำลังแรงงานต่างชาติในด้านดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้วแรงงานต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยส่วนหนึ่งได้ทำหน้าที่แล้ว แต่ยังมีขาดศักยภาพ จึงต้องการเพิ่มศักยภาพของแรงงานต่างชาติดังกล่าวอย่างเหมาะสม

๓.๖) การเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ขาดความต่อเนื่องและขาดระบบกลไกในการจัดบริการที่เหมาะสม เช่น การฝึกทักษะในการดูแลตนเองเมื่อสูงอายุ และการป้องกันภาวะเสี่ยงต่าง ๆ การฝึกทักษะของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่าง ๆ การจัดการเรื่องเศรษฐกิจครัวเรือน และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กและผู้สูงอายุ

๓.๗) ระบบการดูแลผู้สูงอายุใน OPD ของโรงพยาบาลต่างๆ เริ่มมีคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะในบางแห่งเท่านั้น แต่ยังไม่เข้มแข็งพอ ผู้สูงอายุที่เปราะบางและเกิดภาวะฉุกเฉินยังต้องรับบริการร่วมกับผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น ๆ

๓.๘) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนมาก ซึ่งควรสร้างระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นระบบมากขึ้น โดยควรให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงหรือตามความจำเป็น พบว่าหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลเต็มไปด้วยผู้สูงอายุและมีความแออัด

๖.๓ นักกายภาพบำบัด

ข้อมูลสภาวะกายภาพบำบัด โดยปัจจุบันวิชาชีพกายภาพบำบัด มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกช่วงอายุ โดยการใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ได้แก่ ตรวจประเมิน วินิจฉัย บำบัดความบกพร่องของร่างกายที่เกิดจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ หรือพิการของร่างกาย และส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ

จากการคาดการณ์กำลังคนกายภาพบำบัด ใช้วิธีคำนวณผสมผสานระหว่างวิธีการคาดการณ์ตามจำนวนการใช้บริการ (Health Demand Method) ร่วมกับวิธีการคาดการณ์ตามความต้องการบริการ (Health Needs Method) วิธีการคาดการณ์ตามการตั้งเป้าหมายบริการ (Service Target Method) และวิธีการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนต่อสัดส่วนประชากร (Population Method) พบว่า ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ และปี พ.ศ. ๒๕๖๙ มีความต้องการนักกายภาพบำบัด ทั่วประเทศ จำนวน ๙,๑๕๙ - ๙,๕๐๖ คน และ ๙,๒๗๘ - ๙,๖๓๐ คน ตามลำดับ

กำลังคนด้านกายภาพบำบัด ปัจจุบันมีนักกายภาพบำบัด (PT) ขึ้นทะเบียน ๑๐,๐๖๕ คน และยังคงปฏิบัติงานทางคลินิกทั้งในภาครัฐและเอกชน จำนวน ๕,๐๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๓๕ ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดสาธารณสุข จำนวน ๒,๕๑๒ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๗.๔๗ ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล คลินิกเอกชน ๑,๑๗๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒๖.๗๙ และปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงอื่น ๆ จำนวน ๔๒๔ คน คิดเป็น ร้อยละ ๙.๗๐

สัดส่วนนักกายภาพบำบัด : ประชากรของประเทศไทย ปัจจุบัน ๑ : ๑๒,๙๓๐ พบว่า จำนวนประชากรที่นักกายภาพบำบัดต้องรับผิดชอบ มีปริมาณมากกว่าประเทศที่มีระบบ

บริการสุขภาพในระดับมาตรฐานสากลถึง ๗ – ๑๐ เท่า หากเปรียบเทียบกับประเทศในทวีปเอเชียต้องรับผิดชอบมีปริมาณมากกว่าถึง ๒ – ๑๐ เท่า

ตารางที่ 2 สัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากร (Population ratio) ของประเทศต่างๆ

Country	Year	Physical Therapist (PT) ratio/10,000 population ^(23, 24)	PT:Population
USA	2005	6.2	1:1,613
Canada	2005	4.8	1:2,083
Japan	2010	6.7	1:1,500
Taiwan	2010	1.5	1:6,571
Thailand	2016	0.7	1: 12,930

ที่มา : สภากายภาพบำบัด ๒๕๕๙

สถานการณ์กำลังการผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัด กำลังการผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดจากสถาบันการศึกษา ๑๖ แห่ง สามารถผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดได้ปีละ ๘๕๐ – ๙๐๐ คน ซึ่งในแต่ละปี ร้อยละ ๙๔ สามารถสอบเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดได้ และพบอัตราการสูญเสียเฉลี่ยร้อยละ ๕ ต่อปี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ได้มีการทบทวนองค์ความรู้ที่มีทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาต่อยอดฐานความรู้จากกรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ รองศาสตราจารย์ ดร. สุกัลยา อมตฉายา อาจารย์ ดร. ทิวาพร ทวีวรรณกิจ กลุ่มวิจัยการพัฒนาความสามารถทางกายภาพและคุณภาพชีวิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับศูนย์โสมสุข และเครือข่ายกายภาพบำบัด จังหวัดกาฬสินธุ์ สร้างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม อบรม ๑ สัปดาห์

โมเดลของศูนย์โสมสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

- พัฒนาระบบบริการเชิงรุกในรูปแบบภาคีเครือข่ายจากภาครัฐ องค์กรเอกชน และประชาชนในพื้นที่
- พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ใช้กลไกการมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนในชุมชน
- จัดบริการอย่างเป็นองค์รวม โดยบูรณาการอย่างน้อย ๔ ด้าน เช่น ด้านสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านส่งเสริมอาชีพ และด้านการศึกษา

ปัญหาและประเด็นการปฏิรูป

- ๑) การขาดแคลนกำลังคนวิชาชีพกายภาพบำบัด
- ๒) การเข้าไม่ถึงบริการกายภาพบำบัดที่มีคุณภาพ
- ๓) การบูรณาการการทำงานร่วมกันกับท้องถิ่น

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาและปฏิรูป

- ๑) การขาดแคลนกำลังคนวิชาชีพกายภาพบำบัด
 - ๑.๑) ส่งเสริมการจ้างงานนักกายภาพบำบัดในระบบสุขภาพ
 - ๑.๒) การรักษาและธำรงกำลังคนในระบบ
 - พัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์
 - พัฒนาความเชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อสร้างครูฝึกทางคลินิก
- ๒) การเข้าไม่ถึงบริการกายภาพบำบัดที่มีคุณภาพ
 - ๒.๑) ขยายการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด
 - ๒.๒) ขยายโอกาสการจ้างงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองท้องถิ่น
 - ๒.๓) ปรับปรุงกรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดของกระทรวงสาธารณสุข
 - ๒.๔) ปรับปรุงระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเฉพาะทางกายภาพบำบัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๓) การขาดนักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
 - ๓.๑) การสนับสนุนงบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - ๓.๒) อาจารย์ผู้สอนในมหาวิทยาลัย
 - ๓.๓) อาจารย์ผู้คุมการฝึกปฏิบัติงาน
 - ๓.๔) นักกายภาพบำบัดในระบบปฐมภูมิ

๖.๔ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

หน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) มีหลายหน่วยงาน แต่มีหน่วยงานหลักที่ดำเนินการในเรื่องนี้โดยตรง ดังนี้

๖.๔.๑) ข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

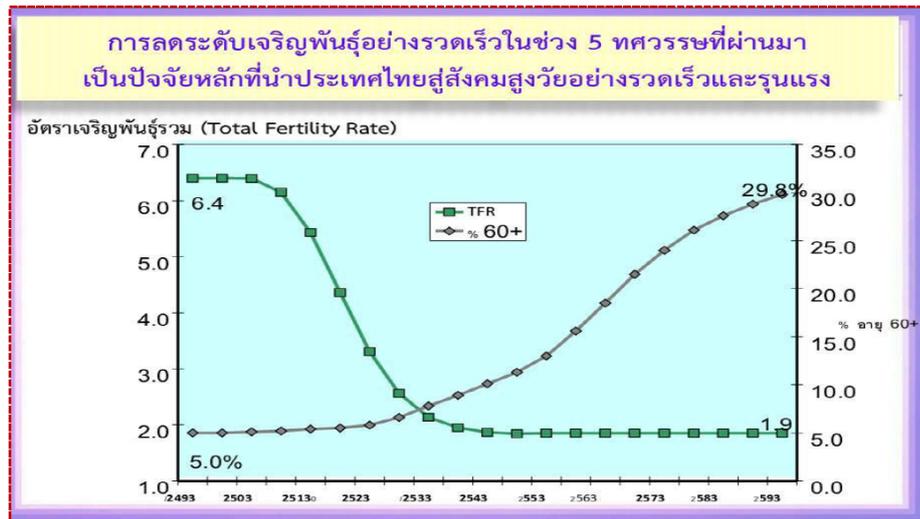
มีการดำเนินงานในด้านผู้สูงอายุโดยกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตในส่วนของดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการผู้ด้อยโอกาส และการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ซึ่งปัจจุบันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรกลุ่มวัยสูงอายุ มีเพิ่มมากขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยและการมีสุขภาพดีของคนไทยมีเพียงร้อยละ ๗๔.๗๕ (ปี พ.ศ. ๒๕๕๗) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและ

สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยก่อนที่จะใช้ระบบการรักษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยอยู่ที่ ๗๐.๕๒ (ปี พ.ศ. ๒๕๔๔) หลังใช้สิทธิ UC อายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ ๗๔.๗๕ ซึ่งมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น

ในส่วนแนวโน้มประชากรของประเทศไทย ซึ่งแต่เดิมประเทศไทยมีอัตราการเกิดที่สูงกว่าอัตราการตาย แต่ในปัจจุบันสัดส่วนประชากรเริ่มเปลี่ยนแปลงไป และคาดว่าในปี ๒๖๔๓ ประเทศไทยจะมีอัตราการเกิดที่ต่ำลง มีประชากรวัยแรงงานน้อยลง (ลักษณะระฆังคว่ำ) อันจะส่งผลกระทบต่อด้านแรงงานของประเทศ โดยกรมอนามัยมีความคาดหวังว่าต้องการให้มีอัตราการเกิดที่มากขึ้น เพื่อให้เกิดการสมดุลกันระหว่างวัยทำงานและวัยสูงอายุ

ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเกิดลดลงเนื่องจากสาเหตุของอัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยมีอัตราที่ลดลงอย่างรวดเร็ว ขณะที่อัตราผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๙๓ ประเทศไทย มีอัตราการเจริญพันธุ์อยู่ที่ ๖.๔ (ผู้หญิง ๑ คน สามารถมีลูกได้ถึง ๖ คน ตลอดวัยเจริญพันธุ์) ต่อมาอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์อยู่ที่ ๑.๖ หรือไม่ถึง ๒ คน (ผู้หญิง ๑ คน สามารถมีลูก ๑.๙ คนตลอดวัยเจริญพันธุ์) ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุจะมีเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปี ๒๕๙๓ จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๓๐

ซึ่งการลดระดับการเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วในช่วง ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นปัจจัยหลักที่นำประเทศไทยสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วและรุนแรง



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยกรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ HITAP พบว่า ในปัจจุบันโรคที่พบในผู้สูงอายุอัตราสูงสุด ๒ อันดับ คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยโรคเบาหวานมีอัตราการรวมของโรคร้อยละ ๑๘.๒ โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการรวมของโรคร้อยละ ๔๑.๔

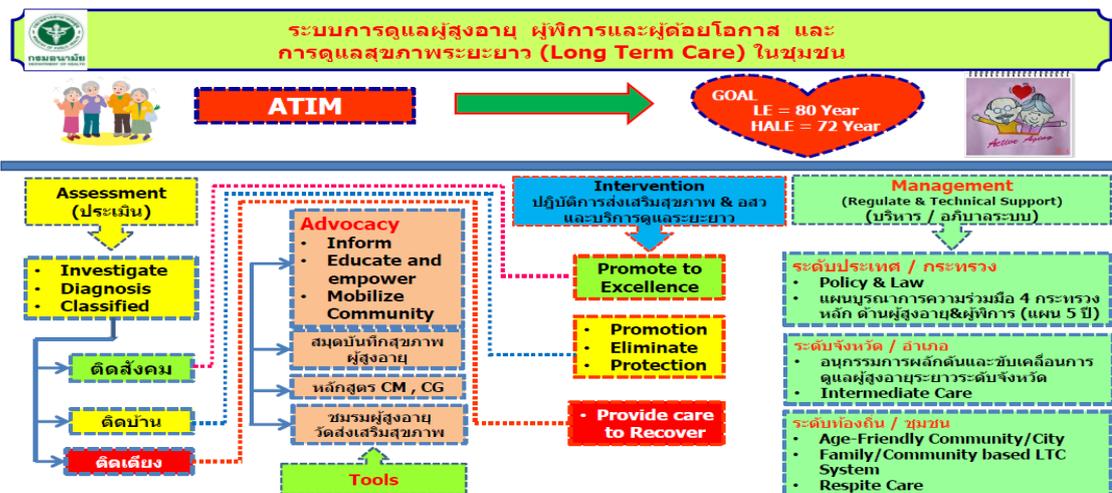
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยกรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ HITAP พบว่า ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ อัตราร้อยละ ๘๔ ไม่ดื่มสุรา อัตราร้อยละ ๘๓ ดื่มน้ำสะอาดวันละ ๘ แก้วหรือมากกว่า อัตราร้อยละ ๖๕ รับประทานผักสด ผลไม้สด อัตราร้อยละ ๖๖ และออกกำลังกาย อัตราร้อยละ ๕๗

ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

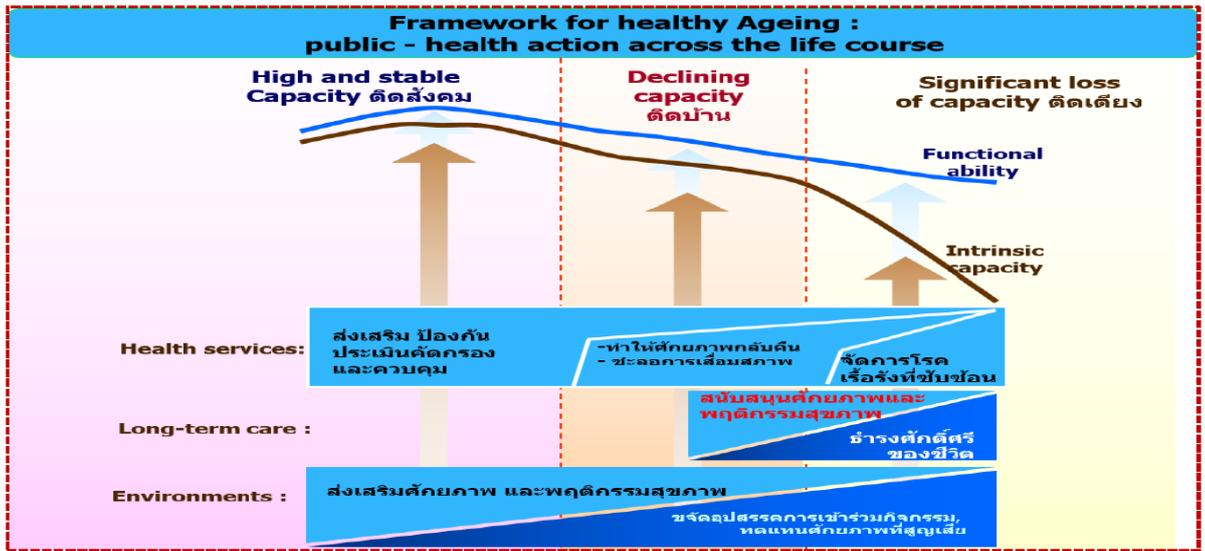
มีการดำเนินการโดยใช้หลัก A²IM หรือ (3ป 1บ) กล่าวคือ

- ๑) Assessment จะมีการประเมินว่าในกลุ่มวัยต่าง ๆ มีปัญหาใด โดยแยกกลุ่ม ให้คำปรึกษา และมีการแก้ไขปัญหาในแต่ละกลุ่ม และประเมินผล โดยมีเป้าหมาย LE เท่ากับ ๘๐ ปี HALE เท่ากับ ๗๒ ปี
- ๒) Advocacy จะมีการให้ข้อมูลข่าวสาร ให้การฝึกอบรม Care Manager และ Care Giver
- ๓) Intervention การปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ
- ๔) Management การบริหารจัดการ และการอภิบาลระบบ ทั้งระดับประเทศ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นหรือชุมชน

ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของตำบลที่มีการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะเน้นในเรื่องการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูทักษะ ซึ่งแผนการดำเนินงานในรอบ ๖ เดือน จะมีการอบรมฟื้นฟูทักษะให้กับ Care Manager โดยมีเป้าหมายที่จะให้เป็นครู ก (วิทยากรระดับจังหวัด) จำนวน ๕๐๐ คน และมีการพัฒนาทีมประเมินทั้งส่วนกลางและ เขตสุขภาพ โดยมีการอบรม Care Manager จำนวน ๑,๗๕๐ คน จะทำหน้าที่ดูแล Care Giver จำนวน ๖,๙๖๐ คน โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุจำนวน ๑๕๐,๐๐๐ คน ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล ร้อยละ ๓๐ - ๕๙ (จากเป้าหมาย ๑๕๐,๐๐๐ คน) โดยต้องมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๓๕

แผนรอบ ๑๒ เดือน จะมี Care Manager จำนวน ๓,๔๘๐ คน และมี Care Giver จำนวน ๑๓,๙๒๐ คน / ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๘๐ - ๑๐๐ โดยต้องมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐

การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วย 3c ๔ ขั้นตอน



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ลำดับขั้นตอนของแนวทางการบริหารจัดการโครงการ Long Term Care

๑) การจัดอบรม Care Manager และ Care Giver ในระดับพื้นที่ โดยศูนย์อนามัยเขต ร่วมกับเขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จากกรมอนามัย ประมาณ ๕ ล้านบาท เพื่อใช้ทั่วประเทศ

๒) Care manager และทีมออกประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมจัดทำ Care Plan โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนให้หน่วยบริการละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท

๓) หน่วยบริการเสนอโครงการฯ และ Care Plan เพื่อให้อนุกรรมการ Long Term Care อนุมัติงบประมาณในส่วนของการดำเนินงานในพื้นที่

๔) หน่วยบริการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ตาม Care Plan มีการดำเนินการโดย Care Giver เป็นแบบอาสาสมัคร โดยให้หน่วยบริการจ่ายเงินสนับสนุนการทำงานให้กับ Care Giver ไม่เกิน ๓๐๐ บาท ต่อเดือน

๖.๔.๒ ข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

มีการจัดทำโครงการจัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแผนที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การบูรณาการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๒๙ ล้านบาท เพื่อนำมาใช้ในการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายในการอบรมอาสาสมัคร จำนวน ๔๐,๐๐๐ คน ใน ๗๖ จังหวัด ซึ่งในขณะนี้ ได้มีการอบรมแกนนำ จำนวน ๓๐๐ คน ซึ่งจะขยายผลไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ในขณะที่เดียวกันได้มีการอบรมให้กับเด็กในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และในชุมชน โดยมีเป้าหมาย ในการอบรมจำนวน ๑,๐๐๐ คน สำหรับอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วจะเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่มีความยากจน ติดบ้าน ติดเตียง โดยการดูแลจะเน้นในเชิงสังคม เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผู้สูงอายุ ตลอดจนการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจ สภาพบ้านเรือน นอกจากนี้ยังมีบริการต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยมีการสำรวจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความยากจนและต้องการความช่วยเหลือ โดยจัดทำเป็นเล่มทะเบียนประวัติผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีหน่วยงานของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร่วมกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการ ต่อจากนั้นจะดำเนินการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความประสงค์และตามความจำเป็น เช่น การให้เงินทุนสงเคราะห์ เงินทุนประกอบอาชีพ มีการจัดทำกองทุนผู้สูงอายุโดยให้กู้ยืมเงินรายละ ๓๐,๐๐๐ บาท โดยไม่มีดอกเบี้ย มีการซ่อมแซมบ้านเรือนให้กับผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวจะเน้นในเรื่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยในภาพรวมยังติดปัญหาในเรื่องค่าตอบแทนของอาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันกรมกิจการผู้สูงอายุ ได้มีการตั้งคณะกรรมการด้านบูรณาการการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลหลักสูตรที่เหมาะสมที่จะสอนกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสถานบริบาลผู้สูงอายุ โดยคณะกรรมการประกอบด้วยหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๔.๓ ข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

มีการดำเนินการฝึกอาชีพ และจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาชีพ ซึ่งแบ่งเป็น ๒ หลักสูตร คือ (๑) การฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น โดยมีเป้าหมายในการฝึกอบรมผู้สูงอายุ จำนวน ๘,๐๐๐ คนต่อปี งบประมาณจำนวน ๒๐ ล้านบาท เพื่อการฝึกอบรมอาชีพให้กับผู้สูงอายุตามความสนใจ (หลักสูตร ๑ – ๒ วัน) เช่น การทำงานประดิษฐ์ การทำของที่ระลึก การทำอาหาร โดยใช้สถานที่ของสถานศึกษาอาชีวะทั่วประเทศในการฝึกอบรม (๒) จัดการเรียนการสอนในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประเภทวิชาคหกรรมศาสตร์ สาขาวิชาการดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร ๒ ปี) โดยร่วมกับสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจะเริ่มดำเนินการในปี ๒๕๖๐ สถานที่ดำเนินการ คือ สถานศึกษาที่มีการเรียนการสอนหลักสูตรคหกรรมศาสตร์ทั่วประเทศ จำนวน ๔๕ แห่ง ซึ่งจะรับนักศึกษา จำนวน ๓๐ คนต่อ ๑ สถานศึกษา แต่ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องความพร้อมของสถานศึกษา และค่านิยมในการเข้าเรียนหลักสูตรดังกล่าว โดยในขณะนี้สถานศึกษาที่มีความพร้อมจำนวนเพียง ๑ แห่ง คือ วิทยาลัยอาชีวศึกษาจังหวัดนครสวรรค์

บทสรุป บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนน้อยมาก โดยในปัจจุบันมีอายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน ๓๐ คน นับว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย อีกทั้งบุคลากรด้านพยาบาล นักกายภาพบำบัด ในประเทศไทยก็มีจำนวนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่จะดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีจำนวนน้อยมาก และไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ สาเหตุที่มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อย เนื่องจากค่าตอบแทนที่ได้รับมีจำนวนน้อย และต้องใช้ความอดทนสูงในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ในปัจจุบันหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวกับกำลังเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาคาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย



**๗. ข้อมูลวิชาการของคณะกรรมการ และการข้อมูลวิชาการของสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ**

๗.๑ รายงานการพิจารณาศึกษา โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติ
แห่งชาติ ภาคที่ ๑ เรื่อง "แนวทางการส่งเสริมนวัตกรรมการออกกำลังกายและการสร้างเสริม
สมรรถภาพผู้สูงอายุ

๗.๒ รายงานการพิจารณาศึกษา โดยคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง บุคลากรในกระบวนการดูแล
ผู้สูงอายุ

๗.๓ รายงานผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง การเตรียมความพร้อมเข้าสู่
สังคมผู้สูงอายุ

๗.๔ รายงานผลการพิจารณาศึกษา ของคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เรื่อง การสังเคราะห์การดูแล
ผู้สูงอายุในประเทศไทย : ปัญหาและข้อเสนอแนะ

๗.๕ รายงานการวิจัย ของสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เรื่อง การพัฒนา
โปรแกรมสนับสนุนการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ

๗.๖ บทความทางวิชาการ ของสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เรื่อง การจัด
สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

๗.๗ บทความทางวิชาการ ของสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เรื่อง การเข้าสู่
สังคมผู้สูงอายุ



๘. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

๘.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

มีบทบัญญัติที่บรรจุหลักการให้ ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ดังนี้

หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

- มาตรา ๒๗ บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ประกอบกับ วรคสี่ “มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้น เพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

- มาตรา ๔๘ วรรคสอง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

หมวด ๕ หน้าที่ของรัฐ

หมวด ๖ แนวนโยบายแห่งรัฐ

- มาตรา ๗๑ รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

วรรคสี่ “รัฐพึงให้ความช่วยเหลือ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวใช้ความรุนแรง หรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว

สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาของกฎหมายเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา <http://www.krisdika.go.th> และเว็บไซต์การค้นหาข้อมูลราชกิจจานุเบกษา <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>

๘.๒ พระราชบัญญัติที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ อาทิ

๑) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่
องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

หมวด ๒ การกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ

- มาตรา ๑๖ ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจ
และหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของ
ตนเอง

(๑๐) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา
และผู้ด้อยโอกาส

(๑๙) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล

๒) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

มาตรา ๔๗ “เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริม
กระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชน
ในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนด
หลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน”

๓) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖

ผู้สูงอายุได้รับสิทธิ ตามมาตรา ๑๑ แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ดังนี้

- มาตรา ๑๑ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน
ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

(๑) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความ
สะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

(๒) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(๓) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(๔) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม

ในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

(๕) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร
สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณสุขอื่น

- (๖) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
- (๗) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
- (๘) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหา ประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- (๙) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไข ปัญหาครอบครัว
- (๑๐) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความเป็นจำเป็นอย่างทั่วถึง
- (๑๑) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
- (๑๒) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
- (๑๓) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

๔) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓

สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาของกฎหมายเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา <http://www.krisdika.go.th> และเว็บไซต์การค้นหาข้อมูลราชกิจจานุเบกษา <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>

๘.๓ กฎหมายลำดับรองที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อาทิ

๑) ระเบียบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๓
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการบริหารกองทุน การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์ และการจัดการกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘
- ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ว่าด้วยการบริหารกองทุน การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์ และการจัดการกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๘
- ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุ ว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘
- ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๒

สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาของกฎหมายเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา <http://www.krisdika.go.th> เว็บไซต์การค้นหาข้อมูลราชกิจจานุเบกษา <http://www.ratchakitcha.soc.go.th> และเว็บไซต์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ http://www.msociety.go.th/ewt_news.php?nid=3266

๒) ข้อบังคับเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ข้อบังคับการรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย ว่าด้วยการกำหนดอัตราค่าโดยสารรถไฟฟ้า วิธีการจัดเก็บค่าโดยสารรถไฟฟ้า และการกำหนดประเภทบุคคลที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องชำระค่าโดยสารรถไฟฟ้า สำหรับโครงการรถไฟฟ้ามหานคร สายเฉลิมรัชมงคล พ.ศ. ๒๕๔๗

สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาของกฎหมายเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย <https://www.mrta.co.th> กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ http://www.msociety.go.th/ewt_news.php?nid=3266

๓) ประกาศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน ผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและการฝึกอาชีพที่เหมาะสม

- ประกาศกระทรวงคมนาคม เรื่อง ให้นำหน่วยงานในสังกัดกระทรวงคมนาคม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งสาธารณะ

- ประกาศกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในการจัดบริการ เพื่ออำนวยความสะดวกสถานที่ท่องเที่ยว และการจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๘

- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

- ประกาศกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

- ประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ เรื่อง หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขอื่นที่ให้การสนับสนุนทางการเงินจากกองทุนผู้สูงอายุ

สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาของกฎหมายเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา <http://www.krisdika.go.th> เว็บไซต์การค้นหาข้อมูลราชกิจจานุเบกษา

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th> และเว็บไซต์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ http://www.msociety.go.th/ewt_news.php?nid=3266

๘.๔ คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

กำหนดให้มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและ มีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบ การดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาของกฎหมายเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์สำนักงานเลขาธิการ คณะรัฐมนตรี <http://www.soc.go.th>

๘.๕ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

ข้อ ๓.๖ พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย

๓.๖.๑. ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมการจัดบริการ ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และระบบการเงินการคลัง

๓.๖.๒ พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักฟื้น ก่อนกลับบ้าน ให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาว ที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว

๓.๖.๓. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติดตามการบำบัดรักษา

๓.๖.๔ ส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคาร สถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม

สามารถดูรายละเอียดเนื้อหาของกฎหมายเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <http://www.nesdb.go.th>



บรรณานุกรม

หนังสือ

ไตรรัตน์ จารุทัศน์. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. ๒๕๕๖.

ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร. กรุงเทพมหานคร: หนังสือพิมพ์มติชน, ๒๕๖๐.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๘. พิมพ์ครั้งที่ ๑

กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๘.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจประชากร

สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๗, พิมพ์ครั้งที่ ๑ กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, ๒๕๕๗.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กฎหมายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่

๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐, จาก www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=3266