



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก

Potentials and Development and Aging Society in Urban Eastern Area.

ดร.ธนิต โตอติเทพย์

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้  
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

รหัสโครงการ ๖๖๘๑๕๘

สัญญาเลขที่ ๗๐/๒๕๖๑

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก

Potentials and Development and Aging Society in Urban Eastern Area.

ดร.ธนิต โตอติเทพย์

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้

จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

## สารบัญ

<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	1
- ความสำคัญของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์	3
- ขอบเขตของการศึกษา	3
- วิธีดำเนินการวิจัยโดยสรุปเป็นทฤษฎี กรอบแนวคิด	4
- เอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
- วิธีการดำเนินการวิจัย	9
<b>บทที่ 2 การจัดการเชิงโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี</b>	11
- บทบาทและนโยบายของรัฐกับการจัดการสังคมผู้สูงอายุ	11
- บทบาทด้านการจัดการของงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	17
- บทบาทด้านการจัดการทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ	33
<b>บทที่ 3 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี</b>	43
- การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ	43
- การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของหน่วยงานการปกครองท้องถิ่น	51
<b>บทที่ 4 แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี</b>	85
- แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุเชิงนโยบาย	85
- แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของการปฏิบัติในท้องถิ่น	87
<b>บทที่ 5 บทสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และผลผลิต</b>	90
- บทสรุป	90
- การอภิปรายผล	92
- ข้อเสนอแนะ	93
- ผลผลิต	93

## สารบัญ (ต่อ)

บรรณานุกรม	94
ภาคผนวก	99
ประวัติผู้วิจัย	110

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	เงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุแบบขั้นบันได..... 23
2	จำนวนประชากร ผู้สูงอายุ สัดส่วนร้อยละ จำแนกตามรายอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2560..... 53
3	จำนวนผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และ สัดส่วนร้อยละ จำแนกตามรายอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.2560..... 54
4	รายชื่อเครือข่ายผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2560..... 55
5	จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ของเทศบาลเมืองหนองปรือ..... 59
6	จำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง..... 74
7	รายวิชาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลูตาหลวง (วิทยาลัยสูงวัย)..... 81
8	จำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ..... 82

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงโครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2493 – 2593.....	2
2	แสดงแสดงตัวแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ.....	25
3	แสดงแผนผังโครงสร้างชมรมผู้สูงอายุ.....	27
4	แสดงรูปแบบของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ.....	29
5	แสดงแนวคิดดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care).....	36
6	แสดงประกาศรับสมัครงานการจ้างงานผู้สูงอายุ.....	45
7	แสดงประกาศรับสมัครงานการจ้างงานผู้สูงอายุ.....	46
8	แสดงหนังสือสินค้าทางวัฒนธรรมชลบุรี.....	50
9	แสดงกิจกรรมโครงการองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน.....	57
10	แสดงกิจกรรมโครงการองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน.....	58
11	แสดงกิจกรรมโครงการองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน.....	58
12	แสดงกิจกรรมของชมรมดอกคำดวน.....	62
13	แสดงพิธีการรับมอบประกาศนียบัตร ปริญญาชีวิต.....	64
14	แสดงโครงสร้างการบริหารงานโรงเรียนผู้สูงอายุ.....	65
15	แสดงโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ.....	66
16	แสดงกิจกรรมโครงการ 3 วัยสายสัมพันธ์.....	70
17	แสดงงานวิชาการเวชศาสตร์ “ผู้สูงอายุ สูงวัยสุขภาพดีมีคุณค่า จิตอาสาอย่างมี ความสุข.....	77
18	แสดงผลิตภัณฑ์ของชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 บ้านหนองหญ้าน้อย.....	78
19	แสดงศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตแบบครบวงจรและศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ.....	79
20	แสดงการให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลหนองปรือ.....	83
21	แสดงการให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลหนองปรือ.....	85

## บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุ ศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ และแนวโน้มของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง จังหวัดชลบุรี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การจัดการเชิงโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย ให้ความสำคัญกับการดำเนินทางนโยบายที่มาจากหน่วยงานภาครัฐ กระทรวงที่มีบทบาทหลักในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานผ่านยุทธศาสตร์ที่ถูกระบุขึ้นสู่การสร้างกลไกเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุในท้องถิ่น ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร กองทุนสวัสดิการ โครงการพัฒนาผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ขณะที่ความพร้อมของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เท่ากันส่งผลให้แต่ละพื้นมีระดับความพร้อมที่ค่อนข้างแตกต่างกันไป แนวโน้มของการจัดการเพื่อเตรียมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุยังต้องประสบปัญหาอีกหลากหลาย ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของการนิยามเพื่อจำแนกผู้สูงอายุ ชำช้อนเชิงนโยบาย, เบียดผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต, การพิจารณาถึงงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการสังคมสูงอายุที่ยาวขึ้น, การประสานงานเชิงนโยบายระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับหน่วยงานท้องถิ่น

## Abstract

This research entitled “Potentials and Development an Aging Society in Urban Eastern Area.” Aims to study the social structure, the potential of economic and society through the guideline of economic and social development of aging society in Chonburi province. The method of this study was a qualitative

The study revealed that the social structure management in Thailand focus on the policy implementation from government sectors. The ministries have a role in aging development is Ministry of Social Development and Human Security and Ministry of Public Health implemented under strategy or policy of ministries that was making the functions for local older development such as the elderly club, volunteer, welfare funds, long term care programs and etc. The availability of local government organizations is unequal resulting in different levels whiles the management to prepare to the elderly society has to problems include definition for identifying the elderly unclear, low subsistence allowance, the finance to manage long-term elderly and Policy coordination between provincial administration and local authorities.



## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 70/2559 ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคคลที่ให้การสนับสนุนดังนี้

ขอขอบคุณคณะกรรมการที่พิจารณาให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ช่วยชี้แนะสิ่งอันเป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิจัย ขอขอบคุณคณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญรอด บุญเกิด และรองคณบดีฝ่ายวิชาการ รองคณบดีฝ่ายวิจัย ที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่น้องหน่วยงานส่งเสริมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ตลอดจนบุคลากรฝ่ายวิจัยในสังกัดคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนมาโดยตลอด

ดร.ธนิต โตอติเทพย์

ผู้วิจัย

## Acknowledgement

This work was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand (Grant no. 70/2561).

I hereby would like to express my deepest sense of gratitude and indebtedness to the research committee who passed my research proposal and Burapha University's research ethics committee who provided advantageous suggestions on conducting this research.

I am very much grateful to Assistant Professor Doctor Boonrod Boongird, Dean of the Faculty of Humanities and Social Sciences, his Vice Dean for Academic Affairs, Vice Dean for Research Affairs, and the Head of Research Section, for their valuable support and encouragement.

I am grateful to all friends and colleagues from Research Promotion Section and Research Section in Burapha University.

Last but not least, I would also like to thank all the colleagues and people who have helped and inspired me during the research work.

Tanit Toaditthep, Ph.D.

Researcher

# บทที่ 1

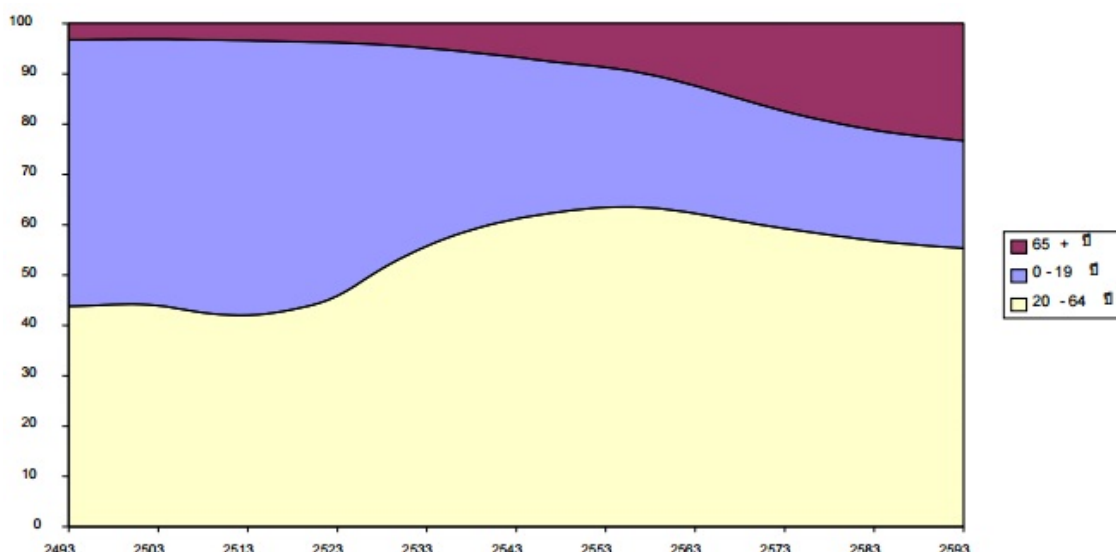
## บทนำ

### 1.1 ความสำคัญของปัญหา

ความเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความก้าวหน้า ทางด้านการแพทย์สาธารณสุข ส่งผลให้โครงสร้างของประชากรไทยเริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก จากเดิมที่เคยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดของประชากรอยู่ในระดับสูงและอายุเฉลี่ยที่ค่อนข้างสั้น ได้เข้าสู่ในทิศทางตรงกันข้ามคือ การมีอัตราการเกิดที่ต่ำลงและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวมากขึ้น โดยอัตราการเกิดจากที่เคยอยู่ในระดับสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 6.35 ในช่วง พ.ศ. 2493 – 2498 และเริ่มลดลงเหลือร้อยละ 5.05 ในช่วงปี พ.ศ. 2513 – 2518 สถานการณ์ปัจจุบัน (พ.ศ. 2558 – 2563) อัตราการเกิดมีเพียงร้อยละ 1.81 ขณะที่อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากปี 2493 – 2498 ที่ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยเพียง 51.6 ปี จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2559 อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 71.2 ปี (UN, 2007)

การประมาณการจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ประมาณถึง อัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 24.6 ในปี พ.ศ. 2563 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.1 ในปี พ.ศ. 2568 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นได้ว่า ประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรจะส่งผลกระทบต่อในแทบทุกด้านทางสังคม เช่น โครงสร้างของแรงงานในระบบเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคมที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไป ระบบสาธารณสุข เป็นต้น ดังแผนภาพแสดงโครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2493 – 2593

ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2493 – 2593



ที่มา : นณริฎ พิศลยบุตรและจิระวัฒน์ ปั้นเปี่ยมรัฎฐ์ (2556)

ประชากรสูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนได้ส่งผลกระทบต่อมิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การศึกษาของ สมบุญ ยมนาและคณะ (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของกลุ่มประชากรวัยกลางคน และได้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมต่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ ได้แก่กลุ่มที่ทำงานประจำ อยู่ในระบบราชการ รัฐวิสาหกิจ ที่จะต้องเริ่มแสวงหากิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจแบบใหม่ทำการผลิตเพื่อหล่อเลี้ยงชีวิตในวัยชรา ตลอดจนการแบ่งเบาภาระของครอบครัว และในทางตรงกันข้ามเมื่อมีอายุมากขึ้นไม่มีความสามารถทำการผลิตเพื่อก่อให้เกิดรายได้เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยของพลังแรงงานภายในครอบครัวเลี้ยงดู จนกลายเป็นภาระที่บุคคลภายในครอบครัวต้องรับผิดชอบ ซึ่งอาจนำไปสู่การก่อปัญหาทางด้านสังคมในระดับครอบครัว (ปรีชา อุปโยคิน, 2538)

สถานการณ์ของประชากรผู้สูงอายุที่จะต้องเผชิญและยอมรับว่าเป็นปัญหา สามารถก่อรูปเป็นภาระของครอบครัวได้ด้วยปัจจัยหลัก 3 ด้าน ได้แก่ หนึ่งปัจจัยด้านสุขภาพที่เมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลงและสุขภาพเริ่มมีการเจ็บป่วย จนกลายเป็นภาระทางการเงินของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลรักษาซึ่งจะต้องแบ่งเวลามาจากการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน สองปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ การแบ่งเวลาการทำงานของแรงงานการผลิตภายในครอบครัว หรือบางรายอาจต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนกลายเป็นภาระกิจที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในครัวเรือน สุดท้ายปัจจัยด้านการเงิน ที่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่สามารถทำการผลิตหรือสร้างรายได้ให้กับครอบครัว จำเป็นต้องพึ่งพารายได้ของสมาชิกที่จะแบ่งปันมาให้ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างชัดเจนในมิติทางสังคมโดยเฉพาะสถาบันครอบครัว ขณะเดียวกันยังได้ส่งผลต่อโครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในระบบการผลิต ผู้บริโภคหน่วยสุดท้ายที่ลดลงซึ่งอาจเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจต่อเนื่องได้อีกคือสถานะทางเศรษฐกิจฝืดเคือง (เงินฝืด) ดังในการศึกษาของ Schaffnit and Chatterjee (2007) ที่อธิบายว่าเมื่อประชากรมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้สัดส่วนการใช้จ่ายสินค้าประเภทอาหารและเสื้อผ้าลดลงแตกต่างจากประชากรวัยทำงานซึ่งมีการใช้จ่ายสินค้าประเภทดังกล่าวอยู่ในระดับสูงขณะที่สัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพและการบริโภคพลังงานมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากผู้สูงอายุจะใช้เวลาในการอยู่กับบ้านเพิ่มมากขึ้น และโครงสร้างของรัฐจะต้องลงทุน สนับสนุนสร้างกลไกเพื่อมารองรับผลกระทบ เช่น สวัสดิการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น (Schaffnit and Chatterjee, 2007)

จากรายงานการสำรวจ ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 ได้ชี้ให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศมีปริมาณ 10,014,705 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 อัตราส่วนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ภาคกลาง ร้อยละ 13.5 และสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี มีปริมาณ 142,009 และกลุ่มประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15 – 60 ปี) มีจำนวน 924,705 คน และเมื่อ เทียบเป็นภาระที่พึ่งพิงพบว่า ประชากรในวัยแรงงาน ต้องแบกรับภาระที่พึ่งพิงในอัตรา 2.10 : 1 กล่าวคือ ประชากรในวัยแรงงาน 2.1 คน ต้องแบกรับภาระที่พึ่งพิงของประชากรที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 1 คน การจัดการสวัสดิการสังคมของจังหวัดชลบุรี โดยเฉพาะด้านผู้สูงอายุ ได้มีการจัดการตั้งแต่การให้เบี้ยผู้สูงอายุ การช่วยเหลือค่าทำศพ หรือการมีอาสาสมัครเข้าไปร่วมดูแล นอกจากนี้ยังมีศูนย์พัฒนาการจัดการผู้สูงอายุที่มีแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น (คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัดชลบุรี, 2559)

ภายหลังการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น ตลอดจนการขยายตัววงโลกของรัฐบาล ได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างในระดับท้องถิ่นที่หลากหลาย เช่น หน่วยงานพัฒนาสังคมระดับจังหวัด หน่วยงานด้านสุขภาพ เครือข่ายและชมรมที่ถูกจัดตั้งโดยประชาชน หรือหน่วยงานการปกครองในระดับท้องถิ่น และการเกิดขึ้นของอาสาสมัครในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงความสนใจที่จะเสนอลักษณะของโครงสร้างสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในท้องถิ่น และจะเน้นการศึกษาพื้นที่ในสังคมเมืองของจังหวัดชลบุรีเป็นหลัก

## 1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาแนวโน้มของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง จังหวัดชลบุรี

### 1.3 ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตทางด้านพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนจังหวัดชลบุรี พื้นที่ภายใต้การบริหารของเทศบาลเมืองหนองปรือ พื้นที่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง และพื้นที่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

ขอบเขตช่วงเวลา การวิจัยครั้งนี้จะเริ่มทำการศึกษาดังแต่ช่วงที่เริ่มมีการกระจายอำนาจการปกครองในระดับท้องถิ่น ที่เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาด้วยตนเอง ในปี พ.ศ. 2540 จนกระทั่งปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากจะสะท้อนภาพการเปลี่ยนแปลง แนวโน้ม และทิศทางการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ

ขอบเขตทางด้านเนื้อหา ผู้วิจัยจะใช้เนื้อหา ผลกระทบจากมิติทางการศึกษาเชิงนโยบายในมิติทางด้านเศรษฐกิจทั้งในระดับมหภาคและมิติเศรษฐกิจระดับท้องถิ่น เนื้อหาทางด้านการจัดสวัสดิการทางสังคม สุขภาพ และรูปแบบกระบวนการพัฒนาผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น

### 1.4 วิธีดำเนินการวิจัยโดยสรุปเป็นทฤษฎี กรอบแนวคิด

การวิจัยเรื่อง “ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก” จะใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุและแนวคิดสถานะสังคมของผู้สูงอายุ

#### แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ

กระบวนการผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของช่วงชีวิต ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะที่เกิด พร้อมๆกันคือ ระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อนอายุ 40 ปี ซึ่งหมายถึงการมีกระบวนการไปในทางการเจริญเติบโตในเชิงกายภาพที่มีความสมดุล และเมื่อมีความเจริญเติบโตมากจนถึงขั้นสูงสุด กระบวนการเจริญเติบโตจะเริ่มขาดความสมดุล และเริ่มกลายเป็นความเสื่อมโทรมของร่างกาย จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 ภายหลังจากอายุ 40 ปีขึ้นไป

คำว่า ผู้สูงอายุ ใช้แทนความหมายของคำว่า “คนแก่หรือคนชรา” เพื่อสื่อความหมายถึงการให้เกียรติสำหรับการเปลี่ยนแปลงลักษณะการลดอัตราความเจริญทางร่างกายสู่ความเสื่อมถอย จวบจนสิ้นอายุ การศึกษาของอวย เกตุสิงห์ (2523) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสื่อมสภาพของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ อาหาร อาชีพ และสภาพแวดล้อม ตลอดจนการดูแลรักษาสุขภาพของแต่ละบุคคลเพื่อให้ชีวิตยืนยาว ขณะที่ Matteson & McConnell (1988) ได้มองว่าผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะนำการพัฒนาในแต่ละด้าน โดยเสนอว่า

1. ผู้สูงอายุของแต่ละครอบครัว แต่ละบุคคลมีลักษณะที่เป็นระบบเปิดมีความสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
2. ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการพัฒนาทางด้านสติปัญญา มีทักษะในการกระทำและมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ตลอดจนการเป็นผู้ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และ

3. การพัฒนาผู้สูงอายุ จำเป็นจะต้องมีข้อมูล ข่าวสาร และการดำรงไว้ของสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และต้องส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาที่เหมาะสมในช่วงชีวิต

ดังนั้นการพิจารณาในมิติที่มองว่าผู้สูงอายุคือกำลังแรงงานที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาสังคม โดยจะต้องมีเงื่อนไขของการแลกเปลี่ยน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนสถานการณ์ที่เหมาะสมกับช่วงวัย

การศึกษาของนภภรณ์ หะวานนท์และธีรวัล วรธโนทัย (2552) ได้สังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

กลุ่มแรก เป็นแนวคิดของทฤษฎีกิจกรรม โดยมองว่า ความสำเร็จของการเข้าสู่วัยสูงอายุคือการที่ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงกับผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนได้มากขึ้น ผู้สูงอายุจึงสร้างอัตลักษณ์เกี่ยวกับตัวตนของตนเอง ภายใต้การจับจ้องมองของสังคมและบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือสร้างอัตลักษณ์ของตนเอง เพื่อทำหน้าที่การจัดการและจัดวางความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

กลุ่มที่สอง เป็นแนวคิดที่เรียกว่าการถอนตัว มุ่งให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่ถอนตัวออกจากสังคม โดยมองว่ากระบวนการถอนตัวออกจากสังคมเนื่องจากการขาดซึ่งพื้นที่ทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นพื้นที่เพื่อปฏิสังสรรค์ทางสังคมและเป็นพื้นที่พึ่งปรารถนาของกลุ่ม พื้นที่ดังกล่าวได้มีความสำคัญทั้งในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุและในระดับทางสังคม การถอนตัวโดยกลไกและระเบียบทางสังคมเช่น การเกษียณอายุ ซึ่งเป็นการจำยอมให้สังคมถอนตัวออกจากปัจเจกบุคคล

กลุ่มที่สาม เป็นแนวคิดที่เสนอทั้งรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการแยกตัวเองออกจากสังคม ซึ่งจะสามารถนำตนเองเข้าสู่วัยชราได้อย่างมีความสุข เนื่องจากการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องของการปรับตัวของการเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดจากเงื่อนไขหลากหลาย เช่น ปัจจัยภายในของตนเองหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและข้อกำหนด กฎระเบียบทางสังคม ที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดเงื่อนไขว่าผู้สูงอายุจะมีความยินดีกับการเข้าสู่วัยของการเป็นผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามอัตลักษณ์ของผู้สูงอายุก็แสดงถึงการต่อต้านทั้งสภาวะของร่างกายและแรงกดดันทางสังคมอย่างเข้มข้น ผู้สูงอายุอาจปรับเปลี่ยนทิศทางการแสดงตัวตนของตนเอง จากการสั่งสมประสบการณ์ กระบวนการทางสังคมและการจัดลำดับความสัมพันธ์ทางสังคม

### **แนวคิดเกี่ยวกับสถานะของผู้สูงอายุ**

การกำหนดสถานะของผู้สูงอายุทางสังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด ผ่านการนิยามและการให้ความหมายทางสังคม ดังการนิยามผู้สูงอายุที่อาจมองว่าเป็นภาระทางสังคม หรือการมองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถสร้างคุณค่าทางสังคม สามารถจำแนกออกได้ 4 รูปแบบด้วยกันคือ

รูปแบบการปฏิเสธผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบของการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการมองถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งปรากฏขึ้นในสังคมยุคแรกเริ่ม ที่สังคมยังไม่สามารถเป็นที่พึ่งพิง ดูแลผู้ที่อยู่ร่วมกันภายในสังคมหนึ่งๆ ได้ หรือในช่วงของการขยายตัวของกระบวนการพัฒนาที่มองว่า ประชากรได้เป็นพลังแรงงานการผลิต

ที่สำคัญ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถจะดำเนินพลังการผลิตได้หรือไม่เป็นกำลังการผลิตของระบบ จึงควรเป็นบุคคลที่ถูกจัดการออกไป และจะถูกกีดกันออกจากสังคม

รูปแบบการให้บริการทางสังคม ที่มองว่าการกีดกันผู้สูงอายุ (แนวคิดปฏิเสธ) เป็นเรื่องที่ไม่สามารถยอมรับได้ แต่ควรให้อยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานภาครัฐที่เข้มข้น หรือมอบให้ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพเป็นที่ปรึกษา ผ่านการให้บริการทางสังคมและมักเป็นการแยกผู้สูงอายุออกมาจากสังคม โดยแนวคิดดังกล่าวจึงไม่อาจสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างทางอายุแต่อย่างใด และยังมีมุมมองต่อผู้สูงอายุในสถานะที่ไม่มีคุณค่า

รูปแบบการมีส่วนร่วม แนวคิดการมีส่วนร่วมมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าทางสังคม มีความสามารถต่อต้านมีความสามารถเป็นพลังแรงงานในการผลิต ลักษณะดังกล่าวนี้เกิดขึ้นมาพร้อมกับความคิดเรื่องสิทธิทางพลเมืองและขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อความเสมอภาคและความเป็นอิสระ จุดเน้นของแนวคิดคือการทำให้ผู้สูงอายุมีอำนาจอิสระในตนเอง และผู้สูงอายุไม่ควรตกอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของระบบการให้บริการ จากแนวคิดได้ส่งผลกระทบต่อผู้วางแผนการจัดการ การกำหนดนโยบาย และนักวิจัยเข้ามามีบทบาท

รูปแบบสุดท้ายคือ การตระหนักในตนเอง โดยมองว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นกระบวนการหนึ่งของการดำเนินชีวิต ที่จะต้องหมุนไปตามกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การตระหนักตนเองคือการมองว่า ทุกกระบวนการของชีวิตได้มีการสร้างเสริมประสบการณ์ การสร้างการเติบโตและสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับสังคม ดังนั้นความคิดที่ว่าด้วยการเข้าสู่ผู้สูงอายุคือการเข้าสู่ช่วงสุดท้ายและการสิ้นสุดของชีวิต จึงถูกปฏิเสธ และได้นำเสนอแนวคิดแบบองค์รวม ที่มองว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่คนได้เข้าสู่ความสมบูรณ์ และเป็นที่ยังปรารถนาของทุกคน แนวคิดนี้จึงพยายามก้าวข้ามการอธิบายเชิงเดี่ยว และพิจารณาในหลากหลายมิติ เช่น สุขภาพ ร่างกาย จิตวิญญาณ เป็นต้น

## 1.5 เอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยทำการสังเคราะห์โดยจะทำการจัดแบ่งหมวดหมู่ตามแนวทางการศึกษาผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์หลัก และจำแนกออกมา 3 กลุ่ม ด้วยกันคือ

### การศึกษาตามแนวของโครงสร้างอายุประชากรและการออม

แนวทางการศึกษาของโครงสร้างอายุประชากรและการออม นณริฎ พิศลยบุตร และจิระวัฒน์ ปั้นเปี่ยมรัษฎ์ (2556) ได้อธิบายว่าเป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากร การออมและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นประเด็นที่นิยมใช้ในการศึกษาทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์ โดยจะอาศัยแนวคิดของ Franco Modigliani เรื่อง Life Cycle Hypothesis ที่อธิบายว่า ผู้บริโภคจะวางแผนการบริโภค โดยพิจารณาถึงรายได้ที่จะได้รับตลอดชีวิต ซึ่งจะเป็นการรักษาระดับการบริโภคให้คงที่ตลอดชั่วอายุ โดยไม่ต้องการให้มีการลดการบริโภคน้อยเกินไปหรือสูงมากเกินไปในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ดังนั้น ช่วงชีวิตของ



การทำงานผู้บริโภคมักจะทำการออม เพื่อที่จะเก็บไว้ใช้จ่ายภายหลังจากการเกษียณอายุซึ่งอาจไม่มีรายได้ การใช้จ่ายในช่วงระยะเวลาดังกล่าวส่งผลให้เงินออมเริ่มลดน้อยลง ซึ่งข้อจำกัดของการอธิบายจะเน้นถึงพฤติกรรมการบริโภคเป็นหลัก โดยมีได้กล่าวถึงบริบททางสังคมหรือมิติด้านประชากรในเชิงมหภาค

### **การศึกษาตามแนวของโครงสร้างอายุประชากรและเศรษฐกิจ**

แนวทางการศึกษา ความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอายุประชากร ส่งผลต่อการเติบโต การขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจที่หลากหลาย ดังในการศึกษาของ Solow (1956) อธิบายว่าความแตกต่างของการออมและการสะสมทุน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างของรายได้ภายในประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีอัตราการออมสูงจะมีการสะสมทุนมาก และมีอัตราการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจสูงกว่าประเทศที่มีการออมอยู่ในระดับต่ำ และหากนำไปพิจารณาร่วมกับแนวคิดการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจจะพบว่า ปริมาณสัดส่วนของประชากรสูงอายุอาจจะมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับการเติบโตและการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมักยิ่งขึ้นส่งผลให้การออมลดน้อยถอยลง

นอกจากการศึกษาในมิติของการออมและการสะสมทุน การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอายุประชากรได้ส่งผลทางด้านเศรษฐกิจในมิติของการเปลี่ยนแปลงของแรงงานการผลิตในภาพรวม ดังในการศึกษาของ French (2005) ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์โครงสร้างอายุของแรงงานการผลิตกับการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจว่า พลังแรงงานจะมีลักษณะที่เลื่อนไหลและไม่คงที่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย โดยพลังแรงงานจะสามารถเพิ่มขึ้นสูงขึ้นได้จนถึงช่วงอายุหนึ่งและมีแนวโน้มลดลงเมื่อผ่านช่วงอายุดังกล่าวไป ดังนั้นการเข้าสู่สังคมสูงอายุในประเทศหนึ่งๆ ทำให้มีบางช่วงเวลาที่ประเทศนั้นมีพลังแรงงานอยู่ในช่วงที่มีการผลิตในระบบอยู่ในระดับสูงและทำให้ผลผลิตโดยรวมที่มาจากแรงงานสูงขึ้น และสามารถชะลอการหดตัวของระบบเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการลดลงของการออมและการสะสมทุนได้ และการศึกษาของ Fryrer (2007) ได้สนับสนุนแนวคิดข้างต้นว่า ความแตกต่างของผลผลิตในแต่ละประเทศ ในมิติของการผลิตระหว่างประเทศ จะสามารถอธิบายได้จากความแตกต่างของโครงสร้างอายุแรงงานระหว่างประเทศ โดยมองว่ากำลังแรงงานที่อยู่ในวัยกลางคนคือ 40 ปี จะมีสัดส่วนในการผลักดันการผลิตเพื่อการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจในอัตราที่สูงกว่าในประเทศที่มีแรงงานในวัยกลางคนในสัดส่วนที่ต่ำกว่า

### **การศึกษาแนวทางการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุและรัฐ**

แนวทางการศึกษาการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุและรัฐ มักจะนิยมศึกษาในกลุ่มของนักรัฐศาสตร์ นักการวางแผนและนโยบาย และกลุ่มนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา โดยที่นำหน้าการศึกษาไปที่บทบาทของรัฐในการจัดการสวัสดิการเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมดังในการศึกษาของมิลลิตี ศรีสุข (2544) ได้ศึกษาเรื่อง การบริหารงานสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์การบริหาร ส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยอธิบายว่าการบริหารงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของ มีการวางแผนงานการบริหารงาน โดยมอบหมายให้ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบ โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุข ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณโดยการอุดหนุนงบประมาณให้สถานีก่อนวัยตำบ อำเภอ และจังหวัด

การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ คือ งานวันผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุน กิจกรรมที่จัดทำให้ผู้สูงอายุ ทั้ง 5 ตำบล ประกอบด้วยเศรษฐกิจ เน้นการส่งเสริมอาชีพและเบี้ยสงเคราะห์ยังชีพ ด้านสังคมเน้นการจัด กิจกรรมวันผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอนามัยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสุขภาพฟรี ด้านนันทนาการ ได้แก่การจัดแข่งขันกีฬาและการออกกำลังกาย ด้านสิ่งแวดล้อมเน้นการจัดสวนสุขภาพ

กิติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์ (2550) ได้ทำการศึกษาถึง ประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ได้อธิบายว่า การจัดการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุในเทศบาลตำบล เป็นการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการ ของกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะนโยบายของคณะผู้บริหารที่ให้ความสำคัญ การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ในบางส่วน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิต ตฤณตียะกุล (2550) ได้ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการบริหารสวัสดิการสังคมของ ผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านฉาง จังหวัดระยอง พบว่า ประชากรผู้สูงอายุยังไม่รู้ถึงศักยภาพของตัวเองว่า มีบทบาทและสิทธิที่ควรจะได้รับจากการจัดการบริการ ของหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ยังได้รับไม่ครอบคลุมและทั่วถึง ตลอดจนปัญหา ด้านสุขภาพอนามัยที่มีปัญหาในระดับมาก และยังมีหน่วยงานใดได้เข้าไปให้บริการส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ การเพิ่มศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต้องวางอยู่บนมาตรฐานของปัจจัยพื้นฐานทางสวัสดิการสังคม

ขณะที่งานของกวิณ วันวิเวก (2551) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วน ตำบล ในพื้นที่เมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านนันทนาการ ด้านการส่งเสริม อาชีพ และด้านการบริการทางสังคม และในประเด็นสภาพปัญหาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นปัญหามากที่สุดในสายตาของ เจ้าหน้าที่รัฐและผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการจากภาครัฐ ส่วนแนวทาง การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล เห็นว่าควรมีแนวทางการจัดการสวัสดิการทางด้านจิตใจ

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์ความรู้ทางด้านการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เมือง โดยเฉพาะสถานการณ์ที่สังคมไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุ
2. แนวทางการยกระดับและพัฒนาศักยภาพ สวัสดิการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ และการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
3. แนวทางการกำหนดนโยบาย ในระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องไปกับความต้องการของสังคม และ

เป้าหมายของรัฐที่มุ่งสร้างประสิทธิภาพทางด้านสังคม โดยเฉพาะการสร้างผู้สูงอายุที่มีพลัง ทางด้านร่างกายและความเข้มแข็งทางด้านจิตใจให้ดำรงอยู่ร่วมกับการพัฒนาสังคมได้ในอนาคต

## 1.7 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก” จะใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยจะมีแนวทางในการดำเนินการดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

### การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพ คณะผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย 2 วิธีการ คือ การศึกษาเอกสาร และการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาเอกสาร เอกสารที่จะใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เอกสารขั้นต้น (Primary Data) เป็นข้อมูลที่ยังไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อมูลดิบ ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการเก็บรวบรวมเอกสารที่สำคัญ เช่น เอกสารทางราชการ เอกสารของท้องถิ่น เอกสารเผยแพร่โดยเจ้าของผลงานเป็นผู้บันทึกโดยตรง เป็นต้น และเอกสารชั้นรอง (Secondary Data) เป็นข้อมูลที่ได้ผ่านการวิเคราะห์แล้วระดับหนึ่งและเพื่อช่วยให้วิเคราะห์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เอกสารชั้นรองเหล่านี้ที่สำคัญ เช่น หนังสือพิมพ์ ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ ระบบอินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

การสัมภาษณ์จะใช้แบบเจาะลึก (In-dept Interview) ในการสัมภาษณ์จะใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi - Structured or Guided Interview) ทั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหลาย ๆ คนพร้อมกับการเก็บรวบรวมสาระการรับรู้โลกและประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างนั้น จะมุ่งรวบรวมข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาอ้างอิงและอธิบายในประเด็นต่าง ๆ ของงานวิจัยโดยผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าไปหาข้อมูลในพื้นที่ (Field Research) และสัมภาษณ์จากผู้ที่สามารถให้ข้อมูลหลัก (Key-Informants) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ภาครัฐทั้งในระดับการวางนโยบายและในระดับปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยจะใช้หลักการสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีการดังนี้

การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบของข้อมูลนั้น จะต้องตรวจสอบแหล่งที่มา 3 แหล่ง ได้แก่ เวลา สถานที่และบุคคล

การตรวจสอบแหล่งเวลา หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าคุณสมบัติที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่

การตรวจสอบสถานที่ หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กัน จะเหมือนกันหรือไม่ เช่น การสัมภาษณ์ครั้งแรกภายนอกพื้นที่และผู้วิจัยจะเปลี่ยนสถานที่สัมภาษณ์เป็นภายในเขตพื้นที่ของชุมชนหรือหน่วยงานของภาครัฐ

การตรวจสอบบุคคล หมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ ด้วยการสัมภาษณ์บุคคลที่มีจุดยืนแตกต่างกัน เช่น ผู้บริหารหน่วยงานรัฐ เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติ หรือกลุ่มผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล คือการนำเอาข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าวิจัยมาจัดทำให้เป็นระบบและหาความหมาย แยกแยะองค์ประกอบ รวมทั้งเชื่อมโยงและหาความสัมพันธ์ของข้อมูล สามารถนำไปสู่ความเข้าใจต่อการดำรงอยู่และการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นมีความหมาย 2 ประการด้วยกันคือ ประการแรกหมายถึงการจำแนกและจัดระบบข้อมูล เพื่อให้เข้าใจถึงความหมายและความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ และประการที่สอง เป็นการหาความสัมพันธ์ของข้อมูล แยกแยะปัจจัยเพื่ออธิบายสาเหตุความสัมพันธ์ รวมทั้งการอธิบายการเกิดขึ้น การดำรงอยู่และการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (ชยันต์ วรรณะภูติ, 2541, หน้า 93)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัย จะจำแนกแยกแยะองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ ออกมาเป็นส่วนย่อย ๆ เป็นการจำแนกแยกแยะพิจารณา ถึงองค์ประกอบในส่วนต่าง ๆ ของข้อมูล ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจะคำนึงถึงการวิเคราะห์โดยมองมิติเชิงนโยบายทั้งในด้านสวัสดิการและการพัฒนาผู้สูงอายุเป็นหลัก ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิเคราะห์ดังนี้ (ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์, 2553, หน้า 404-405)

ประการแรก การจำแนกและจัดระบบข้อมูล เพื่อให้เข้าใจถึงความหมายและความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ คณะผู้วิจัยจะทำการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล หาแบบแผนความหมายและความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กระบวนการพัฒนาศักยภาพในเชิงนโยบาย ผลกระทบที่ตามมาจากการดำเนินนโยบาย

ประการที่สอง เป็นการหาความสัมพันธ์ของข้อมูล ซึ่งเป็นการอธิบายปรากฏการณ์ที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของแต่ละส่วนอย่างไร เช่น นโยบายที่นำมาใช้ได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่อย่างไร เป็นต้น

การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) คือ การใช้วิธีการเปรียบเทียบโดยการนำข้อมูลต่าง ๆ ทั้งข้อมูลเชิงสถิติ ข้อมูลเอกสาร ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลเหล่านี้มาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ที่คณะผู้วิจัยต้องการอธิบาย

## บทที่ 2

### การจัดการเชิงโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

บทนี้จะนำเสนอการจัดการเชิงโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการอธิบายโครงสร้างการพัฒนาในระดับประเทศ โดยให้ความสำคัญกับบทบาทการพัฒนาที่การจัดการผู้สูงอายุ และบทบาทกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข บทนี้ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้

- 2.1 บทบาทและนโยบายของรัฐกับการจัดการสังคมผู้สูงอายุ
- 2.2 บทบาทด้านการจัดการของงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 2.3 บทบาทด้านการจัดการทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

#### 2.1 บทบาทและนโยบายของรัฐกับการจัดการสังคมผู้สูงอายุ

รัฐบาลได้เริ่มให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุมาตั้งแต่ การเกิดขึ้นของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรก (พ.ศ.2525 – 2544) ภายใต้การผลักดันจากองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ สหประชาชาติที่ได้เสนอแนวคิด การให้ความช่วยเหลือด้านความรู้ การฝึกอบรมและความช่วยเหลือแก่ประเทศไทยตลอดจนประเทศอื่น ๆ เนื่องจากบริบทของผู้สูงอายุในสังคมไทยขณะนั้นมีปริมาณเพียงร้อยละ 5.8 ซึ่งการดำเนินนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของรัฐในระยะเวลาที่ผ่านมา ได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2521 ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติให้กับรัฐบาลแต่ก็มีได้บังคับ ซึ่งหมายความว่า การกำหนดนโยบายต่อผู้สูงอายุหรือไม่ขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศในขณะนั้น (ปิยากร หวังมหาพร, 2554, หน้า 29-31)

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525 – 2529) ภาครัฐได้ตระหนักถึงปัญหาการจัดบริการสังคมของรัฐ ที่ยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ถึงแม้ว่า ภาครัฐจะได้ลงทุนเพื่อการจัดการทรัพยากรเพื่อพัฒนาบริการสังคมเป็นอย่างมากในระยะเวลาที่ผ่านมาว่า 20 ปี (เมื่อนับจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1) แต่ประชากรส่วนใหญ่ในชนบทยังด้อยการศึกษา ขาดการฝึกอบรมด้านอาชีพและสุขอนามัย ภาวะโภชนาการของประชาชนในภาพรวมยังไม่ดีขึ้น โดยในประเด็นของผู้สูงอายุ รัฐได้กำหนดในประเด็นด้านสวัสดิการสงเคราะห์ โดยวางแนวนโยบายและเป้าหมายสวัสดิการสังคมด้านการสวัสดิการสงเคราะห์ ที่ว่า

“ข้อ (5) คนชรา คนพิการ และทุพพลภาพ ในสภาพสังคมปัจจุบัน ปรากฏให้เห็น ได้ชัดว่า สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวเริ่มเปลี่ยนไปมาก กล่าวคือ มีความห่างเหินกันมากขึ้น เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยเป็นผลให้จำนวนคนชราที่ได้ถูกทอดทิ้งมีเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ได้มีการประมาณกันว่า คนชราที่ประสบปัญหาในการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ต่ำ มีประมาณร้อยละ 4 ของคนชราทั้งหมด ซึ่งในปี 2523 คาดว่ามีคนชราอยู่จำนวน 2.4 ล้านคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงระยะ 10 ปี จะมีคนชราเพิ่มขึ้นประมาณ 3.5 ล้านคน แต่ความสามารถในการให้บริการสงเคราะห์คนชราของรัฐในปี 2523 คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.13 ของคนชราที่มีปัญหาทั่วประเทศเท่านั้น สำหรับการให้บริการคนพิการ ทุพพลภาพก็เช่นเดียวกัน ประมาณกันว่าจำนวนคนพิการทั้งสิ้นมีประมาณร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด แต่ยังไม่มีการสำรวจจำนวนแน่นอนว่าเท่าไร อย่างไรก็ตาม เมื่อคิดเทียบจำนวนคนพิการทั้งหมดปรากฏว่ารัฐสามารถให้บริการได้เพียงร้อยละ 0.06 เท่านั้น..การสร้างความเป็นธรรมและเสถียรภาพทางสังคมที่รัฐจะต้องเร่งหามาตราการมาแก้ไขเพื่อให้สามารถครอบคลุมประชากรได้มากยิ่งขึ้น”

แนวทางการดำเนินนโยบายและมาตรการเพื่อสงเคราะห์ผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ประกอบไปด้วย 3 ประเด็น คือ หนึ่งการส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันครอบครัวในการดูแลคนชราและคนพิการให้มากขึ้น สองให้การสงเคราะห์คนชราทั่วไปโดยการเปิดศูนย์บริการคนชรา เพื่อให้การบริการทางสังคมสงเคราะห์ ด้านการรักษาพยาบาลกายภาพบำบัด นันทนาการและให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และสามารถให้การสงเคราะห์คนชรา คนพิการ ทุพพลภาพ ซึ่งมีปัญหาเดือดร้อนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นแนวคิดของการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในแผนพัฒนาฯ นี้ที่มองว่าเป็นการช่วยเหลือสงเคราะห์ระยะสั้นหรือเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพียงเท่านั้น โดยการกำหนดนโยบายและมาตรการพัฒนาคนชราที่ผนวกรวมไปถึงคนพิการ ทุพพลภาพเอาเข้าไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5, 2525, หน้า 282)

การจัดทำแผนสูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวในปี พ.ศ. 2525 – 2544 ประเด็นของแผนผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยนโยบายและมาตรการ 5 ประเด็น (ปิยากร หวังมหาพร, 2554, หน้า 41-42)

หนึ่ง ด้านการบริการสุขภาพอนามัย ได้แก่ การจัดระบบบริการสุขภาพทั้งการรักษา ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ และจัดตั้งคลินิกสำหรับผู้สูงอายุในสถานีนอนามัยทั่วประเทศ

สอง ด้านการศึกษา ได้แก่ โครงการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นการศึกษานอกระบบ

สาม ด้านอาชีพและรายได้ ได้แก่ การจัดเตรียมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพ และมีรายได้ตามความสามารถ

สี่ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การส่งเสริมและอนุรักษ์ค่านิยมในการเคารพผู้สูงอายุ ส่งเสริมประเพณีนิยมเรื่องระบบครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนยอมรับบทบาท และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดตั้งศูนย์กลางของชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

ห้า ด้านสวัสดิการสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้องค์กรและภาคเอกชนร่วมดำเนินการและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 1 ก็มีได้สร้างความแตกต่างในการดำเนินงานให้กับรัฐบาลก่อนหน้านี้แต่อย่างไร

ความชัดเจนของนโยบายเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เริ่มเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้นจากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศสูงขึ้นถึงร้อยละ 7.8 จึงเริ่มมีการกำหนดความสำคัญไว้ในรัฐธรรมนูญ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 – 2539) ดังปรากฏในส่วนที่ 4 แนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม ว่า

“เพิ่มบทบาทของรัฐในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ให้มีศักยภาพและขีดความสามารถสูงขึ้นในลักษณะต่าง ๆ เช่น การให้เงินอุดหนุนหรือทุนการศึกษาแก่ผู้ด้อยโอกาสฐานะทางเศรษฐกิจ การจัดระบบการให้สวัสดิการด้านการศึกษา และการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากจน ผู้สูงอายุและทุพพลภาพ และรวมทั้งการจัดสรรงบประมาณ และให้เงินอุดหนุนการลงทุน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตอย่างเร่งด่วน”

การจัดทำโครงการและมาตรการของผู้สูงอายุ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ลงความเห็นชอบในนโยบาย และมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 – 2554) และเป็นแนวทางที่ทำให้ประเทศไทยมีโครงการเพื่อผู้สูงอายุสำคัญเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก ได้แก่

1. โครงการให้การสงเคราะห์ประชาชนผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าโดยรัฐ
2. โครงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานแพทย์
3. โครงการพัฒนาทางด้านการวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ
4. โครงการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ

5. โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน หรือโครงการเบี้ยยังชีพ
6. โครงการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในการเดินทาง และ
7. โครงการจัดทำเนียบผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดโครงการเบี้ยยังชีพเริ่มต้นการดำเนินการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2536 เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในชนบทที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ โดยจัดให้เป็นเงินรายละ 200 บาทต่อเดือน และเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังใน ปี พ.ศ. 2538 ซึ่งมีการปรับเงินเบี้ยยังชีพขึ้นเป็นอัตรา 300 บาทต่อเดือน ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ฐานะยากจน ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู เป็นต้น และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุถูกปรับให้เป็นแบบขั้นบันได โดยผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี ได้อัตรา 600 บาทต่อเดือน<sup>1</sup> โดยไม่กำหนดเกณฑ์การได้รับยกเว้น นอกจากนี้เป็นบุคคลที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นจากหน่วยงานรัฐ เช่น บำนาญ เบี้ยหวัด ค่าตอบแทน รายได้ประจำ เป็นต้น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้มีการกำหนดสิทธิและเสรีภาพของผู้สูงอายุไว้ใน หมวดที่ 3 มาตรา 54 ส่งผลทางหนึ่งต่อการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประกอบกับสถานการณ์ของปริมาณผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 8.5 ภายใต้รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2540 ที่ได้กำหนดการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น โดยมีกฎหมายที่ให้อำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านผู้สูงอายุด้วย เช่น พระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การปกครองส่วนตำบล พ.ศ. 2537 กำหนดอำนาจหน้าที่ด้านผู้สูงอายุของสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เรื่องส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

ภายหลังพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้มีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และในแผนพัฒนางานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2545-2549) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา คือการส่งเสริมและพัฒนาระบบความมั่นคงทางสังคม การปฏิรูปการบริหารจัดการ และการพัฒนาวิธีการ และมาตรฐานการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึง และสามารถ ตรวจสอบระบบบริการทางสังคมได้ โดยการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาสังคม องค์การเอกชน องค์การ ธุรกิจ องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น และ สถาบัน ทางสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคม ทั้งใน ระดับ

<sup>1</sup> ในรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60 - 69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70 - 79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80 - 89 ปี จะได้รับ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท





“ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ”

การดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องได้แก่ ด้านสังคม ด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษาและวัฒนธรรม ตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2550 ในมาตราที่ 80 ว่า

“ รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคมการสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูให้การศึกษา ปฐมวัยส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างพัฒนาการความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชนรวมทั้งต้องสงเคราะห์ และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุผู้ยากไร้ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่ สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มี มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา สุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่ง ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐาน วิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย...

ในรัฐธรรมนูญมาตรา 84 ว่าด้วยการดำเนินแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ คือ

(4) จัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง

ขณะที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2560 ได้นิยามผู้สูงอายุที่ควรได้รับความช่วยเหลือรวมเข้าไว้กับบุคคลผู้ยากไร้ ที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม กำหนดไว้ในมาตราที่ 48 ว่า

“บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ”

ดังนั้น “ผู้สูงอายุ” ทุกวัยจะมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุน จากรัฐบาล ในแทบทุกมิติ เช่น ด้านสวัสดิการ การรักษาสุขภาพ หรือการออม

## 2.2 บทบาทด้านการจัดการของงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

### ยุทธศาสตร์และแนวนโยบายของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

#### ยุทธศาสตร์และแนวนโยบายการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พ.ศ. 2545 - 2549

พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้มีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในมาตรา 16 ได้กำหนดให้มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพและความมั่นคงในชีวิต สถาบันครอบครัว และชุมชน และราชการอื่น ตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์หรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สอดคล้องไปกับแผนพัฒนางานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2545-2549) โดยมีวิสัยทัศน์ คือ ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองสิทธิและเข้าถึงระบบการคุ้มครองทางสังคมที่มีประสิทธิภาพได้ มาตรฐาน อย่างทั่วถึง เสมอภาค และเป็นธรรม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี คุณธรรม ความโปร่งใส ภูมิปัญญา ท้องถิ่น การมีส่วนร่วม การบูรณาการ ทางสังคม และการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 4 ข้อ และยุทธศาสตร์การพัฒนา 4 ข้อ คือ

1. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาระบบความมั่นคงทางสังคม ตลอดจนปฏิรูปการบริหารจัดการ รวมทั้งพัฒนา วิธีการและมาตรฐาน การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้สามารถดำเนินการคุ้มครองทางสังคม แก่ประชาชน ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงและสามารถตรวจสอบระบบบริการทางสังคม
3. เพื่อส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาสังคม องค์กร ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันทางสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศ
4. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและอาสาสมัครในการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคม และสังคมสงเคราะห์ ให้เพียงพอ พัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐาน การให้มี

ระบบ ตรวจสอบ และ ควบคุมจรรยาบรรณ รวมทั้งการพัฒนานาวิธีการทางสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ของสังคม

ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2545-2549)

1. ยุทธศาสตร์การพิทักษ์คุ้มครองสิทธิบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน โดย การให้ ความสำคัญแก่ การจัดการทางสังคมเพื่อพิทักษ์คุ้มครองสิทธิด้านสวัสดิการสังคมของ ประชาชนทั้งใน ระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน และการบูรณาการทางสังคม เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุก ระดับ และได้รับบริการสวัสดิการ สังคม อย่างมีประสิทธิภาพ ทัวถึงและเป็นธรรม โดยให้ครอบคลุมงาน สวัสดิการสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การจัดสวัสดิการ ด้านการศึกษา สวัสดิการด้านสุขอนามัย สวัสดิการที่ อยู่อาศัย สวัสดิการแรงงานและการมีงานทำ การประกันสังคม นันทนาการและการให้บริการสังคมทั่วไป

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อการคุ้มครองทางสังคม โดยให้ความสำคัญกับการ พัฒนา ระบบ กฎหมาย เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิประชาชนในงานด้านสวัสดิการสังคมและ สังคม สงเคราะห์ และการให้ ความสำคัญ กับการปฏิบัติตามปฎิญา อนุสัญญา และข้อตกลงระหว่างประเทศที่ เกี่ยวข้องกับงานสวัสดิการสังคม และสังคมสงเคราะห์

3. ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม โดยการส่งเสริมบทบาทขององค์กรภาค ประชาสังคม องค์กรเอกชน อาสาสมัคร องค์กรประชาชน องค์กรธุรกิจ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และสถาบันทางสังคม อื่น ๆ ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศให้เข้ามามีส่วนร่วมในงานสวัสดิการสังคม และสังคม สงเคราะห์ มากขึ้น

4. ยุทธศาสตร์พัฒนาการบริหารจัดการ โดยการพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดด้านสวัสดิการสังคม การส่งเสริม ให้เกิดการวิจัย และพัฒนา การฝึกอบรม และพัฒนาการกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติงาน การพัฒนาบุคลากร และ วิธีการทำงาน สังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำงานในลักษณะบูรณา การ พร้อมทั้งการให้ ความสำคัญ แก่การถ่ายโอนงานสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชน การพัฒนาระบบ งบประมาณ การประชา สัมพันธ์ ตลอดจน การติดตามประเมินผล รวมทั้งการระดมทุน ทางสังคม เพื่อใช้ในงานด้านสวัสดิการสังคม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

หลังจากการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงเข้ามามีบทบาทใน การกำหนดนโยบาย และมาตรการการสนับสนุน ส่งเสริมและช่วยเหลือประชาชนทุกระดับช่วงวัย บทบาทของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับการจัดสวัสดิการให้กับประชาชน ทั่วไปตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ทั้งสิ้น 7 ด้าน คือ

หนึ่ง สวัสดิการด้านการศึกษา หมายความว่า สิ่งที่ประชาชนพึงได้รับในการส่งเสริมพัฒนาตนเอง ให้มีความรู้ทักษะตลอดจนปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงาม คุณลักษณะอันพึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีข้อบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เป็นผู้ยากจน ชนกลุ่มน้อย คนต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา ต่างความเชื่อ ต่างความสนใจทางการเมือง ต่างแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้อยู่ในภูมิภาคท้องถิ่นห่างไกลหรือด้อยโอกาสก็พึงจะต้องได้รับบริการการศึกษาพิเศษ และจัดรูปแบบการศึกษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่มีข้อจำกัดเหล่านั้น ทั้งนี้ประชาชนทุกคนต้องได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างเป็นธรรม และเท่าเทียมกัน

สอง สวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย หมายความว่า สิ่งที่ประชาชนพึงได้รับการป้องกันโรคการรักษาพยาบาล การส่งเสริมพัฒนาสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อย่างทั่วถึงถึงแม้ว่าประชาชนจะมีข้อบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม เป็นผู้ยากจน ชนกลุ่มน้อย คนต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา ต่างความเชื่อ ต่างความสนใจทางการเมือง ต่างแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้อยู่ในภูมิภาคท้องถิ่นห่างไกลหรือด้อยโอกาส ก็พึงจะต้องได้รับบริการสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัยที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เสมอภาค เป็นธรรม สอดคล้องกับความต้องการ และสถานการณ์ปัญหาของบุคคล กลุ่มบุคคลและประชาชน

สาม สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย หมายความว่า การที่ประชาชนมีที่อยู่อาศัยตามควรตามอัตภาพเพื่อช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ในทำนองเดียวกันประชาชนทุกคนควรจะได้มีที่อยู่อาศัยตามแต่กำลังความสามารถของบุคคลที่จะได้มา ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีข้อบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม เป็นผู้ยากจน ชนกลุ่มน้อย คนต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา ต่างความเชื่อ ต่างความสนใจทางการเมือง ต่างแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้อยู่ในภูมิภาคท้องถิ่นห่างไกลหรือด้อยโอกาส อย่างน้อยที่สุดที่อยู่อาศัยต้องให้ความปลอดภัยความมั่นคง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีไม่มีสภาพเสื่อมโทรม แออัด มีมลพิษ เสี่ยงต่อภัยพิบัติ เสี่ยงต่อความเสียหาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

สี่ การมีรายได้และการมีงานทำ หมายความว่า การที่ประชาชนมีงานที่ก่อให้เกิดรายได้อย่างน้อยต้องเพียงพอแก่การดำรงชีพโดยงานที่ทำจะต้องมีสวัสดิการอย่างน้อยตามที่กฎหมายกำหนดไว้และงานที่ทำต้องไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอุบัติเหตุภัยต่าง ๆ อีกทั้งต้องไม่ใช่งานที่สร้างความเสียหายแก่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ผิดศีลธรรมหรือผิดกฎหมาย ประชาชนมีความภาคภูมิใจในงานที่ทำและมีโอกาสก้าวหน้าในการทำงานนั้น ๆ ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีข้อบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เป็นผู้ยากจน ชนกลุ่มน้อย คนต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา ต่างความเชื่อ ต่างความสนใจทางการเมือง ต่างแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้อยู่ในภูมิภาคท้องถิ่นห่างไกลหรือด้อยโอกาส ก็พึงจะต้องได้รับรายได้และสวัสดิการจากการทำงานอย่างเสมอภาคเท่าเทียมและยุติธรรม ทั้งนี้ประชาชน

สามารถรวมกลุ่ม รวมตัวกันปกป้องผลประโยชน์ของตน ในรูปของสหภาพแรงงานเมื่อมีการเลือกปฏิบัติ หรือไม่ได้รับความยุติธรรมในเรื่องรายได้

ห้า สวัสดิการด้านนันทนาการ หมายถึง การที่ประชาชนมีกิจกรรมนันทนาการเพื่อความบันเทิง และการพักผ่อนหย่อนใจอย่างมีคุณภาพ โดยกิจกรรมนันทนาการนั้น ๆ ไม่เป็นการทำให้เสื่อมเสียศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ไม่ผิดศีลธรรมและไม่ผิดกฎหมาย ไม่เป็นการเอาัดเอาเปรียบ ละเมิดสิทธิเสรีภาพของ ประชาชนในกลุ่มอื่น ๆ ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีข้อบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และ สังคมเป็นผู้ยากจน ชนกลุ่มน้อย คนต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา ต่างความเชื่อ ต่างความสนใจทางการเมือง ต่างแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้อยู่ในภูมิภาคท้องถิ่นห่างไกล หรือด้อยโอกาส

หก สวัสดิการด้านกระบวนการยุติธรรม หมายถึง การที่ประชาชนได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม สามารถเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้และได้รับความช่วยเหลือทางด้าน กฎหมายถึงแม้ว่าประชาชนจะมีข้อบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม เป็นผู้ยากจน ชนกลุ่มน้อย คนต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา ต่างความเชื่อ ต่างความสนใจทางการเมือง ต่างแบบแผนการ ดำเนินชีวิต ผู้อยู่ในภูมิภาคท้องถิ่นห่างไกล หรือด้อยโอกาส

เจ็ด สวัสดิการด้านการบริการสังคมทั่วไป หมายถึง การให้บริการแก่ประชาชนโดยเฉพาะ ผู้ ยากจนผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เพื่อช่วยสร้างเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขตามควรแก่อัตภาพ

#### ยุทธศาสตร์การพัฒนาทุนมนุษย์ พ.ศ.2560 – 2564

ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ. ศ. 2560-2564 ถูก กำหนดขึ้น เพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการสังคม ภายใต้ศักยภาพความพร้อมของประเทศ การกำหนด ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคน เสริมสร้างศักยภาพให้คนที่ด้อยโอกาสหรือยังขาดโอกาส ให้มีการพัฒนา เสริมสร้าง สมรรถนะได้อย่างเต็มที่ ยุทธศาสตร์นี้สามารถเป็นแนวทางที่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงทั้งใน ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จะได้ทำความเข้าใจถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมขององค์การ ตลอดจน บทบาทหน้าที่ที่ จะต้องผลักดันภารกิจ และติดตามความก้าวหน้า รวมทั้งความสำเร็จในการปฏิบัติงาน แม้ว่าการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ได้ดำเนินการประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง หากแต่ว่ายังคงมีปัญหาที่ทำให้ ทาย ซึ่งต้องการความ ร่วมมือ ร่วมใจจากทุกหน่วยงาน ในการแก้ปัญหาสังคม รวมทั้ง การสร้างความพึง พอใจให้กับประชาชน สามารถเป็นที่พึงพิงของประชาชนได้อย่างแท้จริง ก่อให้เกิดเป็นพลังอันเข้มแข็ง ให้กับสังคมไทยและศักยภาพของประเทศในการแข่งขันต่อไป (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์, 2559, หน้า 3)

การพัฒนาคนไทยให้มีความมั่นคง และมีการพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดทุกช่วงวัยที่ดีจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยหนุนเสริมให้สังคมมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป็นสังคมที่มีการพัฒนาอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เป็น ธรรม ขณะเดียวกันก็เป็นฐานการพัฒนาอย่างยั่งยืนที่สำคัญต่อมิติด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมควบคู่กันไป ด้วย นอกจากนี้การพัฒนาสังคมควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มากขึ้นโดยมีรัฐคอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ในส่วนที่เกินความสามารถของประชาชน ตามโอกาสและหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมลดการพึ่งพาสวัสดิการในด้านวัตถุแบบให้เปล่า (Material Welfare) จากภาครัฐของประชาชนโดยต้องส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนผ่านสู่การพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนอย่างแท้จริง (กองทุนศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2560-2564 มีเป้าหมายคือ การพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพและความมั่นคงในชีวิต สถาบันครอบครัวและชุมชน ตามประเด็นดังนี้ (กองทุนศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559, หน้า 20-27)

1. สร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมโอกาสทางสังคมบนฐานแห่งความพอเพียง (การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยทำให้คนในกลุ่มที่ต่ำกว่าสามารถมีโอกาสทางสังคม มีภูมิคุ้มกันช่วยเหลือตนเองได้โดยเน้นการขับเคลื่อนในมิติการพัฒนา ป้องกัน ในลักษณะการเสริมสร้างโอกาส พร้อมกับเสริมศักยภาพไปที่ตัวคน ครอบครัว และชุมชน)

2. เสริมประสิทธิภาพทางสังคมในลักษณะการพัฒนาศักยภาพและการสร้างเครือข่าย (เกิดกลไกขับเคลื่อนที่คนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมโดยเน้นการสร้าง/ขยายและพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย)

3. ผนึกกำลังทางสังคมจากทุกภาคส่วนและเสริมสร้างธรรมาภิบาล (1.การผนึกกำลังทางสังคม การสร้างความตระหนักและเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน คนไทยมีความตระหนักพร้อมรับผิดชอบตนเอง สร้างค่านิยมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อตนเอง รับผิดชอบต่อสังคม และ 2.องค์กรมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคมและการเสริมสร้างธรรมาภิบาล

4. จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย (การวางรากฐานของประเทศเพื่อความมั่นคงและสร้างหลักประกันให้ความช่วยเหลือ โดยการสร้างโอกาส ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการตามความต้องการและความจำเป็นเร่งด่วน)

นอกจากนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำข้อเสนอทิศทางการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุในอนาคต โดยคาดการณ์ถึง 20 ปี มีข้อเสนอ 6 ประเด็น คือ (กองทุนศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559, หน้า 9)

หนึ่ง การเตรียมความพร้อมประชากรเข้าสู่สังคมวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ  
 สอง พัฒนาระบบและมาตรฐานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง  
 สาม ส่งเสริมและขยายโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ  
 สี่ การขยายอายุเกษียณ

ห้า การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม สะดวก ปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุโดยบูรณาการร่วมกับ  
 การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับคนพิการ

หก การจัดทำมาตรฐานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Health & Welfare) เพื่อเป็นมาตรฐานการ  
 ดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุ

#### การจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุในสังคมไทย

รูปแบบการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุในสังคมไทยภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงพัฒนา  
 สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ประเภท การช่วยเหลือสาธารณะ  
 การบริการสังคม และกองทุนสวัสดิการชุมชน

การช่วยเหลือสาธารณะ ซึ่งเป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการแสดงเจตจำนง  
 เพื่อยกระดับสถานะและโอกาสทางสังคมและการไม่ให้เกิดการไร้ที่พึ่ง

โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2536 เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในชนบทที่มี  
 ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ โดยจัดให้เป็นเงินรายละ 200 บาทต่อเดือน และเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังใน ปี  
 พ.ศ. 2538 ซึ่งมีการปรับเงินเบี้ยยังชีพขึ้นเป็นอัตรา 300 บาทต่อเดือน ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ  
 จะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ฐานะยากจน ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู เป็นต้น

โครงการเบี้ยผู้สูงอายุหรือโครงการสร้างหลักประกัน ด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ไม่  
 เพียงพอแก่การยังชีพ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ เป็นหนึ่งใน โครงการรักษาและเพิ่ม  
 รายได้ของประชาชน ภายใต้การ รับผิดชอบของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และผ่าน  
 กลไกคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ว่าด้วยเกณฑ์การจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 มี  
 นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และเป็นการสร้างหลักประกันรายได้ เป็นการ ตอบแทนการทำงานหนักมา  
 ตลอดชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุอย่าง เป็นระบบ และกระตุ้นการใช้จ่ายภายในประเทศ รัฐบาล จึงได้จัดสรร  
 งบประมาณเพื่อจ่ายเงินค่าเบี้ยยังชีพให้แก่ ผู้สูงอายุทั่วประเทศที่อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยจ่ายให้แบบ  
 ขึ้นบันได ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี ได้อัตรา 600 บาทต่อเดือน



ตารางที่ 1 แสดงเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน(บาท)
ขั้น 1	60 – 69 ปี	600
ขั้น 2	70 – 79 ปี	700
ขั้น 3	80 – 89 ปี	800
ขั้น 4	90 ปี ขึ้นไป	1,000

การบริการสังคม เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยบริการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านบริการสังคมและนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านการทำงานและมีรายได้

การดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัย คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) โดยมีเป้าหมายให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทะเลาะเบาะแว้งและได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงเท่าเทียม เพียงพอ และสม่ำเสมอ การให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และประชาชนในชุมชน เป็นสื่อกลางในการประสานสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะมีกิจกรรมที่คอยดูแลผู้สูงอายุ เช่น การพูดคุยให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องอาหารการกิน ดูแลเรื่องการกินยา ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว ทำความสะอาดบ้านและจัดสถานที่ให้เหมาะสม ช่วยพาไปออกกำลังกาย พาไปพักผ่อนทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาหรืองานในชุมชน รวมถึงการพาไปพบแพทย์ช่วยประสานเป็นบุคลากรทางการแพทย์ให้มาตรวจรักษา ซึ่งจะต้องปฏิบัติหน้าที่ทุกสัปดาห์ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 วัน

การดำเนินงานด้านการศึกษา ได้แก่ โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต รากฐานของแนวคิดคือการตระหนักคุณค่า ความสำคัญและพลังของความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ บนพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันของชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย การเกิดขึ้นของโรงเรียนผู้สูงอายุมาจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และการวางแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ประสานงานความร่วมมือดำเนินโครงการให้สอดคล้องไปกับเป้าหมาย ตลอดจนการประสานงานและการสร้างภาคีเครือข่าย เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เป็นต้น  
(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม ภายใต้คำขวัญ  
ที่ว่า “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้  
ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดทักษะในการดูแลตนเอง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีตัวแบบดังแผนภาพนี้ (กรม  
กิจการผู้สูงอายุ, 2559, หน้า 5)

ภาพที่ 2 แสดงตัวแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ



ที่มา : กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559

ด้านบริการสังคมและนันทนาการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ถูกจัดว่าเป็นองค์กรภาคประชาชนซึ่งมีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐส่งเสริมให้ทุกชุมชนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ และมอง

ว่าการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นทางเลือกหนึ่งของชุมชนและเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการปัญหาในสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งภายในชมรมจะเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวกับ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่นและภูมิปัญญา กิจกรรมการท่องเที่ยว กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมการกุศล และกิจกรรมที่เกี่ยวกับสวัสดิการชุมชน

การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจะต้องประสานความร่วมมือ และการทำงานร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ตั้งแต่หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่อยู่ภายในชุมชนที่ชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ เป็นกิจกรรมที่ชมรมดำเนินการตามความเหมาะสม ทั้งการขอสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือมือ หรือการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการบริการสาธารณะด้านอื่น ๆ การจัดกิจกรรมต้องมีความหลากหลายและตอบสนองความต้องการของสมาชิก ดังนี้

- ด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและใจ
- ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- ด้านการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะใหม่ ๆ
- ด้านการช่วยเหลือสังคม

รูปแบบการบริหารจัดการในชมรมผู้สูงอายุเป็นไปตามโครงสร้างของชมรม โดยมีคณะกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งและมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการดำเนินกิจกรรม สมาชิกระยะเริ่มต้นควรมีประมาณ 30 คน ให้มาประชุมหารือเพื่อร่างข้อบังคับ ตั้งชื่อชมรม เมื่อมีข้อบังคับแล้วให้มีการรับสมัครสมาชิกเพิ่มเติม แล้วเลือกประธานชมรมผู้สูงอายุตามข้อบังคับ ดังแผนผัง (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, มปป, หน้า 6)

### ภาพที่ 3 แผนผังโครงสร้างชมรมผู้สูงอายุ



ที่มา : สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, มปป

ที่อยู่อาศัย คือ การบริการสถานสงเคราะห์ทางด้านที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา เช่น ถูกทอดทิ้งโดยลูกหลาน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะดูแล ซึ่งจะให้บริการผู้สูงอายุครอบคลุมทางด้านสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพทั่วไป การรักษาพยาบาล บริการด้านกายภาพบำบัด ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำการปรับตัว เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิต สถานสงเคราะห์จะโอนภารกิจไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล สถานสงเคราะห์ที่อยู่ในกำกับของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง ซึ่งหลักเกณฑ์ในการเข้าใช้บริการ จะต้องเป็นไปตามระเบียบของกรมกิจการผู้สูงอายุ ว่าด้วยการให้ผู้สูงอายุ พ.ศ.2558 ในหมวดของคุณสมบัติของผู้ใช้บริการ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ อยู่ภายใต้การกำกับของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่มองว่าศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสนับสนุนงานวิชาการและการ

พัฒนาบุคลากร ตลอดจนการประสาน/สร้างเครือข่ายการให้บริการ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ และการสร้างต้นแบบการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน

โครงสร้างของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มงาน ประกอบด้วย กลุ่มงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการที่ปฏิบัติงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก กลุ่มงานวิชาการที่เน้นการพัฒนาบุคลากร ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เน้นการฝึกอบรมและการเป็นศูนย์กลางเรียนรู้งานด้านการจัดสวัสดิการเพื่อเป็นต้นแบบและเป็นพี่เลี้ยงเรียนรู้กับชุมชน และกลุ่มงานสนับสนุนที่ทำหน้าที่หนุนเสริมให้กับงานในกลุ่มงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และกลุ่มงานวิชาการ ภายใต้อำนาจ 3 กลุ่มงานมีภารกิจหลัก 6 ด้านคือ

1. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา
2. ศูนย์การเรียนรู้
3. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ
4. ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน
5. ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน
6. ศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ

การดำเนินกิจกรรมของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจำนวน 12 แห่ง จะถูกจำแนกออกไปตามรายละเอียดของแต่ละภารกิจ เช่น ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวในลักษณะแบบไปเช้า-เย็นกลับ บริการตรวจโรค บริการด้านกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการให้คำปรึกษาแนะนำ บริการสนับสนุนการ กิจกรรมเสริมรายได้บริการหน่วยเคลื่อนที่และบริการบ้านพักฉุกเฉิน เป็นต้น

ภาพที่ 4 แสดงรูปแบบของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ



ที่มา: สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, มปป

ด้านการงานและมีรายได้ คือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานและสร้างรายได้ให้หล่อเลี้ยงตัวเองได้ในระดับหนึ่ง นอกจากโครงการอบรม ฝึกทักษะอาชีพให้กับผู้สูงอายุที่กระจายกิจกรรมไปตามทุกหัวระแหงในระดับท้องถิ่นแล้ว รัฐบาลได้ออกมาตรการที่จะสนับสนุนการจ้างงานในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยการยกเว้นภาษีเงินได้ให้แก่หน่วยงานภาคเอกชน กรณีรับผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีเข้าทำงาน โดยสามารถนำรายจ่ายที่จ่ายเป็นค่าจ้างแก่ผู้สูงอายุ มายกเว้นภาษีเงินได้ 2 เท่า แต่ไม่เกินเดือนละ 15,000 บาทต่อเดือน เช่น จ้างผู้สูงอายุ 1 คน อัตราค่าจ้างเดือนละ 15,000 บาท<sup>2</sup> นำค่าใช้จ่ายค่าจ้างมาหักได้ภาษีได้ 2 เท่า คือ  $1 \times 15,000 \times 2 = 30,000$  บาทต่อเดือน หรือ 360,000 บาทต่อปี ซึ่งจำนวนรายจ่ายที่ค่าจ้างผู้สูงอายุมาหักภาษีนั่น จะต้องเป็นการทำงานที่เต็มเดือนหรือเป็นพนักงานเต็มเวลา และนำมาหักได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนลูกจ้างทั้งหมดในบริษัท

### กองทุนสวัสดิการชุมชน<sup>3</sup>

กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นกองทุนที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสร้างความมั่นคงของชุมชนและสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรสวัสดิการชุมชน ด้วยหลักการประชามอบ 1 ส่วน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 ส่วน และ รัฐบาล 1 ส่วน ซึ่งเงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐบาล จะสนับสนุนการจัดสวัสดิการชุมชนให้มีมากขึ้น

สัดส่วนผู้เข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนทั้งสิ้นมากกว่า 5.2 ล้านราย หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น 1,441,977 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 27 กองทุนสวัสดิการชุมชนสามารถจัดสวัสดิการพื้นฐานแก่สมาชิกโดยครอบคลุมทุกช่วงชีวิตคือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย รวมประมาณ 13 ประเภท อาทิ สวัสดิการรับขวัญเด็กแรกเกิด ทุนการศึกษา จ่ายกรณีเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล บำนาญผู้สูงอายุ สวัสดิการเสียชีวิตจัดงานศพ สวัสดิการผู้ด้อยโอกาส คนพิการ ทุนประกอบอาชีพ ภัยพิบัติ ฯลฯ (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน), มปป, หน้า 6-8)

<sup>2</sup> หากผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี ที่บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลรับเข้าทำงานนั้น มีการจ่ายค่าจ้างเดือนละ 15,001 ขึ้นไป จะไม่สามารถนำมาหักค่าใช้จ่ายได้เลย

<sup>3</sup> กองทุนการเงินที่มีบทบาทหนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีอยู่ค่อนข้างหลากหลายทั้งที่อยู่ในระบบประกันสังคม ระบบบำนาญ หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพต่าง ๆ แต่ผู้วิจัยเลือกกองทุนสวัสดิการชุมชนมาอธิบายเพราะกองทุนเปิดโอกาสให้ผู้คนปฏิบัติงานอยู่นอกระบบสามารถสมัครเข้ามาเป็นสมาชิกได้



อัตราการจ่ายกองทุนสวัสดิการชุมชนด้านการรักษาพยาบาล ในกรณีการเจ็บป่วย ผู้ที่สมาชิกเจ็บป่วยไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด มีสิทธิได้รับเงินจากการเข้ารักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนในอัตรา

สมาชิกครบ 6 เดือน กองทุนจ่ายค่ารักษาพยาบาลคี่นละ 100 บาท  
 สมาชิกครบ 2 ปี กองทุนจ่ายค่ารักษาพยาบาลคี่นละ 200 บาท  
 สมาชิกครบ 3 ปี กองทุนจ่ายค่ารักษาพยาบาลคี่นละ 300 บาท  
 สมาชิกครบ 4 ปี กองทุนจ่ายค่ารักษาพยาบาลคี่นละ 400 บาท  
 สมาชิกครบ 5 ปี กองทุนจ่ายค่ารักษาพยาบาลคี่นละ 500 บาท  
 ในระหว่างปีเบิกได้ไม่เกิน 1,000 บาท

ทั้งนี้ตามระเบียบของการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนที่จะนำมาสู่การจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานแก่สมาชิกในชุมชนที่ครอบคลุมชีวิตในหลาย ๆ ด้าน ตลอดจนการตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการบำนาญให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน แต่ทั้งนี้ยังคงมีข้อจำกัดทั้งทางด้านรายได้ การสมทบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องมีความพร้อมและความสมัครใจของท้องถิ่นที่จะร่วมสมทบในกองทุน

#### อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2546 เริ่มเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และควรได้รับความช่วยเหลือตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียม การให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัว ชาวบ้านในชุมชน และการเป็นสื่อกลางในการประสานส่งต่อบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ ผู้ประสบปัญหาด้วย (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ, 2553)

การดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ การขยายการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลสู่การดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ผ่านการประสานงานร่วมมือกับฝ่ายต่าง ๆ ในชุมชนและท้องถิ่น โดยบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านถูกจำแนกออกเป็นหลักการ 3 ประการ คือ

หนึ่ง การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ถูกละเลยเพิกเฉย ได้รับการดูแลและไม่ถูกต้องและมีฐานะยากจน และผู้สูงอายุทั่วไปใน

ชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว สังคม ซึ่งมีหน้าที่ คือ

- ดูแลผู้สูงอายุตามความจำเป็น
- พัฒนาคุณภาพชีวิต
- ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ
- ให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน

สอง การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การเฝ้าระวังปัญหาหรือภัยต่าง ๆ ที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ชุมชนมีความตื่นตัวต่อสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ทำการเฝ้าระวังปัญหาสามารถบ่งชี้ความมีปัญหาที่มาจาก ฐานข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจต่อสภาวการณ์การเผชิญปัญหา แนวโน้ม และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ โดยมีวิธีการดำเนินการตามรูปแบบ คือ

- รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุทั้งรายบุคคลและทุกคนในชุมชน
- วิเคราะห์สภาพปัญหา ความจำเป็น และความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล
- วางแผนให้ความช่วยเหลือ หรือประสานงานหน่วยงานเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ปฏิบัติป้องกันและบรรเทาภัย
- แจ้งเตือนภัยล่วงหน้าแก่ผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

สาม การจัดบริการและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานของการจัดบริการและสวัสดิการชุมชน และการประสานความร่วมมือในการจัดบริการและสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุภายในชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ที่ครอบคลุมในมิติต่าง ๆ ดังนี้

- การการศึกษา การเรียนรู้ ข้อมูล ข่าวสาร เช่น การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การเรียนรู้ตามอัธยาศัย ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุ การใช้ภูมิปัญญา เป็นต้น
- ด้านอาชีพและรายได้ เช่น การส่งเสริมการประกอบอาชีพรายบุคคล การรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการประกอบอาชีพ การจัดอบรมการประกอบอาชีพแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมการออมเงินของผู้สูงอายุ เป็นต้น
- ด้านสุขภาพอนามัย เช่น อาหารที่เหมาะสม การกินยา การออกกำลังกาย การพา

ผู้สูงอายุไปพบแพทย์ทั้งตามนัดและกรณีฉุกเฉิน การพาแพทย์มาตรวจรักษาที่บ้านผู้สูงอายุ การจัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพ

- ด้านที่อยู่อาศัย อาคารสถานที่ เช่น การปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวและการใช้ชีวิต การทำความสะอาด ปรับปรุงซ่อมแซมผู้สูงอายุ และจัดบ้านให้ผู้สูงอายุที่ยากจนและไร้บ้าน
- ด้านนันทนาการ เช่น การพาเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมทางศาสนาและกีฬา งานประเพณีท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ
- ด้านสวัสดิการ กระบวนการยุติธรรม เช่น การคุ้มครอง พักพิทักษ์ผู้สูงอายุไม่ให้ถูกทารุณกรรมทั้งร่างกายและจิตใจ หรือถูกทอดทิ้ง การคุ้มครองช่วยเหลือผู้สูงอายุมิให้ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ถูกหลอกลวง คดโกง และการประสานช่วยเหลือทางคดีความ
- ด้านการบริการทางสังคม เช่น การจัดรถรับ - ส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน ไปทำธุระแทนผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาผู้สูงอายุและครอบครัวเมื่อประสบปัญหาทุกขั้วร้อน การประสานหน่วยงานหลายระดับที่ให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ และการจัดทำแผนชุมชนเพื่อดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัคร 1 คน จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกยากเดือดร้อนอย่างน้อย 5 ราย และดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ ในชุมชน อย่างน้อย 15 ราย โดยจะต้องเดินทางออกไปดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ, 2557)

## 2.3 บทบาทด้านการจัดการทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

### ยุทธศาสตร์และแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการกำหนดทิศทางการพัฒนาและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาได้จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ภายใต้พันธกิจเพื่อเสริมสร้าง สนับสนุนและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็งรองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลง และเป้าประสงค์ทางด้านการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพดี การมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการได้สะดวกส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสู่สังคมสูงวัยอย่างมีความสุข และการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม หน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้ามา มีบทบาทสำคัญในการวางแนวทางของการดูแลผู้สูงอายุในสังคมคือ สำนักงานมัชฌิมาผู้สูงอายุ กรมอนามัย

จัดตั้งขึ้นมาในปี พ.ศ. 2557 เพื่อเข้ามากำกับดูแลงานทางด้านผู้สูงอายุโดยตรง โดยกำหนดพันธกิจหลักไว้ ดังนี้

1. กำหนดพัฒนาและขับเคลื่อน นโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย มาตรฐาน มาตรการ แนวทางการปฏิบัติ ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุในทุกระดับบนฐานของข้อมูลและความรู้
2. สร้างและบริหารจัดการความรู้ นวัตกรรม นำไปสู่กำหนดนโยบายออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ และระบบสุขภาพโลกรวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผล
3. ประสานความร่วมมือ และบูรณาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และนอกภาคส่วนสุขภาพ
4. กำกับ ติดตาม และบังคับใช้กฎหมาย กฎระเบียบ มาตรการ มาตรฐาน และแนวทางปฏิบัติ
5. สร้างกระแสสังคม และรณรงค์เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ
6. ส่งเสริม สนับสนุน กำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลภาคีทุกภาคส่วนในระบบ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ให้เกิดสำนึกรับผิดชอบ และความโปร่งใส และตรวจสอบได้

ภายใต้ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับการถดถอยของสมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวมีขนาดเล็กลง การเคลื่อนย้ายของประชากรวัยแรงงานไปต่างถิ่น สตรีมีบทบาททางเศรษฐกิจนอกบ้านมากขึ้น เป็นต้น ทำให้มีผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น จึงมีการพัฒนาระบบการช่วยเหลือดูแลในชุมชนผ่านกลไกการทำงานของสาธารณสุข ท้องถิ่นและการขับเคลื่อนของภาคประชาชน ในการจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนขึ้น ตลอดจนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายเกี่ยวกับ “ระบบการดูแลระยะยาว” หรือ Long-term care (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ, 2561)

#### ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)

แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) มีการพัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนท้องถิ่น โดยเชื่อว่าหน่วยงานการปกครองระดับท้องถิ่น หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนการทางด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติงานร่วมกันในพื้นที่ของตนเองอย่างบูรณาการ ร่วมกับระบบกองทุนของ

ระบบประกันสุขภาพ ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักที่จะสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ ในชุมชน โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การป้องกันเข้าสู่สภาวะพึ่งพิง สร้างระบบการเงินการคลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร และยั่งยืน ภายในชุมชนมีกลไก ระบบการดูแลผู้สูงอายุ และสถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีสภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), 2559, หน้า 1-2)

ขณะเดียวกันนี้ระบบเครือข่ายสุขภาพในชุมชนสามารถสนับสนุน การดำเนินงานนี้ได้อย่างสอดคล้องกัน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.), ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ การจำแนก/คัดกรองผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม จะจำแนกออกเป็น 3 ใหญ่ คือ

กลุ่มที่หนึ่งผู้สูงอายุติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้

กลุ่มที่สองผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้บ้าง

กลุ่มที่สามผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพ

ภายหลังจากการจำแนก/คัดกรอง จะนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงาน หรือการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มทั้งสามที่ได้จำแนกไว้ คือ กลุ่มที่หนึ่ง ผู้สูงอายุที่ติดสังคม จะมีการตรวจสุขภาพประจำปี มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจะถูกสนับสนุน/ส่งเสริมให้เป็นจิตอาสาภายในชุมชน การพัฒนาหรือการรวบรวมภูมิความรู้หรือคลังปัญญา (สมอง) เพื่อพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มที่สอง ผู้สูงอายุติดบ้าน จะมีการตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้านหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลส่งเสริมสุขภาพในบางโรคหรือเฉพาะโรค และจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่นี้ออกมามีบทบาทหรือสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชมรม ชุมชน วัด หรือพื้นที่สาธารณะอื่น ๆ ที่สามารถกระทำได้ โดยหน่วยงานภาครัฐจะต้องพัฒนาระบบบริหารส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ การสร้างศักยภาพของเครือข่ายเพื่อผลักดันให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่สองผู้สูงอายุกลุ่มที่หนึ่งหรือมีความสามารถในการช่วยเหลือสังคมได้ และกลุ่มที่สาม ผู้สูงอายุติดเตียง จะต้องได้รับการประเมินและการตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้านหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลส่งเสริมสุขภาพในบางโรคหรือเฉพาะโรค การพัฒนาศักยภาพของผู้นำที่ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบของสถานฟื้นฟูและสถานบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะต้องขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาวิจัยสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรม ดังแผนภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, มปป)

ภาพที่ 5 แนวคิดดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, มปป

ระบบการดูแลระยะยาว ( Long-term care) คือ การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการช่วยเหลือของผู้ประสพภาวะยากลำบาก เนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด

ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้คนกลุ่มนี้ได้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นที่ดียิ่งขึ้น และเป็นระบบการดูแลและป้องกันมิให้ผู้สูงอายุต้องตกอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ผ่านการดูแลด้วยผู้คนในชุมชนหรืออาสาสมัครในชุมชนด้วยตนเอง

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) คือความพยายามที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านของตนเองในชุมชน โดยมีจุดประสงค์ คือ

1. ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกันและการดูแล ในระดับความจำเป็นในระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
3. มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
4. ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแล ชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)
5. สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน และครอบครัว

หลักการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) มีดังนี้

1. ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ตามการจำแนกกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว ที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว
2. การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่หรือชุมชน ป้องกันความซ้ำซ้อนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และจะสร้างระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล การสนับสนุนนั้นจะเป็นไปตามความจำเป็น ตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับการพึ่งพิง
3. การจัดระบบการดูแลระยะยาว อาศัยบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการช่วยเหลือดูแล โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนการจัดระบบการดูแล

4. พื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) จะเน้นบูรณาการการทำงานด้านบริการสาธารณสุข และบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) คำนี้ถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวผ่านระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การสนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับตั้งแต่ เทศบาลจนกระทั่งองค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามามีบทบาทหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการพื้นฐานในพื้นที่ ส่งการพัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

#### กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่<sup>4</sup>

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คือการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (Public Policy) ที่มุ่งหวังการตอบสนองความต้องการในด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจ (Decentralize) ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้มากขึ้น และการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นและพื้นที่ของตน ผ่านคณะกรรมการบริหารกองทุน เป็นการจะระเหียบความสัมพันธ์เชิงอำนาจใหม่ระหว่างส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และชุมชนให้สอดคล้องไปกับบริบทของความเปลี่ยนแปลงทางสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), 2557, หน้า 5-6)

<sup>4</sup> กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2557 ต่อมาในปี 2559 รัฐบาลมีนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว จึงได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) 2559 และได้มีการเพิ่มคำนิยามใหม่ขึ้นได้แก่ “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” “การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” “ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)”



โครงสร้างของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่<sup>5</sup>

ประกอบด้วย

- |                                                                                                                                                                                                        |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น                                                                                                                                                          | ประธานกรรมการ    |
| 2. ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 2 คน                                                                                                                                                                   | รองประธานกรรมการ |
| 3. สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<br>ที่สภามอบหมาย จำนวน 2 คน                                                                                                                                       | กรรมการ          |
| 4. หัวหน้าส่วนบริการปฐมภูมิในพื้นที่                                                                                                                                                                   | กรรมการ          |
| 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่<br>ที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน                                                                                                                            | กรรมการ          |
| 6. ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน<br>หรือชุมชนคัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกิน 5 คน                                                                                                            | กรรมการ          |
| 7. ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน<br>หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่<br>จำนวน 1 คน (ถ้ามี)                                                                                      | กรรมการ          |
| 8. ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ<br>เจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดของ<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย                                                                                         | กรรมการ          |
| 9. ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุข<br>และสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุข<br>ที่เรียกชื่ออื่นขององค์กรปกครอง<br>ส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดของ<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย | กรรมการ          |

<sup>5</sup> หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) 2559 ได้กำหนดให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นอีกชุดหนึ่ง “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ซึ่งมีหน้าที่พิจารณาจัดทำ กำหนด อัตราค่าชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูเพิ่มในหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

โดยที่สาธารณสุขอำเภอ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จะสามารถอนุมัติงบประมาณจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่มาจากการสทบพร้อมกันจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบอื่น เงินสมทบจากชุมชน หรือรายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาจากกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ใช้จ่ายสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรม โครงการในชุมชนท้องถิ่น ได้แก่

หนึ่ง สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

สอง สนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรภาคประชาชน หรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ได้ดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้แก่สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่

สาม สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื่ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

สี่ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

ห้า กรณีของการเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นและเหมาะสมตามบริบทนั้น

ในหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่2) พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้คณะกรรมการกองทุนสามารถใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและการส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ และอัตราที่กำหนด ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือหน่วยบริการหรือสถานบริการ ที่จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นมาอย่างชัดเจนภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 เพื่อส่งเสริมให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน

บุคคลที่จะเข้ามาปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องมีความรู้ที่ปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้านที่ตนเองประจำอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตนเองประสงค์จะเข้ามาเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ที่มีความประสงค์จะต้องผ่านการคัดเลือก และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานตามที่คณะกรรมการกลางกำหนด ณ สถาบันฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย (ราชกิจจานุเบกษา, 2554, หน้า 1 – 7)

1. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
2. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
3. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น
4. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ
5. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
6. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ
7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
8. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกจะต้องผ่านการอบรม ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขที่ประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มความรู้พื้นฐานบังคับ ประกอบด้วยวิชาพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุข การทำงานเป็นกลุ่ม การค้นหาปัญหา และการแก้ไขสาธารณสุข สุขวิทยาส่วนบุคคล การตรวจวินิจฉัยโรค การปฐมพยาบาล และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การใช้ยา การส่งเสริม

สุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ  
สาธารณสุข การฝึกปฏิบัติใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการให้บริการ

กลุ่มความรู้เฉพาะ ประกอบด้วยความรู้ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่หรือท้องถิ่นของ  
ตนเอง มีการปรับปรุงเนื้อหาและหลักสูตรตามความเหมาะสม และให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่องตาม  
หลักสูตรบังคับ

*บทบาทของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ* ที่จะต้องคำนึงถึงบริบทในแต่ละท้องถิ่น แต่ละชุมชน และ  
การช่วยเหลือตามความเหมาะสม สามารถจำแนกได้ดังนี้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2558)

หนึ่ง บทบาทของอาสาสมัครที่จะต้องเป็นแกนนำที่สามารถออกเดินทางไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน  
ได้ การให้ความรู้และคำแนะนำทางด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สอง เป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในทุกด้าน ตามความต้องการของผู้สูงอายุ  
โดยเฉพาะการให้ความช่วยเหลือด้านสังคมและเป็นที่กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ

สาม เป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นประโยชน์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการ  
ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ แนะนำวิธีการทำกายภาพบำบัดให้กับสมาชิกครอบครัว ที่ต้องมีบทบาทสำคัญที่มี  
หน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

สี่ อาสาสมัครสามารถเป็นตัวแทนในการประสานงานร่วมมือกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วน  
ตำบล (อบต.) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท้องถิ่น ใน  
การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ห้า คอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี เช่น รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์  
ออกกำลังกายที่เหมาะสม และทำจิตใจให้แจ่มใส เป็นต้น

หก การช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเท่าที่มีความรู้ถูกต้อง หากไม่แน่ใจต้อง  
ปรึกษาหรือแจ้งให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลท้องถิ่น อาสาสมัครในบางพื้นที่อาจมีหน้าที่  
และบทบาทที่แตกต่างไปจากนี้ได้ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนหรือท้องถิ่นนั้น ๆ

### บทที่ 3

#### รูปแบบการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

บทนี้จะนำเสนอรูปแบบของโครงสร้างการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุ โดยเป็นการอธิบายโครงสร้างการพัฒนาที่ปรับจากนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานภาครัฐ และโครงสร้างการพัฒนาผู้สูงอายุที่มาจากหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี เทศบาลเมือง และองค์กรปกครองส่วนตำบล ซึ่งมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องมาจากนโยบายของส่วนกลาง แต่มีระดับความพร้อมที่จะรองรับการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุที่แตกต่าง กัน ส่วนนี้ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

3.1 การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ

3.2 การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของหน่วยงานการปกครองท้องถิ่น

#### 3.1 การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์<sup>1</sup> จังหวัดชลบุรี (พมจ.ชลบุรี) เป็นส่วนราชการ ที่อยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยทำหน้าที่สนับสนุนการ ดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคม และการช่วยเหลือกลุ่มเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ด้อยโอกาส ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีความใกล้ชิดและมีความเข้าใจบริบทพื้นฐานของชุมชน กับผู้คนในชาวบ้าน จึงสามารถตอบสนองความต้องการและเกิดการประสานงานที่มีความคล่องตัว

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี (พมจ.ชลบุรี) ได้กำหนด วิสัยทัศน์ว่า “ภาคร่วมขับเคลื่อนครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สร้างเมืองชลบุรีที่มีสุข” โดยมีพันธกิจ 4 ข้อดังนี้

- พัฒนาคนและสังคมให้มีคุณภาพเต็มศักยภาพและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง
- สร้างเสริมเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคม
- พัฒนาองค์ความรู้ ชีตความสามารถ และระบบบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคม

<sup>1</sup> สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี (พมจ.ชลบุรี) เป็นส่วนราชการที่อยู่ในโครงสร้างของ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดังนั้นการดำเนินงานจะต้องอยู่ภายใต้กรอบนโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ หรือแนวทางการปฏิบัติงานตามกระทรวง ผู้วิจัยจึงเลือกกิจกรรมการดำเนินงานที่เฉพาะส่วนของสำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี (พมจ.ชลบุรี) เท่านั้น

- จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกัน และมีความมั่นคงในชีวิต

โดยทางสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี ได้กำหนดแนวนโยบาย แรงด่วนที่ครอบคลุมอยู่ทุกประเด็นด้านสังคม ได้แก่

1. การป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์
2. การพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ คนพิการ
3. การเตรียมความพร้อมรับรองรับสังคมผู้สูงอายุ
4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน
6. การสร้างความเข้มแข็งของสตรีและครอบครัว
7. การพัฒนาระบบสวัสดิการสังคม
8. การพัฒนาบทบาทและประชาคมอาเซียน
9. การส่งเสริมพลังประชารัฐ

ภายใต้แนวนโยบายเร่งด่วนของสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี ประเด็นของการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูง โดยการคาดการณ์ของสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ฯ ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และในจังหวัด ชลบุรีมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 168,605 คน คิดเป็นร้อยละ 11.59 จากประชากรทั้งหมด จำแนกเป็นเพศชาย 72,007 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 42.71 ของจำนวนผู้สูงอายุ เพศหญิง 95,730 คน คิดเป็นร้อยละ 56.78 ของจำนวนผู้สูงอายุ

ความตื่นตัวในสิทธิของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดชลบุรีกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากตระหนัก ถึงสิทธิของตนเองค่อนข้างสูง สะท้อนมาจากการเรียกร้องสิทธิที่ตนเองควรจะได้รับอยู่เสมอ เช่น สิทธิในการขอรับค่าเบี้ยยังชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล สิทธิในการขอรับเงินสงเคราะห์ เป็นต้น และผู้สูงอายุ จำนวนหนึ่งยังเห็นว่าควรให้หน่วยงานรัฐเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาผู้สูงอายุโดยจำแนกออกเป็น 2 ส่วน ใหญ่ คือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ตลอดจนการบูรณาการหน่วยงานทุกระดับในสังคมเข้าด้วยกันเพื่อ การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และหน่วยงานประชาสังคม (สุนทร สุวรรณละออง, 2559, หน้า 80-85)

การขับเคลื่อนของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงแรงงาน ในพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ชัดเจนว่า ส่งเสริมและสนับสนุน

ให้มีการฝึกอาชีพ แก่บุคคลในวัยทำงานให้มีฝีมือสอดคล้องกับความต้องการของธุรกิจภาคอุตสาหกรรม ที่ครอบคลุมถึงประชากรผู้สูงอายุ และการลดหย่อนภาษีให้กับหน่วยงานภาคเอกชนที่จ้างผู้สูงอายุเข้ามา เป็นลูกจ้างรายเดือนตามกฎหมายที่กำหนด ดังรูปภาพ

### ภาพที่ 6 แสดงประกาศรับสมัครงานการจ้างงานผู้สูงอายุ

**การจ้างงานผู้สูงอายุ**

บริษัทที่ ๑ Big C บิ๊กซี ซูเปอร์เซ็นเตอร์ เปิดรับสมัครพนักงาน ( Full Time ) ชาย / หญิง ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรง มุ่งมั่นในการทำงาน มีความรู้ความสามารถ และรักงานบริการ ทำงานในตำแหน่งต่างๆ สมัครงานด้วยตนเอง ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ บิ๊กซี ทุกสาขา และร้านมินิบิ๊กซี ทุกสาขาใกล้บ้านคุณ

“Big C บิ๊กซี ซูเปอร์เซ็นเตอร์ เปิดรับสมัครพนักงาน อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป”

**ตำแหน่งที่รับสมัคร**

- พนักงานฝ่ายธุรการ
- พนักงานฝ่ายบัญชี
- พนักงานรับโทรศัพท์
- พนักงานต้อนรับลูกค้า
- พนักงานฝ่ายอาหารสด
- พนักงานประจำศูนย์อาหาร
- พนักงานมินิบิ๊กซี
- เกสเซอร์ร้านยาเพรียว

**คุณสมบัติผู้สมัคร**

- ชาย / หญิง
- อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
- สุขภาพแข็งแรง มุ่งมั่นในการทำงาน

**เอกสารสมัครงาน**

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาวุฒิการศึกษา
- สำเนาบัญชีธนาคาร
- สำเนาคุณวุฒิอื่นๆ (ถ้ามี)

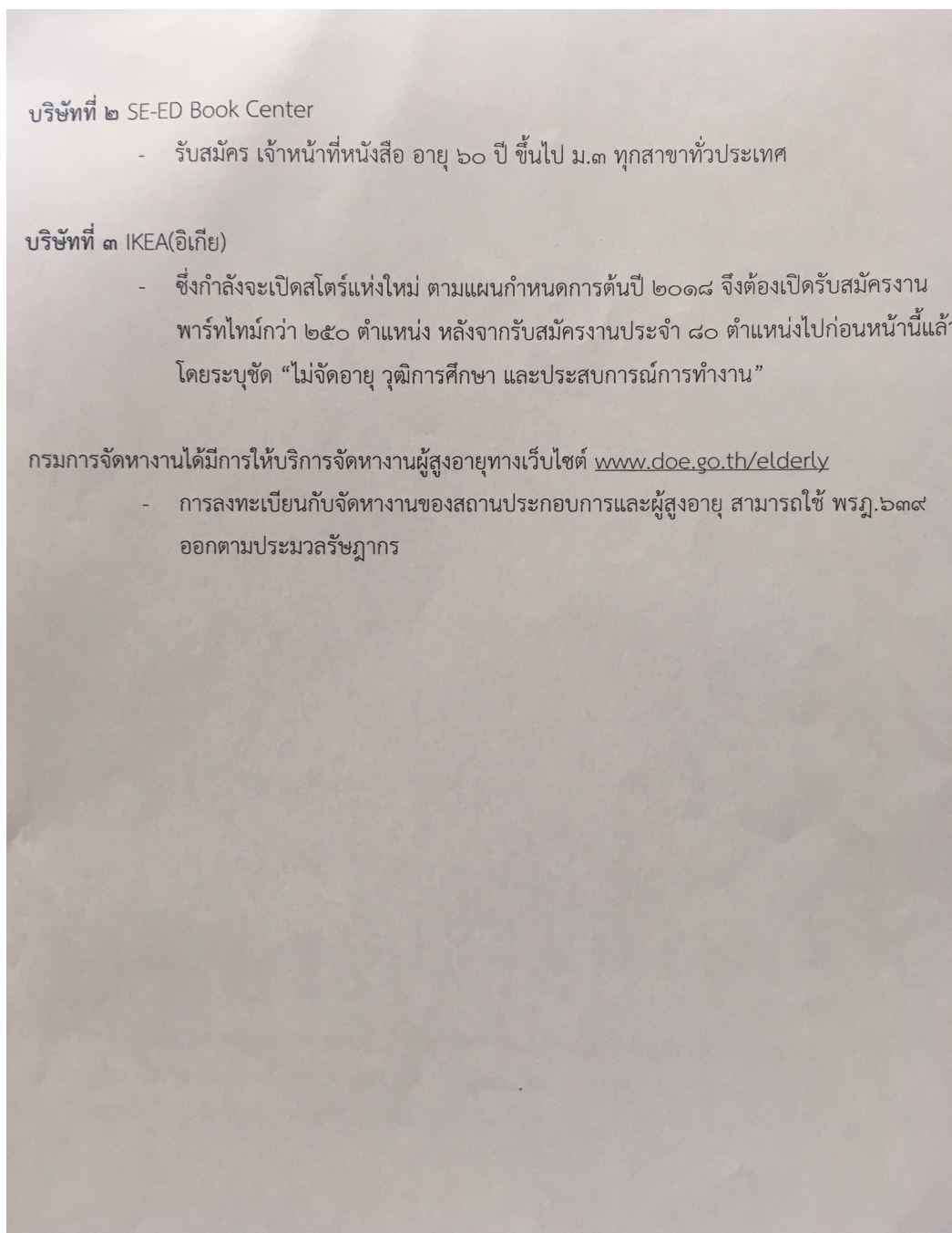
**การติดต่อ**

สมัครงานด้วยตนเอง ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ บิ๊กซีทุกสาขา และร้านมินิบิ๊กซีทุกสาขาใกล้บ้านคุณ  
ติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๙.๓๐ – ๑๗.๐๐น.  
(เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โทร.๐๒-๖๕๕-๐๖๖๖

ที่มา : องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

และ

### ภาพที่ 7 แสดงประกาศรับสมัครงานการจ้างงานผู้สูงอายุ



ที่มา : องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี



การขับเคลื่อนร่วมกันระหว่างกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กับกระทรวงแรงงาน ได้ออกกฎหมายสนับสนุนให้ หน่วยงาน องค์กร หรือบริษัทต่าง ๆ ที่จ้างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าทำงานให้สามารถใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลได้ถึงร้อยละ 100 ของเงินที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างสูงอายุ เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานภาคเอกชนจ้างแรงงานผู้สูงอายุเข้าทำงาน ก็จะเป็นแรงช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ทำงานต่อ ทำให้มีรายได้หลังเกษียณที่เพียงพอ ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและบรรเทาภาระงบประมาณภาครัฐด้านสวัสดิการชราภาพในระยะยาว แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดค่อนข้างมากสำหรับบริษัท หน่วยงานภาคเอกชนขนาดเล็ก และขนาดกลาง ที่มีตำแหน่งงานไม่หลากหลายไม่สามารถที่จะจ้างผู้สูงอายุเข้ามาเป็นพนักงานประจำได้เนื่องจากความเหมาะสมระหว่างตำแหน่งงานและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานอาจไม่เหมาะสมกับสุขภาพในบางราย หรือ สภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยกับตำแหน่งงาน เป็นต้น

ขณะที่หน่วยงานภาคเอกชนขนาดใหญ่มีตำแหน่งงานที่หลากหลาย จึงสามารถกำหนดในงานบางตำแหน่งที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุได้ เช่น ตำแหน่งธุรการ รับโทรศัพท์ พนักงานจัดอาหาร พนักงานจัดสินค้า พนักงานต้อนรับ เป็นต้น

### การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจในงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

#### การขับเคลื่อนด้วยกองทุนผู้สูงอายุ

การดำเนินงานพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุ ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ กองทุนผู้สูงอายุ ที่ถูกจัดตั้งขึ้นตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง และสนับสนุนผู้สูงอายุ ในกิจกรรม 6 ด้าน คือ

1. สนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม ศูนย์บริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุ องค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน
3. การให้ทุนประกอบอาชีพ ประเภทกู้ยืมรายบุคคลและรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ
4. ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ถูกทอดทิ้ง รวมทั้งประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่พัก อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม
5. สนับสนุนเงินอุดหนุนองค์กรที่ดำเนินการเกี่ยวกับการให้คำแนะนำปรึกษา หรือดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี รวมทั้งการแก้ไขปัญหาครอบครัวเป็นรายคดี

6. เรื่องอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุด ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

กองทุนผู้สูงอายุจะสนับสนุนใน 3 กิจกรรมหลักคือ หนึ่งการสนับสนุนโครงการ<sup>2</sup> โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- มีวัตถุประสงค์และกระบวนการในการดำเนินงานชัดเจน
- สร้างการมีส่วนร่วมของบุคคล หรือหน่วยงาน หรือประชาชน
- โครงการของหน่วยงานภาครัฐควรเป็นโครงการใหม่และเร่งด่วนที่ไม่ได้ตั้งงบประมาณรองรับและไม่เป็นโครงการต่อเนื่อง
- เป็นโครงการขององค์กรเอกชนหรือองค์กรของผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนราชการ และแหล่งทุนอื่น ๆ เว้นแต่กรณีได้รับแต่ไม่เพียงพอ

สอง การให้บริการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ การกู้ยืมรายบุคคล วงเงินไม่เกิน 30,000 บาท และการกู้ยืมประเภทรายกลุ่ม ๆ ละไม่น้อยกว่า 5 คน ได้กลุ่มละไม่เกิน 100,000 บาท โดยจะต้องชำระคืนเป็นรายงวด ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยปราศจากดอกเบี้ยสาม การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ด้านการสร้างหรือการปรับปรุงที่อยู่อาศัย รายละไม่เกิน 10,000 บาท และด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม รายละไม่เกิน 2,000 บาท ปริมาณผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดชลบุรีได้เข้ามายื่นเอกสารเพื่อแสดงเจตจำนงในการขอกู้เงินเพื่อนำไปประกอบอาชีพจำนวน 187 ราย (ข้อมูลในปี 2561) ทั้งหมดอยู่ในกลุ่มของการกู้ยืมรายบุคคล โดยนำเงินกู้ไปลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ ดังนี้ อาชีพทางด้านเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำสวน ทำนา การผลิตสินค้าจักสาน การลงทุนเป็นผู้ประกอบการและให้บริการคือ การเปิดร้านค้าของปลีก การเปิดร้านขายอาหารตามสั่ง และการขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ผู้กู้มากกว่าครึ่งหนึ่งหรือประมาณร้อยละ 60 สามารถนำเงินกู้มาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์คือการสร้างอาชีพเพื่อการมีรายได้ บางส่วนอาจนำเงินกู้ไปใช้ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เช่น เป็นเงินค่าน้ำมันมอเตอร์ไซด์ นำไปใช้ในชีวิตประจำวันโดยไม่ก่อให้เกิดรายได้ เป็นต้น (จันจิรา ไทยบัณฑิตย์, วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ.2561, สัมภาษณ์)

<sup>2</sup> การสนับสนุนโครงการภายใต้กรอบวงเงิน จำแนกตามขนาดโครงการ ได้แก่ โครงการขนาดเล็ก : ในวงเงินไม่เกิน 50,000 บาท, โครงการขนาดกลาง : วงเงินเกิน 50,000 – 300,000 บาท และโครงการขนาดใหญ่ : วงเงินเกิน 300,000 บาทขึ้นไป

### โครงการคลังปัญญาของผู้สูงอายุ<sup>3</sup> จังหวัดชลบุรี

การดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการ “คลังปัญญาผู้สูงอายุจังหวัด” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาและการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมและบทบาททางสังคม นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาผู้สูงอายุให้กับชุมชนและสังคม โดยมีหน่วยงานที่เข้าร่วมขับเคลื่อนโครงการ ได้แก่

- สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ชมรมผู้สูงอายุ
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ
- ศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ
- ภาคประชาสังคมในระดับชุมชน

ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาจะต้องมาขึ้นทะเบียนคลังปัญญาผ่านชมรมผู้สูงอายุประจำจังหวัด สมาชิกกลุ่มคลังปัญญาจังหวัดชลบุรี มีผู้สูงอายุที่เข้ามาเป็นสมาชิกจำนวนมากกว่า 300 ราย โดยมีการตั้งเป็นกลุ่มตามความถนัด เช่น อาหารไทยโบราณ การทำพวงมะโหด, การทำดอกไม้ประดิษฐ์จากกระดาษทิชชู เป็นต้น

กิจกรรมของโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จะมีการจัดเวทีเพื่อเป็นการเผยแพร่กิจกรรมของโครงการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถ ภูมิปัญญาของตนเองตามความถนัด เช่น การจัดกิจกรรมการอบรมการทำพวงมะโหดให้กับเด็กนักเรียน และบุคลากรทางด้านการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา หรือการจัดอบรมอาชีพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ทางโครงการจะมีการจัดเตรียมและเชิญผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบคลังปัญญา เข้ามาเป็นวิทยากรอบรม การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำกลับไปประยุกต์ใช้และประกอบเป็นอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเอง มีการรวบรวม

---

<sup>3</sup> คลังปัญญาผู้สูงอายุ หมายถึง แหล่งรวบรวมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่นั้น ๆ ที่มีภูมิปัญญาในด้านต่าง ๆ ที่หลากหลาย ในแต่ละสาขาวิชา และมีความพร้อมที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ของตนเอง เพื่อประโยชน์ต่อบุคคล สังคมและประเทศชาติ โดยไม่หวังผลตอบแทนส่วนตัว ซึ่งจังหวัดจะเป็นแหล่งรวบรวม หรือเป็นคลังแห่งปัญญาผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางความพร้อมจะกระจายงาน และสนับสนุนงบประมาณให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพออกไปสร้างความมั่นคงในระบบเศรษฐกิจ ตลอดจนพัฒนาคนและสังคมยั่งยืน

ยกระดับให้บางภูมิปัญญากลายเป็นผลผลิต แปรสภาพเป็นสินค้าทางวัฒนธรรม<sup>4</sup> โดยสามารถสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ท้องถิ่น และผู้ประกอบการต่าง ๆ ได้ ดังรูป

ภาพที่ 8 แสดงหนังสือสินค้าทางวัฒนธรรมชลบุรี



นอกจากกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจโครงการคลังปัญญา ได้ให้ความสำคัญกับงานทางด้านสังคม และชุมชน เช่น การดำเนินกิจกรรมถ่ายทอด ฟันฟู อนุรักษ์ ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ในฐานะที่เป็นผู้ทำประโยชน์ให้กับสังคม และทำให้ชุมชนได้รับรู้ความสามารถ ศักยภาพ และผลผลิต ผลงานที่มาจากแรงกายแรงใจของผู้สูงอายุ

<sup>4</sup> โครงการ โอท็อปเด่นชลบุรี (Best OTOP Chonburi) เป็นการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ที่ได้มีการรวบรวมภูมิปัญญาจากเครือข่ายผู้สูงอายุ ภาคประชาชนที่มีความรู้ความสามารถ ยกกระดับขึ้นมาเป็นสินค้าในระดับจังหวัด โดยจะกล่าวต่อไปในประเด็นของบทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

### 3.2 การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของหน่วยงานการปกครองท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหาร ส่วนจังหวัดชลบุรี

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ได้วางวิสัยทัศน์ของไว้ว่าเป็น “องค์กรหลักในการประสานความร่วมมือสู่การเป็นเมืองท่องเที่ยวครบวงจรที่ได้มาตรฐานสากล และพัฒนาเศรษฐกิจการศึกษา กีฬา สุขภาพ สิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการโดยท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญเพื่อขับเคลื่อนสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน” โดยมีพันธกิจ 7 ด้าน และกลยุทธ์การพัฒนา 6 ด้าน คือ

*พันธกิจ 7 ด้าน ได้แก่*

ด้านที่หนึ่ง เสริมสร้างและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ด้านที่สอง ส่งเสริมอาชีพและเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชน

ด้านที่สาม ส่งเสริมการจัดการศึกษา การให้บริการการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง

ด้านที่สี่ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้ยั่งยืน

ด้านที่ห้า สนับสนุนช่วยเหลือให้ประชาชนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การป้องกัน แก้ปัญหาสังคมยาเสพติดและโรคเอดส์

ด้านที่หก เสริมสร้างความร่วมมือในการกำจัดขยะมูลฝอยแบบบูรณาการ และการจัดระบบบำบัดน้ำเสียในชุมชน

ด้านที่เจ็ด ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรม รวมทั้งช่องทางในการขยายตัวทางการค้า การท่องเที่ยวและกีฬา

*กลยุทธ์ในการพัฒนา 6 ด้าน ได้แก่*

ด้านที่หนึ่ง เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของจังหวัดชลบุรีให้มีการขยายตัวอย่างเพียงพอต่อการสร้างงานและสร้างรายได้ รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายชุมชนให้เกิดการเชื่อมโยงพัฒนาชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้

ด้านที่สอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างคุณค่าที่ดีในสังคมไทยบนพื้นฐานของการอนุรักษ์วัฒนธรรม และเอกลักษณ์ของความเป็นไทย สามารถสร้างคนให้เป็นคนดี คนเก่ง ถึงพร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และมีระเบียบวินัย

ด้านที่สาม เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของคนทุกคนให้มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง มีกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างระบบคุ้มครองความมั่นคงทางสังคม รวมทั้งให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

ด้านที่สี่ เพื่อพัฒนาการศึกษาของเยาวชนในจังหวัดชลบุรีให้ก้าวหน้า ทันสมัย เหมาะสมกับ ภาวะการณ์ในปัจจุบัน

ด้านที่ห้า เพื่อให้การใช้ประโยชน์และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อ ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว เพื่อให้คนและธรรมชาติอยู่ด้วยกันอย่างสมดุลและยั่งยืน

ด้านที่หก เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส สามารถ ตรวจสอบได้ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการร่วมกันคิด ร่วมกันทำและร่วมกันรับผิดชอบ เพื่อ พัฒนาบุคลากรในองค์กรเป็นบุคลากรยุคใหม่สามารถนำองค์กรไปสู่องค์กรยุคใหม่และสามารถบริหาร จัดการองค์กรด้วยระบบการบริหารสมัยใหม่ได้เป็นอย่างดี

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุไว้ใน ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การให้บริการด้านสุขภาพแก่ เด็ก สตรี คนชรา คนด้อย โอกาสอย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบสวัสดิการสังคมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยมีฝ่ายสวัสดิการ สังคม มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสวัสดิการสังคมการประสาน การจัดการให้บริการสังคมการประสานการจัดให้บริการสวัสดิการสังคมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง งานส่งเสริมสวัสดิการเด็กและเยาวชน งานการสังคมสงเคราะห์ งานช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาสังคมต่าง ๆ งานการประสานหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดสวัสดิการสังคมตามกฎหมายงานส่งเสริมพัฒนา คุณภาพชีวิต งานคุ้มครองสวัสดิการเด็กสตรีคนชราและผู้ด้อยโอกาสงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและที่ได้รับ มอบหมาย บุคลากรที่เข้ามามีบทบาททำหน้าที่ดูแลและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีจำนวนเพียง 1 ราย

การดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี เป็นไปในทิศทางของการหนุนเสริม การ ประสานงานและการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น และส่วนราชการในท้องถิ่น ในการดำเนิน กิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัดชลบุรี จะใช้วิธีการดำเนินงานภายใต้เครือข่ายประชาชน ในท้องถิ่นร่วมกับการขับเคลื่อนระดับจังหวัดเพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ของฝ่ายสวัสดิการ สังคม ภายใต้องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี เนื่องจากมีพื้นที่ต้องรับผิดชอบการดูแลทั้งสิ้น 11 อำเภอ ครอบคลุมประชากร 1,509,125 คน และปริมาณผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดชลบุรี 184,912 คน คิดเป็นร้อยละ 12.25 โดยสัดส่วนระหว่างประชากรกับผู้สูงอายุในอำเภอพนัสนิคมมีอัตราส่วนสูงสุดถึงร้อยละ 17.25 สามารถแสดงดังตารางด้านล่าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ สัดส่วนร้อยละ จำแนกตามรายอำเภอ  
จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2560

อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	คิดเป็นร้อยละ
อำเภอเมืองชลบุรี	330,156	45,601	13.81
อำเภอบ้านบึง	106,078	15,312	14.43
อำเภอหนองใหญ่	23,630	3,019	12.77
อำเภอบางละมุง	295,005	28,076	9.51
อำเภอพานทอง	67,107	8,683	12.93
อำเภอพนัสนิคม	124,125	21,414	17.25
อำเภอศรีราชา	306,519	31,171	10.16
อำเภอเกาะสีชัง	4,580	626	13.66
อำเภอสัตหีบ	164,168	19,193	11.69
อำเภอบ่อทอง	50,307	6,750	13.41
อำเภอเกาะจันทร์	37,450	5,067	13.53
<b>รวม</b>	<b>1,509,125</b>	<b>184,912</b>	<b>12.25</b>

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2560) และและ สำนักงานสถิติ จังหวัดชลบุรี (2560)

#### เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัดชลบุรี

การขับเคลื่อนงานพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ดำเนินการภายใต้รูปแบบของชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ภายใต้สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และมีบทบาทในการกำกับทิศทางการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ที่ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุจำนวน 184,912 ราย ผ่านสมาชิกชมรมฯ จำนวน 8,895 ราย ดังตาราง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และ สัตว์เลี้ยงร้อยละ จำแนกตามรายอำเภอ จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2560

อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อบจ. ชลบุรี (คน)	คิดเป็นร้อยละ
อำเภอเมืองชลบุรี	45,601	1,479	3.24
อำเภอบ้านบึง	15,312	263	1.71
อำเภอหนองใหญ่	3,019	152	5.03
อำเภอบางละมุง	28,076	119	0.42
อำเภอพานทอง	8,683	2,291	26.38
อำเภอพนัสนิคม	21,414	391	1.82
อำเภอศรีราชา	31,171	2,046	6.56
อำเภอเกาะสีชัง	626	29	4.63
อำเภอสัตหีบ	19,193	1,227	6.39
อำเภอบ่อทอง	6,750	289	4.28
อำเภอเกาะจันทร์	5,067	588	11.60
<b>รวม</b>	<b>184,912</b>	<b>8,895</b>	<b>4.81</b>

ที่มา: องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี. รายละเอียดจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อบจ. ชลบุรี. ข้อมูล ณ วันที่ 27 พฤศจิกายน 2560 และ สำนักงานสถิติ จังหวัดชลบุรี (2560)

ชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ได้วางปรัชญาของชมรมไว้ว่า “สูงวัยอย่างมีพลัง” ประกอบไปด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วิญญาณ และการมีส่วนร่วมทางสังคม และ วิสัยทัศน์ว่า “ผู้สูงอายุมีสมรรถนะ (Performance) มีความสามารถ (Competency) และศักยภาพสูง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผลสืบเนื่องจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุระดับจังหวัด คือ การเกิดขึ้นของเครือข่ายขับเคลื่อนกิจกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเข้ามามีบทบาทของสมาชิกในชมรม ที่ถูกสร้างขึ้นร่วมกับการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังจะเห็นได้จากรายชื่อเครือข่ายผู้สูงอายุ อบจ. ดังนี้



ตารางที่ 4 แสดงรายชื่อเครือข่ายผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2560

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	เครือข่ายอำเภอ	ตำแหน่งสมาคม/ชมรมผู้สูงอายุ
1	นายน้อย อยู่สบาย	อำเภอบางละมุง	ไม่แสดง
2	นายชัยศ สงขลา	อำเภอศรีราชา	ไม่แสดง
3	นายณศกร มั่นใจ	องค์การบริหารส่วนตำบลภูตา หลวง อำเภอสัตหีบ	คณะกรรมการสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุ แห่งประเทศไทย ประจำจังหวัดชลบุรี
4	นายสุพจน์ แยมเอม	อำเภอเมืองชลบุรี	ไม่แสดง
5	นายฉลอง ราชบุรณะ	องค์การบริหารส่วนตำบลหนอง ปรือ อำเภอพนัสนิคม	คณะกรรมการสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุ แห่งประเทศไทย ประจำจังหวัดชลบุรี
6	นางนันทพรพรช ทองถนอม	อำเภอพานทอง	คณะกรรมการสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุ แห่งประเทศไทย ประจำจังหวัดชลบุรี
7	นางมาลี เจริญสุข	อำเภอบ่อทอง	คณะกรรมการสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุ แห่งประเทศไทย ประจำจังหวัดชลบุรี
8	นายสุระ เขินอำนวย	อำเภอบ้านบึง	ไม่แสดง
9	นายบัณฑิต นาวานุรักษ์	อำเภอเมืองชลบุรี	ไม่แสดง
10	ร.ต.ต.คณะ เนินอุไร	อำเภอเกาะจันทร์	ไม่แสดง
11	นางขวัญใจ รุ่งเรืองศรี	อำเภอเกาะสีชัง	ไม่แสดง
12	พล.ร.ต.หญิงอำไพวัลย์ สวยสม	อำเภอสัตหีบ	ประธานชมรมผู้สูงอายุ รพ.สมเด็จพระ นางเจ้าสิริกิติ์ อำเภอสัตหีบ

ที่มา: ปรับปรุงจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี. รายละเอียดเครือข่ายผู้สูงอายุ อบจ.  
ชลบุรี.ข้อมูล ณ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2560

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ชลบุรี ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเน้นการจัดอบรม  
ความรู้ด้านสุขภาพและกิจกรรมด้านนันทนาการ การมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น การจัดกิจกรรมในวัน  
สำคัญ การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม การแข่งขันกีฬาที่เหมาะสมกับวัย การศึกษาดูงานเพื่อนำมาสู่การ  
จัดทำยุทธศาสตร์ด้านศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เน้นให้การเป็นการเก็บรวบรวม

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของชมรมผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุน/ส่งเสริมกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ โดยการจัดโครงการ

การจัดกิจกรรมโครงการ “ก้าวอย่างมีคุณค่า สูงวัยอย่างมีความสุข” ที่มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี เป็นเจ้าของโครงการ โครงการฯ มีเป้าหมายเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การแสดงออกการมีส่วนร่วมกับกิจกรรม และการสร้างแนวทางการดูแลสุขภาพสภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ โดยในรายละเอียดของการถ่ายทอดกิจกรรมดังนี้

- การบรรยายหัวข้อ “ก้าวอย่างมีคุณค่า สูงวัยอย่างมีความสุข”
- กิจกรรมฐานการเรียนรู้สุขภาพ “การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงของโรคที่มีผลต่อคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ” 5 ฐานกิจกรรม ได้แก่ ฐานชิมเต้าและสมอเสียม, ฐานกระดุกข้อเข่าเสียม, ฐานภาวะโภชนาการ อาหาร, ฐานอนามัยช่องปากและฟัน, ฐานการสังเกตอุจจาระ

- บรรยายความรู้และกลุ่มฝึกปฏิบัติ หัวข้อ “อาวุโส 4.0 O.K กายบริหารมณีเวชสุขภาพดี
- กิจกรรมกลุ่มฝึกปฏิบัติความสุข 5 มิติ (สุขสนุก, สุขสบาย, สุขสง่า, สุขสงบ, สุขสว่าง)
- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นันทนาการ/แลกเปลี่ยนประสบการณ์
- กิจกรรมกลุ่มฝึกปฏิบัติ”หัวเราะบำบัดกาย เสริมใจ”
- กิจกรรมบรรยายความรู้และศึกษาดูงานหัวข้อ “การอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรทะเลสยาม”
- กิจกรรมจิตอาสาอนุรักษ์ธรรมชาติ และปล่อยเต่า

ผู้เข้าร่วมเป็นผู้สูงวัยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้าร่วมทั้งสิ้น 180 คน เกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้เครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี กระจายไปครอบคลุมทั้ง 11 อำเภอ ผลที่ได้รับคือผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง และสามารถถ่ายทอดสู่บุคคลอื่น ๆ ได้ และพยายามในการสร้างผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายและการพัฒนาสู่การเป็นจิตอาสา

ยุทธศาสตร์หนึ่งที่ถูกกำหนดไว้เป็นแนวทางการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ได้กำหนดวิธีการหรือกลยุทธ์ในการดำเนินงาน คือ ยุทธศาสตร์การศึกษาวิจัยปัญหาสังคมผู้สูงอายุและความต้องการ

#### การจัดสวัสดิการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

นอกจากกิจกรรมที่เป็นการดำเนินการของเครือข่ายชมรมดูแลผู้สูงอายุระดับจังหวัดชลบุรีโดยตรง การดำเนินการจัดสวัสดิการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ภายใต้โครงการขององค์การ

บริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ชื่อว่า “อบจ. ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน” ที่หมุนเวียนไปทุกอำเภอ และครอบคลุมทุกตำบล ทั่วทั้งจังหวัดชลบุรี โดยจะมีการเตรียมงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น คัดเลือกหากกลุ่มเป้าหมายที่มีความขาดแคลนและความต้องการในด้านต่าง ๆ เพื่อเข้ารับการช่วยเหลือ ตลอดจนการลงพื้นที่ของคณะผู้บริหาร สมาชิกสภาฯ และข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนปัญหา ความคิดเห็น ร่วมกับผู้บริหารและสมาชิกสภาในพื้นที่เพื่อรับทราบปัญหาและแสวงหาแนวทางแก้ไขให้กับประชากรในพื้นที่นั้น ๆ

การมอบสวัสดิการให้กับประชาชนในด้านต่าง ๆ ดังกรณีที่บ้านบึง องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ได้มอบถุงยังชีพให้กับประชาชน 622 ราย มอบแว่นตา 61 ราย มอบไม้เท้าแก่ผู้สูงอายุ และยังมีหน่วยงานภาครัฐเข้ามาร่วมให้บริการ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ตรวจโรค ตรวจตา ทำฟัน บริการตัดผมฟรี มอบปุ๋ยอินทรีย์ พันธุ์ปลาน้ำจืด พันธุ์พืชแก่เกษตรกรหรือประชาชนที่สนใจ เป็นต้น ดังภาพ

ภาพที่ 9 แสดงกิจกรรมโครงการองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน



ภาพที่ 10 แสดงกิจกรรมโครงการองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน



ภาพที่ 11 แสดงกิจกรรมโครงการองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน



ดังนั้นการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี เป็นไปในลักษณะของภาพรวมระดับจังหวัด โดยมีชมรมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ของชมรมฯ ภาพรวมของกิจกรรมยังคงเป็นไปในรูปแบบของการอบรมในลักษณะต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรม และการดำเนินโครงการช่วยเหลือประชาชนที่ครอบคลุมไปสู่ผู้สูงอายุในท้องถิ่นที่สามารถเข้ามาแสดงความต้องการช่วยเหลือได้โดยไม่ต้องเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุแต่ประการใด

#### การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองหนองปรือ

เทศบาลเมืองหนองปรือ ได้ยกขึ้นเป็นเทศบาลเมือง จากองค์การบริหารส่วนตำบล มาตั้งแต่ วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2549 ตั้งอยู่ในเขตอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีพื้นที่ทั้งสิ้น 45.54 ตารางกิโลเมตร หรือ 28,462.50 ไร่ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 73,024 คน จำแนกเป็นเพศชาย 32,303 คน เพศหญิง 40,721 คน และประชากรแฝงประมาณ 70,000 คน (เทศบาลเมืองหนองปรือ, 2560)

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลหนองปลาไหล อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี  
 ทิศใต้ ติดต่อกับ เทศบาลตำบลห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี  
 ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลโป่ง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี  
 ทิศตะวันตก ติดต่อกับ เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 5 จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ของเทศบาลเมืองหนองปรือ<sup>5</sup>

ผู้สูงอายุ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	รวม
อายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	3,702	551	21	4,264

ที่มา : สำนักทะเบียนเทศบาลเมืองหนองปรือ พ.ศ.2558

#### ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือการสร้างระบบการบูรณาการดำเนินการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นแกนหลักในการปฏิบัติกิจกรรม โดยจะต้องดำเนินการคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์ สู่การวางแผน การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม โดยระบบการคัดกรองมิได้กำหนดเพื่อแจ้งข้อมูลทางตัวเลขทางสถิติเพียงเท่านั้น แต่กระบวนการคัดกรองจะพิจารณาในเชิงคุณภาพเพื่อกำหนดแนวทางและวิธีการดำเนินงานทางสาธารณสุข

“การคัดกรองของเราได้ทำแค่เอาข้อมูล ทางสถิติแล้วบอกว่าสถานการณ์เหล่านี้เป็นอย่างไร แต่การคัดกรองที่มีประโยชน์กับผู้สูงอายุมากที่สุดคือ การคัดกรองแล้วนำไปปรับใช้ในแผนงานบริการได้” (สุรพล ขลิ้มประเสริฐ, สัมภาษณ์, วันที่ 5 กรกฎาคม 2561)

กระบวนการคัดกรองของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจะมีแบบคัดกรองผู้สูงอายุที่ปรับปรุงและพัฒนาโดยตลอดจากแบบคัดกรองของกรมอนามัยที่ได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้รวบรวมข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม<sup>6</sup> ได้แก่

<sup>5</sup> สถิติจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2557 เนื่องจากสำนักงานทะเบียนเทศบาลเมืองหนองปรือ ยังไม่ได้ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลทางสถิติ และมีประชากรในพื้นที่ทั้งสิ้นจำนวน 66,905 ราย เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างผู้สูงอายุกับประชากรรวมคิดเป็น ร้อยละ 6.68 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนปี พ.ศ.2561 อาจมีสูงถึงร้อยละ 11

<sup>6</sup> กลุ่มหนึ่งผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) คะแนนประเมิน 12 คะแนนขึ้นไป และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนน กลุ่มสองผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) คะแนนประเมิน 5-11 คะแนน และมีคะแนน รวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5 คะแนน กลุ่มสามผู้สูงอายุกลุ่มที่

กลุ่มหนึ่งผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคม  
 กลุ่มสองผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง  
 กลุ่มสามผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ พึ่งตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพล ภาพ (กลุ่มติดเตียง)

กระบวนการคัดกรองผู้สูงอายุจะต้องทำการตรวจประเมินควบคู่ไปกับศักยภาพของครอบครัวที่  
 แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลรักษาผู้สูงอายุได้ระดับใด และการวิเคราะห์ระดับความจำเป็น  
 สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง ที่อาจจะต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย จากการประเมิน  
 โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (สุรพล ขลิบประเสริฐ, สัมภาษณ์, วันที่ 5 กรกฎาคม  
 2561; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559, หน้า 6 – 7)

กระบวนการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มติดสังคม  
จากชมรมผู้สูงอายุสู่การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน

ชมรมดอกคำดวนเป็นชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองปรือ ที่ถูกริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550  
 ภายใต้ความคิดของ นายมาย ไชยนิตย์ นายกเทศมนตรี โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ขึ้นไป  
 สามารถสมัครเข้าร่วมอยู่ในชมรม ระยะแรกของการขับเคลื่อนมีสมาชิกอยู่ในชมรมดอกคำดวนจำนวน 40  
 ราย จะเป็นในรูปแบบของการทำกิจกรรมร่วมกันในวันพุธ ของทุกสัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมทางร่างกาย  
 ได้แก่ การออกกำลังกาย กิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแพทย์และ  
 พยาบาล ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจากนักกฎหมาย การมีส่วนร่วมทางสังคม และกิจกรรมทางด้านศาสนา  
 ที่ครอบคลุมในทุกศาสนาสำคัญ ได้แก่ การเชิญบาทหลวงเข้ามาพูดเกี่ยวกับคริสต์ศาสนา อิหม่ามเข้ามา  
 บรรยายตามหลักศาสนาอิสลาม และพระสงฆ์ ตลอดจนการแจ้งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เช่น การเข้ามาของ  
 สมาชิกใหม่ หรือข่าวสารเกี่ยวกับการเสียชีวิตของสมาชิก ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 สมาชิกในชมรมดอก  
 คำดวนมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวน 600 คน จากจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน 4,274 ราย (มาย ไชยนิตย์,  
 สัมภาษณ์, วันที่ 1 กรกฎาคม 2561)

---

เคลื่อนไหวเองไม่ได้ พึ่งตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) 0 – 4 คะแนน และมีคะแนน รวม  
 ความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5 คะแนน

ชมรมดอกคำดวน จะให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ การดูแลรักษาสุขภาพ และการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยกัน เช่น การจัดกิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ การออกกำลังกายรำไม้พอง ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ภาพที่ 12 แสดงกิจกรรมของชมรมดอกคำดวน



ที่มา : เทศบาลเมืองหนองปรือ (2561)

การตระหนักถึงข้อมูลทางสถิติและแนวโน้มของปริมาณผู้สูงอายุในชุมชนที่เริ่มมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2454 – 2564) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ ผู้บริหารเทศบาลเมืองหนองปรือจึงได้มีความคิดจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน โดยเปิดอาคารเรียนและการเรียนการสอนในวันที่ 2 มิถุนายน 2559 ในแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุรู้จริง ปฏิบัติได้ ถ่ายทอดเป็น” หมายความว่า โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองหนองปรือ คือ การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ สามารถประมวลความรู้ที่ได้รับจากโรงเรียน นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ วัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนโรงเรียนผู้สูงอายุมี 3 ข้อ ดังนี้ (เทศบาลเมืองหนองปรือ, มปป)

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านโภชนาการการฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
2. การสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า และมีคุณภาพ
3. เพื่อสร้างจิตสำนึกและปลูกฝังให้คนรุ่นใหม่มีทัศนคติที่ดีและเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ



ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

หลักสูตรการเรียนการสอนมี 1 หลักสูตร ระยะเวลาเรียน 2 ปี การศึกษา ปีการศึกษาละ 3 ภาคเรียน ภาคเรียนละ 2 เดือน โดยจัดการเรียนทุกวันพฤหัสบดีในทุกสัปดาห์ รายวิชาที่เปิดการเรียนการสอนมีทั้งสิ้น 6 รายวิชา ดังนี้

ชั้นปีที่ 1 เน้นการเรียนการสอนในระดับพื้นฐานทั่วไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในด้านต่าง ๆ ประกอบการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยรายวิชา

รายวิชาที่ 1 วิชาการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

รายวิชาที่ 2 วิชาศาสนาและวัฒนธรรมไทย

รายวิชาที่ 3 วิชาจิตอาสา

ปีที่ 2 เน้นการเรียนรู้เชิงวิเคราะห์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักประมวลความรู้ และนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ประกอบด้วยรายวิชา

รายวิชาที่ 4 วิชาสุขภาพจิต

รายวิชาที่ 5 วิชาเศรษฐกิจพอเพียง

รายวิชาที่ 6 วิชาเลือกเสรี สาขาคหกรรม

กระบวนการประเมินและการวัดผล จะมีการใช้คะแนนมาเป็นเครื่องมือในการตัดสิน โดยทั้งหมดมี 100 คะแนน เป็นการวัดผลจากการลงมือปฏิบัติ การแสดงออกทางด้านกิจกรรม และการแสดงออกทางด้านร่างกาย โดยผู้บรรยายหลักและบรรยายร่วมจะเป็นผู้ให้คะแนน ภายหลังจากการเรียน จนครบจำนวนตามหลักสูตร นักเรียน (ผู้สูงอายุ) จะได้เข้าสู่พิธีการมอบประกาศนียบัตร ปริญญาชีวิต<sup>7</sup>

<sup>7</sup> โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมือง หนองปรือ ได้เริ่มเปิดจัดการเรียนการสอนมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 มีผู้สำเร็จการศึกษาในรุ่นที่หนึ่งจำนวน 35 ราย และในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ที่กำลังศึกษาอยู่จำนวน 40 ราย

ภาพที่ 13 พิธีการรับมอบประกาศนียบัตร ปริญญาชีวิต

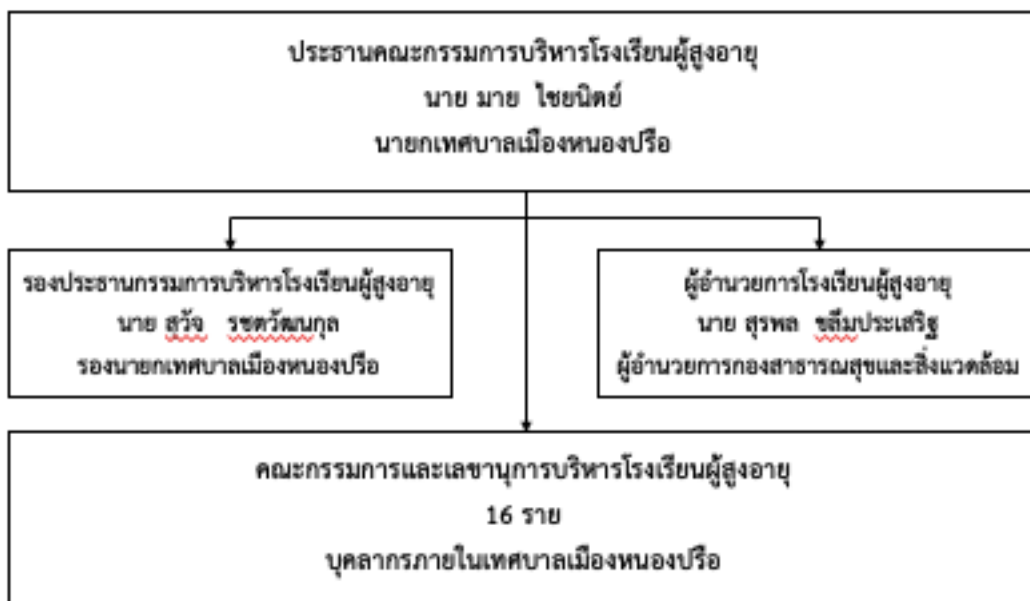


ที่มา : เทศบาลเมืองหนองปรือ (2560)

#### *โครงสร้างการบริหารและคณะทำงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองปรือ*

การดำเนินโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองปรือ ที่ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากผู้บริหารท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการพัฒนาตนเอง การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ เสริมสร้างสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ และการสร้างผู้สูงอายุได้สร้างสรรค์ประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม ในวงกว้าง ตลอดจนการผลิตผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ หรือผู้สูงอายุจิตอาสาเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุด้วยกันภายในชุมชน จึงได้มีการกำหนดโครงสร้างขึ้นมาเพื่อมาจัดการบริหาร และโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ

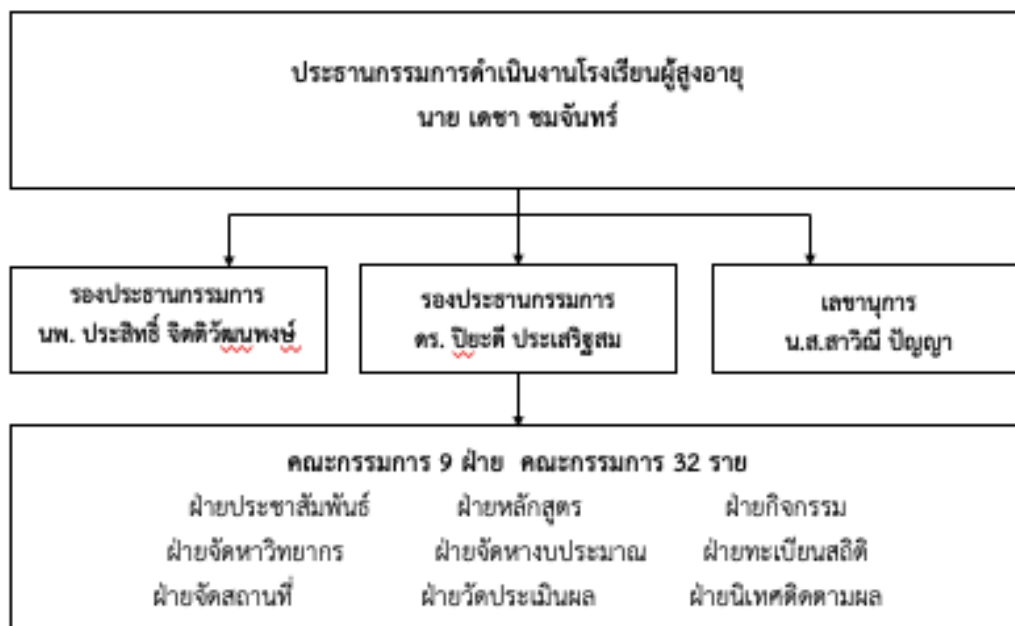
ภาพที่ 14 แสดงโครงสร้างการบริหารงานโรงเรียนผู้สูงอายุ



ที่มา : เทศบาลเมืองหนองปรือ, มปป

โครงสร้างการบริหารงานโรงเรียนผู้สูงอายุ จะทำหน้าที่กำหนดแนวทางการจัดการศึกษาภายในโรงเรียน โดยมีนายกเทศบาลเมืองที่เป็นผู้ก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ และเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นประธานคณะกรรมการการบริหาร รองนายกเทศมนตรีเป็นรองประธานกรรมการ มีผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นผู้อำนวยการโรงเรียน และมีบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในสังกัดของเทศบาลเข้ามาเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่บริหารกำกับดูแลการดำเนินงานของโรงเรียน

ภาพที่ 15 แสดงโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ



ที่มา : เทศบาลเมืองหนองปรือ, มปป

คณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ จะมีบทบาทหน้าที่ทางวิชาการและวัดผล ได้แก่ ส่วนการศึกษากำหนดหลักสูตร และพัฒนาหลักสูตรให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กระบวนการติดต่อประสานงานร่วมกับวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ มาเป็นครู ผู้บรรยาย ผู้ช่วยสอน โดยโครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุจะถูกแต่งตั้งอย่างเป็นทางการโดยคำสั่งของเทศบาลตำบลหนองปรือ มีคณะกรรมการดำเนินโครงการแบ่งออกเป็น 9 ฝ่าย ตามหน้าที่และภารกิจที่ถูกกำหนดไว้ ได้แก่

ฝ่ายที่ 1 คณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองปรือ

นายเดชา ชมจันทร์	ข้าราชการบำนาญ	ประธานกรรมการ
นพ. ประสิทธิ์ จิตติวัฒนพงษ์	ข้าราชการบำนาญ	รองประธานกรรมการ
ดร.ปิยะดี ประเสริฐสม	ผอ.วิทยาลัยเทคโนโลยีอีโตะ	รองประธานกรรมการ
น.ส.สาวณี ปัญญา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	เลขานุการ

ภารกิจ การวางแผนการปฏิบัติงาน การควบคุม กำกับ ดูแลเกี่ยวกับการบริหารงานวิชาการ งบประมาณ การบริหาร บุคคล การบริหารทั่วไป งานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและได้รับมอบหมาย

### ฝ่ายที่ 2 คณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์

นางสุรรัตน์ ศิลแดนจันทร์ หัวหน้าฝ่ายบริการและเผยแพร่วิชาการ ประธานกรรมการ

น.ส.นุติ หัสตินทร ณ อยุธยา อาจารย์ กศน. บางละมุง กรรมการ

น.ส.กัลยกร บุญยรัตน์ ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์ กรรมการ

น.ส.พิจิตรา วาระพรประเสริฐ พนักงานจ้างกองทุน เลขานุการ

ภารกิจ จัดทำแผนพบเพื่อประชาสัมพันธ์ ทำป้ายประชาสัมพันธ์ติดตามสถานที่ต่าง ๆ

ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านทางวิทยุ เครือข่ายสังคมออนไลน์ บันทึกภาพกิจกรรม ประสานสื่อมวลชนทำข่าวประชาสัมพันธ์ และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

### ฝ่ายที่ 3 คณะกรรมการฝ่ายหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ

ดร.ปิยะดี ประเสริฐสม ผอ.วิทยาลัยเทคโนโลยีอีโตะ ประธานกรรมการ

น.ส.นุติ หัสตินทร ณ อยุธยา อาจารย์ กศน. บางละมุง กรรมการ

นางศิริเพ็ญ เล็กดี สมาชิกสภาเทศบาล กรรมการ

นายกิตติศักดิ์ ศิริเลิศ ผอ.โรงเรียนอนุบาลเทศบาลฯ กรรมการ

น.ส.อ้อมจันทร์ นอสูงเนิน อาจารย์วิทยาลัยเทคโนโลยีอีโตะ กรรมการ

ว่าที่ร.ต. สงกรานต์ พรหมสอน รองผอ.โรงเรียนอนุบาลฯ กรรมการ

นางนิตยา จิตติเรืองเกียรติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ

น.ส.สาวิณี ปัญญา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เลขานุการ

ภารกิจ วางแผนการดำเนินงานวิชาการ กำหนดสาระรายละเอียดของหลักสูตรและแนวทางการจัดส่วนสาระการเรียนรู้ และกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนของสถานศึกษา ให้สอดคล้องกับหลักสูตร และสภาพเศรษฐกิจ สังคม ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น

### ฝ่ายที่ 4 คณะกรรมการฝ่ายกิจกรรม

นพ. ประสิทธิ์ จิตติวัฒนพงศ์ ข้าราชการบำนาญ ประธานกรรมการ

นางสุนีย์ ภิรมพลัด หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข กรรมการ

นางวลัยพร มุขเหลี่ยม พยาบาลวิชาชีพ กรรมการ

น.ส.วิภาพร แจ่มมิน คนงานทั่วไป เลขานุการ

ภารกิจ ออกแบบและจัดเตรียมกิจกรรมที่เหมาะสมกับนักเรียนผู้สูงอายุ และจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการดำเนินกิจกรรมนอกเวลาเรียนหรือนอกสถานที่ ประสานการเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

#### ฝ่ายที่ 5 คณะกรรมการฝ่ายจัดหาวิทยากร

ดร.ปิยะดี ประเสริฐสม	ผอ.วิทยาลัยเทคโนโลยีอโตะ	ประธานกรรมการ
น.ส.อัครยา เตบุญมี	ครู คศ.3 โรงเรียนบ้านทุ่งกลม	กรรมการ
น.ส.อรุณรัศมี บุญเกิด	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	กรรมการ
น.ส.ปริยาภรณ์ เจริญพร	คณงานทั่วไป	เลขานุการ

ภารกิจ วางแผนการจัดหาวิทยากร คัดเลือกวิทยากรที่มีความเหมาะสมตามหลักสูตร ทำหนังสือเชิญวิทยากร เก็บประวัติวิทยากร และทำเกียรติบัตรให้วิทยากร ประสานและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ สำหรับวิทยากร

#### ฝ่ายที่ 6 คณะกรรมการฝ่ายจัดหางบประมาณ

นายสุวัจ ราชวัฒนกุล	รองนายกเทศมนตรี	ประธานกรรมการ
นายสมชาย ฉิมวิเศษ	รองประธานสภา	กรรมการ
นายสุรพล ชลิมประเสริฐ	ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
น.ส.วิภาพร แจ่มมิน	คณงานทั่วไป	เลขานุการ

ภารกิจ บริหารจัดการงบประมาณ จัดซื้อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม และตรวจเอกสารหลักฐานการเงิน การเบิกจ่ายงบประมาณ

#### ฝ่ายที่ 7 คณะกรรมการฝ่ายทะเบียนและสถิติ

นางเยาวดี จุฑาพรรณนาชาติ	ผอ.โรงเรียนวัดบุญสัมพันธ์	ประธานกรรมการ
น.ส.อัครยา เตบุญมี	ครู คศ.3 โรงเรียนบ้านทุ่งกลม	กรรมการ
น.ส.ปริยาภรณ์ เจริญพร	คณงานทั่วไป	เลขานุการ

ภารกิจ จัดทำใบลงทะเบียน และแบบบันทึกสถิตินักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ จัดเตรียมใบลงทะเบียน รับใบลงทะเบียน และบันทึกสถิตินักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ในวันที่มีการเรียนการสอนและฝึกปฏิบัติการ ทำทะเบียนนักเรียน ทะเบียนแสดงผลการเรียนรู้ กรอกและตรวจทานผลการเรียนให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

#### ฝ่ายที่ 8 คณะกรรมการฝ่ายจัดสถานที่

นายพูลศักดิ์ กาศดี	หน.ฝ่ายกิจการสาธารณะ	ประธานกรรมการ
นายบัณฑิต โอ่งเจริญ	สัตวแพทย์อาวุโส	กรรมการ
นายสุรินทร์ ทองลอย	ประธานชุมชนบ้านล่างหนองสมอ	กรรมการ
น.ส. พรฤดี จิวสวัสดิ์	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	เลขานุการ

ภารกิจ จัดสถานที่ เครื่องเสียง อุปกรณ์ โสต พร้อมทั้งควบคุมดูแลให้สามารถใช้งานได้  
ตลอดเวลา

ฝ่ายที่ 9 คณะกรรมการฝ่ายวัดผลประเมินผลและนิเทศติดตาม

นางพิมพ์ภัทร์ จิตตยานันท์กุล	ศึกษานิเทศก์	ประธานกรรมการ
นายวัฒน์นะ แทนแก้ว	ครู คศ.3	รร.บ้านเนินพลับหวาน กรรมการ
นายศุภกร ผลทับทิม	ครู คศ.2	โรงเรียนวัดสุทธาวาส กรรมการ
น.ส. บุษบง ห่อทองคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการ

ภารกิจ ติดตาม ประเมินผล สรุปผลการประเมิน นิเทศติดตามผลการเรียนการสอน และ  
รายงานผลให้คณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุภายหลังการดำเนินการ

โครงสร้างการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลหนองปรือ ประกอบไปด้วยบุคคลที่  
หลากหลายตั้งแต่ผู้บริหารระดับท้องถิ่นที่ เจ้าหน้าที่ ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หน่วยงานภาคเอกชน  
หัวหน้าชุมชน สาธารณสุข เข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุ โดย  
มีการประชุมร่วมกันระหว่างคณะกรรมการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ และคณะกรรมการดำเนินงาน  
โรงเรียนผู้สูงอายุ

#### *บทบาทของศูนย์สร้างสุขสมวัยในชุมชน*

โครงการศูนย์สร้างสุขสมวัย ดำเนินงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ของหน่วยงานพัฒนาสังคมและ  
ความมั่นคงของมนุษย์ ที่มองว่ารากฐานการพัฒนาสังคมที่ดีอยู่ที่ครอบครัว แต่ระบบความสัมพันธ์ของ  
ครอบครัวได้ถูกทำลายลงไปกับกระบวนการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จึงได้มีแนวคิดการรื้อฟื้น  
สายสัมพันธ์ทางสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ภายใต้โครงการ 3 วิสัยสายสัมพันธ์ โดยกิจกรรมจะมีลักษณะของ  
การถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ ภูมิปัญญาของคนในครอบครัวร่วมกันสามช่วงวัย ได้แก่ ผู้สูงอายุ พ่อ  
แม่ และบุตรหลานของครอบครัว ศูนย์สร้างสุขสมวัยจะให้ความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมสันตนาการ  
ร่วมกัน

กิจกรรมประกอบด้วย ประเภทการสร้างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและชุมชน เช่น การ  
ผู้ซ้อมือรับขวัญสมาชิกใหม่ของบุตรหลาน ประเภทการจัดแสดงงานและฝึกหัดทางด้านศิลปะ หัตถกรรม  
งานฝีมือ ประเภทเกมส์ กีฬา และการละเล่นร่วมกันหรือให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การ  
แข่งขันคลานเร็วของเด็กก่อนภายใต้ชื่อ “หนูน้อยลมกรด” และกิจกรรมทางด้านศาสนา ความสงบ การ  
อบรม บรรยาย ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผ่านการเรียนรู้และจบ

การศึกษาจากโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลหนองปรือ จะต้องเข้าร่วมกิจกรรม โดยรับหน้าที่ตามความถนัดของตนเอง

ภาพที่ 16 แสดงกิจกรรมโครงการ 3 วัยสายสัมพันธ์



ที่มา : เทศบาลเมืองหนองปรือ

#### กระบวนการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มติดบ้าน

กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ระดับหนึ่ง การดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงให้ความสำคัญทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม เพื่อผลักดันผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมและมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลสังคมต่อไป

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน<sup>8</sup> เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน ผ่านการประสานงานความร่วมมือระหว่าง ชุมชน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองหนองปรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หน่วยงานภาครัฐ เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี โดยมีหน้าที่ดังนี้

- การเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทุกรายจะมีคู่มือเพื่อทำบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุ และการสังเกตการณ์เพื่อนำมาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย อยู่ร่วมกับบุคคลใดในครอบครัว หรืออยู่ตัวคนเดียว ฯลฯ ในเบื้องต้นแต่ภายหลังจากการมีข้อมูล อาสาสมัครจะต้องทำการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อกำหนดระยะเวลาตารางการตรวจเยี่ยมตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละราย

<sup>8</sup> อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) มีประมาณ 400 – 500 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 90 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 1 ราย จะรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 8 - 15 ครัวเรือน



- การเก็บข้อมูล อาสาสมัครจะต้องทำการเก็บข้อมูลเพื่อบันทึกข้อมูล แล้วแจ้งให้ทางเทศบาล

เมืองหนองปรือทราบ ข้อมูลพื้นฐานที่จะต้องดำเนินการเก็บ ได้แก่ ชื่อผู้สูงอายุ อายุ ที่อยู่ อาชีพที่สร้างรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านพัก) ลักษณะที่อยู่อาศัย การได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การได้รับความช่วยเหลือ สภาพปัญหาความเดือดร้อนหรือความต้องการของผู้สูงอายุ วิธีการให้ความช่วยเหลือตามปัญหาความเดือดร้อน สิ่งที่หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความช่วยเหลือ ช่วยบริการ และเก็บข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามกำหนด

- การตรวจคัดกรองสุขภาพ<sup>9</sup> เพื่อจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ของการดูแลผู้สูงอายุ

ในชุมชน โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ หนึ่งกลุ่มสีแดงเป็นผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต้องการความช่วยเหลือเช่น ไร้คนดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทะเลาะ ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง และมีฐานะยากจน สองกลุ่มสีเขียวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในกลุ่มสีแดง ซึ่งอยู่ในการดูแล สอดส่องเพื่อป้องกันมิให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไปสู่กลุ่มสีแดง ข้อมูลการคัดกรองจะเก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ได้แก่ ด้านร่างกาย ปกติ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการ จำนวนสมาชิกของครัวเรือน และสถานะสภาพความเป็นอยู่ เช่น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบุตรหลาน อยู่กับญาติ หรืออยู่กับบุคคลอื่น เป็นต้น

- การดูแลทุกข์สุขความเป็นอยู่ คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องดูแลและพัฒนา ที่ครอบคลุมในชีวิตประจำวัน เช่น การเยี่ยมเยียนดูแลการใช้ชีวิต การดูแลเรื่องอาหารการกิน การรับประทานยา และการพาไปพบแพทย์ การพาออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน การให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

- การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิทธิและการเข้าถึงสิทธิในด้านต่าง ๆ เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล การเข้าเป็นสมาชิกกองทุนต่าง ๆ การประสานหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรือการให้ข้อมูลบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ

ดังนั้นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเข้ามาเป็นกลไกหลัก และเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นที่ ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐส่วนท้องถิ่นสอดประสานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่ม

<sup>9</sup> เบื้องต้นทางเทศบาลเมืองหนองปรือจะจัดโครงการอบรมให้แก่กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยเชิญวิทยากรทางการแพทย์มาเป็นผู้ให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

อาสาสมัครฯ มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแทบทุกกลุ่ม แต่จะให้ความสำคัญในการดูแลเบื้องต้นอยู่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และผู้สูงอายุติดเตียง

### กระบวนการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มติดเตียง

#### ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองปรือ

การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เทศบาลเมืองหนองปรือใช้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เนื่องจากเป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขโดยตรง โดยใช้กลไกของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าทำหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน และการดูแลในเบื้องต้น เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีระเบียบการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความชัดเจน มีความรู้ความสามารถทางด้านสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ดีกว่า อาสาสมัครในกลุ่มอื่น ๆ หรือ กลุ่มจิตอาสาที่เข้ามาช่วยเหลือ เนื่องจากจะต้องผ่านกระบวนการอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุข ให้ได้ตามมาตรฐานของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชนรูปแบบหนึ่ง ที่ให้ชุมชนเป็นฐานราก และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ เกษนนำ อาสาสมัคร องค์กรเครือข่ายจากภาครัฐ และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนในการขับเคลื่อน เป้าหมายหลักคือ ให้ผู้สูงอายุได้มีพื้นที่รวมกลุ่มกันเพื่อจัดกิจกรรมและบริการที่ครอบคลุมทุกมิติในทุกด้าน ได้แก่ สุขภาพ สังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ ด้านเศรษฐกิจที่ให้ความสำคัญกับการสร้างรายได้และการมีงานทำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ, 2556, หน้า 1 – 2)

ระบบการดูแลระยะยาว<sup>10</sup> (Long Term Care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุข และการบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการ ความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก ทั้งนี้จะต้องพิจารณาความพร้อมของท้องถิ่น ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) อาสาสมัคร หน่วยงานท้องถิ่น ชุมชนและครอบครัว

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) มีบทบาทหลักในการบริหารจัดการและประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ โดย

<sup>10</sup> โปรดอ่านเพิ่มเติมใน “คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)” การเข้าร่วมดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาวะพึ่งพิงของหน่วยบริการและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการการดูแลระยะยาว (LTC) ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และจัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ตลอดจนการประสานงานกับกลุ่มสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการจัดบริการตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จะต้องมีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ การพยาบาล หรือด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและรุก การจัดทำแผนดูแลรายบุคคลและแผนรายสัปดาห์ จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาหารายกรณี การประสานเครือข่าย บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในการดูแลของตน ประเมินและทบทวนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละราย ประเมินผลการปฏิบัติเพื่อนำมาสู่การปรับปรุงและพัฒนา

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จะต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรตามข้อกำหนดของคณะกรรมการการดูแลระยะยาว (LTC) หรือตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพได้กำหนดไว้หน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ คือ การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย การสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งสุขภาพ และต้องแจ้งต่อญาติของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ การจัดการการความสะอาด ขยะ มูลฝอย ระวังป้องกันการปนเปื้อนและการแพร่กระจายของเชื้อโรค กรณีฉุกเฉิน การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บกับผู้สูงอายุจะต้องดำเนินการส่งต่ออย่างถูกต้อง การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนต่อ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มปฏิบัติงานในระดับพื้นที่คอยทำหน้าที่เยี่ยมเยียนบ้าน การเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ และการให้การดูแลระดับเบื้องต้น เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น นอกจากการดูแลผู้สูงอายุและการเยี่ยมบ้าน กลุ่มอาสาสมัครมีบทบาทในการกำหนดแผนสุขภาพของท้องถิ่น หรือการจัดทำแผนของชุมชน

ภายใต้การดูแลโดยระบบของการดูแลระยะยาว (Long Term Care) โดยมีกลุ่มอาสาสมัคร, จิตอาสา หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชน การรายงานและการประเมินผู้สูงอายุเพื่อการส่งต่อไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่

เหมาะสม หรือการรักษาในโรงพยาบาลระดับพื้นที่ จะต้องผ่านการประเมินร่วมกันโดยการประชุมร่วม หรือการประชุมกลุ่มเพื่อนำเสนอแนวทางการดำเนินการและการแก้ปัญหาต่อไป

**การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหาร  
ส่วนตำบลพลูตาหลวง**

องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง ได้ถูกจัดตั้งขึ้นเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2538 มีพื้นที่ประมาณ 54.046 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 33,903 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลบางเสร่ และนาจอมเทียน

ทิศใต้ ติดกับ เขตทหาร

ทิศตะวันออก ติดกับ อำเภอบ้านฉาง

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลสัตหีบ

หมู่บ้านในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านพลูตาหลวง หมู่ที่ 2 บ้านชลด หมู่ที่ 3 บ้านคลองไผ่ หมู่ที่ 4 บ้านคลองพลูตาหลวง หมู่ที่ 5 บ้านเขาบายศรี หมู่ที่ 6 บ้านเขาตะแบก หมู่ที่ 7 บ้านหนองยายน้อย หมู่ที่ 8 บ้านหนองหญ้า มีประชากรทั้งสิ้น 37,096 คน

ตารางที่ 6 จำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง

ประชากร	ชาย	หญิง	รวม
อายุน้อยกว่า 1 ปี – 60 ปี	19,458	17,638	37,096
อายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	2,189	2,617	4,806
คิดเป็นร้อยละ			12.95

ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎรอำเภอสัตหีบ ธันวาคม 2560

**แนวทางการพัฒนาสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง**

การจัดการสู่การพัฒนาสังคมสูงอายุของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลพลูตาหลวง อยู่ในระยะของการเตรียมความพร้อมทางด้านการจัดการโครงสร้างทางสังคมขั้นพื้นฐานเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้าน การจัดตั้งวิทยาลัยผู้สูงอายุ (โรงเรียนผู้สูงอายุ)

### จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ภายใต้การสนับสนุนและการส่งเสริมของหน่วยงานภาครัฐตั้งแต่ นโยบายระดับกระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของชีวิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดขึ้นของ อาสาสมัคร จิตอาสา ในรูปแบบต่าง ๆ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตำบลพลูตาหลวงหรือกลุ่ม เพื่อนช่วยซึ่งเป็นกลุ่มจิตอาสา ภายใต้โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ในปี 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 40 รายที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 5 – 10 ราย (วุฒินันท์ จันธบาล, สัมภาษณ์, 18 กรกฎาคม 2561)

บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครหรือจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จะได้รับการ พัฒนาศักยภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลด้านสาธารณสุข การพยาบาลเบื้องต้น ทั้งภาควิชาการ ได้แก่ การอบรมโดยวิทยากรทางการแพทย์ หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ชลบุรี สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 เข้ามาอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัคร ภาคปฏิบัติ การ จัดกิจกรรมผ่านฐานการเรียนรู้ การดูแลรักษาสุขภาพ สาธารณสุข การปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการ ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การฝึกกายภาพ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นการเตรียม ความพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเตียง (วุฒินันท์ จันธบาล, สัมภาษณ์, 18 กรกฎาคม 2561)

จิตอาสาที่ผ่านการอบรมตามข้อกำหนดจะได้รับแบบบันทึกการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ (เพื่อนช่วยเพื่อน) ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวงเป็นผู้จัดทำ สำหรับการเก็บข้อมูล บันทึกการตรวจเยี่ยมการดำเนินงานของจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ ตนเอง โดยบันทึกการปฏิบัติงานจะต้องรายงานผลการปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของท้องถิ่น ในทุก ๆ 15 วัน ภายในเล่มจะมีการระบุข้อมูลของจิตอาสา และข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลอย่าง ละเอียด กิจกรรมการดูแลของอาสาสมัครประกอบไปด้วย

- การดูแลสุขภาพลักษณะของผู้สูงอายุ
- การดูแลเรื่องอาหาร และการกินอาหาร
- การดูแลเรื่องยา การรับประทานยา
- การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- การตรวจวัดชีพจรและความดัน
- การวัดไข้และเช็ดตัว
- การรักษาบาดแผลทั่วไป
- การช่วยบริหารร่างกาย
- การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

- การแนะนำ ให้คำปรึกษา และกำลังใจ

ภายหลังจากการบันทึกข้อมูล และการรายงานข้อมูลต่อหน่วยงานของท้องถิ่น ข้อมูลของผู้สูง จะถูกรวบรวมและวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนรองรับเพื่อพัฒนาสังคมผู้สูงอายุในชุมชน

### ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน<sup>11</sup>

เป้าหมายของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคือการดึงผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจให้ออกมาสู่สังคมมากขึ้น ลักษณะของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพลูตาหลวงจะกระจายอยู่ตามหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุได้ดำเนินชีวิตประจำวัน

#### *ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์*

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อยู่ภายใต้การดำเนินงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อำเภอสัตหีบ ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตการดูแลของกองทัพเรือ โดยมี พล.ร.ต.หญิง อำไพวัลย์ สวดยสม เป็นประธานชมรมฯ การขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ และข้าราชการทหารโดยส่วนใหญ่

การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุฯ ถูกกำหนดมาจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเชิญวิทยากร เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์ พยาบาล เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่สมาชิก การทบทวนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม การจัดกิจกรรมสันทนาการ การเล่นเกมส์และการแสดงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ การร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา และการยกระดับให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเข้ามาเป็นจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน

การจัดกิจกรรมเชิงวิชาการเพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่สังคม เช่น การจัดโครงการประชุมวิชาการเวชศาสตร์ “ผู้สูงอายุ สูงวัยสุขภาพดีมีคุณค่า จิตอาสาอย่างมีความสุข” เป็นการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม การแสวงหาเพื่อนหรือการเข้าสู่การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

<sup>11</sup> ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลสัตหีบ มี 4 ชมรม ประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุภูตาทหลวงสัตหีบ กม. 10, ชมรมผู้สูงอายุ หมู่ 7 บ้านหนองย่าน้อย, ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์, ชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง โดยผู้วิจัยจะเลือกชมรมที่มีบทบาทสูงในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ

ภาพที่ 17 แสดงงานวิชาการเวชศาสตร์ “ผู้สูงอายุ สูงวัยสุขภาพดีมีคุณค่า จิตอาสาอย่างมีความสุข



ที่มา : ทีนิวส์, เข้าถึงได้ที่ <https://www.tnews.co.th/contents/393119>, วันที่ 12 ตุลาคม 2561

บทบาททางด้านการพัฒนาสังคมและองค์กร ได้แก่ การแสวงหาทุนเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล จัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรองรับการรักษาโรค เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ จิตอาสา เข้ามาร้องเพลงในพื้นที่ของโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม และสร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าทางสังคม เนื่องจากจะมีการเปิดรับบริจาคเพื่อสมทบทุนซื้อเครื่องมือแพทย์ ผ่านกิจกรรมการร้องเพลง และการทำงานการกุศล เช่น การจัดโครงการ “สูงวัยร่วมใจช่วยการกุศล” ขายเป็นบัตรชมการแสดงสดน้อย จำอวดหน้าม่าน รายได้จากการขายบัตรทางชมรมผู้สูงอายุฯ จะนำไปสมทบทุนจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ให้แก่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ และหน่วยแพทย์ในพื้นที่ ช่วยเหลือทหารบาดเจ็บ และช่วยเหลือสาธารณกุศล เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ และเด็กพิเศษ (ผู้จัดการออนไลน์, <https://mgronline.com>, วันที่ 12 ตุลาคม 2561)

#### ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 บ้านหนองย่าน้อย

ชมรมผู้สูงอายุ หมู่ 7 บ้านหนองหญ้าน้อย เป็นที่ตั้งของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นโครงการภายใต้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วัตถุประสงค์ในการตั้งชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 บ้านหนองย่าน้อย คือ การเป็นพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้พบปะแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ร่วมกัน และเกิดการช่วยเหลือระหว่างสมาชิก และการส่งเสริมสวัสดิการทางสังคม การดูแลรักษาสุขภาพ และการดำเนินกิจกรรมนันทนาการ<sup>12</sup>

<sup>12</sup> จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่หมู่ 7 บ้านหนองหญ้าน้อย ปี พ.ศ. 2561 มีประมาณ 200 ราย

กิจกรรมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุฯ ภายใต้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ จะเน้นการฝึกฝนผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการฝึกอาชีพ และการขายผลิตภัณฑ์ที่มาจากการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การทำแปลงเกษตร การทำดอกไม้จันทน์ การทำลูกประคบ และการทำน้ำพริก ที่มีจุดเริ่มต้นมาจากการดำเนินชีวิตประจำวันชาวบ้านที่ประกอบอาชีพ การเกิดขึ้นของชมรมผู้สูงอายุจึงเริ่มมีการแลกเปลี่ยนความรู้ การจัดอบรมและเผยแพร่อาชีพที่มาจากหน่วยงานส่วนกลาง ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานทางด้านการทหารที่เข้ามามีบทบาทสนับสนุนส่งเสริม จึงก่อรูปเกิดขึ้นเป็นอาชีพที่ผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติได้

ภาพที่ 18 แสดงผลิตภัณฑ์ของชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 บ้านหนองหญ้าน้อย



ที่มา : ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 บ้านหนองหญ้าน้อย (2560)

รูปแบบของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง ที่ลักษณะของการกระจัดกระจายไปตามพื้นที่ตั้งในแต่ละชุมชน จึงมีความพยายามที่จะขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุภายในตำบลให้กลายเป็นเนื้อเดียวกันและมีเอกภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการจัดกิจกรรมโดยหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพที่จะรวบรวมผู้สูงอายุในแต่ละชมรมเข้ามาร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน เช่น การแลกเปลี่ยนผู้นำทางความคิดของชมรม / ประธานชมรมให้เข้ามาปรึกษาและแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน การจัดกิจกรรมทางด้านศาสนาร่วมกัน เช่น การทอดผ้าป่าที่เชิญผู้สูงอายุเข้ามาร่วมทำบุญ



บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง ได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงได้ริเริ่มจัดสร้างศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุ ในชุมชน และศูนย์สามวัยภายในพื้นที่ตั้งของส่วนราชการ ปกครองส่วนท้องถิ่น และได้มีการวางยุทธศาสตร์ระยะยาวของการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยการพัฒนาเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตแบบครบวงจร ภายในศูนย์ประกอบด้วย โรงเรียนด้านวิชาการ ศูนย์ฝึกอาชีพ ศูนย์แสดงสินค้าของชุมชนที่มีได้ถูกจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุ ห้องสนทนา การฟื้นฟูทางกายภาพ และสำหรับจิตอาสา ซึ่งอยู่ระหว่างการก่อสร้างและจะเสร็จสิ้นในปี พ.ศ. 2562 (วุฒินันท์ จันธบาล, สัมภาษณ์, 18 กรกฎาคม 2561)

ภาพที่ 19 แสดงศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตแบบครบวงจรและศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ



#### การเริ่มต้นของโรงเรียนผู้สูงอายุ (วิทยาลัยผู้สูงอายุ)

โรงเรียนผู้สูงอายุ (วิทยาลัยผู้สูงอายุ) เป็นการดำเนินในลักษณะของโครงการจัดตั้งโรงเรียนฯ ตามแนวทางของกรมกิจการผู้สูงอายุ ที่ได้กำหนดแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) และเริ่มต้นก่อสร้างโครงการปี พ.ศ. 2560 ในความรับผิดชอบการดำเนินโครงการของกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ จัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ การพัฒนาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคมผู้สูงอายุ และการส่งเสริมภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น วิธีการพิจารณาผู้สูงอายุที่เข้ามาเรียนรู้ จะคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพดี สามารถเดินทางมาเรียนได้จนครบตามกำหนดของโครงการ หรือระยะเวลาการจัดการเรียนการสอน 3 เดือน แบ่งเป็น 2 ครั้ง

หรือ 2 รุ่นในแต่ละปี และมีสถานที่จัดการเรียนการสอน 2 แห่งด้วยกันคือ อาคารศูนย์สามวัย องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ รายวิชาการจัดการเรียนการสอนปรากฏดังตารางนี้

ตารางที่ 7 รายวิชาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลูตาหลวง (วิทยาลัยสูงวัย)

ครั้งที่	รายวิชา/ชั่วโมง	ผู้รับผิดชอบ
1	นโยบายการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ / 4 ชั่วโมง	องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง / ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านบางละมุง
2	การดูแลรักษาสุขภาพ (กาย,ใจ) / 4 ชั่วโมง	โรงเรียนชลบุรีการบริบาล
3	การพัฒนาทักษะการดำรงชีพ (การจัด สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม) / 4 ชั่วโมง	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลพลูตาหลวง
4	กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ ของผู้สูงอายุ / 4 ชั่วโมง	รองปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตา หลวง
5	เรียนรู้ให้สนุกกับยุคไอที (คอมพิวเตอร์) / 4 ชั่วโมง	กศน. ตำบลพลูตาหลวง
6	ศิลปะประดิษฐ์ / 4 ชั่วโมง	ตามความสนใจของผู้เรียน
7	ศิลปะประดิษฐ์ / 4 ชั่วโมง	ตามความสนใจของผู้เรียน
8	ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสาร / 4 ชั่วโมง	บุคคลภายนอก
9	การแข่งขันกีฬา (เปตอง) / 4 ชั่วโมง	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลพลูตาหลวง
10	การดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง / 4 ชั่วโมง	ศูนย์การเรียนรู้ทฤษฎีใหม่ ศูนย์ศึกษาร ใหม่ กรมยุทธศึกษาทหารเรือ
11	ให้ความรู้ยาสมุนไพรไทย / 4 ชั่วโมง	ศึกษาดูงานสมุนไพรอุดม
12	การส่งเสริมความสามัคคี ความเป็นผู้นำ และจิต อาสา	-

การพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล  
หนองปรือ อำเภอนสนนิคม

ตำบลหนองปรือ เป็นส่วนหนึ่งของอำเภอนสนนิคม มีระยะห่างจากอำเภอนสนนิคม 8 กิโลเมตร และห่างจากตัวจังหวัดชลบุรี 30 กิโลเมตร วิถีชีวิตของผู้คนจำนวนถึงร้อยละ 90 ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนาปลูกข้าว ไร่มันสำปะหลัง ไร่อ้อย ข้าวโพด ยางพารา การปศุสัตว์ ได้แก่ การเลี้ยงกบ เลี้ยงปลา และเลี้ยงไก่ ทัศนกรรมการจักสาน มีพื้นที่ประมาณ 32.66 ตารางกิโลเมตร หรือ ประมาณ 21,897 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อดังนี้ (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ, 2559)

ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลหัวถนน

ทิศใต้ ติดกับ ตำบลหนองเหียง

ทิศตะวันออก ติดกับ อำเภอบางพลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลไร่หลักทอง

หมู่บ้านในพื้นที่ 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านหนองปรือ หมู่ที่ 2 บ้านทรงธรรม หมู่ที่ 3 บ้านเกาะกลาง หมู่ที่ 4 บ้านเกาะกะบก หมู่ที่ 5 บ้านเหนือบ่อกรู หมู่ที่ 6 บ้านเนินตุม หมู่ที่ 7 บ้านหนองไผ่ หมู่ที่ 8 บ้านหนองไก่อ่เถื่อน หมู่ที่ 9 บ้านทรายมูล หมู่ที่ 10 บ้านหนองเซ่ง มีประชากรทั้งสิ้น 5,590 คน

ตารางที่ 8 จำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

ประชากร	ชาย	หญิง	รวม
อายุน้อยกว่า 18 ปี	471	400	871
อายุ 18 ปี – 59 ปี	1,941	1,929	3,870
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	378	471	849
สัดส่วนผู้สูงอายุกับประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ			15.19

ที่มา : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ, 2559

บริบทของตำบลหนองปรือ อำเภอนสนนิคม เป็นชุมชนที่มีประชากรจำนวนไม่มาก และผู้คนประกอบอาชีพทางด้านภาคเกษตรโดยส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางสังคมลักษณะของการเป็นเครือญาติสูง เช่น การหยิบยืมเครื่องมือเครื่องมือทางการเกษตร ความคุ้นเคยของผู้คน เป็นต้น

### แนวทางการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

แนวทางการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุภายในชุมชนตำบลหนองปรือ ปรากฏขึ้นในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี โครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตำบลยุทธศาสตร์ทางด้านสังคมและคุณภาพชีวิต เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ผู้สูงอายุในตำบล และโครงการสร้างเสริมภูมิปัญญาผู้สูงอายุซึ่งเป็นการจัดเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรม ศาสนา และนันทนาการ (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ, 2559)

โครงการตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยแบบบูรณาการ ตำบลอนามัยการเจริญพันธ์ ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลุ่มประชากรวัยที่กำลังเจริญเติบโต และประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์เป็นหลัก เช่น กลุ่มแม่และเด็ก แต่อย่างไรก็ตามในโครงการตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยฯ ยังให้บทบาทกับการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ เข้ามามีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมและสร้างทักษะด้านอาชีพ ได้แก่ กิจกรรมสานตะกร้า การฝึกทักษะการตัดผม การฝึกทำห้อยจ้อ การพับธนบัตรเป็นดอกไม้ และการทำการเกษตรแบบผสมผสาน

ภาพที่ 20 แสดงการให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลหนองปรือ



ที่มา : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ, 2559

การช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการอบรมให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขแก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>13</sup> (อสม.) จากกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ (รพ.สต.) เช่น ความรู้เรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตลอดจนวิธีการตรวจและการคัดกรอง เพื่อให้อาสาสมัครสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของตนเอง

ภาพที่ 21 การให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลหนองปรือ



ที่มา : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ, 2559

<sup>13</sup> กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 127 ราย

*เครือข่ายทางสังคมของการจัดการดูแลผู้สูงอายุ* รูปแบบของเครือข่ายสังคมเพื่อใช้กับการจัดการดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ตำบลหนองปรือ อำเภอพนัสนิคม ซึ่งอยู่ภายใต้บริบทของสังคมเกษตรกรรม ผู้คนในชุมชนยังมีสายสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความเข้มข้น มีความใกล้ชิดเป็นเครือญาติ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน ประกอบกับการขยายตัวของระบบเทคโนโลยีการสื่อสารแบบใหม่ จึงมีการตั้งกลุ่มเพื่อติดตามและการประสานงานเกี่ยวกับการจัดการผู้สูงอายุ ผ่านระบบไลน์ (Line Chat) และมีกลุ่มทางสังคมเข้าร่วมได้แก่

- สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ
- บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ
- กำนัน ผู้ใหญ่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน
- เจ้าหน้าที่อนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- กลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- ชมรมผู้สูงอายุในหมู่ 2

การประสานงานของเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะที่เป็นการรับแจ้งข่าวสารโดยส่วนใหญ่ เช่น การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล การเสียชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากจะต้องแจ้งเพื่อตัดสิทธิ์การรับเบี้ยผู้สูงอายุ หรือการแจ้งข่าวสารของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กำหนดการประชาคมหมู่บ้าน

## บทที่ 4

### แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

บทนี้จะนำเสนอแนวโน้ม ตลอดจนแนวทางการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุ จัดทำเป็นระดับเชิงนโยบายที่ได้มีการนำไปปรับใช้เพื่อดำเนินงาน และการปฏิบัติในระดับของท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

4.1 แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุเชิงนโยบาย

4.2 แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของการปฏิบัติในท้องถิ่น

#### 4.1 แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุเชิงนโยบาย

แนวโน้มของการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ที่มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายกับหน่วยงานของรัฐบาลอย่างชัดเจน ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงแรงงาน เป็นต้น การกำหนดเชิงนโยบายที่ผ่านมาสามารถกล่าวได้ว่ามีความไม่ชัดเจนและทำงานซ้ำซ้อนกัน ก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองงบประมาณไปกับโครงการต่าง ๆ จำนวนมาก

##### *ความไม่ชัดเจนของการนิยามเพื่อจำแนกผู้สูงอายุ ซ้ำซ้อนเชิงนโยบาย*

การนิยามเพื่อการจำแนก “ผู้สูงอายุ” ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะใช้เกณฑ์ของช่วงอายุตามแนวทางของชราวิทยา แบ่งออกเป็น 4 ช่วง คือ ช่วงที่หนึ่ง 60 – 69 ปี ช่วงที่สอง 70 – 79 ปี ช่วงที่สาม 80 – 89 ปี และช่วงที่สี่ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นการจำแนกความสัมพันธ์ของช่วงอายุ สุขภาพ และกิจกรรมทางสังคม

การนิยามเพื่อการจำแนก “ผู้สูงอายุ” ของกระทรวงสาธารณสุข จะใช้เกณฑ์ของความสามารถของผู้สูงอายุใช้ในการแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มติดเตียงคือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากปัญหาเชิงสุขภาพ และความพิการ

ความแตกต่างของการนิยามเพื่อจำแนกผู้สูงอายุ นำไปสู่ความไม่ชัดเจนของการปรับนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เช่น การให้ช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยอาศัยเกณฑ์อายุมากำหนด อาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุไม่เป็นไปตามเกณฑ์แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนไม่สามารถเข้าถึงได้



กระทรวงที่มีบทบาทการขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุ มีอยู่ 2 กระทรวง คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสังคม ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ แต่แนวทางเชิงนโยบายกลับค่อนข้างใกล้เคียงกัน เช่น การพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อแตกต่างของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มนี้มีความชัดเจนในการจำแนก ได้แก่ อาสาสมัครสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะมีระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดบทบาทหน้าที่ รายได้ สวัสดิการ แนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน แต่รูปแบบและลักษณะการปฏิบัติงานมีความใกล้เคียงกันค่อนข้างมาก

การดำเนินงานเชิงนโยบายที่มีความซับซ้อนเชิงนโยบายการบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด้านการดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัย คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) โดยมีเป้าหมาย ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทะเลาะเบาะแว้งและได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เพียงพอ และสม่ำเสมอ การให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และประชาชนในชุมชน เป็นสื่อกลางในการประสานสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะมีกิจกรรมที่คอยดูแลผู้สูงอายุ เช่น การพูดคุยให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องอาหารการกิน ดูแลเรื่องการกินยา ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว ทำความสะอาดบ้านและจัดสถานที่ให้เหมาะสม ช่วยพาไปออกกำลังกาย พาไปพักผ่อนทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาหรืองานในชุมชน รวมถึงการพาไปพบแพทย์ช่วยประสานเป็นบุคลากรทางการแพทย์ให้มาตรวจรักษา ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแนวทางของการจัดการผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

#### *เบี้ยผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต*

การกำหนดเกณฑ์ในการได้รับเบี้ยผู้สูงอายुरายเดือนจะใช้เกณฑ์ทางด้านอายุในการรับเงินเพื่อใช้ในการดำรงชีพ ดังนี้ ช่วงอายุ 60 – 69 ปี ได้รับ 600 บาทต่อเดือน ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ได้รับ 700 บาทต่อเดือน ช่วงอายุ 80 – 89 ปี ได้รับ 800 บาทต่อเดือน และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับ 1,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นอัตราคงที่และตายตัว เมื่อพิจารณาจากโครงการเบี้ยยังชีพในครั้งแรกปี พ.ศ. 2536 ที่ได้รับในอัตราขั้นต่ำรายละ 200 บาทต่อเดือน และในปี พ.ศ. 2554 เบี้ยผู้สูงอายุขั้นต่ำเพิ่มขึ้นเป็นรายละ

600 บาทต่อเดือน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2561 ในขณะที่อัตราเงินเฟ้อ<sup>1</sup> เพิ่มขึ้นในแทบทุกปีส่งผลให้ผู้สูงมีต้นทุนในการดำเนินชีวิตที่มีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมาก ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถยังชีพได้ด้วยการได้รับเบี้ยผู้สูงอายุเพียงด้านเดียว บางรายอาจต้องแสวงหางานทำเล็ก ๆ น้อย ๆ ในชุมชนใกล้เพื่อแลกกับอาหาร หรือการมีรายได้เพียงเล็กน้อย หรือบางรายอาจต้องพึ่งพารายได้ของบุคคลในครอบครัวของตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจกลายเป็นภาระและเข้าสู่สภาวะการพึ่งพิงได้

#### *การพิจารณาถึงงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการสังคมสูงอายุที่ยาวขึ้น*

สถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น และพื้นที่จังหวัดชลบุรีจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2569 ส่งผลให้ต้องเตรียมการเกี่ยวกับการหางบประมาณจำนวนมากที่ต้องมาดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการประมาณว่าจะต้องใช้งบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีก 6 – 7 แสนล้านบาท ดังนั้นการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศ ภายใต้โครงการหลักของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง การสร้างที่อยู่อาศัย และการสนับสนุนกิจกรรมอื่น ๆ อีกจำนวนมาก โครงการหลักของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีแนวโน้มของปัญหางบประมาณที่เพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี หรือโครงการใหม่ ๆ เช่น กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือ (Long Term Care) ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้จัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน

#### **4.2 แนวโน้มของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของการปฏิบัติในท้องถิ่น**

แนวโน้มของการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมของผู้สูงอายุของจังหวัดชลบุรี ในระดับท้องถิ่นได้แสดงให้เห็นแนวโน้มของการพัฒนาเพื่อการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุที่แตกต่างกันหลายระดับ ได้แก่

##### *การประสานงานเชิงนโยบายระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับหน่วยงานท้องถิ่น*

การกำหนดนโยบายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะการดำเนินงานในภาพกว้าง ไม่สามารถกำหนดเป็นแนวทางสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เนื่องมาจากการดำเนินงานเชิงปฏิบัติงาน หรือการพัฒนาท้องถิ่น หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง จากการเป็นเจ้าของพื้นที่และเป็นผู้ที่อยู่กับปัญหาผู้สูงอายุในท้องถิ่นนั้น ๆ ดังนั้น การกำหนดเชิงยุทธศาสตร์ นโยบายที่มาจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงไม่สามารถที่จะนำไปปรับใช้ได้กับท้องถิ่นที่กระจายอยู่ทั่วทั้งหมด

<sup>1</sup> ข้อมูลอัตราเงินเฟ้อจากธนาคารแห่งประเทศไทยย้อนหลังตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 – 2561 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.90

การดำเนินกิจกรรมระดับจังหวัดจึงทำได้เพียง การสร้างกลไกผู้สูงอายุ (ชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี) ขึ้นมาเพื่อดำเนินกิจกรรมสนับสนุนและส่งเสริม เช่น การอบรมให้ความรู้ดูแลสุขภาพ การอบรมการประกอบอาชีพ หรือการสนับสนุนสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ เป็นต้น และการขาดแคลนบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง

#### *ความพร้อมของหน่วยปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เท่ากัน*

ในบริบทที่มีความแตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ท้องถิ่น ตลอดจนกลไกความพร้อมที่จะพัฒนาโครงสร้างเพื่อรองรับผู้สูงอายุได้แตกต่างกัน หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่จะมีกลไก และมีงบประมาณเพื่อการสนับสนุนกิจกรรม สร้างกลไกต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุได้ดี ประกอบกับการดำเนินงานเชิงนโยบายที่มาจากหลายกระทรวง ที่ได้เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นขนาดใหญ่มีความสามารถเตรียมความพร้อมและพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ที่มาพร้อมกับแนวทางการดำเนินงาน เช่น เทศบาลเมืองหนองปรือ ขณะที่ท้องถิ่นขนาดกลางและขนาดเล็ก ต้องประสบกับอุปสรรคและปัญหาการดำเนินกิจกรรมการประสานงาน การสร้างรูปแบบเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่างเชื่องช้า โดยเฉพาะกลไกทางด้านสาธารณสุข ที่มีโครงการการดูแลผู้สูงอายุหลายโครงการ แต่ด้วยข้อจำกัดทางบุคลากรที่มีจำนวนน้อย และการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้โดยตรงที่จะเข้ามามีบทบาทขับเคลื่อนงานกิจกรรมผู้สูงอายุในท้องถิ่น

## บทที่ 5

### บทสรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะและผลผลิต

การวิจัยเรื่อง “ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุ ศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ และแนวโน้มของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง จังหวัดชลบุรี บทนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

#### 5.1 บทสรุป

#### 5.2 อภิปรายผลการศึกษา

#### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.4 ผลผลิต

### 5.1 บทสรุป

การจัดการเชิงโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุ ของประเทศไทยในระยะแรกได้ถูกกำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติไม่มีการบังคับแต่อย่างใดเนื่องจากสถานการณ์ของผู้สูงอายุในสังคมไทยที่ยังมีจำนวนน้อย การให้ความสำคัญต่อการพัฒนาโครงสร้างทางสังคมของรัฐบาลที่เปลี่ยนจากระบบการสงเคราะห์สู่การยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติทางด้านสุขภาพ ด้านการเงินและการประกอบอาชีพ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรมและศาสนา สิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 หรือแผนพัฒนาฉบับที่ 7 เป็นต้นมา ภายหลังการกระจายอำนาจจากส่วนกลางและการปรับโครงสร้างของกระทรวงและหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ แผนพัฒนาผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้เข้ามาเป็นภารกิจหลักอยู่กับ 2 กระทรวงที่สำคัญคือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย

การกำหนดยุทธศาสตร์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ส่งผลต่อการเกิดขึ้นของสวัสดิการของผู้สูงอายุ ได้แก่ เบี้ยยังชีพ และกองทุนสวัสดิการสังคมต่าง ๆ และการสร้างกลไกอาสาสมัครที่เข้ามามีบทบาทและเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และการพัฒนาเพื่อให้เกิดกลไกของการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ คือ การสร้างผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุและเครือข่าย และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การกำหนดยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ก่อให้เกิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแนวใหม่คือ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ที่ทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ถึงแม้ว่าอาจมีความซ้ำซ้อนกันในประเด็นของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หรือกลุ่มจิตอาสา ต่าง ๆ อีกจำนวนมาก

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี มาจาก บทบาทของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.ชลบุรี) เป็นส่วนราชการที่อยู่ภายใต้ สังกัดของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานด้าน สวัสดิการสังคม และการช่วยเหลือกลุ่มเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ด้อยโอกาส งาน ด้านผู้สูงอายุจะขับเคลื่อนด้วยกองทุนผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมและการสร้างรายได้เพื่อหล่อ เลี้ยงตนเองของผู้สูงอายุ การดำเนินโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ที่มีหลากหลายหน่วยงาน เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทสำคัญก่อรูปขึ้นเป็นผลิตภัณฑ์สินค้าจัดจำหน่ายจนก่อให้เกิดเป็นรายได้เข้าสู่ ท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีโครงการเกี่ยวกับการถ่ายทอดฟื้นฟู อนุรักษ์ ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคมผู้สูงอายุของส่วนงานการปกครอง ท้องถิ่น ได้แก่ การดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี พัฒนาผู้สูงอายุผ่าน เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการอบรมและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่เครือข่าย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม และการมอบสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุภายใต้โครงการ “อบจ. ร่วมใจ ห่วงใยประชาชน” ขณะที่กลไกหลักในการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมจะ เกิดขึ้นในพื้นที่การปกครองในระดับท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลเมือง องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงาน ปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่จะมีความพร้อมในการรองรับและสนับสนุนร่วมกับกลไกที่มาพร้อมกั บนโยบายได้ดีกว่า เช่น การเกิดขึ้นของโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองปรือ การดำเนินงานดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวของเทศบาลเมืองหนองปรือ และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดเล็กกว่าอาจมี ความพร้อมการผนวกตัวเองเข้ากับกลไกเพื่อการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุได้ค่อนข้างช้า เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ในองค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง เป็นต้น

แนวโน้มการจัดการหรือความพร้อมของการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุทั้งระดับนโยบาย และ ระดับพื้นที่จังหวัดชลบุรี อาจยังคงประสบกับปัญหาหลากหลายชนิด ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของการนิยาม เพื่อจำแนกผู้สูงอายุ ซ้ำซ้อนเชิงนโยบาย, เบียดผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำไม่สอดคล้องกับการดำเนิน ชีวิต, การพิจารณาถึงงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการสังคมสูงอายุที่ยาวขึ้น, การประสานงานเชิงนโยบาย

ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับหน่วยงานท้องถิ่น, ความพร้อมของหน่วยปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เท่ากัน

## 5.2 การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเรื่อง “ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก” ได้ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างในการศึกษาของ กิตติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์ (2550) เรื่อง ประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ที่มองว่าการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อการพัฒนาตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุ การศึกษาของ วิจิต ตฤณตียะกุล (2550) ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการบริหารสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ผลการศึกษาชี้ว่าผู้สูงอายุยังไม่รู้ถึงศักยภาพของตนเอง การมีบทบาทและการได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านใดบ้าง โดยเป้าหมายที่ผู้สูงอายุต้องการคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ตั้งอยู่บนมาตรฐานของสวัสดิการสังคม และการศึกษาของ กวิน วนวิเวก (2551) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่เมืองจังหวัดขอนแก่น การจัดสวัสดิการประกอบไปด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านนันทนาการ ด้านการส่งเสริมอาชีพ และด้านการบริการสังคม ที่มองว่าปัญหาของการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นสำคัญของการจัดการปัญหา เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นมิได้มุ่งศึกษาทั่วโลกต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อพัฒนาจากรัฐส่วนกลางและกระจายมาสู่ท้องถิ่น การศึกษา “ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก” จึงเป็นการให้ภาพทั้งเชิงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเชิงรูปธรรม

การอภิปรายร่วมกับการศึกษาของ ปิยากร หวังมหาพร (2554) เรื่อง ผู้สูงอายุไทย: พัฒนาการเชิงนโยบายภาครัฐจากอดีตสู่ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ที่ได้อธิบายในประเด็นเกี่ยวกับการเมืองของการกำหนดนโยบายกาพัฒนาผู้สูงอายุ และการศึกษาเรื่อง บทบาทอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน: การเปลี่ยนแปลงจากการปกครองสู่การปกครองสาธารณะ (2559) และเรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (2560) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและบทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ที่แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับการเกิดขึ้นของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แต่การศึกษา “ศักยภาพและทิศทางการพัฒนาสังคมสูงอายุในเขตเมืองภาคตะวันออก” ได้อธิบายเพิ่มเติมถึงความซับซ้อนของกลุ่มอาสาสมัครและจิตอาสาที่ถูกสร้างขึ้นมาจากแนวทางการดำเนินนโยบายของรัฐ

### 5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การดำเนินกิจกรรมเพื่อการวางนโยบายควรมีความชัดเจนและการบูรณาการร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เข้ามามีบทบาทกับการปฏิบัติงานและการสร้างกลไกเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และการประหยัดงบประมาณ
2. การดำเนินงานของหน่วยปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านบุคลากร และงบประมาณในการดำเนินงานทางด้านผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถสร้างความพร้อมต่าง ๆ เพื่อการรองรับสังคมสูงอายุในท้องถิ่นได้
3. ควรมีการศึกษาความต้องการและการเข้าถึงสวัสดิการของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง หรือผู้สูงอายุยากจน เพื่อสร้างระบบสวัสดิการที่ทั่วถึงและครอบคลุมผู้สูงอายุทุกชั้นชน

### 5.4 ผลผลิต

Toaditthep, Tanit. (2018). Social Welfare Structure of The Elder in Thailand. *In International Conference on: Commemorating the 60<sup>th</sup> Anniversary of Korea-Thailand Diplomatic Relations*. Hankuk University of Foreign Studies (HUFS). Korea Republic

## บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง. กระทรวงมหาดไทย. เข้าถึง วันที่ 5 ตุลาคม 2561. "จำนวนประชากรและบ้าน."  
เข้าถึงได้จาก: <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statTDD/>.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2554) การศึกษารูปแบบ การพัฒนาสังคมและ  
สวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการพัฒนาสังคมของ  
ประเทศ : กรณีศึกษาในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดนครนายก  
กรุงเทพฯ : สำนักงานส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ
- กวิน วันวิเวก. (2551). แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล ใน  
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.  
(2559). ยุทธศาสตร์กระทรวง พ.ศ. 2560 – 2564 และ ยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวง  
พ.ศ. 2560 – 2564. ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ  
กาญจนา แก้วเทพ และสมสุข หินวิมาน. (2551). สายธารนักคิดทฤษฎี เศรษฐศาสตร์การเมืองกับสื่อสาร  
ศึกษา. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
- กิติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์. (2550). ประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการ  
ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณี เทศบาลตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัด  
เชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเมือง การปกครอง. บัณฑิต  
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัดชลบุรี, (2559). การจัดทำแผนการจัดสวัสดิการสังคม  
จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี. คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัดชลบุรี
- จันจิรา ไทยบัณฑิตย์, สัมภาษณ์, 22 มิถุนายน พ.ศ.2561.
- ชยันต์ วรรณระภูติ. (2537). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ.ในอุทัย ดุลยเกษม (บรรณาธิการ).  
คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา.(พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ: สายส่งศึกษิต เคล็ดไทย จำกัด
- ชาย โพธิสิตา. (2549). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:  
อัมรินทร์พรินติ้ง
- เทศบาลเมืองหนองปรือ, (มปป.). โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองปรือ. แผ่นพับ.
- เทศบาลเมืองหนองปรือ. (2560). คำสั่งแต่งตั้งเทศบาลเมืองหนองปรือ ที่ 706/2560 เรื่อง แต่งตั้ง



- คณะกรรมการการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองปรือ.  
 นภาพกรณ์ หะวานนท์และธีรวัล วรธรโนทัย. (2552). ทิศทางใหม่ของการพัฒนาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ  
 ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- เนตรนภา จารุชาติ และปรีดา ธนสุกาญจน์. (2553). การจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหาร  
 ส่วนตำบลโพธิ์ประทับช้าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. พิษณุโลก:  
 คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปรีชา อุปโยคินและคณะ. (2538). ไม้ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ.  
 มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปิยากร หวังมหาพร. (2550). นวัตกรรมนโยบายผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น : โครงการและ  
 วิธีการ, วารสารวิชาการ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 23-24 มกราคม-  
 ธันวาคม 2550.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2554). ผู้สูงอายุไทย: พัฒนาการเชิงนโยบายภาครัฐจากอดีตสู่ปัจจุบันและแนวโน้ม  
 ในอนาคต. มหาวิทยาลัยศรีปทุม. กรุงเทพฯ
- ปิยากร หวังมหาพร. (2559). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุ ของ  
 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน, หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.  
 2559.
- ปิยากร หวังมหาพร. บทบาทอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน: การเปลี่ยนแปลงจากการปกครอง สู่การ  
 บริหารปกครองสาธารณะ, วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย ปีที่ 8 ฉบับที่ 2.  
 ผู้จัดการออนไลน์, ชมรมผู้สูงอายุ รพ.ศิริกิติฯ ขยายบัตรการกุศล ชมฉ่อย “จำอวดหน้าม่าน”, เข้าถึงได้ที่  
<https://mgronline.com/local/detail/9600000026736>, วันที่ 12 ตุลาคม 2561
- พรพรม ไชยชัยภูมิกร และภรณ์ ศิริโชติ. (2553). ความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาล  
 ตำบลโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์, 28(1).  
 85-100
- มาย ไชยนิത്യ, สัมภาษณ์, วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2561
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2552. กรุงเทพฯ.  
 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
- ราชกิจจานุเบกษา. (2554). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
 พ.ศ. 2554. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560). พระราชกฤษฎีกา ออกตามความในประมวลรัษฎากร ว่าด้วยการยกเว้น

- รัฐฎากร (ฉบับที่ 639) พ.ศ. 2560. เล่ม 134 ตอนที่ 26 ก.
- วรวุฒิม สุวรรณธรรดา (บรรณาธิการ), (2556). สังคมสูงวัยกับผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม. ชุดโครงการ “มิติทางเศรษฐกิจของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร” (ระยะที่2). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. กรุงเทพฯ
- วุฒินันท์ จันธบาล. สัมภาษณ์. 18 กรกฎาคม 2561
- ศาลากลางจังหวัดชลบุรี. (2559). ที่ ขบ.0005/ว2058 เรื่องขอความร่วมมือดำเนินการสำรวจข้อมูลโรงเรียนผู้สูงอายุ.
- ศิริวรรณ มั่นมโนธรรม, สัมภาษณ์, 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561
- สมชาย บุญศิริ, สัมภาษณ์, วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2561
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ. (2561). การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ
- สำนักข่าวทีนิวส์, ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จัดประชุมวิชาการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, เข้าถึงได้ที่ <https://www.tnews.co.th/contents/393119>, วันที่ 12 ตุลาคม 2561
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). รายงานการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2553). คู่มือการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2557). คู่มือการปฏิบัติงานของ อพส. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2556). คู่มือการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ.
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
- สำนักงานสถิติ จังหวัดชลบุรี. (2560). ประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามหมวดอายุ เป็นรายอำเภอ พ.ศ. 2560. มปท.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2557. กรุงเทพฯ.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). กรุงเทพฯ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), กรุงเทพฯ
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2558). การสร้างเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัคร. กรมอนามัย. กรุงเทพฯ
- สุดารัตน์ สดสมบูรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 7(1), 73 -82
- สุจิตา แจ้งประจักษ์. (2555). รูปแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลหนองรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. สนับสนุนการวิจัยจาก งบประมาณเงินรายได้ ปีพ.ศ.2555 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนทร สุวรรณละออง. (2559). ความต้องการพัฒนาศักยภาพการทำงานของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. สนับสนุนการวิจัยจาก งบประมาณเงินรายได้ ปีพ.ศ.2559 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี. (มปป). โอท็อปเด่นชลบุรี (Best OTOP Chonburi). [www.bestotopchonburi.com](http://www.bestotopchonburi.com). เข้าถึงวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2561
- องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง. (2560). บันทึกข้อความที่ ขบ 72806/125 เรื่อง ขออนุมัติและดำเนินโครงการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลพลูตาหลวง (วิทยาลัยสูงวัย).
- องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ. (2559). แผนพัฒนาท้องถิ่นสี่ปี (พ.ศ. 2561 – 2564). องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี.
- อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ กฤษ ทองอิน ทศนีย์ เอกวานิช วิมล บ้านพวน สันติ ลากเบญจกุล วีระพงศ์ เจริญเกตุเสกสรรค์ กันยาสาย ศศิธร ไชยสิทธิพร เยาวภา สันติกุล (2559) คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการ ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ (สปสช.)
- Bosworth, B (2005), "Economic Growth in Thailand: The Macroeconomic Context, Manuscript.

French, E (2005), "The Effects of Health, Wealth and Wages on Labour Supply and Retirement

Behavior". *The Review of Economic Studies*, 72, 395-427

Sorow, R (1956), "A Contribution to The Theory of Economic Growth", *Quarterly Journal of Economic*, 70(1), pp. 65-94

United Nations. (2008). *World Urbanization Prospects The 2007 Revision*. USA. Department of Economic and Social Affairs

ภาคผนวก

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข  
ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดระเบียบสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อคุ้มครองประชาชน ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับในวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่

(๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(๒) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

(๓) อาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV”

“องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า การรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ชมรม สมาคม หรือมูลนิธิ ทั้งนี้การรวมกลุ่มดังกล่าวให้เป็นไปตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด

“สถาบันฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า หน่วยงานของรัฐซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกลางให้ดำเนินการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยครูฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

“ครูฝึกอบรบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการฝึกอบรบและประเมินผลตามหลักสูตรฝึกอบรบมาตรฐานครูฝึกอบรบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า กระทรวง ทบวง กรมหรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่น และมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจที่ตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา และองค์การมหาชน

“คณะกรรมการกลาง” หมายความว่า คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง

“คณะกรรมการระดับจังหวัด” หมายความว่า คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด หรือคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ข้อ ๔ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแต่งเครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุขและประดับเครื่องหมาย หรือตราสัญลักษณ์ ตามแบบแนบท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๕ การดำเนินการเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขอื่น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการคัดเลือก การฝึกอบรมความรู้ความชำนาญ ประกาศนียบัตร การขึ้นทะเบียน การออกบัตรประจำตัว และการสิ้นสุดสภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด

ข้อ ๖ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจออกประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามระเบียบนี้

ประกาศ เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

ข้อ ๗ ในกรณีมีปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบนี้ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด

#### หมวด ๑

#### คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ ๘ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง ประกอบด้วย

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| (๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | เป็นที่ปรึกษา        |
| (๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข           | เป็นประธานกรรมการ    |
| (๓) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  | เป็นรองประธานกรรมการ |
| (๔) อธิบดีกรมควบคุมโรค             | เป็นกรรมการ          |
| (๕) อธิบดีกรมการแพทย์              | เป็นกรรมการ          |

(๖) อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	เป็นกรรมการ
(๗) อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	เป็นกรรมการ
(๘) อธิบดีกรมสุขภาพจิต	เป็นกรรมการ
(๙) อธิบดีกรมอนามัย	เป็นกรรมการ
(๑๐) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	เป็นกรรมการ
(๑๑) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เป็นกรรมการ
(๑๒) อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	เป็นกรรมการ
(๑๓) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	เป็นกรรมการ
(๑๔) ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร	เป็นกรรมการ
(๑๕) หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	เป็นกรรมการ
(๑๖) ผู้แทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	เป็นกรรมการ
(๑๗) ผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับประเทศ จำนวนหนึ่งคน	เป็นกรรมการ
(๑๘) ผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร แห่งละหนึ่งคน	เป็นกรรมการ
ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งจำนวนไม่เกินสามคน	เป็นกรรมการ
ให้รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ดูแลกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เป็นกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ	
ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการกลางมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้	
(๑) เสนออนโยบายการส่งเสริมศักยภาพ การกำหนดบทบาท และการสนับสนุนสวัสดิการ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อรัฐมนตรี	
(๒) ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีในการออกประกาศ เรื่องงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านตามระเบียบนี้	
(๓) ให้คำแนะนำแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการตามระเบียบฉบับนี้	
(๔) กำหนดหลักสูตร และประเมินมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด	
(๕) ส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนกิจกรรม ตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน	
(๖) ส่งเสริม พัฒนาและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมกลุ่มในการ ทำงานเป็นเครือข่ายองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	



- (๗) แต่งตั้งอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติการตามระเบียบนี้  
 (๘) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ระเบียบนี้กำหนดให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการกลาง  
 (๙) พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่นตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ ๑๐ ให้มีคณะกรรมการแต่ละจังหวัดเรียกว่า คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุน  
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด ประกอบด้วย

- |                                                                                        |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| (๑) ผู้ว่าราชการจังหวัด                                                                | เป็นที่ปรึกษา     |
| (๒) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด                                                           | เป็นประธานกรรมการ |
| (๓) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป<br>จำนวนหนึ่งคน                       | เป็นกรรมการ       |
| (๔) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวนหนึ่งคน                                             | เป็นกรรมการ       |
| (๕) สาธารณสุขอำเภอ จำนวนหนึ่งคน                                                        | เป็นกรรมการ       |
| (๖) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล<br>หรือหัวหน้าสถานีอนามัย จำนวนหนึ่งคน | เป็นกรรมการ       |
| (๗) ท้องถิ่นจังหวัด                                                                    | เป็นกรรมการ       |
| (๘) หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด<br>จำนวนไม่เกินสามคน                     | เป็นกรรมการ       |
| (๙) ผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<br>ระดับจังหวัด จำนวนหนึ่งคน           | เป็นกรรมการ       |
| (๑๐) ผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<br>ระดับอำเภอ อำเภอละหนึ่งคน          | เป็นกรรมการ       |

ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินสามคน เป็นกรรมการ

ให้นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญที่ได้รับมอบหมายจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
 เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขของ  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑๑ ให้มีคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร  
 ทั้งนี้ ตามคำสั่งของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๑๒ ให้คณะกรรมการระดับจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) ให้มีอำนาจและหน้าที่เฉพาะในเขตจังหวัด หรือในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี  
 (๒) ดำเนินการตามนโยบายการส่งเสริมศักยภาพและสนับสนุนสวัสดิการแก่อาสาสมัคร  
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(๓) พิจารณาตรวจสอบกรณีมีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(๔) แต่งตั้งอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติการตามระเบียบนี้

(๕) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ระเบียบนี้กำหนดให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการระดับจังหวัด

(๖) พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่น ๆ ตามที่รัฐมนตรี หรือคณะกรรมการกลางมอบหมาย

ข้อ ๑๓ ผู้ทรงคุณวุฒิตามข้อ ๘ วรรคสอง และข้อ ๑๐ วรรคสอง มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปีและอาจได้รับการแต่งตั้งอีก

ข้อ ๑๔ การประชุมคณะกรรมการกลางต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม

มติของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเสียงเป็นเสียงชี้ขาด

ข้อ ๑๕ ในการประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ให้รองประธานกรรมการทำหน้าที่ประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการไม่อยู่ในที่ประชุมหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งทำหน้าที่ประธานในที่ประชุม

ข้อ ๑๖ การประชุมของคณะกรรมการระดับจังหวัดและคณะอนุกรรมการให้นำความในข้อ ๑๔ และข้อ ๑๕ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

#### หมวด ๒

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ ๑๗ บุคคลที่อาจได้รับคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์

(๒) มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่าหกเดือน

(๓) มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้

(๔) สมัยครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข

(๕) ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง

(๖) มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

(๗) มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง

(๘) มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ ๑๘ การคัดเลือกบุคคลตามข้อ ๑๗ ให้กระทำดังนี้

(๑) ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละท้องที่ในสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยหนึ่งคนต่อหลังคาเรือนไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือน

(๒) ให้หมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกบุคคลผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๑๗ และแสดงเจตนาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยความเห็นชอบของหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่บุคคลตามข้อ ๑๗ นั้นมีชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่าหกเดือน

(๓) ให้สถานบริการสุขภาพที่รับผิดชอบชุมชนนั้นเสนอรายชื่อบุคคลตาม (๒) ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี เพื่อเข้ารับการฝึกอบรม

ข้อ ๑๙ หากบุคคลที่ได้รับคัดเลือกตามข้อ ๑๘ เคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก่อน และเว้นการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดต่อกันเกินห้าปี บุคคลนั้นต้องเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

ข้อ ๒๐ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดการให้ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด สถาบันฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ ๒๑ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือในกรณีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ออกใบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมตามข้อ ๒๐ และผ่านการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตร

ข้อ ๒๒ ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ดำเนินการขึ้นทะเบียนบุคคลตามข้อ ๒๑ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามประกาศที่รัฐมนตรีกำหนด

ข้อ ๒๓ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี เพื่อยกระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด

ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ดำเนินการออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการฝึกอบรมตามวรรคหนึ่ง

ข้อ ๒๔ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสิ้นสุดสภาพเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี มีคำสั่งให้พ้นสภาพตามข้อ ๒๖

ข้อ ๒๕ ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามหลังคาเรือน ร่วมกันลงลายมือชื่อร้องเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแล ครัวเรือนของตน ให้ยื่นหนังสือร้องเรียนนั้นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ส่งหนังสือร้องเรียนตามวรรคหนึ่งให้คณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป

ข้อ ๒๖ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี อาจมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากปรากฏ ข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบข้อเท็จจริงของคณะกรรมการระดับจังหวัดอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวง สาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

(๒) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### หมวด ๓

บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ ๒๗ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

(๒) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน

(๓) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติ ของกฎหมายอื่น ๆ

(๔) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น

(๕) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งอื่น ๆ

(๖) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

(๗) ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ

(๘) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(๙) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น

#### หมวด ๔

#### สิทธิประโยชน์

ข้อ ๒๘ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยให้เบิกจ่ายจากเงินรายได้ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น ๆ

ข้อ ๒๙ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของกรมบัญชีกลาง

ข้อ ๓๐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๓๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น

(๒) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์

ข้อ ๓๒ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๓๓ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งกองทุนต่าง ๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นจะได้อำหนด

#### หมวด ๕

#### การรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ ๓๔ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรปฏิบัติหน้าที่โดยรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อดทน เต็มใจ ตั้งใจ เชื้อม่น ศรัทธา เสียสละ ซื่อสัตย์ สุจริต ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด

(๒) ไม่เรียกร้องหรือแสวงหาประโยชน์ส่วนตนโดยอาศัยตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่

(๓) ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และเมตตาธรรมในการดำเนินงานและรักษาความสามัคคีในหมู่คณะ

(๔) ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ระเบียบนี้กำหนดโดยเคารพต่อกฎหมายและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

(๕) มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

#### บทเฉพาะกาล

ข้อ ๓๕ หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พุทธศักราช ๒๕๕๐ ถือเป็นหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบนี้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้ง

ข้อ ๓๖ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนระเบียบนี้ใช้บังคับให้ถือว่าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระเบียบนี้

บุคคลที่ได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และได้รับประกาศนียบัตรแล้วก่อนระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนภายในหนึ่งปีต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี เพื่อออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงจะถือว่าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระเบียบนี้

ข้อ ๓๗ บุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ครูฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้โดยความเห็นชอบของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ข้อ ๓๘ บัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งออกก่อนระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้ใช้ได้จนกว่าจะมีการออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบนี้มาทดแทน

ข้อ ๓๙ บรรดาคำสั่ง ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ หรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่นใด ที่กำหนดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้บังคับอยู่ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ ให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไปเพียงเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ จนกว่าจะมีประกาศตามระเบียบนี้ใช้บังคับ

ข้อ ๔๐ ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบนี้ ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) ให้ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เป็นผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับประเทศ ในคณะกรรมการกลาง

(๒) ให้ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร เป็นผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับภาค ในคณะกรรมการกลาง

(๓) ให้ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด เป็นผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัด ในคณะกรรมการระดับจังหวัด

(๔) ให้ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นผู้แทนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ ในคณะกรรมการระดับจังหวัด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

จурินทร์ ลักษณะวิศิษฏ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

# ตราสัญลักษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข(แบบมาตรฐานกลาง)และความหมาย



**ภาพคนที่ยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน**

หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน

**ภาพกลุ่มคนเก้าคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อน**

**จับมือกัน** หมายถึง การประสานความร่วมมือของ  
องค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจ  
เอกชนและองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน  
การพึ่งตนเองด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน  
ครอบครัวและชุมชน

**สีแดง** หมายถึง เลือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนกับ  
การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี

**สีน้ำเงิน** หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างไกล ความหนักแน่นมั่นคง



# ตราสัญลักษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข(จังหวัดหรือองค์กร)และความหมาย



**ภาพคนที่ยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน**

หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน

**ภาพกลุ่มคนเก้าคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อนจับมือกัน** หมายถึง การประสานความร่วมมือของ องค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจ เอกชนและองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน การพึ่งตนเองด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัวและชุมชน

**สีแดง** หมายถึง เลือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนกับการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี

**สีน้ำเงิน** หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างไกล ความหนักแน่นมั่นคง

เครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุขหญิง  
ชุดพิธีการ

ด้านหน้า

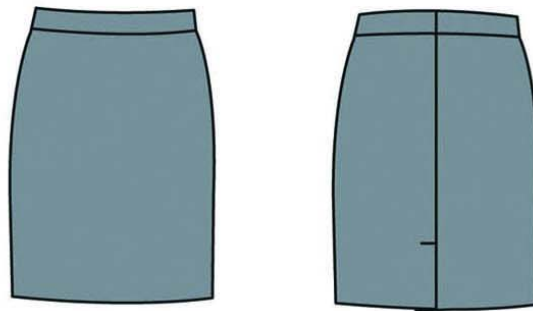
ด้านหลัง



แบบกระโปรง

ด้านหน้า

ด้านหลัง



หมายเหตุ - ชุดสีเทาอมฟ้า  
- รองเท้าสีดำ

เครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุขหญิง  
ชุดปฏิบัติการ

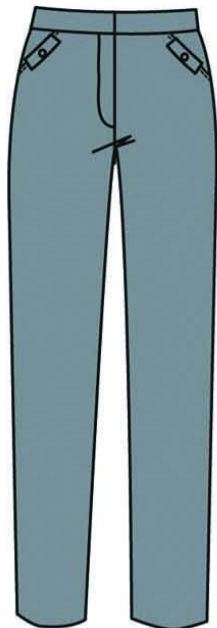
ด้านหน้า



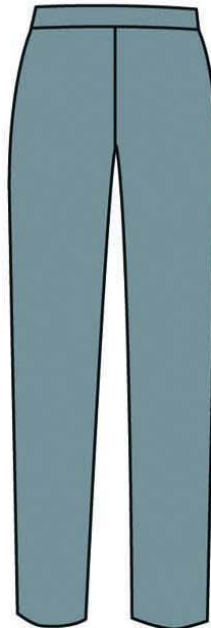
ด้านหลัง



ด้านหน้า



ด้านหลัง



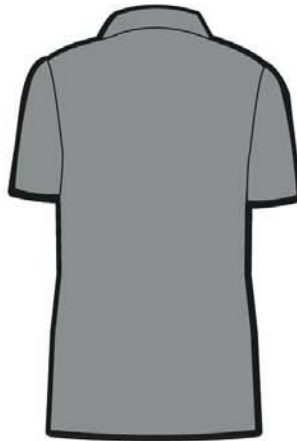
หมายเหตุ - ชุดสีเทาอมฟ้า  
- รองเท้าสีดำ

เครื่องแบบอาสาสมัครสาธารณสุขชาย

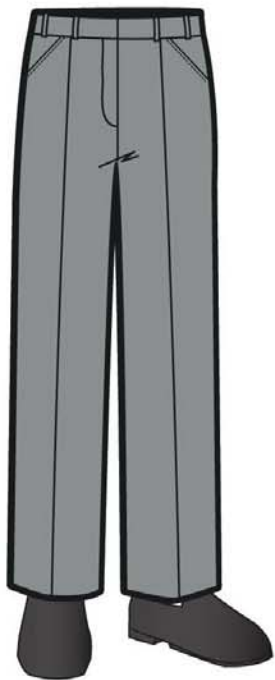
ด้านหน้า



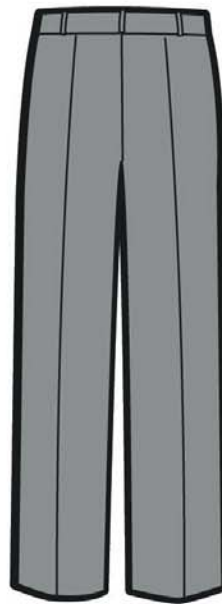
ด้านหลัง



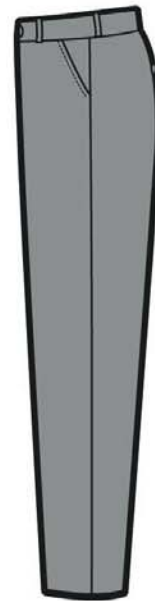
ด้านหน้า



ด้านหลัง



ด้านข้าง



หมายเหตุ - ชุดสีเทาอมฟ้า  
- รองเท้าสีดำ