

บทที่ 5

วาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทยผ่านสถาบันหลัก ยุคที่สอง สังคมอุตสาหกรรม: การจัดระเบียบความชรา

เกริ่นนำ

เมื่อสังคมไทยแปรเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม แม้ว่า ในอีกด้านหนึ่งนักวิชาการหลายท่านปฏิเสธว่า สังคมไทยยังไม่ก้าวไปสู่สังคมอุตสาหกรรมแต่ยังอยู่ในสังคมเกษตรกรรม บางท่านก็อาจมองว่าสังคมไทยเป็นสังคมที่ผสมผสานกันระหว่างสังคมอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม แต่นักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งกลับมองว่า สังคมไทยเริ่มก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรมโดยอาจนับตั้งแต่ยุคแรกของการเปิดประเทศสู่สังคมโลกในรัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ การแพทย์ การศึกษาแบบใหม่ แต่ในยุคที่เด่นชัดมากที่สุดคือช่วงต้นพุทธศตวรรษที่ 25 กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การแปรเปลี่ยนดังกล่าวส่งผลต่อมิติต่างๆ ในสังคมรวมถึงผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุที่เคยได้รับการยกย่องจากสังคมเกษตรกรรมจึงเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม

พัทธยา สายหนู (2526: 13) ตั้งข้อสังเกตว่า การเปลี่ยนแปลงของการพิจารณาผู้สูงอายุน่าจะเริ่มตั้งแต่การพัฒนาประเทศยุครัชกาลที่ 5 โดยเฉพาะประเด็นด้านเศรษฐกิจที่เริ่มเปลี่ยนจากการเพาะปลูกนำไปสู่การซื้อขายผลผลิตแบบอุตสาหกรรม เริ่มมีการใช้เงินตราเป็นดัชนีชี้วัดในชีวิต อีกทั้งเมื่อสังคมเริ่มก้าวสู่อุตสาหกรรมก็เริ่มจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาในการผลิตสินค้า การศึกษาหรือความรู้แบบใหม่จึงกลายเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง และความรู้นี้เองก็เป็นความรู้ที่ต่างไปจากรุ่นของพ่อแม่ เหตุทั้งสองประการส่งผลให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเริ่มเปลี่ยนจากผู้มีคุณค่ามีประโยชน์กลายเป็นผู้ที่ไร้ประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยเพราะทั้งผลิตในระบบอุตสาหกรรมไม่ได้แล้ว ความรู้ที่มีอยู่ก็ไม่สามารถถ่ายทอดให้กับคนรุ่นหลังได้ จึงเริ่มก่อปัญหาความขัดแย้งระหว่างวัยสูงอายุกับวัยหนุ่มสาว เพราะเขาเหล่านั้นเริ่มมองว่าผู้สูงอายุไม่ทันสมัยและตนเองไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้สูงอายุอีกต่อไป รวมถึงส่งผลต่อความกตัญญูที่เริ่มลดน้อยลง เพราะคนรุ่นหลังก็เริ่มต้องใช้เวลากับการทำงานในระบบอุตสาหกรรมมากขึ้น

สังคมยุคใหม่นี้เริ่มพิจารณาผู้สูงอายุในฐานะ “ปัญหา” ที่จะต้องได้รับ “การจัดระเบียบความชรา” ทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากสถาบันต่างๆ ที่เพิ่งก่อตัวขึ้นมาใหม่คือสถาบันการแพทย์ รัฐ ซึ่งเป็นสองสถาบันหลักที่สร้างความหมายผู้สูงอายุในด้านลบโดยเฉพาะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงสถาบันเศรษฐกิจและการสื่อสาร ก็ตอบสนองทั้งแนวคิดใหม่ของสถาบันการแพทย์และรัฐ ที่มองผู้สูงอายุอ่อนแอไม่ทำประโยชน์อีกต่อไป

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาเดียวกันแนวคิดเดิมที่ยกย่องผู้สูงอายุก็ยังคงฝังแน่นอยู่ในสังคม ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากสังคมไทยยังไม่ได้ก้าวไปสู่สังคมอุตสาหกรรมเต็มตัวดังที่ระบุไว้ตอนต้น ซึ่งผู้วิจัยก็เห็นด้วยในประเด็นดังกล่าว อันทำให้อัตลักษณ์ในยุคนี้เริ่มมีความแตกต่างหลากหลาย อย่างน้อยสองด้าน คือ การยกย่องและการมองผู้สูงอายุในฐานะความอ่อนแอ แต่อัตลักษณ์ความอ่อนแอกลับมีพลังและเริ่มเบียดอัตลักษณ์เดิมโดยเฉพาะการยกย่องผู้สูงอายุในฐานะความเชี่ยวชาญให้ลดลงไปโดยผ่านสถาบันใหม่ๆ ในสังคม และในช่วงหลังของสังคมอุตสาหกรรมก็เริ่มมีการผนวกแนวคิดทั้งสองเข้าด้วยกันอีกด้วยผ่านสถาบันรัฐ ซึ่งอาจถือเป็นการมองผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายมากขึ้น คือมีทั้งอ่อนแอและเข้มแข็ง และรัฐก็ต้องเข้าไปจัดการให้ถูกต้องตามความต่างของผู้สูงอายุนั้น

เพื่อพิสูจน์แนวคิดดังกล่าว จะวิเคราะห์วาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคนี้จากตัวบทในที่ต่างๆ เช่น ข่าว บทความ งานวิจัย หนังสือ นโยบายรัฐ โฆษณา สารคดี ภาพยนตร์ เป็นต้น โดยที่ตัวบทเหล่านี้เป็นตัวแทนจากสถาบันทั้ง 5 คือ สังคมและวัฒนธรรม รัฐ การแพทย์ เศรษฐกิจ และการสื่อสาร โดยจะวิเคราะห์วาทกรรมตามแนวทาง Fairclough ในสองมิติ คือ ตัวบทและปฏิบัติการสังคมและวัฒนธรรม เพื่อแสดงให้เห็นอัตลักษณ์ของผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมในท้ายที่สุด รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ตัวบท

การวิเคราะห์ตัวบท สามารถวิเคราะห์ได้ในสามด้านคือ ประเภทเนื้อหา ประเภทวาทกรรม และประเภทสื่อ ดังต่อไปนี้

1.1 ประเภทเนื้อหา

ประเภทเนื้อหาจำแนกเป็น 4 มิติตามแนวคิดสุขภาวะ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

(1) กาย

อดีตที่ผ่านมา “กาย” ของผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นความอ่อนแอโดยอยู่ภายใต้ความหมายของสถาบันศาสนา ซึ่งมองว่า การเกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่ว่าใครก็หลีกเลี่ยงไปไม่พ้น แต่เมื่อสังคมก้าวเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรม สถาบันการแพทย์ที่เพิ่งเริ่มก่อตัวขึ้นได้เข้ามามีผลต่อการนิยาม “กาย” หรือจัดระเบียบ “กาย” ของผู้สูงอายุใหม่

ด้านหนึ่งวางอยู่บนฐานคิดเดิมที่ว่าร่างกายของผู้สูงอายุนั้นอ่อนแอ เสื่อมโทรม และอีกด้านหนึ่งเริ่มกำหนดหรือระบุอายุผู้สูงอายุให้ชัดเจนจากในอดีตที่อาจคลุมเครือว่า ผู้สูงอายุ คืออายุใด และสถาบันที่ก้าวมากำหนดอายุและได้รับการยอมรับในประเทศไทยและทั่วโลกก็คือ “องค์การอนามัยโลก” (WHO) ซึ่งถือเป็นกลไกแห่งอำนาจแหล่งสำคัญที่กำหนดร่างกายของผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุไว้ดังที่ปรากฏในบทความนี้

องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเกณฑ์กลางที่มีอายุ 60 ปี ถือว่าเป็นคนชรา (aged) การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวจะสัมพันธ์กับสภาพทางสังคมตามกฎหมาย เพื่อให้บุคคลพ้นภาระหน้าที่งานประจำ โดยจะได้รับบำเหน็จบำนาญหรือ ค่าเลี้ยงดูเมื่อก้าวสู่บทบาทผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นผู้ชราภาพ

(ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2538: 9)

สถาบันการแพทย์ยังเริ่มสร้างความรู้ชุดใหม่ว่า ร่างกายที่อ่อนแอจะมีความสัมพันธ์กับ “โรค” ของผู้สูงอายุที่เกิดตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน ข้อเสื่อม กระดูกผุ โรคความจำเสื่อม ฯลฯ ผู้สูงอายุจึงมีความหมายถึง “วัยแห่งโรค” ทั้งๆ ที่มิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทุกคนต้องเป็นโรค หรือคนทั่วไปจะเป็นโรคไม่ได้ ดังปรากฏหลักฐานในคำและสำนวนที่ว่า “ผม ผู้เฒ่าหลังโกง” “คนแก่ซีลึม” “วัยทอง” หรือ “วัยหมดประจำเดือน” “หูตาฝ้าฟาง” “ผมหงอก” เป็นต้น หลังจากนั้นก็เผยแพร่ผ่านช่องทางการสื่อสารทางการแพทย์ ได้แก่ ตำราและบทความทางการแพทย์ โดยเพิ่มเติมข้อมูลทางการแพทย์ การใช้ภาษาการแพทย์ ภาษาอังกฤษ เพื่อตอกย้ำให้ร่างกายผู้สูงอายุมีสภาพของความอ่อนแอ เสื่อมโทรม เป็นโรค และสถาบันการแพทย์ก็ต้องเข้ามาจัดระเบียบความชรา ดังตัวอย่างในตำราการแพทย์นี้

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเป็นวัฏจักรที่มีความมียุของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมของคนนั้น การเปลี่ยนแปลงระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงระยะนี้มีลักษณะไปในทางเจริญงอกงามและสร้างเสริม แต่การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 ที่เกิดหลังอายุ 40 ปีไปแล้ว เป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางตรงกันข้ามกับระยะแรก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงระยะหลังนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบลดอัตราความเจริญลงไปสู่ความเสื่อม ซึ่งเป็นทั้งความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ โดยความเสื่อมที่เกิดจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ

(กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2551: 24)

เมื่อเร็วๆ นี้ การวิจัยเกี่ยวกับอาการโรคสมองเสื่อมจากภาวะต่างๆ (neuro-degenerative diseases) เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ทำให้เรามีทัศนะใหม่ว่า ผู้สูงอายุในวัยต่ำกว่า 70 ปี ที่มีอาการหลงลืมผิดปกติและมีความชราภาพอย่างรวดเร็วทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเกิดจากพยาธิสภาพของเซลล์ประสาทในสมอง และน่าจะเป็นโรคที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพมากกว่าที่จะบอกว่า เป็นธรรมชาติตามปกติของชีวิตอีกต่อไป

(นัยพินิจ คชภักดี, 2538: 111)

นอกจากการใช้ภาษาและข้อความกำหนดร่างกายของผู้สูงอายุในด้านลบแล้ว สถาบันการแพทย์ยังพิจารณาร่างกายในฐานะความเสื่อมโทรม โดยทราบได้จากการวัดและตรวจตราร่างกายด้วยหลักการทางการแพทย์ทั้งการมองจากภายนอกและลึกไปสู่ภายในร่างกาย เช่น การตรวจเลือด การใช้เครื่องมือแพทย์ต่างๆ (รายละเอียดจะอธิบายในหัวข้อการสาธิต)

ในเวลาเดียวกันสถาบันการแพทย์ก็ยกย่องผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่แข็งแรงอีกด้วย แต่ในอีกด้านหนึ่ง อาจถือเป็นการจัดการร่างกายผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่งตามวาทกรรมการแพทย์ เพราะเป็นการให้อำนาจทางการแพทย์กำหนดเกณฑ์วัดร่างกายผู้สูงอายุเช่นกัน เพียงแต่ในครั้งนี้จะมุ่งเน้นการกำหนด “ผู้สูงอายุที่แก่แต่แข็งแรง” แทนที่จะมองว่า “แก่และอ่อนแอ” แบบแรก ดังตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2525 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ “โครงการไทยอายุยืน” เพื่อที่จะแสวงหาผู้สูงอายุชาวไทยที่มีอายุยืนมากกว่า 100 ปี อีกทั้งค้นหาสาเหตุของการอายุยาว และผลของการสำรวจก็กลายเป็นเกณฑ์ที่กำหนดอายุที่ผู้สูงอายุจะอายุยืนยาวได้ต้องมีปัจจัย 6 อ. คือ อากาศดี อาหารดี อารมณ์ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อบอุ่น และอุจจาระดี (นัยพินิจ คชภักดี, 2538: 124)

เมื่อย้อนกลับไปพิจารณาการจัดการร่างกายที่อ่อนแอของผู้สูงอายุในทางการแพทย์ยังสามารถทำได้อีกหลากหลายวิธี นับตั้งแต่ “การรักษา” อาทิ การใช้ยา การผ่าตัด ฯลฯ “การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ” เช่น การให้การศึกษาด้านผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การส่งเสริมโภชนาการ และ “การฟื้นฟู” สุขภาพ (บรรลุ ศิริพานิช, 2526: 5) เหล่านี้ ทำให้สถาบันการแพทย์ก้าวเข้ามา “จัดการ” โดยเน้นด้านร่างกาย หรือเข้ามาแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุอย่างเบ็ดเสร็จเพื่อให้ร่างกายที่อ่อนแอหรือกำลังจะอ่อนแอนั้นกลับมีความเข้มแข็งดังเดิม

นอกจากนั้น หนึ่งในประเด็นเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุที่ต่างไปจากในอดีตคือเรื่อง “เพศ” ในขณะที่สังคมในอดีตมองว่า เรื่องเพศเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุไม่ควรเกี่ยวข้องกับเรื่อง

ผู้สูงอายุที่ปรากฏในคำและสำนวนที่ว่า “เฒ่าหัวงู” “โคแก่กินหญ้าอ่อน” “แก่ดัดนกกลับ” แต่สำหรับในยุคนี้นี้ ประเด็นเรื่องเพศกลับได้รับการพิจารณาขึ้นใหม่บนพื้นฐานความรู้ทางการแพทย์ และมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุยังคงเกี่ยวข้องได้ ดังปรากฏในหนังสือ “สุขภาพผู้สูงอายุ” (2528) ที่เริ่มชี้ให้เห็นว่า เรื่องเพศยังคงเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ หากมีความพร้อมทางร่างกาย และจิตใจ แต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการลดลงทางเพศ ดังที่ระบุไว้ว่า

ความจริงแล้วปัญหาทางเพศในคนสูงอายุไม่น่าจะเรียกว่าเป็นการผิดปกติ หากแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ทุกคนย่อมประสบจะมากหรือน้อย เท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามธรรมดาที่เกิดขึ้นได้ ไม่น่าจะเรียกว่าเป็นความผิดปกติ ในคนที่อายุเกิน 45 ปีขึ้นไป ความรู้สึกทางเพศจะลดลง ในผู้หญิงอายุตั้งแต่ 45-50 ปี ก็เป็นวัยหมดประจำเดือน ย่อมมีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น อาการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วก็มีมากน้อยต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและสุขภาพร่างกายของคนคนนั้นด้วย

(บรรลุ ศิริพานิช, 2528: 130)

ต่อจากนั้นในช่วงปี พ.ศ. 2553 สถาบันการแพทย์ก็ร่วมมือกับสถาบันสังคมผลิตหนังสือที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศสำหรับผู้สูงอายุโดยตรงเรื่อง “108 คำตอบ เต็มพลังผู้สูงวัย จุดไฟความสุข” โดยรวบรวมนายแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา นักสตรีนิยมร่วมกันตอบปัญหาเรื่องเพศ เท่ากับเป็นการร่วมมือของสถาบันการแพทย์กับสังคมเพื่อต่อยอดความหมายเรื่องเพศกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ ดังเช่น

เข่าว่ากันว่า แก่แล้วดัดนกกลับจริงไหม คำถามนี้ถ้าจะให้ตอบแบบฟันธงก็ขอตอบว่า ไม่จริง แต่ถ้าจะให้ตอบแบบพรรณนาความ ก็ตอบได้ดังนี้ ที่ว่าดัดนกกลับ คนส่วนใหญ่มักจะเข้าใจกันว่า แก่แล้วควรจะหมดความรู้สึทางเพศซึ่งเป็นการเข้าใจที่ผิด ความเป็นจริงผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี ก็ยังมีความรู้สึกทางเพศอยู่

(บรรลุ ศิริพานิช, 2553: 27)

เมื่อมีการลดลงของความรู้สึกทางเพศ สถาบันการแพทย์จึงพยายามที่จะค้นหาหนทางที่จะฟื้นคืนกลับเรื่องเพศเพื่อลบคำสบประมาทผู้สูงอายุที่ว่า “เตี้ยปับไม่ดัง” “เฒ่าวัยทอง” ด้วยการใช้ศาสตร์การแพทย์ นับตั้งแต่ในอดีต เช่น “ยาไต่บ ยาโป้ว” จนถึงการใช้การแพทย์สมัยใหม่ เช่น

การถือกำเนิดของยาไวอากร้า การใช้ฮอร์โมนทางเพศเพื่อทดแทนฮอร์โมนที่ขาดหายไปโดยเฉพาะสตรีคือฮอร์โมนออกสเตโรเจน (Gullette, 1997 อ้างถึงใน Ghail and Haywood, 2007) และสำหรับผู้สูงอายุชาย คือ Partial Androgen Deficiency in Aging Male (PADAM) ซึ่งในภายหลังเรียกว่า Androgen Deficiency in Aging Male (ADAM) (ธนบุรณ จุลยามิตรพร และคณะ, 2544: 66)

ร่างกายที่อ่อนแอของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆ คือ ใจและจิตวิญญาณ ทำให้สถาบันการแพทย์และศาสนาต้องเข้ามาแก้ไข รวมถึงกระทบต่อมิติทางสังคม ดังเช่น “ความกลัวแก่” หรือการที่ภาครัฐเริ่มก้าวเข้ามาสู่การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ การปลดผู้สูงอายุจากการทำงานด้วยการเกษียณอายุ และในด้านเศรษฐกิจ คือ การขายสินค้าเพื่อต่อต้านความสูงอายุ อันทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายทางการตลาด ดังที่จะกล่าวถึงในหัวข้อที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ

(2) ใจ

การที่สังคมก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรม ทำให้การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะการเกษียณอายุจากการทำงานที่ใช้เกณฑ์อายุ 60 เป็นตัวตั้ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวปรับใจได้ทัน สถาบันการแพทย์จึงก้าวเข้ามามีบทบาทในการจัดการ “ใจ” ของผู้สูงอายุ และสถาปนาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องคือ “จิตวิทยาผู้สูงอายุ” เพื่อศึกษาและหาแนวทางแก้ไขจิตใจของผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ดังคำอธิบายวิชาจิตวิทยาผู้สูงอายุที่ว่า

จิตวิทยาผู้สูงอายุนับเป็นส่วนสำคัญของจิตวิทยาพัฒนาการตลอดชีพ เพราะความเป็นผู้สูงอายุเป็นกระบวนการต่อเนื่องและเป็นผลกระทบต่อเนื่องจากพัฒนาการวัยต่างๆ ที่ผ่านมา สารเนื้อหาของจิตวิทยาพัฒนาการ ในบทที่ว่าด้วยผู้สูงอายุมักกล่าวถึงผู้สูงอายุในวงกว้างๆ ครอบคลุมพัฒนาการของผู้สูงอายุหลายแง่ ทั้งในแง่ของความเป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติ การเรียนรู้ และการปรับตัว

(ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549: 540)

จิตวิทยาผู้สูงอายุจะสนใจมิติการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังการเกษียณ โดยกำหนดเป็นทฤษฎีตามหลักจิตวิทยา อาทิ ทฤษฎีการถดถอย (disengagement theory) หรือการปล่อยวาง หรือการลดบทบาททางสังคม ไม่เข้าไปยุ่งวุ่นวายกับภารกิจต่างๆ ในทางกลับกัน ทฤษฎีกิจกรรม (engagement theory) กลับมองว่า หากละทิ้งสังคม สังคมก็จะละทิ้งเขาและทำให้ไม่มีความสุข จึงต้องทำกิจกรรมหาอะไรมาทดแทน และทฤษฎีตำแหน่งบทบาท (role theory) จะมองว่า เมื่อถูกลดบทบาทก็ต้องหาบทบาทเพื่อทดแทนบทบาท ทั้งนี้ นักจิตวิทยาผู้สูงอายุสรุปว่า

แต่ละทฤษฎีก็จะเหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล แม้ว่า ทฤษฎีกิจกรรมอาจจะดูดี แต่ก็อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่เก็บตัว (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549: 550)

ประเด็นหลักที่จิตวิทยาผู้สูงอายุให้ความสนใจคือ “การเกษียณอายุ” โดยมีฐานคิดว่า ในสังคมอุตสาหกรรมเมื่อยุติการทำงานก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤติของผู้สูงอายุ เพราะอาชีพเป็นเครื่องหมายของความเป็นผู้ใหญ่และมีศักดิ์ศรี มีความรับผิดชอบของตน ดังนั้นเมื่อหยุดการทำงาน ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนอาจจะยังมีความสามารถอยู่ ก็ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพใจ เช่น ความเหงา ว้าเหว โศกเศร้า สุขภาพเสื่อม และในบางราย อาจถึงแก่กรรมในระยะสั้น ในทางกลับกันการเกษียณอายุก็อาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนมีแนวโน้มไปในทิศทางบวกได้ เช่น ผู้ที่เบือนหน้าจากงานที่ทำ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549: 553-554)

นักจิตวิทยายังระบุให้เห็นถึงภาวะของการมีชีวิตหลังเกษียณอายุว่าสามารถจำแนกได้ถึง 5 ระยะด้วยกัน (บรรลุ ศิริพานิช อ้างถึงในศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549: 554) คือ

ระยะแรก	ตึมน้ำผึ้งพระจันทร์ หรือการมีความสุขจากภาวะอิสระ
ระยะที่สอง	ระยะขมขื่นใจ หรือความไม่สบายใจเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพ
ระยะที่สาม	ระยะปรับตัวใหม่ คือ การปรับตัวเข้ากับสังคมได้
ระยะที่สี่	คือ ระยะคงสมดุล คือระยะที่สามารถจัดการเกี่ยวกับตนเองได้ดี ไม่พึ่งพาใคร
ระยะที่ห้า	คือ ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ต้องพึ่งพิงผู้อื่น

การจัดระยะดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุในอดีตที่เคยมีความแตกต่างหลากหลายกลับกลายเป็นวัตถุที่สามารถจัดกลุ่มได้ตามมาตรฐานแบบเดียวกัน (ห้าแบบ) และที่สำคัญคือ การมอบอำนาจและความชอบธรรมให้กับบรรดานักจิตวิทยาเป็นผู้ตัดสินชีวิตและจิตใจผู้สูงอายุแทนที่ผู้สูงอายุ

เมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ สถาบันสังคมจึงเกิดข้อเสนอที่จะจัดการผู้สูงอายุด้วยการ “เตรียมการก่อนสูงอายุ” หรือการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ ดังเช่น ข้อเสนอของบรรลุ ศิริพานิช ได้ระบุในหนังสือ “คู่มือผู้สูงอายุฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ” (2550) ซึ่งได้มาจากการประสานการณ์การบรรยายให้กับผู้ที่ก่อนเกษียณอายุราชการ ฉบับแรกที่ตีพิมพ์คือปี พ.ศ. 2534 โดยใช้ชื่อว่า “คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน” หนังสือเล่มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การเกษียณอายุการงาน เป็นช่วงเวลาที่หยุดจากการทำงานประจำ เพราะเหตุของอายุครบกำหนด

หรือร่างกายไม่เหมาะสม และเมื่อเป็นเช่นนั้น ก็ต้องเตรียมตัวไว้ก่อน เช่น การปรับแนวคิดว่า การเกษียณอายุเป็นเรื่องธรรมดา ดูแลสุขภาพ และยอมรับโอกาสใหม่ๆ ประสบการณ์ใหม่ๆ ที่สำคัญ คือ เริ่มมองการเกษียณอายุในแง่บวก ดังที่ระบุไว้ว่า

การเกษียณอายุการงานเป็นเรื่องธรรมดาของการทำงาน มีวันเข้าทำงานก็ต้องมีวันหยุดทำงาน เมื่อท่านต้องเกษียณอายุเนื่องจากท่านเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่าเสียเวลามองโลกของช่วงชีวิตปัจจุณัยว่า เป็นเวลาของความเสื่อม โดยไปเปรียบกับเวลาของหนุ่มสาวและวัยทำงานว่าเป็นวัยแห่งความเจริญเติบโต แต่จงคิดว่าต่างวัยต่างก็มีบทบาทต่างกัน ยิ่งสูงอายุก็ยิ่งมีประสบการณ์สูงขึ้น

(บรรลุ ศิริพานิช, 2550: 32)

เฉกเช่นเดียวกันกับในหนังสือเรื่อง “เคล็ดความสุขสำหรับผู้อาวุโส” ของ ศ.ดร.ระวี ภาวิไล (2545) ก็ได้ให้ข้อแนะนำสำหรับผู้ที่กำลังเกษียณไว้ว่า

เรื่องอะไรต่ออะไรทั้งหลายเหล่านี้ เราควรจะหัวเราะ เวลาเราพูดถึงเรื่องตาย เราไม่ควรทำหน้าเศร้า เราควรหัวเราะ แล้วผมจะบอกว่าทำไม เราจึงควรหัวเราะ มีหลายท่านก็คงจะเรียกว่าทำมาพอแล้ว พอเลิกออกมา ก็ไปเป็นข้าราชการบำนาญ เมื่อเป็นข้าราชการบำนาญแล้ว มันหมายความว่า ในขั้นหนึ่งคือเป็นอิสระแล้ว ใครจะมาบังคับให้ทำนั่นทำนี่ไม่ได้ นายกรัฐมนตรีจะมาบอกข้าราชการบำนาญให้ทำโน่นทำนี่ไม่ได้เป็นประชากรเต็มขั้น

(ระวี ภาวิไล, 2545: 4)

หากพิจารณาให้ลึกลงไปจะพบว่า ถึงแม้ว่าทฤษฎีการแพทย์และจิตวิทยาก้าวเข้ามากำหนดจิตใจของผู้สูงอายุ แต่ก็แฝงด้วยการเริ่มแสดงให้เห็นด้วยว่า ผู้สูงอายุที่แม้จะเกษียณจากระบบการทำงานก็ยังคงเป็นผู้ที่มี “อิสระ” เริ่มที่ทำอะไรได้ด้วยตนเองปราศจากกรอบกฎเกณฑ์ของสังคมเดิมที่กดทับไว้ และอาจถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของผู้สูงอายุยุคใหม่ในสังคมข้อมูลข่าวสารในบทรัดไป

กล่าวได้ว่าปัญหาทางจิตใจผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม และจิตวิทยาผู้สูงอายุก็ก้าวเข้ามามีอำนาจในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนอกจากนั้น ยังเริ่มใช้สถาบันศาสนาмаแก้ไขหรือการใช้ธรรมะในการปลงต่อการเกษียณ ดังที่จะกล่าวถึงในหัวข้อที่ (4)

(3) สังคม

มิติเชิงสังคมกับผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมสามารถจำแนกออกเป็นแปดด้าน สี่ด้านแรก ได้รับอิทธิพลจากสถาบันการแพทย์ที่มองผู้สูงอายุคือความอ่อนแอและเสื่อมโทรม กล่าวคือ ด้านแรก ความชราภาพ ด้านที่สอง ความชราภาพในสินค้าผู้สูงอายุ ด้านที่สามคือ การเกษียณอายุ และด้านที่สี่ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ส่วนด้านที่ห้าถึงเจ็ด เป็นการมองผู้สูงอายุในเชิงบวกหรือความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นประเด็นที่สืบต่อจากสังคมเกษตรกรรมเดิม และผสมกับสังคมอุตสาหกรรม คือ ผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญ ความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ และการใช้ผู้สูงอายุเป็นตัวแทนสินค้า และด้านที่แปด เป็นการประสานระหว่างการมองความอ่อนแอคู่กับความเข้มแข็ง ดังปรากฏในนโยบายผู้สูงอายุ รายละเอียดดังต่อไปนี้

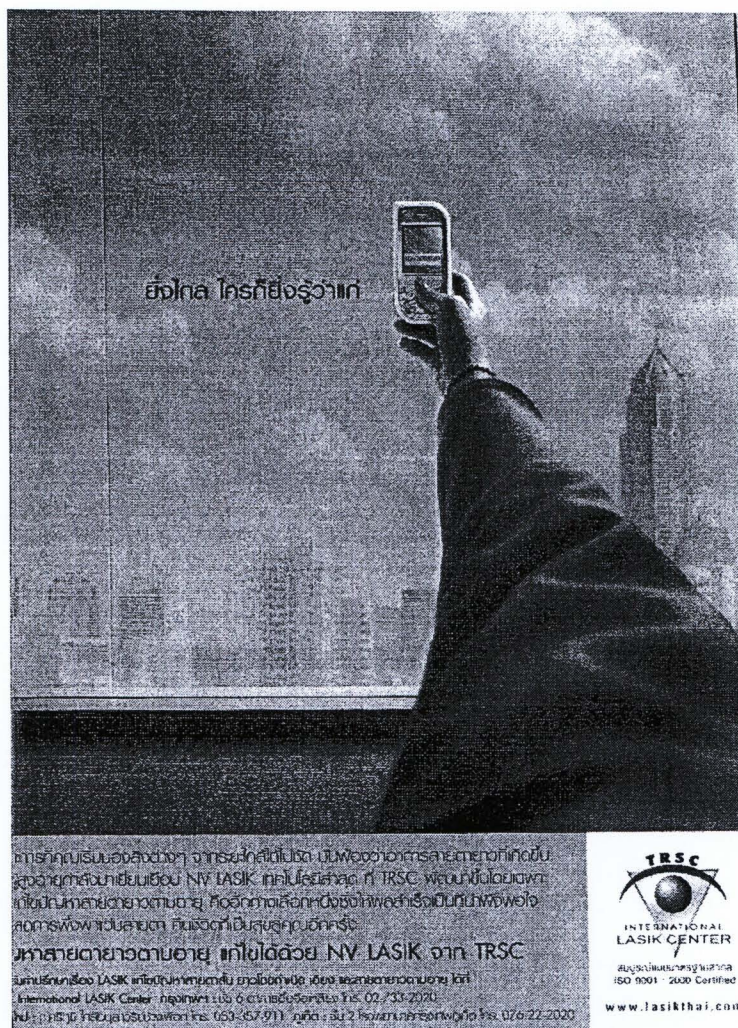
ด้านแรก **ความชราภาพ** เมื่อสภาพร่างกายเสื่อมโทรม ไม่งาม โดยเฉพาะรอยเหี่ยวย่นที่เกิดขึ้นบนใบหน้า เส้นผมที่ขาวโพลน และเมื่อผนวกกับสังคมอุตสาหกรรมที่ลดบทบาทผู้สูงอายุ จึงทำให้ภาพของผู้สูงอายุที่เสื่อมโทรมผนวกด้วยนัยยะด้านลบ ดังคำเรียกขานสภาพร่างกายผู้สูงอายุในแง่ลบต่างๆ นานา อาทิ “ฒ ผู้เฒ่าหลังโกง” “แก่หนังเหี่ยว” “แก่หูตึง” “จู๋จี๋ขี้บ่นเหมือนคนแก่” “วัยหมดประจำเดือน” “วัยตกกระ” ดังคำนำหนังสือ “นิเทศา เฒ่าวัยทอง” (2549) ที่กล่าวว่า

บางคนถึงกับสงสัยว่า เอ๊ะ! ทำไมผมเฒ่ามันหงอกเร็วจังวู๊ว ปีกลายปีกก่อนยังดำ ขลับเป็นขนกาน้ำอยู่แหม็บๆ มาปีนี้โหงมีสีขาวแซมขึ้นมาหลายเส้น หงอกประปรายรวดเร็ว กลายเป็นสีเทาครึ่งค่อนศีรษะเฉยเลย เคยตกดื่อกก็กลับร่วงเหี่ยวเหี่ยวเป็นกระจุกๆ ได้ทุกวัน แถมที่เหลือน้อยลงไม่ถึงครึ่งก็กลับขาวตั้งค่อนหัวนะ ไม่ยอมก็ต้องยอม แหม! เพิ่งจะ 50 ขวบกว่าๆ เท่านั้นนี่นา บัดโธ! เคยคอต้งคางเซิด โหงเกิดเหยิงห้อยเป็นระย้าละ?

(ญ.หญิง โสภา, 2549: 3)

เมื่อร่างกายถูกมองว่า “ชรา” “เสื่อมโทรม” จึงส่งผลต่อเนื่องให้เกิดภาวะของ “การกลืนแ้ว” โดยเฉพาะกลุ่มเบบี้บูมและกลุ่ม generation x เริ่มหันมาบริโภคสินค้าและการทำศัลยกรรมเพื่อลดความชราและคงความอ่อนเยาว์แบบหนุ่มสาว (Balasmo, 1992) ทั้งนี้ก็เพราะร่างกายที่แก่ชราไม่มีความงามแล้ว ยังมีความหมายของความไร้ค่า ไม่สามารถผลิตได้ต่อไปตามทัศนะในสังคมอุตสาหกรรมอีกด้วย ผู้สูงอายุหลายคนจึงจำเป็นต้องป้องกันมิให้ความชราย่างกราย ด้วยการใช้นโยบายทางการแพทย์ เช่น การใช้ยา การผ่าตัด ดังปรากฏในโฆษณาสินค้าการ

ทำศัลยกรรม “เลสิก” ที่แก้ไขปัญหาความเสื่อมโทรมของสายตา ซึ่งระบุไว้ในสโลแกนว่า “ยิ่งไกล ใครก็ยิ่งรู้ว่าแก่” พร้อมด้วยภาพยื่นโทรศัพท์มือถือออกไปในระยะไกลดังภาพต่อไปนี้



รูปภาพที่ 8 โฆษณา TRSC
(ที่มา: GM ปีที่ 20 จ. 317 สิงหาคม 2548: 191)

หากพิจารณาตามแนวคิด network of power ของฟูโกต์ อาจมองได้ว่า สถาบันในสังคมอย่างน้อยสามสถาบันต่างพากันช่วยกันประสานพลังในการกำหนดความหมายผู้สูงอายุในด้านความชราอ่อนแอ โดยเริ่มจากสถาบันการแพทย์กำหนดร่างกายผู้สูงอายุในด้านความชราแล้ว สถาบันสังคมโดยเฉพาะสังคมอุตสาหกรรมก็มองว่าผู้สูงอายุไม่เกิดประโยชน์อีกต่อไป จึงส่งผลต่อความกลัวแก่ และสถาบันเศรษฐกิจอย่างเช่น โฆษณา ก็พยายามสร้างสินค้าเพื่อกระตุ้นความชรา

เมื่อความชราภาพมีนัยยะด้านลบ จึงจำเป็นที่จะต้องเข้ามาจัดการแก้ไขความชราให้หมดไปด้วยการแพทย์ รวมถึงการใช้สินค้าเพื่อป้องกันหรือแก้ไขความชรา (รายละเอียดในหัวข้อถัดไป)

ด้านที่สอง ความชราภาพในสินค้าผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุถูกสร้างความหมายในแง่ความเสื่อมโทรมในด้านการแพทย์และสังคมอุตสาหกรรม แวดวงธุรกิจและสินค้าก็ก้าวเข้ามาใช้ภาพของผู้สูงอายุนั้นเพื่อการขายสินค้าผลิตภัณฑ์ชะลอความชรา (anti-aging) เช่น ยาย้อมผม ครีมบำรุงผิว รวมถึงการทำศัลยกรรมความงามเพื่อต่อต้านความชรา นับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 เป็นต้นมา (Johnson, 2008) สินค้าดังกล่าวอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดวัฒนธรรมการบริโภค ซึ่งจะให้ความสำคัญต่อการธำรงร่างกายให้ดูดีอ่อนเยาว์ และสามารถปรับเปลี่ยนร่างกายด้วยเทคโนโลยีเพื่อให้ร่างกายเป็นหนุ่มเป็นสาว ร่างกายจึงเป็นเสมือนกับ “หุ่นยนต์” ที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ (Featherstone and Hepworth, 2005: 358-359)

ร่างกายโดยเฉพาะใบหน้าถือเป็นด่านหน้าของร่างกายมนุษย์ที่กลายเป็น “สมรภูมิ” ที่จะใช้ต่อสู้กับความชรา โฆษณาสินค้าความงามและการทำศัลยกรรมจะใช้ภาษาข้อความ เช่น “ฟื้นฟู” “รี้อฟื้น” “ขจัดความร่วงโรย” “ต่อต้านความชรา” “ยกกระชับใบหน้า” “ชะลอความชรา” “ต่อต้านความหย่อนคล้อย” พร้อมทั้งภาพของใบหน้าก่อนและหลังการใช้ผลิตภัณฑ์หรือการทำศัลยกรรม ซึ่งภาพหลังนั้นจะเป็นภาพใบหน้าหรือเรือนร่างที่สวยงาม ไร้ริ้วรอยใดๆ ประหนึ่งการคืนกลับความเป็นหนุ่มสาวไม่เว้นแม้แต่ชายชาติตรี หากผู้สูงอายุผู้ใดที่ยังปรารถนาที่จะก้าวเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรมก็จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อร่างกายที่อ่อนวัย ดังโฆษณาสินค้าต่อต้านความชราของผู้ชาย ที่ใช้ข้อความว่า “Nugeno Men ดูแลผิวให้ดูดีและอ่อนวัย สร้างมุมมองใหม่ในตัวคุณ” ดังภาพโฆษณาต่อไปนี้

NUGENO

MEN

ดูแลผิวให้ดูดี & อ่อนวัย

สร้างมุมมองใหม่ในตัวคุณ

หลังใช้ ผิวกระจ่างใส ดูเนียนเรียบ

ไร้ความหยابกร้าน

และหมองคล้ำ

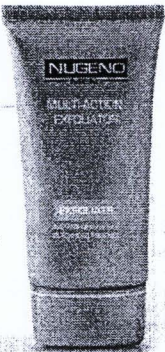
ผลิตภัณฑ์ผิว

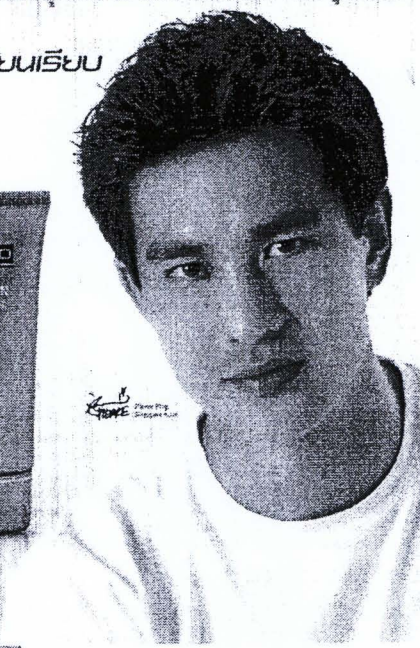
เสื่อมสภาพและผิวหยาบ

EXFOLIATE

บัติน เม็ดน้ำเย็น เซอร์ฟิซันต

- ผิวที่แห้งกร้านและหยาบกร้าน
- ผิวที่ดูแก่กว่าวัย
- ผิวที่ดูหมองคล้ำ
- ผิวที่ดูไม่เรียบเนียน
- ผิวที่ดูไม่สดใส
- ผิวที่ดูไม่แข็งแรง





EXFOLIATE

ผิวที่แห้งกร้านและหยาบกร้าน

CLEANSE

ผิวที่ดูหมองคล้ำ

MOISTURISE

ผิวที่ดูไม่เรียบเนียน

LIFT

ผิวที่ดูไม่แข็งแรง

Call Center : 0-2243-5566

รูปภาพที่ 9 โฆษณา Nugeno Men
(ที่มา: Men's Health สิงหาคม 2552: 13)

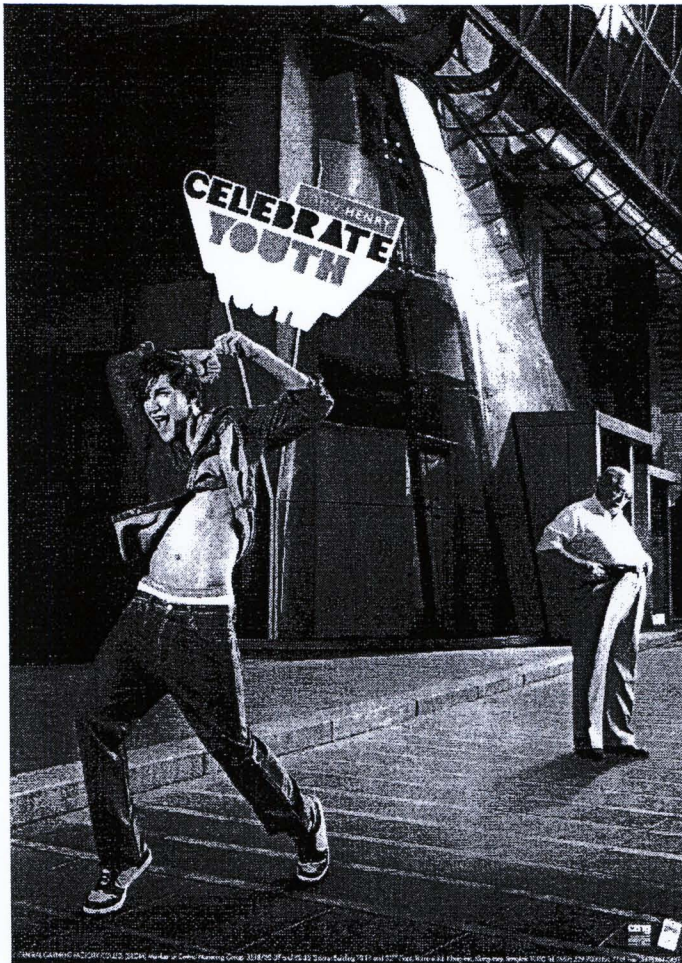
เช่นเดียวกันกับโฆษณา Lab Series ที่ระบุถึงสารที่ผสมในมอยเจอร์ไรเซอร์ที่ช่วย
ชะลอความชราให้กับผู้ชายดังนี้ “ส่วนผสมแอนตี-ออกซิแดนซ์จะช่วยป้องกันผิว ชะลอการเกิดริ้ว
รอยก่อนวัย” ดังภาพโฆษณา Lab Series ดังต่อไปนี้



รูปภาพที่ 10 โฆษณา Lab Series
(ที่มา: Volume ๑.106 กันยายน 2552: 2-3)

Balasco (1992) อธิบายถึงการที่ผู้ชายเริ่มหันมาให้ความสนใจเรื่องร่างกายทั้งผลิตภัณฑ์และการทำศัลยกรรมก็ด้วยเหตุผลที่ว่า ความหนุ่มอ่อนวัยแสดงถึงภาพลักษณ์ของคน กระฉับกระเฉงตรงกันข้ามกับภาพของความชรา การคืนกลับสู่ความอ่อนวัยจึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยต่อสู้กับบรรดาคนหนุ่มสาวที่ก้าวมาในแวดวงธุรกิจจำนวนมากขึ้น ในทางกลับกัน Johnson (2008) มองว่า หากเป็นกรณีของสตรีการย้อนกลับสู่ความสาวนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมมิติทางเพศให้ชายหนุ่มได้เชยชม เท่ากับเป็นการยืนยันหลักคิดของวาทกรรมการแพทย์ที่สนับสนุนเรื่องเพศของผู้สูงอายุต่างไปจากมิติตาสนาในอดีต

ภาคการตลาดยังใช้ภาพความชราในด้านลบ เพื่อสื่อให้เห็นถึงความไม่ทันสมัย ตกรุ่น หรือ “คนแก่หัวโบราณ” แก่คร่ำครึ” โดยเฉพาะหากไม่บริโภคสินค้าหรือบริการ รวมถึงในบางครั้งยังเปรียบเทียบความชราให้เห็นว่า “ความชราเป็นสิ่งที่อยู่ตรงกันข้ามกับความหนุ่มสาว” และมีนัยยะด้านลบ เช่น โฆษณาเสื้อผ้าที่ใช้ภาพชายหนุ่มที่สามารถนั่งกางเกงเอด้าเปรียบเทียบกับชายชราที่ไม่สามารถนั่งได้เพราะอ้วนลงพุงพร้อมสโลแกนว่า “Celebrate youth” ที่ตอกย้ำภาพเชิงลบของผู้สูงอายุ ดังภาพต่อไปนี้



รูปภาพที่ 11 โฆษณากางเกงยีนส์ John Henry
(ที่มา: GM ปีที่ 23 ฉ. 369 เมษายน 2551: 323)

กล่าวได้ว่าผลิตภัณฑ์สินค้าต่างๆ ได้พยายามตอกย้ำให้เห็นถึงความเสื่อมโทรมของร่างกาย โดยมีเป้าหมายที่จะขายผลิตภัณฑ์ของตน รวมถึงการแสดงให้เห็นว่า ความชราเป็นเรื่องน่ารังเกียจ ไม่สวยงาม และความล้าหลัง หากไม่ใช่ผลิตภัณฑ์นั้น

อย่างไรก็ดี ในอีกด้านหนึ่ง โฆษณาข้างต้นอาจเป็นเพียงความหมายที่สังคมอุตสาหกรรมกำหนดความหมายผู้สูงอายุเอาไว้ตามวัฒนธรรมการบริโภค ที่เน้นการบริโภค การเทิดทูนวัยหนุ่มสาว ทว่า ภายใต้ข้อขัดแย้งกันนี้เอง ยังพบการ “ย้อนแย้ง” (contradictory) ที่แฝงอยู่ในตัวบทดังกล่าว เช่น ในขณะที่โฆษณาสินค้าชะลอความชรา Nugeno จะเน้นย้ำให้ต่อสู้ความชรา แต่ภายในข้อความที่ว่า “ดูแลผิวให้ดูดีและอ่อนวัย สร้างมุมมองใหม่ในตัวคุณ” ก็ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีสิทธิเลือกหนทางอื่นแทนที่จะใช้ครีมบำรุงด้วยการ “สร้างมุมมองใหม่” ให้กับตัวเอง หรือในโฆษณากางเกงยีนส์ข้างต้นก็มีความ “ย้อนแย้ง” ในตัว โดยผู้สูงอายุที่อ้วนท้วน กัมมองพุงของตนอาจมีความหมายแย้งนัยยะความอ่อนแอร่างกาย คือ พึงพอใจในร่างกายและเป็นผู้ที่หลุดพ้นจากการตกเป็นเหยื่อของวัฒนธรรมการบริโภค

นอกจากนั้น ยังมีได้หมายความว่าผู้สูงอายุทุกคนจะยอมรับความหมายดังกล่าว ผู้สูงอายุบางคนอาจจะต่อต้านหรือปฏิเสธความหมายนั้นก็เป็นได้ โดยผู้สูงอายุบางคนก็อาจให้ความหมายหน้าที่อ่อนเยาว์อาจไม่จำเป็นสำหรับอาชีพของคนทุกคนในสังคมอุตสาหกรรม เช่น อาชีพครู หรือหมอ การตีความหมายที่ต่างไปนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ (ซึ่งจะอธิบายในบทที่ 7 และ 8)

ด้านที่สาม การเกษียณอายุ แม้จะเป็นเรื่องปกติในสังคมเกษตรกรรม กล่าวคือ ไม่ว่าใครก็ต้องเผชิญกับสภาวะการหยุดการทำงานเพราะความอ่อนแอของร่างกาย แต่ในสังคมเกษตรกรรมการหยุดการทำงานจะมีลักษณะที่ต่างไปจากสังคมอุตสาหกรรมคือ ค่อยเป็นค่อยไป และไม่ได้มีนัยยะของการหมดคุณค่า เพราะผู้สูงอายุในยุคดังกล่าวความสูงอายุนั้นจะหมายถึงการพัฒนาสู่ผู้มีคุณค่าและประสบการณ์

แต่สำหรับในสังคมอุตสาหกรรม การเกษียณอายุเป็นภาวะที่เกิดขึ้นฉับพลัน กล่าวคือ เมื่ออายุ 60 ปี (โดยทั่วไปและดังข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น) ก็จะถูกตัดสินให้กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถทำงานได้ต่อไปเพราะความชรา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง สถาบันการแพทย์ สังคม และรัฐเข้ามามีบทบาทในการกำหนดร่างกายนุชสูงอายุนั้น จึงต้องหยุดการทำงานไปพร้อมกับการหมดคุณค่าและศักดิ์ศรี ดังคำว่า “เกษียณ” ซึ่งมีความหมายในพจนานุกรมว่า “เกษียณ สิ้นไป (ใช้กับการกำหนดอายุ) เช่น การเกษียณอายุราชการ เกษียณอายุครบกำหนดอายุรับราชการ สิ้นกำหนดเวลารับราชการ หรือการทำงาน พูดสั้นๆ ว่า เกษียณก็มี” (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542: 144)

ภาครัฐของไทยได้ก้าวเข้ามากำหนดการเกษียณอายุนับตั้งแต่ในรัชกาลที่ 5 ภายใต้พระราชบัญญัติเฝ้าบ้านาญ ร.ศ. 120 (พ.ศ. 2444) โดยกำหนดการเกษียณอายุราชการว่า

เมื่อข้าราชการคนใดอายุครบ 55 ปี ก็เป็นอันถึงกำหนดที่จะต้องออกจากราชการ เพราะเหตุสูงอายุ เว้นไว้แต่รัฐบาลเล็งเห็นว่าผู้นั้นยังไม่มี ความชรา มาเบียดเบียน และยังสามารถในการปฏิบัติราชการก็ให้รับราชการต่อไปอีกคราวละ 5 ปี จะเป็นคราวหนึ่งหรือสองคราวก็ได้

(กองวิชาการ สำนักงาน ก.พ., 2533: 7)

การเกษียณอายุของราชการมีมานับตั้งแต่การที่ประเทศไทยเริ่มเปิดประเทศกับตะวันตกและเริ่มก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรม ที่สำคัญคือการนับอายุที่ควรเกษียณวางอยู่บนข้อกำหนดของภาครัฐ และมีการเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ว่ารัฐจะกำหนดอายุที่ควรเกษียณว่าเท่าใด

เช่น ในยุคแรกคือ 55 ปี หลังจากนั้นอายุที่กำหนดว่ามีความอ่อนแอและควรพักได้ก็จะแปรเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ตามพระราชบัญญัติที่กำหนดขึ้น ดังเช่น รัชกาลที่ 7 ตรากฎหมายใหม่ที่เรียกว่า “พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2471” ต่อมาก็ยกเลิกเป็น “พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2482” แต่ทั้งสองยังคงกำหนดอายุเกษียณไว้ที่ 55 ปี และในปี พ.ศ. 2494 จึงเริ่มเปลี่ยนเป็นอายุ 60 ปี ตาม “พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2494” (กองวิชาการ สำนักงาน ก.พ., 2533: 7-8) นี่เองแสดงให้เห็นว่า การเกษียณกลายเป็นอำนาจของรัฐที่จะกำหนดขีดเส้นของผู้สูงอายุมากกว่าการที่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้กำหนดตนเอง

การขีดเส้นอายุเอาไว้ดังกล่าวส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่าของชีวิตโดยพลัน เพราะในมิติเชิงสังคมโดยเฉพาะสังคมเกษตรกรรมยังมองผู้สูงอายุมีคุณค่า ดังที่ ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้บันทึกไว้ดังนี้

การเกษียณอายุนับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในช่วงหนึ่งของชีวิตผู้ที่ประกอบอาชีพและมีภาระหน้าที่ โดยเฉพาะในประเทศอุตสาหกรรม ซึ่งประชาชนมีชีวิตที่ยึดติดกับการทำงานในองค์กรอย่างเป็นทางการ ประชาชนเหล่านี้จึงให้ความสำคัญกับการเกษียณอายุเป็นอย่างมาก สำหรับในประเทศไทย ถึงแม้ว่าจะยังไม่เป็นประเทศอุตสาหกรรมเต็มรูปแบบ แต่ก็ยอมรับกันว่า เมื่อถึงช่วงหนึ่งของชีวิต ประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ประกอบอาชีพในหน่วยงาน ทั้งในองค์กรอย่างเป็นทางการและทั้งประกอบอาชีพส่วนตัวต้องหยุดจากการประกอบอาชีพ เนื่องจากการครบกำหนดตามเงื่อนไขการว่าจ้าง หรือเนื่องจากความเสื่อมโทรมของร่างกายหรือเหตุผลอื่นๆ

(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 103)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการเกษียณอายุในยุคหลังเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากประชากรมีสุขภาพที่ดี มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น และการมองผู้สูงอายุที่ยังคงมีคุณค่าอยู่ (active aging) จึงเริ่มหันไปสู่กระบวนการทัศน์ใหม่ของการเกษียณอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) เช่น การเกษียณก่อนกำหนด หรือการต่ออายุหรือยืดอายุการเกษียณราชการ ซึ่งจะปรากฏในยุคหลังในบทความต่อไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความหวังที่จัดการได้”

ด้านที่สี่ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในอดีตเมื่อผู้สูงอายุอ่อนแอเสื่อมโทรมทางด้านร่างกาย ครอบครัวได้ก้าวเข้ามามีส่วนสำคัญในการตอบแทนบุญคุณของผู้สูงอายุโดยทันที เพราะ

ผู้สูงอายุมีพระคุณและยังประโยชน์ให้กับครอบครัว อีกทั้งยังเป็นข้อกำหนดสำคัญของสังคมและสถาบันศาสนาที่ระบุถึงความกตัญญูทดแทน

แต่เมื่อสังคมเริ่มก้าวสู่อุตสาหกรรม บทบาทของครอบครัวเริ่มลดน้อยลงอันเนื่องจากคุณค่าของผู้สูงอายุเริ่มลดลงดังที่กล่าวไปแล้วในช่วงต้น ทำให้ภาครัฐต้องก้าวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือหรือที่เรียกว่า “การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ” โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ถูกทอดทิ้ง และที่สำคัญคือ การช่วยเหลือนี้ก็ยังคงวางอยู่บนแนวคิดเรื่องการตอบแทนหรือความกตัญญูต่อผู้สูงอายุด้วยเพียงแต่มิใช่การตอบแทนจากครอบครัวแต่เป็นภาครัฐ ซึ่งอาจเป็นเรื่องแปลกใหม่หากย้อนหลังกลับไปในยุคสังคมเกษตรกรรม

หลักฐานชิ้นแรกที่ภาครัฐเริ่มสงเคราะห์ผู้สูงอายุปรากฏอยู่ในหนังสือ “วชิรญาณวิเลศ” เล่ม 2 แผ่น 41 วัน 6 เดือน 9 แรม 8 ค่ำปีกุน นพศก 1249 (พ.ศ. 2430) ซึ่งระบุถึง “คำประกาศพระราชทานคนชรา” ของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่พระราชทานทรัพย์สินให้กับคนชราที่พิการ เพื่อการทำทานแล้วยังเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุอีกด้วย ความว่า

มนุษย์ที่ยังหนุ่มสาว ยังมีกำลังพอที่จะทำมาหากินได้อยู่ แต่คนชราพิการเป็นคนควรสงเคราะห์มีกำลังก็น้อย จะประกอบภาระเลี้ยงชีวิตได้ด้วยยากนัก แล้วคนเหล่านี้ก็เป้นไพร่ฟ้าข้าแผ่นดินมาแต่ครั้งแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกย์ แล้วก็มีบุตรมีหลานสืบมา

(คำประกาศพระราชทานคนชรา, นพศก 1249 (พ.ศ. 2430) : 327)

และเมื่อ พ.ศ. 2483 รัฐบาลในยุคของจอมพล ป. พิบูลสงคราม ก็จัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้น เพื่อกลไกการจัดการสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหา เช่น พิการ ด้อยโอกาส เป็นต้น รวมถึงการเกิดขึ้นของ “พระราชบัญญัติควบคุมคนชรา พ.ศ. 2484” ซึ่งจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ดังปรากฏในมาตรา 7 ระบุว่า

เมื่อปรากฏจากการสอบสวนว่า ผู้ใดทำการขอทานและผู้นั้นเป็นคนชราภาพ หรือวิกลจริตหรือเป็นคนมีโรค ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพแต่อย่างใด และไม่มีทางเลี้ยงชีพอย่างอื่น ทั้งไม่มีญาติมิตรอุปการะเลี้ยงดูก็ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวไปยังสถานสงเคราะห์

(อ้างถึงในสมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป.: 157)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2496 ก็จัดตั้งบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชราขึ้น ณ บ้านบางแค (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 48) ทั้งนี้ก็เพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุแล้ว ยังมุ่งเน้นการให้ประเทศพัฒนาและทันสมัยตามแนวคิดรัฐชาตินิยม (สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป.: 158) เบียดแทรกการคำนึงถึงการตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุ ดังปรากฏหลักฐานว่า

เมื่อสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนตกอยู่ในฐานะยากจนข้นแค้นในสภาพแยมี ทุกข์ไม่ควรจะอภิมยในลักษณะที่ควรเรียกว่า อยู่เลวกินเลวกันมากมายทั่วไปทุก ภาคเช่นนี้ คงเป็นที่ประจักษ์ตาประจักษ์ใจแก่ท่านจอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีในครั้งนั้นเป็นอย่างดี ท่านจอมพลจึงเห็นว่า จะทอดทิ้งหรือปล่อย ปล่อยละเลยไม่เอาใจใส่ต่อความยากจนของประชาชนหมู่มากเช่นนี้ต่อไป เห็นที่จะ ไม่ได้การจะทำให้เสียผลทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคมและการเมือง อาจจะเป็นมูลที่ จะนำประเทศชาติไปสู่หายนะได้ ท่านจึงมีความเป็นห่วงปัญหาในเรื่องนี้มาก ฉะนั้นท่านจึงจัดให้ผู้มีหลักวิชาการและไอคิวสูง ช่วยกันพิจารณาวางโครงการ ช่วยเหลือยกระดับรายได้ แก้ไขปัญหาอย่างนี้เร่งด่วน ในไม่ช้าโครงการจัดตั้งกรม ประชาสงเคราะห์ ก็ได้ถูกร่างขึ้นเป็นรูปแบบของการสงเคราะห์ช่วยเหลือให้ ประชาชนอยู่ดีกินดี เป็นวัตถุประสงค์สำคัญ มีหลักการคล้ายกับปัจจัยสี่ในทาง ศาสนา

(อ.พยัคฆ์มิตร 2521 อ้างถึงในปิยากร หวังมหารพร, 2546: 83-84)

อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลังเริ่มมีการวิพากษ์วิจารณ์การจัดตั้งบ้านพักคนชราและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุดังกล่าวว่า ไม่เหมาะสม และขัดต่อแนวคิดความกตัญญูที่ครอบครัวพึงมี ต่อผู้สูงอายุ (พระพรหมมงคลจารย์, 2552ก: 7 และบรรลุ ศิริพานิช อ้างถึงในสันติสุข โสภณสิริ, 2553: 335) อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในยุคหลังที่เริ่มเน้นให้ครอบครัวและ ชุมชนเข้ามาจัดการผู้สูงอายุเองแทนภาครัฐ รายละเอียดในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความ ชราที่จัดการได้”

นอกเหนือจากการสงเคราะห์ผ่าน “บ้านพักคนชรา” ภาครัฐยังสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผ่านนโยบายการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2536 โดยมุ่งเน้นผู้สูงอายุ ที่ยากไร้ในต่างจังหวัด หลังจากนั้นใน ปี พ.ศ. 2552 ก็วางนโยบายการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับ ผู้สูงอายุทุกคน ดังที่ระบุไว้ว่า

เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ จำนวนเดือนละ 500 บาท สำหรับผู้สูงอายุ 1 คน โดยผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติจะเป็นผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพนี้ จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้ดูแล เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลจะทำหน้าที่เป็นกลไกในระดับพื้นที่ในการจัดทำทะเบียนและตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุภายใต้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย

(ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ, 2552: 84)

จากข้อมูลดังกล่าวเท่ากับว่า ผู้สูงอายุบางส่วนถูกมองว่าเป็นผู้ที่อ่อนแอ ยากจน และต้องได้รับการสงเคราะห์จากภาครัฐ

ภาครัฐยังได้พัฒนาองค์ความรู้ด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับให้การสงเคราะห์กลายเป็นศาสตร์ คือ การก่อตั้ง “คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์” ในปี พ.ศ. 2497 ทำให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุกลายเป็นความรู้ที่กำหนดผู้สูงอายุให้อ่อนแอและควรได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ

ด้วยการที่รัฐมองผู้สูงอายุในด้านลบและพัฒนาการสงเคราะห์ผู้สูงอายุดังที่กล่าวไปแล้วนั้น สถาบันสังคมและสื่อมวลชนส่วนหนึ่งก็ประสานเสียงผลิตซ้ำผู้สูงอายุในด้านลบด้วยว่าคือ อ่อนแอช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลายเป็น “ส่วนเกิน” และ “ผู้พึ่งพิง” จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ดังที่ปรากฏในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่พักในบ้านพักคนชรา “ความชราในสถานสงเคราะห์: ชีวิตและตัวตน” (เรื่องรอง ชาญวุฒิธรรม, 2547) หรือปรากฏในสื่อมวลชนทั้งสื่อสาระและบันเทิง เช่น ภาพยนตร์เรื่อง “วัยตกกระ” (2521) ซึ่งนำเสนอภาพของคนชราที่หนีไปอยู่บ้านพักคนชราเพราะลูกหลานไม่เอาใจใส่ แม้ว่าในตอนท้ายเรื่องลูกหลานจะเริ่มตระหนักถึงพระคุณและรับแม่กลับไปบ้านก็ตาม (กำจร หลุยยะพงศ์, 2552ข และกำจร หลุยยะพงศ์ และกาญจนา แก้วเทพ, 2553) รายการสารคดีโทรทัศน์รายการ “คนค้นคน” นำเสนอภาพของหญิงชราที่แม้ร่างกายจะอ่อนแอแต่ก็ยังต้องดิ้นรนต่อสู้กับสภาพสังคมที่กดขี่ ทั้งการโกงที่ดิน การต้องเลี้ยงดูลูกหลานที่เจ็บป่วย แทนที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในวัยชรา (พรพรรณ สมบูรณ์บัติ, 2549) และแม้กระทั่งในหนังสือสารคดีเรื่อง “หลายชีวิตในแสงอัสดง” (2552) ก็ชี้ให้เห็นปัญหาของคนชราบางคนที่ถูกทอดทิ้ง เช่น ชีวิตหญิงชรา ยายน้อย มณีปันดี วัย 86 ปีที่ถูกทอดทิ้งจากลูกสะใภ้หลังที่ลูกชายตาย ดังที่ระบุไว้ว่า

ลูกชายเคยบอกแม่ไม่ต้องห่วงนะ ผมจากแล้วแม่จะไม่ลำบาก เงินฉาปนกิจผมจะยกให้แม่หมด เขาไม่รู้ นึกว่าเมียเขาซื้อ เงินก็เงินยาย บ้านก็บ้านยาย ยายมาหมดตัวเพราะถูกลูกสะใภ้โกง เสียใจมาก ทั้งที่เราแก่ ตัวคนเดียว ก่อนนี้คิดไปว่า เขาจะเลี้ยงเรา เมื่อไม่มีที่พึ่งอื่นใด ยายจึงย้ายไปกับลูกเลี้ยงที่เป็นทนายอยู่ได้ 4-5 ปี ลูกเลี้ยงดูแลยายอย่างดีไม่ต่างจากเป็นแม่แท้ๆ แต่สะใภ้ไม่ชอบหน้า ยายจึงต้องไปอาศัยอยู่กับลูกเลี้ยงอีกคนที่เป็นครูที่อยู่แม่แจ่มอยู่ได้ 2 ปี ลูกเขยทำที่รังเกียจไม่พูดด้วย จึงต้องย้ายบ้านอีกครั้ง คราวนี้ไปอาศัยอยู่กับเพื่อนบ้านใจอารี ด้วยความเกรงใจในที่สุดยายจึงขอให้เขาช่วยส่งมาอยู่ที่บ้านพักคนชราวัยทองฯ

(อรสม สุทธิสาคร, 2552: 25)

ถึงแม้ว่า ในโลกของสื่อมวลชนก็นำเสนอภาพของผู้สูงอายุในด้านบวก แต่การนำเสนอภาพในเชิงลบข้างต้นกลับมีพลังมากกว่าเพราะได้ประสานพลังกับสถาบันการแพทย์และสถาบันรัฐ จนทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ที่อ่อนแอควรที่ได้รับการสงเคราะห์ ทว่า ในยุคถัดไป สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้ วาทกรรมด้านบวกจะก้าวเข้าไปแทนที่ในสื่อมวลชน ดังที่จะกล่าวถึงในบทที่ 6

กล่าวโดยรวมเมื่อแนวคิดคุณค่าความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุเริ่มจิตจางลงในสังคมอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่า นอกจากถูกสงเคราะห์แล้ว ยังกลายเป็น “ส่วนเกิน” ในสังคม ที่ไม่มีใครต้องการ ภาครัฐจึงต้องหันมาให้ความช่วยเหลือ แต่อย่างน้อยการช่วยเหลือนี้ก็ยังคงแฝงด้วยความรู้สึกอยากตอบแทนพระคุณของผู้สูงอายุ และสื่อมวลชนก็ร่วมประสานเสียงให้กับภาครัฐที่จะช่วยสนับสนุนรัฐและกระตุ้นเตือนให้สังคมตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุ

ด้านที่หา ผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่ยี่สิบปีที่ผ่านมาจะมุ่งเน้นความอ่อนแอของผู้สูงอายุตามวาทกรรมของสถาบันการแพทย์ แต่ในด้านที่หานี้กลับมองในมุมมองกลับกัน คือการพิจารณาผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งมีคุณค่า ซึ่งด้านหนึ่งก็อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลพวงจากสังคมนวัตกรรมที่มองผู้สูงอายุเป็นผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ และแนวคิดดังกล่าวก็สืบต่อมาในยุคสังคมนวัตกรรมนี้เช่นกัน ดังปรากฏอยู่ในการรวมตัวผู้สูงอายุหรือ “ชมรมผู้สูงอายุ” ดังที่นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช (2539: 3) ระบุไว้ว่า

๑. ความจริงผู้สูงอายุเองได้รวมตัวกันเป็นกลุ่ม เป็นชมรมมานานแล้วตามธรรมชาติอย่างไม่เป็นทางการ ดังจะเห็นได้จากผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุประกอบกิจทางศาสนา-งานบุญตามวัด ซึ่งจะมีผู้สูงอายุมาร่วมงานกันมาก หลังจากงานบุญ-งานทางศาสนาเสร็จสิ้นลง กลุ่มผู้สูงอายุก็ยังนั่งคุยกันต่อมาเวลาก่อนจะแยก

ย้ายกันกลับบ้าน ซึ่งนั่นก็คือ การตั้งกลุ่ม หรือชมรมขึ้นตามธรรมชาติโดยไม่รู้ตัว บางครั้งผู้สูงอายุอาจจะนัดหมายกันมาร่วมถือศีล 8 หรือจะนัดหมายมาช่วยงานวัด ฯลฯ

(บรรลุ ศิริพานิช, 2539: 3)

เพียงแต่จุดที่แตกต่างกันก็คือ ในยุคของสังคมอุตสาหกรรมนี้จะมุ่งเน้นการรวมตัวของผู้สูงอายุ กลายเป็น “ชมรม” มีโครงสร้างบทบาทหน้าที่และมีระบบที่ชัดเจน คล้ายระบบราชการ เพื่อทำกิจกรรมและต่อต้านความหมายผู้สูงอายุที่ถูกมองว่าอ่อนแอ อีกทั้งการรวมกันเพื่อเป็นช่องทางการส่งเสริมสุขภาพ (ของสถาบันการแพทย์) แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย เท่ากับว่า สถาบันการแพทย์ก็ได้แอบแฝงเข้ามาจัดระเบียบชมรมผู้สูงอายุได้อย่างแนบเนียน

การต่อสู้และยกย่องผู้สูงอายุปรากฏอยู่ในหลักฐานสำคัญก็คือ การใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก แทนคำว่า “ชราและแก่” ที่มีความหมายเชิงลบ (สมรักษ์ ชัยสิงห์ กานานนท์, ม.ป.ป. : 144-145) ในครั้งการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ เมื่อ พ.ศ. 2505 ณ โรงพยาบาลประสาท กรุงเทพฯ เพื่อให้มีความหมายเป็นคำกลางๆ ไม่ตีตราว่าเป็นคนชรา (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2538: 9) โดยในครั้งแรกให้ชื่อว่า “ชุมนุมผู้สูงอายุมูลนิธิวิจัยประสาท ในพระบรมราชูปถัมภ์” ต่อมาเปลี่ยนเป็น “ชมรมผู้สูงอายุมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์” (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 49)

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นครั้งแรกนั้น ศ.นพ.ประสพ รัตนกร ในฐานะผู้เกี่ยวข้องได้บันทึกความทรงจำผ่านงานเขียนไว้ว่า

ในวันที่ 1 ธันวาคม 2505 ได้มีการประชุมครั้งแรกและมีการจัดตั้งชุมนุมผู้สูงอายุขึ้น ตอนแรกใช้ชื่อว่าชุมนุมคนแก่ ชุมนุมชราภาพ คุณหลวงอรรถสิทธิท่านเคยเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ตอนที่ผมไปสร้างโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เมื่อ 50 ปีก่อน ปัจจุบันเป็นองคมนตรีท่านใช้คำว่า ผู้สูงอายุ จึงใช้มาตั้งแต่บัดนั้น มีคณะทำงานชุดแรกคือ พระยาบริรักษ์เวชการ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและคุณหลวงพิณพากย์พิทยาภทเป็นชุมนุมผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก

(ประสพ รัตนกร, 2538: 55)

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุครั้งแรกนี้วางวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ (1) พบปะเพื่อไม่ให้เหงา (2) ส่งเสริมสุขภาพ เช่น คนเป็นโรคเบาหวานจะอย่างไร และ (3) ช่วยเหลือสังคม (ประสพ รัตนกร, 2538: 55) เป้าหมายทั้งสามประการนี้ก็ยังคงดำเนินต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

นายแพทย์บรรลु ศิริพานิช (2539) เห็นด้วยว่า การรวมตัวกันของผู้สูงอายุทำให้เกิดพลังในการทำงานของผู้สูงอายุได้อย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังที่ระบุไว้ว่า

การรวมกลุ่มหรือตั้งชมรมขึ้น เป็นเรื่องสะดวกที่ทางราชการจะนำสวัสดิการไปถึงผู้สูงอายุได้ง่าย หรือในด้านสุขภาพอนามัย การรวมกลุ่มกัน จะทำให้การให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทำได้สะดวกยิ่งขึ้น ดังนั้น ทางราชการจึงมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตั้งกลุ่ม หรือชมรมผู้สูงอายุขึ้นในที่ต่างๆ แม้ในโรงพยาบาลของรัฐเองก็จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาล

(บรรลु ศิริพานิช, 2539: 3)

และในช่วงปี พ.ศ. 2527 จึงเกิดการผลักดันให้เกิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ โดยกรมประชาสงเคราะห์ (มาลินี วงษ์สิทธิ์ 2545: 7-11) หลังจากนั้น ก็จัดการสัมมนาชมรมต่อเนื่องกัน 3 ปี และผลักดันให้เกิด “สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2532 และในท้ายที่สุดก็ช่วยผลักดันนโยบายต่างๆ ด้านผู้สูงอายุในช่วงหลัง (ปิยากร หวังมหาพร, 2546) อันยืนยันให้เห็นถึงคุณค่าผู้สูงอายุ

ด้านที่หก ความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ เป็นอีกหนึ่งในอัตลักษณ์ผู้สูงอายุที่สืบทอดเนื่องจากสังคมเกษตรกรรม แม้สังคมจะเปลี่ยนสู่สังคมอุตสาหกรรมความกตัญญูก็ยังไม่เลือนหายไป เพียงแต่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถาบันต่างๆ เช่น สถาบันรัฐก็ใช้แนวทางความกตัญญูต่อผู้สูงอายุผ่านการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ การจัดตั้งบ้านพักคนชรา การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แม้ในด้านหนึ่งอาจมองดูว่าเป็นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่า อีกด้านหนึ่งก็คือการตอบแทนผู้สูงอายุด้วย ดังที่ปรากฏในข้อความในหนังสือดังนี้

เมื่อเป็นเช่นนี้สมควรทบทวนและกระทำสิ่งที่ควรกระทำได้หรือยังว่า การจัดรัฐสวัสดิการเพื่อให้คนสูงอายุมีหลักประกันนั้น จะเป็นทางหนึ่งของการกอบกู้ศีลธรรมอันมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่กตัญญูตเวทิตาเพื่อตอบแทนที่ท่านผู้สูงอายุเคยกระทำไว้แก่สังคม ทั้งเป็นนิมิตหมายแห่งการสงเคราะห์ด้วยเมตตา กรุณา และตั้งใจให้คนประกอบอาชีพสัมมาชีวะโดยมิพ้องต้องกังวลกอบโกยไว้สำหรับบันปลายเฉพาะตนตามลำพัง

(เจก ธนะศิริ อ้างถึงใน จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2539: 24)

หลักฐานที่ชี้ชัดให้เห็นถึงความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ ก็คือ การประกาศให้วันที่ 13 เมษายน โดยเริ่มในปี พ.ศ. 2526 เป็น “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” ครั้งแรก ตลอดจนกำหนดให้มีสัญลักษณ์เป็นดอกกลาดวน เพื่อเป้าหมายความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ ดังปรากฏในข้อความนี้

รัฐบาลได้ประกาศให้วันที่ 13 เมษายน ของปี 2526 เป็นปีแห่งการเริ่มต้น ให้มีวันซึ่งเรียกว่า วันผู้สูงอายุแห่งชาติ และกรมประชาสัมพันธ์ได้จัดให้วันนั้นเป็นวันแสดงความกตัญญูต่อผู้สูงวัย ได้มีการให้เครื่องหมายสำหรับวันผู้สูงอายุเป็นดอกกลาดวน...ความหมายที่สำคัญในการนำเอาดอกกลาดวนมาเป็นเครื่องหมายของวันผู้สูงอายุ ก็อยู่ที่ลักษณะของดอกเป็นสำคัญ กลีบดอกกลาดวนจะไปตรงกับวงจรของการเป็นครอบครัว คือ พ่อ แม่ ลูก ซึ่งต่างก็มีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น หากขาดฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแล้วก็จะทำให้วงจรชะงักงันไม่สมบูรณ์

(จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2539: 124)

ภาครัฐยังตอกย้ำความกตัญญูต่อผู้สูงอายุดังปรากฏอยู่ในกฎหมายของผู้สูงอายุ ทั้งกฎหมายอาญา ห้ามมิให้ทำร้ายผู้สูงอายุ มาตรา 307 และ 308 (สันติ ศิริธีระเจริญ, 2543) และกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ที่ต้องเลี้ยงดูบิดามารดา ตามมาตรา 1536 และการห้ามฟ้องบุพการี มาตรา 1562 (ปิยากร หวังมหาพร, 2546) ดังนี้ “ผู้ใดจะฟ้องร้องบุพการีของตนเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญามีได้ แต่เมื่อผู้นั้นหรือญาติสนิทของผู้นั้นร้องขอ อัยการจะยกคดีขึ้นว่ากล่าวก็ได้” (มาตรา 1562 อ้างถึงใน ปิยากร หวังมหาพร, 2546: 88)

ประมวลกฎหมายดังกล่าวนับได้ว่าสืบต่อจากจารีตประเพณีของสังคมไทยในอดีตที่ต้องดูแลและกตัญญูต่อผู้สูงอายุ เมื่อสังคมพัฒนาสู่สังคมอุตสาหกรรมก็เกิดการพัฒนาเป็นกฎหมายให้เป็นสากล และในอีกด้านหนึ่งก็เพื่อที่จะบังคับด้านจิตใจและกฎหมายคู่กันไป

แม้แต่ในด้านการแพทย์ก็ยังระบุให้ลูกหลานดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุอีกด้วย โดยที่จุดต่างไปจากความกตัญญูทั่วไปก็คือ การเพิ่มคำศัพท์และเทคนิคทางการแพทย์เป็นเครื่องมือในการดูแลพ่อแม่ ดังหนังสือเรื่อง “คู่มือดูแลพ่อแม่” เขียนโดยแพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2552) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุในทางการแพทย์และการตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุ ดังระบุไว้ว่า

ดิฉันเป็นหมอดูแลผู้สูงอายุคะ แล้วทำไมต้องมีหนังสือเล่มนี้ขึ้น ดิฉันพบว่า มีผู้สูงอายุอีกมากมายที่ไม่ได้ป่วย แล้วไม่เข้ามาพบแพทย์ใช้ชีวิตต่อไปเรื่อยๆ บางท่านแถมที่ฟามากอาจจะค้นข้อมูลจากหนังสือหรืออินเทอร์เน็ตเป็นความรู้เพื่อดูแลตนเอง แต่ก็มีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากไม่ได้เป็นอย่างนั้น ลูกหลานดูแลกันไปตามที่เห็นว่าควร ... สำหรับผู้สูงอายุ พันธะหน้าที่ของผู้ดูแลคือการเลี้ยงดู (กาย ใจ) ทำนุบำรุงและเพิ่มขีดความสามารถของร่างกายและจิตใจที่มีอยู่ให้สามารถอยู่ต่อไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวันสุดท้าย

(สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552: 7)

ลูกหลานบางคนก็ดี มีปัญหาที่ถามถามบอกว่า เขาควรจะดูแลจัดการได้อย่างไร ถูกต้องเหมาะสมอย่างไร พออธิบายเขาก็เข้าใจนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งก็มีน้อยมาก แต่ลูกหลานอีกจำนวนหนึ่งพึ่งหมอมอย่างเดียว คิดว่า พาผู้สูงอายุมาหาหมอจะสามารถทำให้ท่านอยู่ดีมีสุข ซึ่งก็มีส่วนแต่คนสำคัญที่สุดก็คือลูกหลานซึ่งเป็นคนใกล้ชิดท่านมากที่สุด รับผิดชอบมองเห็นความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่าน เป็นคนที่ทำให้จิตใจท่านเป็นสุขได้

(สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552: 173)

ด้านที่เจ็ด การใช้ผู้สูงอายุเป็นตัวแทนสินค้า ในขณะที่ผู้สูงอายุในสังคมเกษตรกรรมวางอยู่บนความหมายด้านบวกคือ ผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ และเมื่อสังคมพัฒนาสู่สังคมอุตสาหกรรม แนวคิดดังกล่าวก็ยังคงดำรงอยู่ ส่วนหนึ่งภาครัฐก็ตอกย้ำด้วยการตั้งชมรมผู้สูงอายุ ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น และในเวลาเดียวกันภาครัฐกิจซึ่งเติบโตขึ้นมาในสังคมอุตสาหกรรม โดยเฉพาะโฆษณาก็นำภาพดังกล่าวเป็นสัญลักษณ์ที่แทนความหมายสินค้าว่า ทั้ง “เป็นผู้รู้และอยู่ยืนยาวนานไม่ต่างจากผู้สูงอายุ” ดังตัวอย่างโฆษณายุคแรกของสังคมไทย เช่น ยานัตถุหมอมิ ในปี พ.ศ. 2478 ก็ใช้ภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวแทนของผู้รู้หรือหมอเพื่อแนะนำยานัตถุให้กับคนรุ่นหลัง ดังรูปภาพที่ 12



๑๖๗ ยานัตถุ์หมอมมี ของห้างขายยานัตถุ์ สามแยก

ภาพจากหนังสือ ประชาชนเคราะห์ พ.ศ. ๒๔๗๕

ห้องสมุดเอนก นาวิกมูล ซีดี ๖๓๒

รูปภาพที่ 12 โฆษณายานัตถุ์หมอมมี

(ที่มา: เอนก นาวิกมูล, 2551: 143)

แม้โฆษณาในปัจจุบันก็ยังใช้ภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวแทนของผู้ผู้เฒ่าชาญ เช่น โฆษณายา รongเท้า บ้านจัดสรร อาหาร อีกทั้ง เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์อันดีของบริษัท ตัวอย่างเช่น โฆษณานมตราหมี ที่ใช้ภาพของหม่อมราชวงศ์ถนัดศรี สวัสดิวัฒน์ อุ่มหลานและเย็นนมตราหมีให้ โดยมีสโลแกนประกอบว่า “นมผงตราหมีนี้ดีมีอร่อย ทำจากนมสดด้วยวิธีการผลิตที่ทันสมัย มี วิตามิน โปรตีน แคลเซียม และเกลือแร่ ตอนเท่าหนู ปู๊ดี้มนมตราหมี”

แบบผง
ตราหมี
สำหรับเด็ก
วัยอยากรู้ อยากเห็น



“**น**มผงตราหมีนี้ดีมีประโยชน์ ทำจากนมสด
ด้วยวิธีการผลิตที่ทันสมัย มีวิตามิน
โปรตีน แคลเซียม และเกลือแร่
ตอนทาน นู๋ก็ดื่มนมตราหมี”

ตราหมี เพื่อคนที่คุณรัก

รูปภาพที่ 13 โฆษณานมตราหมี

(ที่มา: สารคดี ปีที่ 5 ฉ. 52 มิถุนายน 2525: 44)

ในทำนองเดียวกัน โฆษณาสินค้าที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ก็ยังใช้ภาพของ
ผู้สูงอายุด้วย เช่น น้ำมันไร้สารตะกั่วของ ปตท. แสดงภาพของไดโนเสาร์ ซึ่งเป็นตัวแทนของ
ผู้สูงอายุ แต่กลับเป็นผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญผู้ทันสมัย ที่รู้จักใช้น้ำมันไร้สาร ดังสโลแกนที่ว่า “ถึงจะแก่แต่ยัง
มีไฟอยู่” ดังรูปภาพที่ 14



รูปภาพที่ 14 โฆษณา ปตท.

(ที่มา: Trendy Man ปีที่ 1 น. 70 มิถุนายน 2541: 7)

อย่างไรก็ดี คำถามที่น่าขบคิดก็คือ ผู้สูงอายุจะถูกใช้ในสินค้าทุกประเภทเพื่อแทนความหมายของความรู้และความเชี่ยวชาญได้หรือไม่ และคำตอบที่ได้ก็คือ “ไม่ได้” ตัวอย่างเช่นสินค้าที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ความสวยงามมักจะไม่นิยมนำผู้สูงอายุเป็นตัวแทนคุณค่าความเชี่ยวชาญเพราะวิวัฒนาการของใบหน้าจะมีน้อยลงตามอายุ สิ่งนี้เป็นหลักฐานส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า ความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุที่เคยมีมาในสังคมเกษตรกรรมเริ่มลดลงในสังคมอุตสาหกรรม

การมุ่งเน้นภาพบวกของผู้สูงอายุนี้น่าจะมาจากสภาพของสังคมไทยยุคอดีตที่เน้นคุณค่าของผู้สูงอายุแล้ว ยังอาจมองได้ว่า ปริมาณผู้สูงอายุเริ่มมีมากขึ้น และทำให้บริษัทต่างๆ เริ่มหันมาให้ความสนใจกับผู้สูงอายุมากขึ้นในฐานะของผู้ที่บริโภคสินค้า กล่าวได้ว่า นี่อาจเป็นสัญญาณเบื้องต้นของการก้าวไปสู่ “การตลาดสีเทา” (grey market) หรือ “การตลาดของผู้สูงอายุ” ในยุคหน้า ดังจะกล่าวถึงในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความฉลาดที่จัดการได้”

ด้านที่แปด นโยบายผู้สูงอายุ เป็นการพิจารณาผู้สูงอายุทั้งในด้านบวกและลบ ควบคู่กันไป กล่าวคือ ในด้านหนึ่งก็คือ การส่งเสริมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทและผู้สูงอายุที่อ่อนแอต้องพึ่งพิง และในเวลาเดียวกันก็มองว่า ผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าและความสามารถอยู่เพียงแต่อาจมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น วัฒนธรรม จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ซึ่งต่างไปจากการส่งเสริมที่มองผู้สูงอายุอ่อนแอเพียงด้านเดียว

นโยบายผู้สูงอายุของไทยเริ่มต้นขึ้นใน พ.ศ. 2525 ส่วนหนึ่งมาจากปริมาณผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในประเทศ การยังไม่มียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุในภาพรวม กล่าวคือ ที่ผ่านมามีคนต่างทำ จึงเกิดแนวคิดที่ว่า น่าจะมีการรวมการทำงานเข้าด้วยกัน ซึ่งจะทำให้เกิดการทำงานที่ครอบคลุมดังที่ ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร นักวิชาการด้านผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

นโยบายจึงเปรียบเสมือนร่มใหญ่ที่ปกคลุมไปรอบอาณาเขตที่รับผิดชอบ การที่จะพิจารณาถึงบริการต่างๆ ที่จัดให้กับผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงนโยบายของรัฐที่มีต่อการจัดบริการด้านนี้เสียก่อน เพราะนโยบายของรัฐเป็นการใช้อำนาจของรัฐในการจัดสรรกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการทางสังคม ด้วยเหตุนี้ กิจกรรมต่างๆ จึงอยู่ภายใต้กรอบของนโยบาย

(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 53)

นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยที่มาจากการผลักดันจากภายนอกประเทศคือ สหประชาชาติให้ความสนใจต่อผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 50) และการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย พ.ศ. 2525 (ปิยากร หวังมหพร, 2546) ดังนั้น ในช่วงปีดังกล่าวคณะรัฐมนตรีจึงก่อตั้ง “คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ” ขึ้นเพื่อประสานการทำงานระหว่างกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ในประเด็นผู้สูงอายุ โดยคณะกรรมการประกอบด้วยบุคคลต่างๆ จากส่วนราชการ องค์การเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 25 คน ต่อมาพัฒนาเป็น “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ” (กสผ.) และปรับเป็น “คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ” (กผส.) ตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 โดยมีบทบาทหน้าที่การกำหนดนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุ การจัดการกองทุนผู้สูงอายุ การเสนอความคิดเห็นต่อคณะรัฐมนตรีในประเด็นผู้สูงอายุ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 50-52)

สำหรับในยุคแรก ปิยากร หวังมหพร (2546: 202) มองว่า นโยบายผู้สูงอายุเป็นนโยบายที่กำหนดจากข้าราชการในแวดวงการแพทย์และสังคมสงเคราะห์ อันทำให้นโยบายใน

ยุคแรกจะมองผู้สูงอายุต้องได้รับความช่วยเหลือและตอบแทนบุญคุณ แต่ก็ยังคงมีร่องรอยของการมองผู้สูงอายุในฐานะความมีคุณค่าอยู่ด้วย ส่วนในยุคถัดไป (นับตั้งแต่ทศวรรษที่ 2540) จะเริ่มพิจารณาผู้สูงอายุมีคุณค่ามากกว่าและเน้นการให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้นและให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นด้วย (ดังจะกล่าวถึงในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้”)

นโยบายในยุคแรก ประกอบด้วยนโยบายสองฉบับ คือ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) และนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554)

นโยบายฉบับแรก หรือแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 เป็นแผนแม่บทสำหรับผู้สูงอายุฉบับแรก ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549: 54) สรุปว่า

แผนนี้เป็นเสมือนแผนแม่บทสำหรับองค์การต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยทิศทางของแผนกำหนดให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่นและได้รับความเคารพนับถือดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ส่วนผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองและครอบครัวได้ ควรได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนตามความถนัดของบุคคล

นโยบายในฉบับแรกมีลักษณะในภาพกว้างๆ จำแนกเป็น 5 ด้านคือ (1) นโยบายสุขภาพ คือ ส่งเสริมบริการสุขภาพ (2) การศึกษา คือ การเร่งรัดให้มีการส่งเสริมการศึกษาตลอดชีพ (3) ความมั่นคงของรายได้และการทำงาน คือ การให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุด้านรายได้และหากพึ่งพาตนเองไม่ได้ รวมถึงสนับสนุนให้ทำกิจกรรมตามความสามารถ (4) สังคมและวัฒนธรรม คือ ปลุกฝังค่านิยมด้านการเห็นคุณค่าและความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ และ (5) สวัสดิการสังคม คือ การเร่งรัดพระราชบัญญัติประกันสังคม ที่ให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการต่างๆ และขยายบริการในรูปศูนย์บริการหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

ภายใต้แผนแม่บทฉบับแรก ถือเป็นการมองผู้สูงอายุที่แตกต่างหลากหลาย ทั้งในด้านของความอ่อนแอที่ภาครัฐต้องสนับสนุน รวมถึงการพิจารณาว่าผู้สูงอายุที่ดีควรเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ใต้บริบทสังคมไทยคือครอบครัวเป็นผู้ดูแลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อ

ประโยชน์ของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งการมุ่งเน้นการสร้างคุณค่าแก่ผู้สูงอายุให้คนในสังคม
อุตสาหกรรมได้ยังคงตระหนกอยู่

และจากการพิจารณาผลการดำเนินงานจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุพบว่า
แผนในยุคดังกล่าวยังไม่ก่อให้เกิดผลกระทบเท่าที่ควร เพราะขาดการดำเนินการของรัฐและผู้มี
อำนาจ (ปิยากร หวังมหพร, 2546: 18 และสมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป.: 161) แต่อย่าง
น้อยก็ทำให้เกิดความสนใจต่อประเด็นผู้สูงอายุในสังคมไทยได้ เช่น การประกาศ “วันผู้สูงอายุ
แห่งชาติ” ซึ่งถือเป็นการตอกย้ำคุณค่าผู้สูงอายุ อีกทั้งการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอีกครั้ง ในปี พ.ศ.
2526 ณ โรงพยาบาลสงฆ์ และผลักดันให้เกิดชมรมทั่วประเทศโดยกระทรวงมหาดไทย จนในที่สุด
ก็พัฒนาสู่การจัดตั้งเป็น “สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย” และหน่วยงานดังกล่าวก็ยังผลต่อ
การผลักดันนโยบายผู้สูงอายุในฉบับที่สอง นอกจากนั้น ยังกระตุ้นให้บังคับใช้พระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. 2497 โดยสามารถใช้ได้จริง พ.ศ. 2533 และในส่วนกรณีประกันสุขภาพคือปี
พ.ศ. 2541 ซึ่งถือเป็นประเด็นเรื่องการให้สวัสดิการผู้สูงอายุ (ปิยากร หวังมหพร, 2546)

เมื่อแผนฉบับแรกอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จึงเริ่มจัดทำแผนฉบับที่
สองคือ นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) เกิดขึ้นในช่วงปี
พ.ศ. 2534 ในสมัยรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน โดยผู้ผลักดันก็คือ “สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่ง
ประเทศไทย” เพื่อที่จะให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ไม่ใช่ผู้สูงอายุในเมืองหรือในระบบ
ราชการเท่านั้น ดังที่ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร บันทึกไว้ว่า

เนื่องจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้รับคำร้องเรียนจากผู้สูงอายุแห่ง
ประเทศไทยฯ เป็นส่วนมากให้รัฐบาลมีนโยบายการให้บริการสวัสดิการผู้สูงอายุ
ขอให้รัฐบาลได้กระจายบริการด้านต่างๆ โดยเน้นเรื่องการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ
ยากจนในส่วนภูมิภาคได้รับสวัสดิการมากขึ้น

(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 57)

ทั้งนี้ สาระสำคัญของนโยบายฉบับนี้จะมีทั้ง (1) นโยบายด้านสังคม คือ การ
เร่งรัดป้องกันปราบปรามอาชญากรรมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ และการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่
ประชาชนที่มีรายได้น้อยและเกื้อกูลผู้สูงอายุ ซึ่งเท่ากับว่าเป็นการขยายสู่ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีโอกาส
น้อย ส่วน (2) นโยบายด้านสวัสดิการสังคม จะเน้นทั้ง (2.1) การให้บริการเรียนรู้ด้านสุขภาพ
แก่ผู้สูงอายุ (2.2) การให้บริการพื้นฐานและสวัสดิการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ (2.3) การให้
ผู้สูงอายุทำงานตามความถนัด (2.4) การส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว (2.5) การสนับสนุนให้

สถาบันศาสนามีบทบาทต่อผู้สูงอายุมากขึ้นในด้านเผยแพร่คุณธรรมและที่พึ่งทางใจต่อผู้สูงอายุ (2.6) การส่งเสริมให้ชุมชนและเอกชนจัดสวัสดิการและบริการผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสม (2.7) การผลิตบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ (2.8) การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้เป็นระบบ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 58) กล่าวได้ว่าเป็นการขยายการมองผู้สูงอายุทั้งการช่วยเหลือสนับสนุนแล้ว ยังส่งเสริมผู้สูงอายุในหลายด้านทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ความสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ต่อยอดอัตลักษณ์ผู้สูงอายุมีคุณค่า

ผลจากแนวทางดังกล่าว จึงเริ่มขยับจากการสงเคราะห์ผู้สูงอายุจากบ้านพักคนชราไปสู่ “เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยากจนทั่วประเทศ การก่อตั้งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ผู้สูงอายุในด้านการแพทย์ และในปี พ.ศ. 2536 ก็กำเนิดโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่า (ปิยากร หวังมหพร, 2546)

นอกจากนั้น นโยบายในฉบับที่สองยังเริ่มปูทางไปสู่นโยบายในอนาคตอีกสองฉบับ (คือ แผนผู้สูงอายุระดับชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546) ที่ผู้สูงอายุเริ่มเข้ามามีบทบาทกำหนดนโยบายโดยผ่านกระบวนการประชาพิจารณ์ และการมีส่วนร่วมตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 (ปิยากร หวังมหพร, 2546) (ดังจะกล่าวถึงในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความซราที่จัดการได้”)

(4) จิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นมิติที่สัมพันธ์กับศาสนา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นร่องรอยที่สืบต่อเนื่องจากสังคมเกษตรกรรม ที่แม้สังคมไทยจะก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรมก็ตาม แต่ความเชื่อในศาสนาก็ยังดำรงอยู่ไม่เสื่อมคลาย โดยเฉพาะการปฏิบัติตนต่อผู้สูงอายุทั้งด้านการเกิดแก่เจ็บตาย และความกตัญญู ซึ่งจะช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมยุคอุตสาหกรรมสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขไม่ทุกขร้อนโดยเฉพาอย่างยิ่งในภาวะหลังจากการเกษียณอายุ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญมากในสังคมอุตสาหกรรมดังที่กล่าวไปบ้างแล้วในหัวข้อจิตใจ แต่สำหรับหัวข้อนี้ การแก้ไขปัญหามีใช่แต่เพียงการใช้ศาสตร์ด้าน “จิตวิทยา” แก้ไขปัญหา แต่รวมถึงการใช้มิติจิตวิญญาณแก้ไขด้วย ดังปรากฏในหนังสือ “จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย” ของ ศ.ดร.ศรีเรื่อน แก้วกังวาล (2549) ได้ยกธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ ที่เขียนขึ้นโดยพระธรรมปิฎก มาไว้ในหนังสือเล่มดังกล่าวด้วย เท่ากับเป็นการผสมวิชาจิตวิทยาเข้ากับศาสนา

ภายในงานของพระธรรมปิฎก (2538) ได้ชี้ให้เห็นถึงธรรมะสำหรับผู้ที่กำลังจะเกษียณอายุว่า การเกษียณอายุเป็นเรื่องปกติไม่มีใครหยุดยั้งได้ตามกฎไตรลักษณ์ แต่อาจมองได้ว่า เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต ดังที่กล่าวไว้ว่า

การเกษียณอายุราชการเป็นเรื่องของความเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งในชีวิต สำหรับท่านเจ้าของอายุเองย่อมรู้สึกว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญมาก อย่างไรก็ตามถ้าเรามองแค่เป็นการเปลี่ยนแปลงก็ไม่ใช่ไร แต่บางท่านมองเป็นการสิ้นสุด ถ้ามองเป็นการสิ้นสุดก็จะทำให้รู้สึกว่า ตัวเองมาถึงเวลาที่หมดสิ้นตำแหน่ง ฐานะ เกียรติยศ อำนาจ และการได้รับความเคารพนับถือต่างๆ แล้ว ก็ว่าเหว่ เหงา สิ้นหวัง หรือท้อแท้ใจ การมองอย่างนั้น ที่จริงน่าจะไม่ใช่ ความจริงการเกษียณอายุราชการไม่ใช่เป็นความสิ้นสุดหรือความสูญเสีย แต่เป็นเพียงความเปลี่ยนแปลง

(พระธรรมปิฎก, 2538: 27)

เช่นเดียวกับธรรมเทศนาของหลวงพ่อดุญฐานันท์ภิกขุ (2528: 3) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความแก่เป็นเรื่องธรรมดา “สมัยนี้เขาไม่เรียกคนสูงอายุว่าคนแก่ ใจไม่สบาย เพราะเราไม่ค่อยชอบความแก่ ทั่วๆ ที่ความแก่นั้น เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนยังต้องแก้ด้วยกันทั้งนั้น”

นอกจากนั้น เมื่อแก่แล้วยังต้องมองเรื่องการเสื่อมลาภ ยศ สรรเสริญ เป็นสิ่งธรรมดา ที่เราควรเตรียมใจอีกด้วย

ขอให้มองง่าย ๆ อย่างน้อยหลายท่านเมื่ออยู่ในตำแหน่งราชการ เคยมีเกียรติยศ มีฐานะต่างๆ ไปไหน ถ้าเป็นผู้ใหญ่ อย่างเป็นอธิบดี เป็นผู้ว่าราชการจังหวัด พอไปที่นั่นที่นี้ ก็ได้รับเกียรติ ได้รับยกย่อง คนคอยกุ๊กก๊อ ล้อมหน้าล้อมหลัง เสนอตัวรับใช้อะไรต่างๆ พอเกษียณอายุราชการ อะไรต่างๆ ก็เปลี่ยนไปแบบฉับพลันทันที แทบจะว่า วันรุ่งขึ้นหรืออีกสัปดาห์ต่อมา พอไปในที่เก่าที่เคยไป ไม่ค่อยมีใครสนใจ อาจจะไม่มีใครกุ๊กก๊อต้อนรับ บางท่านเมื่อประสบเข้าอย่างนี้เลยเกิดความรู้สึกใจฝ่อห่อเหี่ยว สิ้นกำลังใจ เมื่อต้องอยู่ต่อไปภาวะอย่างนั้น ชีวิตก็เหี่ยวเฉา ความเหี่ยวเฉานี้เป็นผลร้ายต่อชีวิต

(พระธรรมปิฎก, 2538: 29)

- พระธรรมปิฎก ยังให้ข้อเสนอสําหรับผู้สูงอายุว่า ควรจะประพฤติตนให้อยู่ในธรรมะหรือ “ธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ” เช่น การมองไปข้างหน้าหรือจุดมุ่งหมายของชีวิต ทั้งตามที่ตาเห็น เช่น ทรัพย์สิน การยอมรับของสังคม สุขภาพที่แข็งแรง ครอบครัวมีสุข รวมถึงประโยชน์ที่ตามองไม่เห็น ที่ทำให้ชีวิตมีคุณค่า มีความสุขทางใจ และที่สำคัญคือประโยชน์ที่ชีวิตมีความเป็นอิสระ ไม่ยึดมั่นถือมั่น ซึ่งเรียกว่า “โลกธรรม”

ในส่วนของโลกธรรมนี้ พระธรรมปิฎก ได้ยกหลักธรรมที่จะทำให้อายุยืน คือ “อิทธิบาท 4” ซึ่งแปลว่า ทางแห่งความสำเร็จ หรือธรรมะที่จะให้ถึงความสำเร็จ ประกอบด้วย ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา อันหมายถึง การรักงาน สู้งาน ใส่ใจในงาน และทำงานด้วยปัญญา ดังที่พระธรรมปิฎก ได้เสนอว่า

อิทธิบาท 4 นี้แหละเป็นหลักการสำคัญที่จะทำให้อายุยืน เพราะทำให้ชีวิตของเรา มีกำลัง แล้วก็มีทางเดินที่มุ่งไปข้างหน้าสู่จุดหมาย ซึ่งทำให้ชีวิตมีความหมายที่จะ อยู่ต่อไป ไม่ใช่อยู่อย่างเลื่อนลอย นอกจากนั้น ยังเป็นตัวตัดอารมณ์ ปองกันสิ่งที่ไม่ควร จะเข้ามาครอบงำจิตใจและชีวิตของเรา ทำให้ชีวิตปลอดโปร่งโล่งเบาด้วย เมื่อข้างในตัวมีพลัง ทางเดินที่จะไปข้างหน้าก็แน่ชัด ข้างนอกไม่มีอะไรมาขัดขวาง ชีวิตก็ยืนยาวยืดขยายอายุออกไป

(พระธรรมปิฎก, 2538: 45)

พระธรรมปิฎก ยังชี้ให้เห็นธรรมะอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุอีก อาทิ หลักพรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา เพื่อที่จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้จริง

การตระหนักในศาสนาไม่เพียงแต่พระจะเป็นผู้สั่งสอนเท่านั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัย สูงอายุและมีคุณวุฒิก็มักจะนำธรรมะมาสั่งสอนอีกทอดหนึ่ง ดังปรากฏในคู่มือผู้สูงอายุ เช่น “ฉัน จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข” ของ ศ.นพ.เสนอ อินทรสุขศรี (ม.ป.ป.) ซึ่งจัดพิมพ์โดยสำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และ ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็ให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวได้ อย่างมีความสุขถึง 23 ข้อ และหนึ่งในนั้นคือข้อที่ 15 ก็เน้นย้ำมติเชิงจิตวิญญาณความว่า

15. เมื่อฉันเข้าสู่วัยสูงอายุ ฉันจะแสวงหาความจริงของชีวิต ฉันจะแสวงหาหลัก ยึดมั่นไว้ในใจที่จะได้จากคติคำสอนต่างๆ ที่จะช่วยให้ฉันมีสุขภาพจิตดีเสมอ จะ ยึดไตรสรณะเป็นที่พึ่ง พระธรรมคำสอนในพระศาสนา คงจะช่วยกล่อมเกล้าให้ ฉันเกิดสติปัญญา รู้จริง เห็นจริงในความแท้จริงของชีวิตได้

(เสนอ อินทรสุขศรี, ม.ป.ป. : 14)

เช่นเดียวกันกับหนังสือเรื่อง “เคล็ดความสุขสำหรับผู้อาวุโส” ซึ่งเขียนขึ้นโดย ศ.ดร.ระวี ภาวิไล (2545) ก็สอนให้ผู้สูงอายุปล่อยวางหรือปลงตามหลักอนัตตา ซึ่งเป็นหนึ่งใน กฎไตรลักษณ์ว่า

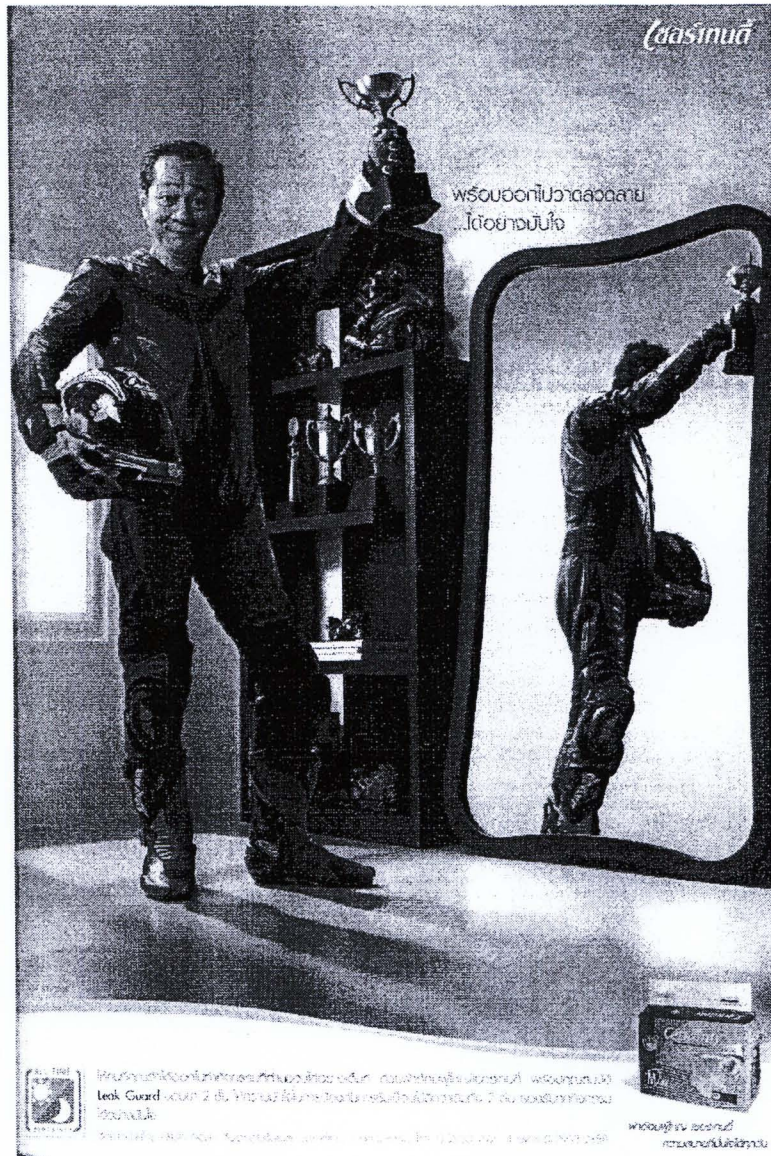
เราทุกคนมันก็โง่งนะ นี่ถ้าเรียกว่า “อวิชชา” ก็ได้ มันโง่งมันไม่รู้จักความจริง มันรู้แต่สิ่งที่ไม่จริง เราคิดว่าเรารู้สารพัด แต่เราไม่ได้รู้อะไร เราไม่รู้จักชีวิตของเรา เพราะฉะนั้นท่านใช้คำว่า “อวิชชา” ท่านใช้คำว่า “โมหะ” แต่ภาษาไทยที่ตรงจริงๆ ตรงที่สุดเลย คือ “โง่” คำเดียวโดดๆ เลย เมื่อโง่แล้วมันยึด ยึดไฉนโนน ยึดไฉนนี้ ยึดสารพัด ยึดเก้าอี้ ยึดอำนาจวาสนา ยึดชื่อเสียงเกียรติคุณ แม้กระทั่งยึดความรู้ ยึดหมด ยึดแล้วมันเป็นอย่างไร โง่แล้วยึด ยึดตัวเองที่มันไม่มี ตรงนี้สำคัญ พระพุทธเจ้าท่านบอกว่า สิ่งที่คุณคิดว่าเป็นตน ไม่ใช่ตนเป็นอนัตตา

(ระวี ภาวิไล, 2545: 14-15)

นอกเหนือจากการสอนให้ผู้สูงอายุปลง และสอนให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีความสุข สถาบันศาสนายังตอกย้ำธรรมะ “ความกตัญญูตถะ” สำหรับผู้คนทั่วไปอีกด้วย แนวคิดดังกล่าวปรากฏอยู่บ่อยครั้งในการเทศนาสั่งสอนในธรรมะ ดังเช่น ธรรมะเทศนาของหลวงพ่อบุญญานันทภิกขุ (2528: 6) กล่าวไว้ว่า “ถ้าเรามีผู้เฒ่าผู้แก่อยู่ในบ้านในเรือนของเรา ให้เอาใจใส่ท่านเป็นพิเศษ ในเรื่องการกินอยู่ การพักผ่อนหลับนอน การนุ่งห่ม ทุกอย่างให้ท่านสบาย ตามหลักการในทางพระศาสนาเรียกว่า ปฏิบัติให้สบายทุกอย่างในเรื่องปัจจัย 4”

การผลิตซ้ำความกตัญญูรู้คุณ ยังแทรกอยู่ในกิจกรรมที่สถาบันรัฐ การแพทย์ (ดังที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น) และแม้แต่ในมิติเศรษฐกิจ คือ สถาบันโฆษณาาก็เริ่มขายสินค้าเพื่อตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุ เช่น ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ อาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น โฆษณาดังกล่าวจะให้ภาพของผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวอย่างมีความสุขพร้อมทั้งการใช้สินค้าที่ลูกหลานซื้อหามาให้เพื่อความกตัญญู ดังเช่น โฆษณาผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ “เซอร์เทนดี” ที่มีข้อความว่า “พร้อมออกไปวาดลวดลาย...ได้อย่างมั่นใจ” และคำโปรยตอนท้ายว่า “ให้คนที่คุณรักได้ออกไปทำกิจกรรมที่ท่านชอบได้อย่างเต็มที่ด้วยผ้าอ้อมเซอร์เทนดี” ดังรูปภาพที่ 15





รูปภาพที่ 15 โฆษณาผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่
(ที่มา: กุลสตรี ปีที่ 36 ฉ. 380 กันยายน 2550: 78)

หากมองโดยรวมปัญหาของผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมมีมากและเข้มข้นมากกว่าเดิม จึงทำให้ศาสนาก้าวเข้ามามีบทบาทในการจัดการจิตใจและจิตวิญญาณผู้สูงอายุ โดยสอนให้รู้จักการปลงและการปฏิบัติตัวอย่างมีความสุข อีกทั้งการสั่งสอนให้บรรดาคนรุ่นใหม่ให้รู้จักความกตัญญูทดแทนที่ที่สำคัญคือ มิได้แต่เป็นบทบาทหน้าที่ของพระสงฆ์เท่านั้น ผู้สูงอายุที่เป็นผู้หลักผู้ใหญ่ก็ก้าวเข้ามามีบทบาทในการเตือนใจผู้สูงอายุด้วย โดยใช้หลักธรรมศาสนาควบคู่กับหลักจิตวิทยาผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุป จากการวิเคราะห์เนื้อหาบทความผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งจำแนกออกเป็น กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า

ในด้านกาย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงการมองร่างกายจากที่เชื่อมโยงไปตามศาสนาในอดีต แต่กลับกลายเป็นแม้กายจะเสื่อมโทรม แต่สถาบันการแพทย์ก็ก้าวเข้ามามีบทบาทในการจัดการร่างกาย นับตั้งแต่การกำหนดและ “จำแนก” อายุผู้สูงอายุในวัย 60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่อ่อนแอ จึงต้องรักษา ป้องกัน สร้างเสริม และฟื้นฟูร่างกายดังกล่าวให้ดีเฉกเช่นเดิมไม่มากนักน้อย ทั้งด้วยยา การผ่าตัด ฯลฯ

ด้วยอิทธิพลทางการแพทย์ที่มองร่างกายในด้านความเสื่อมโทรมอ่อนแอ ประกอบทั้งการเกษียณอายุยิ่งทำให้บทบาทผู้สูงอายุลดลงไป ส่งผลให้จิตใจผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหา และต้องใช้วิชาจิตวิทยาผู้สูงอายุ รวมถึงศาสนาเข้ามาช่วยแก้ไข ซึ่งถือเป็นตัวอย่างของการประสานเครือข่ายอำนาจ (network of power) ของวาทกรรมความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ทั้งสถาบันการแพทย์ รัฐ ศาสนา

ส่วนด้านสังคมก็พบว่า มีทั้งการได้รับอิทธิพลจากสถาบันการแพทย์ที่มองร่างกายผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ทำให้สังคมเริ่มมองผู้สูงอายุในฐานะ “ชราภาพ” อีกทั้งสถาบันเศรษฐกิจเริ่มขายสินค้าและผลิตภัณฑ์เพื่อรักษาและป้องกันมิให้เกิดความชราได้ นอกจากนั้น สถาบันรัฐก็เริ่มกำหนดนโยบายการเกษียณอายุตามแนวทางของการแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุก็กลายเป็นผู้ที่ถูกมองว่าอ่อนแอควบคู่กับการที่รัฐเริ่มวางนโยบายการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

ในทางตรงกันข้าม สภาพสังคมในอดีตที่ยกย่องผู้สูงอายุทั้งในด้านผู้รู้และผู้มีพระคุณ ก็ยังส่งผลต่อเนื่องในสังคมอุตสาหกรรม โดยที่ผู้มีพระคุณยังคงสามารถฝังแน่นในสังคมได้ภายใต้กลไกศาสนาเรื่องความกตัญญู แต่สำหรับมิติด้านผู้รู้อาจจะมีพลังไม่รุนแรงเท่า และมักจะถูกลดระดับลงเหลือความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่กระนั้นผู้สูงอายุก็ยังได้รับการยกย่องมีคุณค่า เช่น การรวมตัวเป็นชมรมผู้สูงอายุ และความเชี่ยวชาญในสินค้า

และที่สำคัญคือ ในช่วงหลังสังคมอุตสาหกรรมก็เริ่มมีการผนวกแนวทางการมองผู้สูงอายุ ทั้งความอ่อนแอและยกย่องผู้สูงอายุไปในคราวเดียวกัน ดังปรากฏหลักฐานในนโยบายผู้สูงอายุ ฉบับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

สำหรับมิติจิตวิญญาณ ก็พบว่า ศาสนา ยังคงแทรกซึมอยู่ในเนื้อหาวาทกรรมผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม ทั้งกฎไตรลักษณ์ ธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ และความกตัญญูรู้คุณ ยังคงมีความสำคัญทั้งสถาบันศาสนาเป็นผู้บอกกล่าวและขยายไปสู่สถาบันรัฐ การแพทย์ และเศรษฐกิจที่ขายสินค้าเพื่อตอบแทนผู้สูงอายุด้วย

เนื้อหาวาทกรรมผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมจึงมีความหลากหลาย โดยเนื้อหาหลักก็คือการมองผู้สูงอายุในฐานะความอ่อนแอตามวาทกรรมการแพทย์ และส่งผลต่อเนื่องสู่มิติจิตใจ

สังคม และจิตวิญญาณ ยิ่งกว่านั้น ยังทำให้สถาบันต่างๆ ทั้งภาครัฐ เศรษฐกิจ และการสื่อสาร เริ่มเข้ามาประสานพลังและแพร่กระจายวาทกรรมดังกล่าวไปในวงกว้าง

อย่างไรก็ตาม ยังมีเนื้อหาวาทกรรมรองที่ปรากฏในสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ต่อเนื่องจากสังคมเกษตรกรรม คือ ผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ แต่เป็นวาทกรรมที่เริ่มอ่อนแอลงในยุคนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพราะถูกวาทกรรมเบียดแทรก ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ เนื้อหาวาทกรรมรองดังกล่าวพยายามต่อสู้เพื่อมิให้ถูกเนื้อหาวาทกรรมหลักครอบงำทั้งหมด ดังปรากฏในโฆษณาและชมรมผู้สูงอายุ

1.2 ประเภทวาทกรรม

ประเภทวาทกรรมจำแนกเป็น 6 ประเภท คือ การอธิบาย การโต้แย้ง การยกตัวอย่าง การเปรียบเทียบ การสั่งสอน และการสาธิต วาทกรรมทั้ง 6 ประเภทนี้ จะมีจุดต่างไปจากวาทกรรมในยุคเกษตรกรรม สิ่งที่เห็นได้เด่นชัดคือ ไม่ใช่แต่เพียงการใช้ “ภาษาพูด” เท่านั้น แต่จะใช้ภาษาภาพ ตัวเลข กราฟ ตลอดจนการใช้อุปกรณ์และการสาธิตเพื่อที่จะแสดงให้เห็นอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคสังคมอุตสาหกรรมที่จัดการโดยสถาบันต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นรัฐ การแพทย์ สังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการสื่อสาร รายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) **การอธิบาย** เป็นประเภทวาทกรรมที่ต้องการขยายความให้ผู้รับสารได้รับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการอธิบายลักษณะและปัญหาของผู้สูงอายุในยุคสังคมอุตสาหกรรม ดังเช่น การอธิบายให้เห็นถึงความหมายของผู้สูงอายุว่าคืออะไร ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“บางคนเรียกวัยสูงอายุว่าเป็นวัยทอง เพราะเป็นวัยที่เราเกษียณอายุจากการทำงาน ชีวิตหลังเกษียณ เรามีเวลาเป็นของตนเอง มีเวลาว่างมากกว่าเมื่อยังต้องทำงานราชการ หรือประกอบอาชีพ ทำให้มีโอกาสได้ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น” (สมพร เทพสิทธิ์า, 2549: 7)

“ในทางชีววิทยาแล้วความแก่หรือชราภาพ หมายถึงการสูญเสียความสามารถในการทำงานทางสรีรวิทยาของร่างกายที่เสื่อมถอยลงจนสุดท้ายทำให้สิ่งมีชีวิตถึงแก่ความตาย” (นัยพินิจ คชภักดี, 2538: 112)

รวมถึงแสดงให้เห็นด้วยว่า ผู้สูงอายุในยุคใหม่นี้จำเป็นต้องปรับตัวปรับใจมิฉะนั้นจะไม่ทันต่อสถานการณ์ ดังที่ ศ.ดร.ระวี ภาวิไล ให้ความเห็นว่า

การที่เราคิดว่าเราประสบการณ์สูง รู้อะไรต่ออะไร แต่โลกมันเปลี่ยนแปลงไป มันไม่เหมือนเดิมแล้ว เด็กๆ เดี่ยวนี้ต้องไปเที่ยวกับเพื่อนฝูงดีกว่า ดื่นๆ สนุกสนาน คำคืบไปเที่ยวเตร่ เราจะไปเที่ยวบนว่าอะไร พ่อแม่เขายังไม่ว่า เราจะไปว่าเขาได้อย่างไร ก็อย่างที่ว่า เราต้องรู้สึกว่ายุคสมัยสังคมเปลี่ยนไป สิ่งที่เราบอกว่าเป็นวิถีทางของคนในสมัยเรา เราจะมาใช้กับคนสมัยปัจจุบันไม่ได้แล้ว เพราะฉะนั้นอย่าไปคิดว่า “อาบน้ำร้อนมาก่อน” โลกมันไม่ได้เป็นอย่างเดิมแล้ว โลกมันเปลี่ยนแปลงไปแล้ว เราไม่รู้ทันโลก แล้วเราก็ตือดร้อนไปเอง

(ระวี ภาวิไล, 2545: 35)

นอกจากนั้น หัวใจของประเภทวาทกรรมการอธิบายในยุคสังคมอุตสาหกรรม ก็คือ การแสดงให้เห็นถึงความหมายที่สถาบันต่างๆ พยายามกำหนดความหมายหรืออัตลักษณ์ของผู้สูงอายุตามศาสตร์ต่างๆ ของตน หากเป็นสถาบันทางการแพทย์ก็จะใช้ศัพท์หรือข้อความทางการแพทย์และกำหนดร่างกายของผู้สูงอายุคือปัญหาที่ต้องจัดการ ดังตัวอย่างเช่น การอธิบายความหมายของคำว่า เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการอธิบายปัญหาของชายวัยทอง ดังนี้

เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric medicine) คือ สาขาวิชาทางการแพทย์ที่มีความรู้ทางอายุรศาสตร์เป็นพื้นฐานอันเกี่ยวกับการวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยสูงอายุ และรวมถึงระบบวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน อย่างไรก็ตาม เวชศาสตร์ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากอายุรศาสตร์ทั่วไปเนื่องจากเวชศาสตร์ผู้สูงอายุครอบคลุมกว้างขวางมากกว่าโดยเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู

(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 63)

คำว่าชายวัยทองนั้น เกิดมาจากการตั้งชื่อให้เทียบเคียงกับสตรีวัยทอง เพราะผู้ตั้งชื่อนั้นต้องการให้เห็นถึงความสำคัญของวันนี้ทั้งในสตรีและผู้ชาย คำนี้เองหมายถึงชายที่มีปัญหาบกพร่องฮอร์โมนเพศชายเมื่อสูงอายุ หรือ Partial Androgen Deficiency in Aging Male (PADAM) ซึ่งต่อมาภายหลังเรียกสั้นลงว่า Androgen Deficiency in Aging Male (ADAM) แทนที่จะเรียกว่าชายวัยหมดฮอร์โมนเพศชาย (andropause)

(ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร และคณะ, 2544: 66)

สำหรับภาครัฐ ก็ใช้ภาษาทางการและภาษากฎหมายเพื่อจะอธิบายและจัดการผู้สูงอายุทั้งด้านบวกและลบ ดังการกำหนดกฎเกณฑ์การจัดการร่างกายผู้สูงอายุในแง่ลบด้วยการเกษียณอายุราชการตามกฎหมาย ดังนี้

การกำหนดอายุเกษียณในราชการไทยนับตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบันใช้หลักการเกษียณอายุแบบบังคับ (compulsory retirement) โดยใช้อายุตัวบุคคลเป็นเกณฑ์กำหนด แต่ขณะเดียวกันเพื่อประโยชน์ของทางราชการก็ยินยอมให้ต่ออายุราชการได้ กล่าวคือ ข้าราชการทุกคนจะต้องเกษียณเมื่ออายุตัวเท่ากันทั้งหมด

(กองวิชาการ สำนักงาน ก.พ., 2533: 8-9)

ส่วนในด้านบวก ภาครัฐก็กำหนดให้ดูแลและกตัญญูผู้สูงอายุผ่านกฎหมายอาญาที่ระบุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและห้ามทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุ ดังมาตรา 307 ความว่า

ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย กายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือไม่ปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

(อ้างถึงในสันติ ศิริธีราเชษฎ์, 2543)

การอธิบายในสังคมยุคอุตสาหกรรมนี้ยังเน้นการใช้ “ตัวเลข” “กราฟ” “แผนภาพ” และ “ภาพ” ประกอบ เนื่องจากวางอยู่บนการสำรวจทางด้านวิทยาศาสตร์ ประชากรศาสตร์ อันจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

การอธิบายด้วยตัวเลขมักจะวางอยู่บนส่วนนำหรือส่วนเกริ่นนำของข่าว บทความ หนังสือต่างๆ เพื่อชี้ให้เห็นถึงวิกฤติของผู้สูงอายุในสังคมที่มีปริมาณมากขึ้น เช่น

ผู้สูงอายุมีความสำคัญไม่แพ้เพราะจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) แล้ว โดยในปี พ.ศ. 2550 จำนวนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนถึง 7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.7

(พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2552: 7)

ประชากรซึ่งในปีปัจจุบันมีจำนวนรวมทั้งราชอาณาจักร 66.48 ล้านคน จะยังคงเพิ่มจำนวนไปเรื่อยๆ แต่เพิ่มขึ้นในอัตราการเพิ่มที่ลดลง จำนวนประชากรรวมจะเพิ่มขึ้นไปจนถึง 70.65 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 จากนั้นจำนวนประชากรรวมจะเริ่มลดลงเป็นประมาณ 70.62 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573

(วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2552: 4)

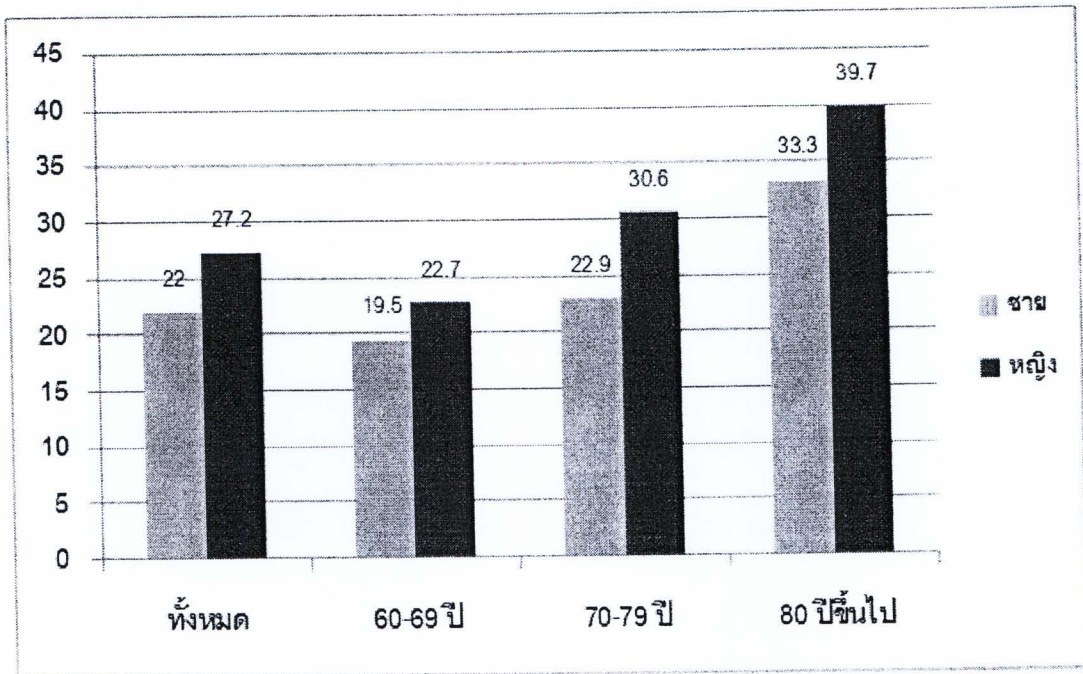
อย่างไรก็ดี เนื่องจากตัวเลขอาจทำให้มองไม่เห็นแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลง การอธิบายจึงต้องแปลงตัวเลขด้วยแนวทางต่างๆ และหนึ่งในแนวทางก็คือ การใช้ “ตาราง” ซึ่งช่วยให้เห็นการเทียบอดีตกับปัจจุบันได้ชัดเจน เช่น บรรลุ ศิริพานิช (2534: 2) ใช้ตารางเพื่อแสดงให้เห็นปริมาณผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยระบุว่า ประชากรจะมีจำนวนเพิ่มถึงร้อยละ 100 และจำนวนผู้สูงอายุก็จะมีปริมาณสูงถึงร้อยละ 224 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประชากรโลกและจำนวนผู้สูงอายุ

พ.ศ.	ประชากรโลกทั้งหมด (ล้านคน)	ประชากรโลกที่มีอยู่ 60 ปีขึ้นไป (ล้านคน)
2518	4,100	350
2543	6,500	390
2568	8,200	1,100
เพิ่ม	100%	224%

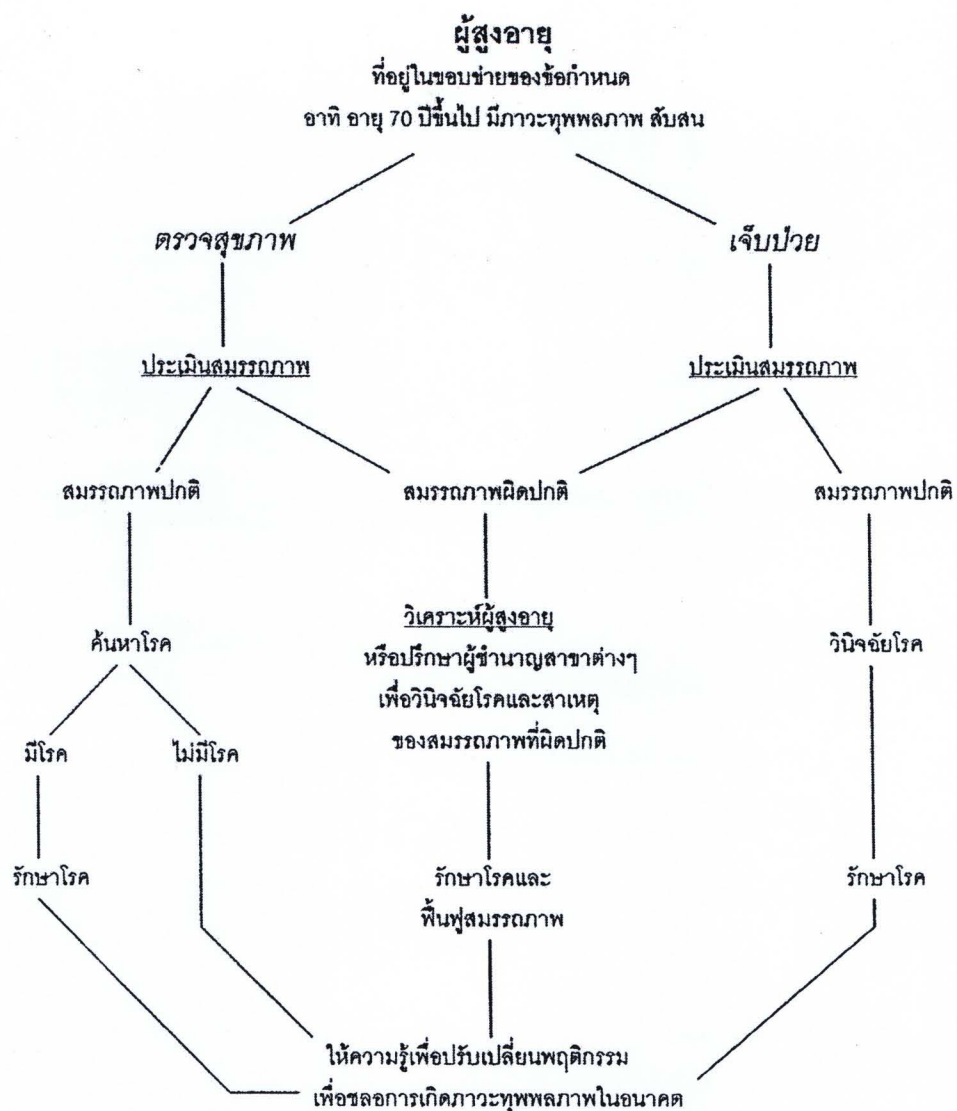
ที่มา: บรรลุ ศิริพานิช (2534: 2)

แนวทางถัดมาก็คือ “กราฟ” เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้เพื่ออธิบายและขยายความ และที่สำคัญคือ การแสดงให้เห็นถึงอัตราที่เพิ่มขึ้นและแนวโน้มในอนาคต เช่น สถาบันการแพทย์ใช้กราฟเพื่อแสดงให้เห็นถึงจำนวนภาวะทุพพลภาวะของผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังกราฟในรูปภาพที่ 16 (สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน, 2545: 4-17)



รูปภาพที่ 16 กราฟแสดงจำนวนภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
(ที่มา: ผู้สูงอายุในประเทศไทย 2545: 4-17)

และหากข้อมูลที่มีมานั้นไม่ใช่ “ตัวเลข” แต่เพื่อการทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ก็ใช้ “แผนภาพ” และ “ภาพ” เพื่อที่จะสรุปประเด็นของการอธิบายขยายความ เช่น ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2541) พยายามอธิบายให้เห็นถึงการใช้ความรู้เวชศาสตร์ผู้สูงอายุมาใช้ในโรงพยาบาลว่ามีขั้นตอนอย่างไร ก็ใช้แผนภาพประกอบดังรูปภาพที่ 17 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541: 82)



รูปภาพที่ 17 แผนภาพขั้นตอนการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
(ที่มา: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 82)

การใช้ตัวเลข ตาราง กราฟ แผนภาพ และภาพ ยังจำเป็นต้องมีข้อความประกอบ เพื่อจะขยายความประเด็นเพิ่มเติม เช่น จากแผนภาพเบื้องต้นนั้น ก็มีข้อความที่อธิบายเพิ่มว่า หากมีผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการที่มีภาวะทุพพลภาพก็ต้องประเมินสมรรถภาพ และเมื่อพบว่า ปกติก็ตรวจวินิจฉัยและรักษา ถ้าพบโรคก็ต้องรักษา แต่ถ้าพบว่าผิดปกติก็ต้องวิเคราะห์ครอบคลุมต่อไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 81)

(2) การโต้แย้ง เป็นประเพณีทวาทกรรมที่ต้องการปฏิเสธแนวคิดหลักในสังคมอุตสาหกรรมที่มองผู้สูงอายุอ่อนแอ อันได้รับอิทธิพลจากแวดวงทางการแพทย์และสังคมที่กำหนดการเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนที่ไร้คุณค่าและเป็นส่วนเกิน จึงเกิดความพยายามปฏิเสธแนวคิดนี้ โดยย้อนกลับไปในอดีตที่มองว่า ควรจะมีความกตัญญูต่อผู้สูงอายุและคุณค่าของผู้สูงอายุ ดังปรากฏในบทความ และเวทีเสวนาที่ คุณหญิงจินตนา ยศสุนทร ให้ความคิดเห็นดังนี้

“ความเยาว์วัยหมายถึงจิตใจที่มีความกล้าหาญอยู่เหนือความเฉื่อยชา รักการผจญภัยมากกว่าความสบาย จิตใจนี้ บ่อยครั้งจะอยู่ในคนอายุ 60 มากกว่าเด็กอายุ 20 ไม่มีใครแก่จากอายุขัย เราแก่จากการละทิ้งอุดมการณ์” (แชลมวล อุลแมน อ้างถึงใน สมพร เทพสิทธิ์า, 2549: 5)

บทบาทของเราก็คือ จะต้องทำให้คนที่ไม่เข้าใจว่า เราไม่ใช่ส่วนเกินที่สังคมจะเอาไปโยนทิ้ง หรือเอาไปทำปุ๋ย อันนี้ดิฉันอยากเรียนให้ทราบเหมือนกัน มีคนชอบพูดเสียสละสังคมจีนแผ่นดินใหญ่อยู่ตลอดเวลา ว่าเขาเอาคนแก่ไปทำปุ๋ย ดิฉันไปมาแล้วถึงได้รู้ว่า เขาไม่ได้เอาไปทำปุ๋ยหรอก และคนแก่เหล่านั้น ก็มีความกินดีตามอัตภาพของคนแก่ที่จะอยู่ได้

(จินตนา ยศสุนทร, 2528: 18)

การปฏิเสธแนวคิดดังกล่าวก็เพื่อที่จะสั่งสอนให้ทั้งผู้สูงอายุและคนในสังคมได้หันกลับมาให้คุณค่าและตอบแทนผู้สูงอายุดังสังคมในอดีตเช่นเดิม อีกทั้งยังแสดงให้เห็นถึงความพยายามต่อต้านอำนาจทวาทกรรมหลักที่สังคมกำหนดด้วย

(3) การยกตัวอย่าง เป็นประเพณีทวาทกรรมที่ใช้เพื่อขยายความให้เห็น มักจะใช้คู่กับการอธิบาย จุดที่น่าสนใจคือ การยกตัวอย่างในสังคมยุคอุตสาหกรรมนี้จะต่างจากสังคมเกษตรกรรมที่อาจจะยกตัวอย่างโดยใช้ตัวบุคคลอย่างเดียว แต่ในยุคนี้เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นจึงอาจทำได้หลากหลายแนวทาง ทั้งการยกตัวอย่างตนเอง การยกตัวอย่างผู้อื่น และกรณีตัวอย่างจากต่างประเทศ โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้เข้าใจลักษณะและปัญหาของผู้สูงอายุในยุคสังคมอุตสาหกรรม หากเป็นด้านบวกก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียง แต่หากเป็นด้านลบก็จะเป็นผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ซึ่งดูเหมือนว่าจะมีปริมาณมากกว่า รายละเอียดดังนี้

ด้านแรก การยกตัวอย่างตนเอง เป็นประเภทวาทกรรมที่มักจะใช้ในยุคสังคมเกษตรกรรม และสำหรับสังคมอุตสาหกรรมก็ยังคงดำเนินในลักษณะเดียวกัน ที่สำคัญคือ การยกตัวอย่างนี้มักจะใช้ในกรณีของบุคคลที่มีชื่อเสียงเป็นผู้เล่าเรื่อง จะหยิบยกชีวิตของตนและทักษะที่มีต่อผู้สูงอายุนำเสนอให้เห็นเป็นแบบอย่างที่คนอื่นควรปฏิบัติ ดังเช่น กรณีของท่านปัญญา-นันทะภิกขุ ที่ยกตัวอย่างการเผชิญกับอายุที่มากขึ้นของท่านเอง และ ศ.นพ.ประสพ รัตนกร ที่ยกตัวอย่างตนเองที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับแวดวงเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามลำดับ

อาตมารู้สึกมีความยินดีที่ได้มาพบปะท่านผู้สูงอายุมากในวันนี้ อาตมานี้ก็อายุมากเหมือนกัน เพราะว่าที่นั่งอยู่นี้อาตมาแก่กว่าเพื่อน 72 ปีแล้ว แต่ยังไม่เต็ม 71 ปี กว่าเล็กน้อย 5 เดือน ปีน้าก็ครบ 72 ปีบริบูรณ์ ได้รับเชิญนิมนต์มาพบปะกับท่านผู้สูงอายุก็รู้สึกว่าจะสบายใจ เพราะเราก็เป็นคนที่มีอายุมากด้วยกัน

(ปัญญา นันทะภิกขุ, 2528: 3)

เมื่อปี ค.ศ. 1949 ผมได้ไปศึกษาเพิ่มเติมที่มหาวิทยาลัยลอนดอน ระหว่างนั้นได้พูดถึงเรื่องโรคพบมากในคนไข้ทางประสาทวิทยาคือ อาการอัมพาต หลอดโลหิตสมองพิการ ต่อมาได้ไปอยู่กับเซอร์ เดวิด แฮนเดอร์สัน โรงพยาบาลมอร์นิ่งไซด์ ที่มหาวิทยาลัยเอดินเบออร์ก ท่านเริ่มสนใจและเริ่มบรรยายเกี่ยวกับเรื่องความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งเท่ากับว่าเป็นเรื่องทางจิตวิทยา

(ประสพ รัตนกร, 2538 : 52)

การหยิบยกตนเองมาใช้เป็นตัวอย่างนี้ ด้านหนึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบความสำเร็จในชีวิตแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุ แต่ในอีกด้านหนึ่งก็แฝงความหมายบางประการด้วยว่า ผู้เล่าเรื่องมักจะเป็นผู้ประสบความสำเร็จ เช่น เป็นพระที่มีชื่อเสียง เป็นหมอที่มีชื่อ อันทำให้.nyะของอำนาจการเล่าเรื่องเป็นของผู้มีอำนาจมากกว่าการเป็นผู้สูงอายุ

ด้านที่สอง การยกตัวอย่างผู้อื่น เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ใช้ผู้อื่นเป็นตัวอย่างให้กับบุคคลทั่วไป ซึ่งอาจมีทั้งตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ทั้งนี้ ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ จะเป็นการโต้แย้งวาทกรรมที่มองผู้สูงอายุอ่อนแอในสังคมอุตสาหกรรม แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ล้มเหลว จะเป็นการตอกย้ำให้เห็นว่า ความอ่อนแอของผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนควรช่วยเหลือ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สังคมยุคอุตสาหกรรมจะมีวาทกรรมทั้งสองปะปนกันไป

สำหรับกรณีแรก การยกตัวอย่างผู้ประสบความสำเร็จ มักจะหยิบยกตัวอย่างบุคคลที่มีชื่อเสียงและประสบความสำเร็จในชีวิต คือ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นแบบอย่างที่ดีของผู้สูงอายุ ดังข้อความที่ว่า

ผู้สูงอายุตัวอย่างของโลก สมเด็จพระบรมราชชนนีทรงดำรงพระชนม์ชีพอย่างเรียบง่ายยิ่งนักในสายตาของประชาชนคนไทย แต่พระราชกรณียกิจที่ทรงประกอบเพื่อคนไทยและชาติไทยนั้นแสนหนักและยากยิ่ง ดูราวกับจะเกินพระกำลังกายและพระวัย แต่การมิได้เป็นเช่นนั้น

(จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2539: 107)

การยกตัวอย่างบุคคลอื่นที่ประสบความสำเร็จ ยังอาจหมายรวมถึงการอ้างอิงงานเขียน งานวิจัยของคนอื่นๆ เพื่อจะสร้างความน่าเชื่อถือให้กับประเด็นผู้สูงอายุ ตลอดจนการยกระดับประเด็นผู้สูงอายุเริ่มกลายเป็นงานวิชาการมากขึ้น

ในทางกลับกัน สื่อมวลชนส่วนใหญ่มักจะหยิบยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นคนชั้นล่าง คนที่มีปัญหาต่างๆ ออกมานำเสนอ เช่น ภาพของหญิงชราที่เป็นคนขายของที่อ่อนแอแต่ยังคงต่อสู้ดิ้นรนในรายการสารคดี “คนค้นคน” (พรพรรณ สมบูรณ์บัติ, 2549) เช่นเดียวกันกับหนังสือ “หลายชีวิตในแสงอัสดง” ของ อรสม สุทธิสาคร (2532) ก็ยกตัวอย่างผู้สูงอายุบางคนที่มีประสบปัญหา เช่น คุณตาสมาน ตรีไมราช ว่า

ในวัย 69 ปี ตาสมาน ตรีไมราช ผันถึงชีวิตบั้นปลายที่สงบร่มเย็นเช่นคนวัยเดียวกันทั่วไป แต่ชีวิตก็ไม่อาจเป็นได้ดังใจฝัน เมื่อลูกชายคนสุดท้ายต้องขับรถชนผู้อื่นบาดเจ็บสาหัส ต้องเฝ้าบ้านที่อยู่ไปจำนองเพื่อสู้คดี หน้าซำยังตกราน เมียไล่ออกจากบ้านต้องมาอาศัยอยู่กับพ่อ โชคดีดีที่ลูกชายคนโตมีน้ำใจส่งเงินมาช่วยไถ่บ้าน แต่สะใภ้ใหญ่รู้เข้าก็โกรธเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว

(อรสม สุทธิสาคร, 2552: 52)

ในงานวิจัย เช่น “ผู้เฒ่ามีลูก: แบบชีวิตและการปรับตัวของยายเลี้ยงหลานกรณีศึกษาบ้านภูเหล็ก หมู่ 6 ตำบลภูเหล็ก อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น” (ชนินทร์ จารุจันทร์, 2542) ก็แสดงให้เห็นถึงตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนอีสานก็ต้องประสบปัญหาการถูกทอดทิ้งแล้ว ยังต้องรับภาระในการเลี้ยงหลานจากการที่บรรดาลูกต้องอพยพทำงานในเมือง เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่อง “คนชราในสถานสงเคราะห์: ชีวิตและตัวตน” (เรืองรอง ชาญวุฒิธรรม, 2547) ก็แสดงให้เห็น

ตัวอย่างผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและถูกรัฐกำหนดความหมายให้กับอัตลักษณ์ตนเองโดยเฉพาะใน
ด้านลบ

หากพิจารณาโดยรวม การยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จอาจจะมี
จำนวนที่น้อยกว่า อันทำให้วาทกรรมความอ่อนแอของผู้สูงอายุเป็นวาทกรรมหลักที่เติบโตในสังคม
มากกว่าผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและมีคุณค่า ยิ่งกว่านั้นการนำเสนอเฉพาะผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียงก็ยัง
ทำให้เป็นตัวอย่างที่ห่างไกลจากผู้สูงอายุทั่วไปด้วย

ด้านที่สาม การยกตัวอย่างในต่างประเทศ เป็นการยกตัวอย่างกรณีต่างๆ ใน
ต่างประเทศ ซึ่งช่วยยกระดับให้น่าเชื่อถือมากขึ้น เพราะวางอยู่บนความคิดว่ากรณีต่างประเทศ
น่าจะเป็นแบบอย่างให้กับสังคมไทยได้

การยกตัวอย่างนั้นปรากฏในทุกสถาบัน ทั้งการแพทย์ รัฐ เศรษฐกิจ และการ
สื่อสาร ที่มักจะหยิบวิธีคิดของตะวันตกเข้ามาใช้กับผู้สูงอายุในสังคมไทย ดังเช่น บรรลุ ศิริพานิช
ยกตัวอย่างเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยที่ได้รับอิทธิพลจากตะวันตกไว้ในคำนำหนังสือ “เวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ” ไว้ว่า

เนื่องจากในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2525 ข้าพเจ้าได้มีโอกาสเดินทางดูงาน
เกี่ยวกับบริการผู้สูงอายุหลายประเทศเพื่อเป็นแนวทางนำมาจัดดำเนินงานใน
ประเทศไทย ประเทศสวีเดนเป็นประเทศหนึ่งที่ได้ไปดูและศึกษาถึงระบบ
ปฏิบัติงาน รวมทั้งได้ปรึกษาหารือผู้มีความรู้โดยเฉพาะในเรื่องเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
Geriatric Medicine ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า ประเทศสวีเดนมีความก้าวหน้าใน
งานด้านนี้มาก

(บรรลุ ศิริพานิช, 2526 : คำนำ)

หรือการยกตัวอย่างการทดลองของต่างประเทศ ที่พบว่า วิตามินบีสามารถแก้ไข
ปัญหาโรคหลงลืมในผู้สูงอายุ ตามข่าวในหนังสือพิมพ์ที่ว่า “นักวิจัยมหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดของ
อังกฤษพบว่า หากกินวิตามินบีมาก ซึ่งมีราคาถูกอาจจะช่วยยับยั้งโรคหลงลืม อันกำลังเป็นที่
หวาดหวั่นกันไว้ได้” (ไทยรัฐ 15 กันยายน 2553: 7)

อย่างไรก็ตาม แม้ด้านหนึ่งจะเห็นด้วยกับวิธีคิดแบบตะวันตก แต่ในอีกด้านหนึ่งก็
เตือนสติให้เห็นว่า ตะวันตกก็อาจจะไม่ใช่คำตอบที่เบ็ดเสร็จของสังคมไทยเสมอไป เช่น กรณีของ
การสร้างบ้านพักคนชรา ก็เกิดข้อโต้แย้งได้ว่า

“สังคมคนไทยเรานั้น คนแก่ไม่เดือดร้อน ไม่เหมือนสังคมชาวตะวันตก สังคมชาวตะวันตกนั้น คนแก่เดือดร้อน ผู้สูงอายุเดือดร้อนหน่อย เพราะว่าลูกหลานไม่ค่อยเอาใจใส่เลี้ยงลูกเติบโตแล้วปึกกล้าหาแข็งมันก็บินไปหมด” (ปัญญาชนทักสิ, 2528: 3)

แต่ก็กลัวว่า แนวโน้มของประเทศไทยเรื่องผู้สูงอายุกำลังเปลี่ยนไปคือ จะเป็นแบบฝรั่งมากขึ้น ขณะเดียวกันก็อยากให้หันไปดูญี่ปุ่น ถึงแม้ครอบครัวเล็ก เขาก็ต้องเอาพ่อแม่ไปเลี้ยง ดังนั้น ผมเห็นว่า สมัยก่อนที่สร้างบ้านบางแค มันไม่ควรสร้างขึ้น เพราะจะทำให้พวกลูกๆ เอาผู้สูงอายุไปอยู่ที่นั่น ทั้งเป็นภาระของรัฐ

(บรรลุ ศิริพานิช อ้างถึงใน สันติสุข โสภณศิริ, 2553: 335)

(4) **การเปรียบเทียบ** เชกเช่นเดียวกับการยกตัวอย่าง ที่ด้านหนึ่งก็ใช้แนวทางเดียวกันกับสังคมเกษตรกรรมคือ การใช้คำข้อความที่เปรียบเทียบผู้สูงอายุ แต่ในอีกด้านหนึ่งก็เปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลหลักฐานเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือแบบวิทยาศาสตร์ตามสังคมอุตสาหกรรม การเปรียบเทียบจะมีเป้าหมายทั้งการมองผู้สูงอายุอ่อนแอและมีความเข้มแข็ง และก็เช่นเดียวกันกับวาทกรรมประเภทอื่นๆ วาทกรรมการเปรียบเทียบก็มักจะมุ่งเน้นความอ่อนแอเป็นวาทกรรมหลัก โดยมีวาทกรรมความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นวาทกรรมรอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านแรก การเปรียบเทียบด้วยการใช้ภาษาคำหรือข้อความ เป็นการเปรียบเทียบโดยเน้นภาษา ไม่ต่างจากการเปรียบเทียบในสังคมเกษตรกรรม ตัวอย่างเช่น การเปรียบเทียบให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความแตกต่างกับวัยหนุ่มสาวแต่ก็ยังมียะด้านบวกอยู่ ดังปรากฏในคำมีผู้สูงอายุความว่า

“ถ้าเปรียบวัยการทำงานในยามหนุ่มสาวว่าเป็นวัยกลางวัน และเปรียบวัยสูงอายุเป็นวัยกลางคืน ก็จงคิดเถิดว่า กลางคืนนั้น มีดวงเดือนและดวงดาวระยิบระยับเยือกเย็น สุขุมไม่ร้อนรน ซึ่งหาไม่ได้ในท้องฟ้ายามกลางวัน” (บรรลุ ศิริพานิช, 2550: 33)

ด้านที่สอง การเปรียบเทียบด้วยข้อมูลตัวเลข เป็นการเปรียบเทียบที่ขยับสู่สังคมอุตสาหกรรมที่วางอยู่บนฐานคิดแบบวิทยาศาสตร์ เช่น การเปรียบเทียบตัวเลขประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น การเปรียบเทียบตัวเลขของสารที่อยู่ในร่างกายมนุษย์ การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ฯลฯ

นอกจากนั้น ในระดับที่สูงขึ้นยังมีการนำข้อมูลดังกล่าวมาทำเป็นตาราง กราฟ และแผนภาพ เพื่อแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลง ดังที่อธิบายไปแล้วในหัวข้อ

วาทกรรมการอธิบาย และหากต้องการเปรียบเทียบในระดับที่สูงขึ้น ก็มักจะใช้ “สถิติ” มาเป็นเครื่องมือในการยืนยันความเชื่อมั่นให้มากยิ่งขึ้น

ด้านที่สาม การเปรียบเทียบด้วยภาพ ภาพเป็นสิ่งที่สามารถยืนยันได้ด้วยตาและสามารถทดแทนคำบรรยายได้อย่างดียิ่ง ยิ่งไปกว่านั้น จากการพัฒนาการของเทคโนโลยีในยุคสังคมอุตสาหกรรมยิ่งทำให้ภาพกลายมาเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้ในการเปรียบเทียบได้ง่ายขึ้น

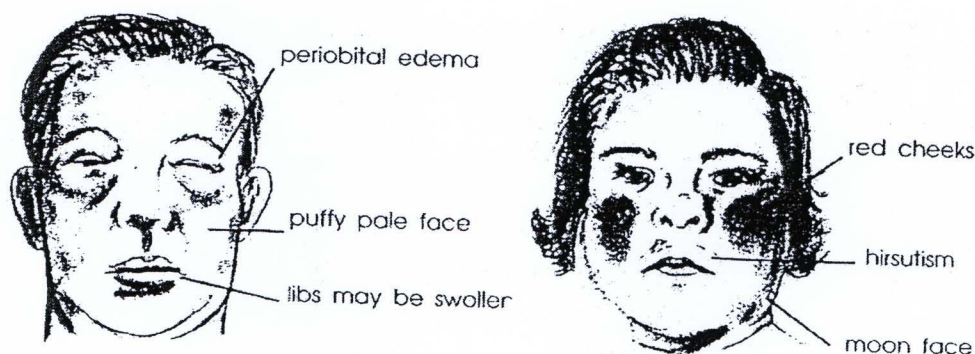
การเปรียบเทียบด้วยภาพนั้น ทำได้หลากหลายวิธี เช่น การเปรียบเทียบภาพก่อนและหลัง ดังที่มักจะปรากฏในโฆษณาสินค้าประเภทต่อต้านความชรา จะใช้ภาพของใบหน้าหรือเรือนร่างของผู้สูงอายุที่มีริ้วรอยก่อนที่จะใช้ผลิตภัณฑ์ หลังจากนั้นก็จะเป็ภาพของใบหน้าหรือส่วนที่อ่อนเยาว์ขึ้น การเปรียบเทียบด้วยภาพเท่ากับตอกย้ำให้เห็นว่า ความเยาว์วัยเป็นเรื่องที่สวดยงามตรงกันข้ามกับภาพของความแก่ชราที่มีนัยยะที่น่ารังเกียจและควรซ่อนเร้น

นอกเหนือจากการเปรียบเทียบด้วยภาพแล้ว ภายในโฆษณาดังกล่าวยังใช้ “ลายเส้น” เช่น เส้นโค้งขึ้น หรือเส้นเฉียงขึ้น เพื่อสื่อความหมายของการยกกระชับหรือความอ่อนเยาว์ได้อีกด้วย อีกทั้งเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เข็มฉีดยา เลือ่สีขาของแพทย์ เพื่อยืนยันวาทกรรมของการแพทย์ที่พยายามต่อสู้ความชรา ดังโฆษณาในรูปภาพที่ 18



รูปภาพที่ 18 โฆษณาสินค้า L'Oréal
(ที่มา: แพรว ปีที่ 30 ฉ. 711 เมษายน 2552: 32-33)

การเปรียบเทียบด้วยภาพยังมักจะนิยมใช้ในกรณีของการแพทย์ เพื่อสื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจและนำไปตรวจสอบบรรดาผู้สูงอายุว่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ เช่น ในหนังสือ “การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ” (2551: 68) แสดงให้เห็นภาพของผู้สูงอายุที่ปกติกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคที่ต่างกัน คือ โรค Nephrotic syndrome และ Cushing syndrome ดังรูปภาพที่ 19



รูปที่ 4.11 ก. Nephrotic syndrome face ข. Cushing syndrome face
(Bates, 1994: p. 197)

ภาพที่ 19 ภาพเปรียบเทียบผู้ป่วย
(ที่มา: ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551: 68)

อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบด้วยภาพก็จำเป็นต้องใช้การอธิบายควบคู่กันไป ด้วย เพื่อที่จะทำให้ผู้รับสารเข้าใจมากยิ่งขึ้นด้วย เช่น กรณีของภาพสองภาพข้างต้น จะมีการอธิบายให้เห็นว่า ภาพไหนเป็นภาพที่แสดงออกถึงโรคแบบใด เป็นต้น

(5) **การสั่งสอน** เป็นประเภทวาทกรรมที่ใช้เพื่อสั่งสอนแนะนำเรื่องการเตรียมตัวให้กับทั้งตัวผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม และการสั่งสอนให้กตัญญูรู้คุณกับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะลูกหลาน คล้ายคลึงกับการสั่งสอนในสังคมเกษตรกรรม

ด้านแรก **การสั่งสอนผู้สูงอายุ** จะมุ่งเน้นการสั่งสอนผู้สูงอายุโดยตรง และมักจะวางอยู่บนกรอบความคิดของสถาบันต่างๆ ที่กำหนด เช่น การสั่งสอนให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าครบหมู่ ออกกำลังกาย การพบแพทย์ การสั่งสอนให้ปรับจิตใจหลังเกษียณอายุ เป็นต้น

จุดที่น่าสนใจคือ การสั่งสอนดังกล่าวดำเนินการผ่านสถาบันหลักๆ ที่กลายมามีอำนาจในการสั่งสอนผู้สูงอายุที่ในอดีตเคยมีวิทยุค่อนข้างมากและไม่อาจสั่งสอนได้ยกเว้นศาสนาและตัวผู้สูงอายุเอง แต่สำหรับการสั่งสอนในยุคนี้ นั้น สามารถสั่งสอนได้แม้จะมีวิทยุค่อนน้อยแต่มีคุณสมบัติมาก ด้วยการใช้อำนาจผ่านสถาบันต่างๆ เช่น การสั่งสอนให้ผู้สูงอายุต้องนำ “สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุ” มาเมื่อพบแพทย์ โดยระบุไว้ในหน้าแรกของสมุดดังนี้

สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุเล่มนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเก็บไว้ประจำตัว และให้นำสมุดเล่มนี้ติดตัวไปด้วยทุกครั้งที่จะออกจากบ้านและเมื่อไปรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการทุกแห่ง ทั้งของรัฐบาลและเอกชน เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆ ให้เป็นปัจจุบัน

(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542: 1)

หรือ ตัวอย่างการแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายตามแนวทางการแพทย์ระบุว่า

ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีร่างกายอ่อนแอ สุขภาพใจและกายทรุดโทรมลงอย่างรวดเร็วภายหลังการหยุดกิจกรรมงานต่างๆ ถ้าปล่อยให้ย่ำแย่ลงเรื่อยๆ กล้ามเนื้อจะลีบมีอากาศอ่อนเพลีย เคลื่อนไหวเชื่องช้า สภาวะทางจิตใจจะทรุดโทรมลง เกิดการอาการเบื่ออาหารเบื่อชีวิตและการทำงาน ร่างกายเจ็บป่วยง่ายและบ่อยขึ้น ดังนั้น เป็นการดีที่สุดถ้าเริ่มบริหารร่างกายตั้งแต่นั้นๆ เป็นการป้องกันผลเสียต่างๆ ที่ได้กล่าวแล้ว

(อวย เกตุสิงห์ ชัยชาญ ชัยชนะสกุล ประพจน์ เกตาทาศ และบรรลุ ศิริพานิช, 2528: 64)

อย่างไรก็ดี เพื่อที่จะให้การสั่งสอนผู้สูงอายุมีลักษณะของการไม่ข่มขู่และบังคับ ก็อาจหยิบยืมกลยุทธการ “ปุจฉา-วิสัจฉา” ของพุทธศาสนามาใช้ ดังตัวอย่างเช่น หนังสือ “เคล็ดลับความสุขสำหรับผู้อาวุโส” ของ ศ.ดร.ระวี ภาวิไล (2545) พยายามสั่งสอนผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตและสุขภาพหลังเกษียณด้วยการตั้งคำถามและคำตอบ ดังต่อไปนี้

คำถามข้อที่ 18 ผู้สูงอายุบางท่านหลังเกษียณแล้วก็ไม่อยากรับความจริง ก็ผลักดันให้ท่านปรับตัวไม่ถูกทาง อาทิ ชายแก่มีภรรยาใหม่คราวหลาน หญิงแก่ไปติดพระเอกลิเก บางคนไปสีกพระ บางคนก็ไปทำบุญไว้หวังผลให้ชาติหน้าตัวจะสบาย จนสิ้นเนื้อประดาตัวในวัยชรา อาจารย์จะแนะนำอย่างไร

ตอบ-ในเรื่องความแก่ ความแก่ คือ การลดสมรรถภาพทางร่างกาย ลดสมรรถภาพทางเพศ แล้วบางคนคิดว่า สมรรถภาพทางเพศที่ลดลงนี้ อาจจะปรับปรุงได้ เช่น เป็นต้นว่า โดยใช้ยาสมุนไพรหรือยาต่างๆ เช่น ไวอะกร้า อะไรต่ออะไร ตามที่เขาพูดกันตั้งแต่ไหนแต่ไรมาแล้วในประวัติศาสตร์ของมนุษย์นี้ มีการกล่าวถึงการใช้ยาเพื่อเสริมสมรรถภาพทางเพศที่ลดลงเนื่องจากวัย แล้วจะได้ผลหรือไม่ได้ผล อย่างไรก็ตามที่เถอะ ส่วนใหญ่มันจะไม่ได้ผล อาจจะมีได้ผลก็ช่วงสั้นเพราะว่าวิถีทางของชีวิตของร่างกายนี้ควบคุมมันไม่ได้

(ระวี ภาวิไล, 2545: 73)

ด้านที่สอง การสั่งสอนบุคคลทั่วไป มักจะใช้ในกรณีของการสั่งสอนเพื่อให้ตอบแทนผู้สูงอายุตามแนวคิดความกตัญญูตเวทีเช่นในสังคมอดีต อาทิ

“ลูกๆ หลานๆ ต้องทำดีให้ท่านทุกวันสม่ำเสมอ เพื่อให้ทุกคนจะได้รับรู้ และบอกกับตัวเองไว้ว่า ทำดีที่สุดแล้ว ไม่มีเรื่องต้องนึกเสียดาย หรือค้างคาใจว่า น่าจะทำอะไรให้ท่านได้มากกว่านี้” (สิรินธร ฉันทศิริกาญจน, 2552: 190)

หากท่านมีบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายในครอบครัว ขอให้คิดเสียเถิดว่า เป็นโอกาสดีของท่าน จากประสบการณ์ของผู้เขียน ครอบครัวใดเป็นครอบครัว 3 ชั่วอายุคน มักเป็นครอบครัวที่อบอุ่นร่มเย็น ที่กล่าวว่าเป็นโอกาสดีก็เพราะท่านจะได้มีโอกาสทดแทนบุญคุณผู้ให้กำเนิดมา ตามวัฒนธรรมอันดีงามของคนไทย และท่านจะได้มีโอกาสเป็นแบบอย่างแก่บุตรหลาน ด้วยการปรนนิบัติดูแลบิดามารดาอย่างดีที่สุด เมื่อวันเวลาผ่านไปท่านเองจะกลับกลายเป็นผู้สูงอายุบ้าง ท่านจะได้รับผลบุญอันนี้กับตัวเอง เพราะลูกของท่านได้ซึมซับเรียนรู้จากท่านตลอดมา

(บรรลु ศิริพานิช, 2542: 152)

เช่นเดียวกันกับการสั่งสอนบุคคลทั่วไปในสังคมยุคเกษตรกรรม สังคมยุคอุตสาหกรรมก็ยังเน้นย้ำการสั่งสอนให้กตัญญูตเวที อีกทั้งการ “ทวงบุญคุณ” ที่ผู้สูงอายุเคยทำมา

ก่อน แต่อาจไม่ถึงระดับการ “ประณาม” และ “สาปแช่ง” ดังในสังคมเกษตรกรรม ดังปรากฏในข้อความต่อไปนี้

เมื่อคนเราเข้าสู่วัยสูงอายุ ทุกสิ่งทุกอย่างค่อยๆ หดห่อลงโดยเฉพาะด้านกายภาพ ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 5 และด้านเศรษฐกิจสังคมซึ่งกล่าวถึงในบทที่ 6-7 หลังจากที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวแข็งแรงได้เคยประกอบกิจการงานมาแล้วมากมาย บ้านเมืองและสังคมของเราในปัจจุบันล้วนแล้วสร้างสรรค์ขึ้นมาด้วยน้ำพักน้ำแรงของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังจะชี้ให้เห็นเป็นรูปธรรมเช่น ผลงานของผู้สูงอายุที่เคยทำมาก่อนให้เกิดผลิตผลเป็นรายได้ นำไปเสียภาษีให้แก่รัฐ ภาษีเหล่านั้นเองที่รัฐนำมาใช้ก่อร่างสร้างเมือง พัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ ไม่ว่าจะเป็นสาธารณูปโภคพื้นฐาน เช่น ถนนหนทาง-ไฟฟ้า-น้ำประปา-ระบบสื่อสารต่างๆ หรือบริการอื่นๆ ทำให้คนในสังคมได้รับความสะดวกสบายกันถ้วนหน้า คนรุ่นหลังจึงสมควรที่จะสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีความสุขสบายเป็นการตอบแทน

(บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 157)

การส่งมอบบุคคลทั่วไปให้รู้จักความกตัญญูกตเวที ยังใช้กลยุทธ์การสร้าง “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” และการสร้างสัญลักษณ์ “ดอกคำءวน” เพื่อทำให้บุคคลทั่วไปตระหนักและยำเกรงให้หวงระลึกถึงบุญคุณของผู้สูงอายุอีกด้วย

(6) **การสาธิต** เป็นประเพณีทางกรรมที่ใช้ค่อนข้างมากในยุคสังคมอุตสาหกรรม เมื่อเทียบกับในอดีตที่จะเป็นกรณีของสื่อพื้นบ้านหรือสื่อประเพณีเท่านั้น ที่สำคัญกว่านั้นก็คือ ประเพณีทางกรรมดังกล่าววางอยู่บนศาสตร์อันหลากหลาย ซึ่งนอกจากจะช่วยยกระดับประเด็นผู้สูงอายุแล้ว ยังกลายเป็นเครื่องมือแห่งอำนาจที่สำคัญในการกำหนดตัวตนต่อผู้สูงอายุ

จากการสำรวจพบว่า ประเพณีทางกรรมสาธิต สามารถจำแนกออกเป็นอย่างน้อย 4 ด้าน คือ การสำรวจประชากร การสำรวจตรวจตราร่างกายผู้สูงอายุ การวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และกิจกรรมของผู้สูงอายุ รายละเอียดดังนี้

ด้านแรก **การสำรวจประชากร** เป็นการศึกษาประชากรผู้สูงอายุเพื่อให้เห็นถึงปริมาณของผู้สูงอายุที่มีอยู่ในสังคม การสำรวจดังกล่าวเป็น “ศาสตร์” อย่างหนึ่งในวิชา “ประชากรศาสตร์” และมีลักษณะเป็นวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ ต้องมีการรวบรวมข้อมูล ตัวเลข ตลอดจนการอธิบายผลหรือแปลความหมายตัวเลขที่มีมานั้น

หากนับย้อนถึงการสำรวจประชากรครั้งแรกที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2453 (สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป. : 155) นับได้ 100 ปี แห่งการสำรวจประชากรไทย และนับจากบัดนั้น การสำรวจประชากรกลายเป็นเครื่องมือกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ แต่การสำรวจเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นทางการเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2545 และครั้งที่ 3 พ.ศ. 2550 ทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า ตัวเลขของผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาก จากร้อยละ 6.8 สู่ร้อยละ 9.4 และ 10.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552: 47) และในที่สุดสังคมไทยก็กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) เพราะมีปริมาณผู้สูงอายุที่มากเกินร้อยละ 10

นักประชากรศาสตร์ยังได้สร้างความหมายให้กับ “ตัวเลข” ของผู้สูงอายุ โดยกำหนดตัวเลขที่สำคัญสองตัวคือ “อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุ” (aging dependency ratio) และ “อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ” ซึ่งตัวเลขที่สำคัญสองตัวนี้เป็นตัวกำหนดให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่พึ่งพิง ดังคำอธิบายว่า

อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุหมายถึงจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) 100 คน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ในปี 2537 เป็น 14.3 ในปี 2545 และเพิ่มเป็น 16.0 ในปี 2550 ซึ่งหมายถึงประชากรวัยกำลังแรงงาน 100 คน จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน...อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนคนในวัยแรงงานอายุ (อายุ 15-59 ปี) เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) แสดงให้เห็นถึงจำนวนคนในวัยแรงงานที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง ปี 2537 มีอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุเท่ากับ 9.3 ปี 2545 ลดลงมา 7.0 และล่าสุดปี 2550 ลดลงมาเหลือ 6.3 หมายความว่า มีคนที่อยู่ในวัยแรงงาน 6 คน ที่จะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่องดังกล่าวจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ส่งผลถึงความมั่นคงของสังคมโดยรวม

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552: 50-51)

การสำรวจประชากรทำให้ได้ตัวเลขดังกล่าว และทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นปัญหาที่สังคมต้องให้ความสนใจอย่างเร่งด่วน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่ควรสงเคราะห์ ปัญหาเรื่องการเงินและรายได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 และมัทนา พนานิรามัย, 2545) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ อัตราการอดก้นเตียง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และ

คณะ, 2545) เป็นต้น ดังนั้นหากไม่มีการสาธิตให้เห็นด้วยการสำรวจก็จะไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะทำให้คนในสังคมเห็น

แต่ในอีกด้านหนึ่งการสำรวจดังกล่าวก็กลายเป็นอำนาจในการสร้างความชอบธรรมที่สถาบันต่างๆ เข้ามากำหนดอัตลักษณ์ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพึ่งพิงและสถาบันต่างๆ ต้องหันมาให้ความเอาใจใส่

ด้านที่สอง การสำรวจตรวจตราร่างกายผู้สูงอายุ เป็นอีกหนึ่งรูปแบบของการสาธิตที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ โดยใช้ศาสตร์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือ “เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” เป็นผู้กำหนดว่า อะไรคือผู้สูงอายุ และอะไรคือปัญหาด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

การสำรวจตรวจตราผู้สูงอายุทำให้ร่างกายผู้สูงอายุกลายเป็นวัตถุที่ผู้สูงอายุมิได้เป็นเจ้าของอีกต่อไปดังแนวคิดของฟูโกต์ ร่างกายของผู้สูงอายุจึงเป็นเพียงร่างที่เชื่อง (docile body) ที่สถาบันการแพทย์สามารถจะตรวจตรา ตรวจสอบและกำหนดกฎเกณฑ์ได้

การตรวจตรานั้น อาศัยวิธีการอันหลากหลาย นับตั้งแต่การสำรวจตรวจสอบด้วยสายตา การซักประวัติ และลึกลงไปถึงการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น “นุฟิง” “ไม้เคาะรีเฟล็กซ์” (percussion hammer) เทอร์โมมิเตอร์ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องวัดความดัน และแม้กระทั่งการตรวจลึกลงไปสู่ภายในด้วยการเอ็กซเรย์และการเจาะเลือด เหตุนี้ร่างกายที่แตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลกลับถูกมองบนแนวทางเดียวกันด้วยเครื่องมือทางการแพทย์

นอกจากนั้น ยังมีการกำหนดมาตรฐานการตรวจตราผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ เช่น แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ แบบประเมินสุขภาพจิต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) หรือแบบประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือ “Geriatric Nursing Assessment” (GNA) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551: 176) ดังรูปภาพที่ 20

ชื่อผู้ประเมิน

อายุ.....ปี

เพศ.....

ชื่อประเมิน

วันที่ประเมิน

Prevention

Diagnosis

Operation

ชื่อวินิจฉัยการพยาบาล (วันที่.....เดือน.....ปี.....)

ประเมินภาวะจิตสังคม (Psychosocial issue)

การหลงลืม (Fall)

การสับสน (Confusion)

การขับถ่ายไม่ปกติ (Incontinence)

ภาวะเสียสมดุล (Impaired homeostasis)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผลข้างเคียงจากการดูแลรักษา (Adverse effects)

เมื่อจัดทำนำผู้ปฏิบัติงานเอกสารนี้เข้าแฟ้มผู้สูงอายุ

รูปที่ 7.3 แบบประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือ Geriatric Nursing Assessment (GNA)

ภาพที่ 20 แบบประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุ
(ที่มา: ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551: 176)



ทั้งหมดนี้ก็เพียงเพื่อจะระบุให้เห็นว่า ร่างกายของผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือ สมบูรณ์ตามที่การแพทย์กำหนดไว้หรือไม่ และหากไม่นั้นก็จะต้องได้รับการรักษาต่อไป ในอีกด้าน หนึ่ง สถาบันการแพทย์ก็ยกย่องผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีอีกด้วยดังที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น แต่ไม่ว่า จะด้วยวิธีใดก็เป็นกลยุทธ์การควบคุมร่างกายของผู้สูงอายุนั่นเอง

ด้านที่สาม การวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การวิจัยเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่นอกจากจะ เป็นหนึ่งในการสาธิตที่จะทำให้เห็นประเด็นของผู้สูงอายุเป็นรูปธรรมแล้ว ยังมีลักษณะเป็นศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ การตั้งโจทย์ การมีแนวคิด มีระเบียบการวิจัย และการค้นหาข้อมูล อย่างเป็นระบบ รวมถึงยังใช้ประเททวาทกรรมอื่นๆ เข้ามาเสริม ทั้งการอธิบาย การยกตัวอย่าง การเปรียบเทียบ จึงทำให้ได้รับการยอมรับค่อนข้างสูงในแวดวงการศึกษาและแม้แต่ใน ชีวิตประจำวัน และที่สำคัญคือ กลายเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่กำหนดตัวตนของผู้สูงอายุด้วย

สำหรับในกรณีของประเทศไทย การวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุเริ่มขึ้นนับตั้งแต่ พ.ศ. 2493 โดยเน้นมิติด้านสุขภาพ แต่หลังจาก พ.ศ. 2510 ก็เริ่มครอบคลุมในด้านอื่นๆ ทั้ง เศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น (สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป. :160) โดยเฉพาะในหลังทศวรรษ ที่ 2520 หลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา การวิจัยได้ แพร่กระจายไปจากมิติสุขภาพ ไปสู่มิติเชิงสังคม ทั้งการสังคมสงเคราะห์ สังคมวิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ และการสื่อสาร

การพัฒนาของงานวิจัยด้านหนึ่งทำให้เกิดการยกระดับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุใน ด้านต่างๆ มากขึ้น และในอีกด้านหนึ่งงานวิจัยก็ถูกใช้เป็นประเภทวาทกรรมที่มักจะอ้างอิงทั้งใน แวดวงการศึกษาต่างๆ เช่น การอ้างอิงงานวิจัยในอดีตในงานวิจัยในปัจจุบัน หรืออ้างอิงในหนังสือ ปัจจุบันดังปรากฏตัวอย่างการอ้างอิงงานวิจัยในหนังสือเรื่อง “สังคม สว. (ผู้สูงวัย)” (2549) ดังนี้

การไม่ได้เตรียมความพร้อมมาก่อนจะทำให้โอกาสของการเจ็บไข้ได้ป่วย ภาวะ ทุพพลภาพ ตลอดจนภาวะพิการมีสูงขึ้น แม้ว่าอายุจะยืนขึ้นก็ตาม ซึ่งนับว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของนภาพร ขโยวรรณ และคณะ (2533) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมักจะเตรียมการด้านการเงินและด้านการอยู่อาศัย แต่มักจะไม่ เตรียมการด้านสุขภาพ

(แก้ว วงศ์บุญสิน, 2549: 21)

การอ้างอิงงานวิจัยยังปรากฏในข่าวสารต่างๆ ที่กล่าวถึงผู้สูงอายุ อันทำให้เกิด ความน่าเชื่อถือมากขึ้นกว่าการใช้ประเภทวาทกรรมอื่น เช่น การอ้างอิงงานวิจัยและผลการทดลอง วิทยาศาสตร์ในข่าวด้านล่าง

นักวิจัยมหาวิทยาลัยออกฟอร์ดของอังกฤษพบว่า หากกินวิตามินบีมาก ซึ่งมีราคา ถูก อาจจะช่วยยับยั้งโรคหลงลืม อันกำลังเป็นที่หวาดหวั่นกันไว้ได้ วารสาร ห้องสมุดวิทยาศาสตร์รายงานว่า วิตามินบีได้แสดงสรรพคุณให้เห็นว่า สามารถ ลดการเหี่ยวหดของสมองส่วนที่เกี่ยวกับความจำลงได้สูงถึง 5 เท่า

(ไทยรัฐ 15 กันยายน 2553: 7)

การอ้างอิงงานวิจัยยังช่วยสร้างอำนาจให้กับศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ ยกระดับขึ้นกลายเป็น “ความรู้” ที่ได้รับการยอมรับ จากเดิมที่อาจมีเฉพาะด้าน “เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ” การวิจัยก็ทำให้เกิดการพัฒนาศาสตร์ต่างๆ เพิ่มเติม เช่น “เศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุ”

“สังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ” “สังคมวิทยาผู้สูงอายุ” “การสื่อสารผู้สูงอายุ” เป็นต้น ตลอดจนศาสตร์ดังกล่าวก็กลายมาเป็นผู้มี “อำนาจ” ในการกำหนดความหมายให้กับผู้สูงอายุโดยยากที่จะปฏิเสธ อีกทั้งการสร้าง “ผู้รู้” หรือ “ผู้เชี่ยวชาญ” ในศาสตร์ต่างๆ ที่กำหนดตัวตนของผู้สูงอายุ

ด้านที่สี่ กิจกรรมของผู้สูงอายุ ขณะที่การสาธิตสามด้านแรกเป็นการสาธิตที่มักจะไม่ใช่มาจากผู้สูงอายุแต่มาจากศาสตร์หรือวิชาความรู้ในด้านต่างๆ แต่สำหรับการสาธิตในลำดับที่สี่นี้กลับเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเองด้วยการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังคงมีอำนาจในการดำเนินกิจกรรมของตนเอง อีกทั้งการสร้างอัตลักษณ์ของผู้สูงอายุในด้านบวกคือ คุณค่าของผู้สูงอายุ

กิจกรรมของผู้สูงอายุในยุคนี้นั้นปรากฏเป็นหลักฐานผ่าน “ชมรมผู้สูงอายุ” ซึ่งเริ่มต้นนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2505 และกลับมาฟื้นตัวอีกครั้งในช่วง ปี พ.ศ. 2525 โดยการผลักดันของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) จากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช ชี้ให้เห็นว่า ในอดีตผู้สูงอายุอาจทำกิจกรรมเพียงการร่วมงานบุญงานกุศล แต่สำหรับในสังคมยุคอุตสาหกรรมผู้สูงอายุมารวมตัวกันผ่านชมรมและทำกิจกรรมที่หลากหลาย อันแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่า ได้แก่ กิจกรรมด้านศาสนา กิจกรรมนันทนาการ เช่น ร้องเพลง เต้นรำ กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เช่น การตรวจร่างกาย กิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย กิจกรรมเสริมรายได้ เช่น การทำงานจักสาน การทำดอกไม้จันทน์ กิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะ เช่น การวาดภาพ เล่นดนตรี กิจกรรมท่องเที่ยว กิจกรรมกุศล เช่น การเยี่ยมเยียนสมาชิกที่ป่วยไข้ และกิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือการจัดสรรเงินเพื่อช่วยเหลือในกรณีสมาชิกถึงแก่กรรม

อาจกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุรวมตัวกันทำกิจกรรมก็เป็นเครื่องแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของตนเอง ต่างไปจากที่สังคมอุตสาหกรรมโดยเฉพาะสถาบันการแพทย์มักจะมองว่าผู้สูงอายุอ่อนแอและไม่สามารถทำกิจกรรมได้อีกต่อไป และที่สำคัญคือ การเปิดพื้นที่ของกิจกรรมผู้สูงอายุที่ถูกจำกัด โดยเฉพาะด้านอาชีพให้มีความหลากหลายมากขึ้น

กล่าวโดยรวม แม้ว่าประเภทวาทกรรมในสังคมอุตสาหกรรมจะมีส่วนใกล้เคียงกับอดีตคือ การอธิบาย การโต้แย้ง การยกตัวอย่าง การเปรียบเทียบ การสั่งสอน และการสาธิต ทว่า ก็มีจุดที่ต่างไปก็คือ ประเภทวาทกรรมในอดีตมักจะใช้ภาษาพูดและแม้จะใช้การสาธิตก็จะผ่านสื่อประเพณี แต่สำหรับในยุคอุตสาหกรรม มักจะใช้ตัวเลข แผนภาพ กราฟ ตาราง รวมถึงการขยายสู่การใช้การสำรวจประชากรศาสตร์ การตรวจตราด้านร่างกาย การวิจัย เพื่อตอกย้ำให้เห็นว่าสถาบันต่างๆ ในสังคมโดยเฉพาะภาครัฐและการแพทย์ จะเป็นตัวแปรกำหนดอัตลักษณ์ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านความอ่อนแอเป็นวาทกรรมหลัก โดยมีวาทกรรมรองคือ คุณค่าหรือความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุปะปนอยู่

นอกจากนั้น จากเดิมที่ประเภทวาทกรรมสั่งสอนจะเป็นประเภทวาทกรรมหลักในสังคมเกษตรกรรม แต่สำหรับสังคมอุตสาหกรรม ด้วยแนวคิดเรื่องผู้สูงอายุพัฒนาขึ้นหลากหลายมากทั้งในสังคมการแพทย์ รัฐ เศรษฐกิจ จึงส่งผลให้ประเภทวาทกรรมจะกระจายไปทั้งหมด ทั้งการอธิบาย การโต้แย้ง การยกตัวอย่าง การเปรียบเทียบ การสั่งสอน และการสาธิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การโต้แย้งเป็นประเภทวาทกรรมสำคัญเพื่อแย้งกับวาทกรรมหลักที่มองว่าผู้สูงอายุอ่อนแอ แต่กลับมีคุณค่าในสังคม

1.3 ประเภทสื่อ จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ สื่อสาระ สื่อบันเทิง และสื่อสาระบันเทิง

(1) **สื่อสาระ** หมายถึงสื่อที่เน้นเนื้อหาสาระ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มแรก สื่อที่เน้นลายลักษณ์อักษร และกลุ่มที่สอง สื่อกิจกรรม สื่อทั้งสองกลุ่มเป็นสื่อที่มีปริมาณค่อนข้างมากและส่งผลต่อการกำหนดความหมายผู้สูงอายุ รายละเอียดดังนี้

กลุ่มแรก สื่อที่เน้นลายลักษณ์อักษร จะเป็นสื่อที่เน้นการใช้อักษรสื่อสารออกไปต่างจากในอดีตที่มักจะเน้นการสื่อสารแบบมุขปาฐะ การสื่อสารที่ใช้ตัวอักษรปรากฏทั้งในแวดวงวิชาการ เช่น บทความ หนังสือ งานวิจัย สื่อที่ใช้ในภาครัฐ เช่น นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และสื่อที่เผยแพร่ออกไปภายนอกแวดวงวิชาการ เช่น ข่าว สารคดี คู่มือผู้สูงอายุ

สื่อที่เน้นลายลักษณ์อักษรทั้งสามกลุ่มย่อยนี้ ต่างมีจุดร่วมตรงที่เป็นสื่อที่ผลิตโดยเน้นเนื้อหาสาระแบบวิชาการ มีการอ้างอิงหลักการที่น่าเชื่อถือ และที่สำคัญคือ การผลิตเนื้อหานั้นจะวางอยู่บนศาสตร์แต่ละศาสตร์ที่ผู้ผลิตถนัด เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ก็จะผลิตสื่อที่เน้นมิติทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐกิจจะผลิตเนื้อหาด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น ทำให้เนื้อหาที่ผลิตนั้นมีได้มีอิสระแต่เป็นการมองว่า ผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สถาบันต่างๆ เข้ามาจัดการได้ และเมื่อพิจารณาถึงลงไปพบว่า ผลิตบนวาทกรรมหลักในสังคมคือ “ความอ่อนแอของผู้สูงอายุ” โดยมีวาทกรรมรองคือ “ผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญ” สอดแทรกอยู่

จุดที่น่าสนใจก็คือ ผู้ผลิตวาทกรรมบางส่วนเป็นผู้สูงอายุ เช่น นพ.บรรลุ ศิริพานิช และ ศ.ดร.ระวี ภาวิไล เป็นต้น และพยายามต่อสู้ความหมายผู้สูงอายุในด้านบวก หรือคุณค่าและความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุ อีกทั้งการเสนอแนวคิดใหม่ด้วยการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุ ดังปรากฏในหนังสือ “คู่มือผู้สูงอายุฉบับเตรียมการก่อนเกษียณ” เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การต่อสู้ดังกล่าวจะมองบนจุดยืนของศาสตร์ต่างๆ มากกว่าการมองว่าตนเป็นผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ผลิตวาทกรรมกลุ่มนี้จะนิยามผู้สูงอายุบนวาทกรรมการแพทย์

เช่น มิติเรื่องเพศ ความอ่อนแอทางจิตใจ ในอีกด้านหนึ่งก็อาจมองได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีศักยภาพที่สามารถหยิบยกศาสตร์ดังกล่าวมาอธิบายส่งเสริมผู้สูงอายุได้เช่นกัน

แต่จุดที่ต่างไปจากวาทกรรมการแพทย์ทั้งหมดก็คือ การมิได้มองว่า การเป็นผู้สูงอายุจะมีความหมายถึง “โรค” รวมถึงนำเสนอเพิ่มเติมด้วยว่า หากผู้สูงอายุรู้จักเตรียมตัวป้องกัน หรือการรวมกลุ่มเป็น “ชมรม” ก็จะช่วยทำให้มีความเข้มแข็งและมีพลังได้อีกด้วย ดังตัวอย่างการรวมตัวเป็น “ชมรมผู้สูงอายุ” และนิยามตนเองใหม่ว่า “ผู้สูงอายุ” แทนคำว่า “ชรา” ที่มีนัยยะด้านลบ และเมื่อรวมตัวแล้วก็ยังสร้างพลังจนกระทั่งเกิดการผลักดันนโยบายผู้สูงอายุอีกด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 57)

อนึ่ง สื่อทั้งสามกลุ่มมีจุดต่างกันตรงที่สื่อที่ใช้ในแวดวงวิชาการจะใช้ภาษาที่เฉพาะกลุ่มนักวิชาการ เช่น กรณีของตำราการแพทย์ก็จะใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ส่วนสื่อที่ใช้ในภาครัฐ คือ นโยบายและกฎหมาย ก็จะใช้คำข้อความที่มีลักษณะเป็นภาษาทางการ กลุ่มผู้รับสารอาจจะขยายออกจากกลุ่มแรกที่จำกัดเฉพาะบางกลุ่ม ส่วนสื่อที่เผยแพร่ในวงกว้าง จะใช้คำข้อความและประเด็นที่เหมาะสมกับผู้รับสารทั่วไป และในบางกรณีเช่น สารคดี ก็อาจจะมีทั้งสื่อที่เป็นเพียงตัวอักษร รวมถึงผสมด้วยภาพ ดังเช่น สารคดีในรายการโทรทัศน์

กลุ่มที่สอง สื่อกิจกรรม ในที่นี้คือ บ้านพักคนชรา เป็นสื่อที่กำหนดภาพของผู้สูงอายุในแง่ของการสงเคราะห์และพึ่งพิง เพราะบ้านพักคนชราเป็นพื้นที่ที่กำหนดร่างกายและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น อาหารและเวลาที่กิน พื้นที่และเวลาของการนอน การจัดระเบียบสิ่งของต่างๆ กฎระเบียบและบทลงโทษอีกมากมาย เช่น การกลับเข้าบ้านก่อนเวลา 18.00 น. ห้ามทะเลาะกัน ห้ามขอทานกับผู้อื่นมาเยี่ยมชมสถานสงเคราะห์ เป็นต้น (เรื่องรอง ชาญวุฒิธรรม, 2547: 38) และที่สำคัญคือ การมีเจ้าหน้าที่ที่คอยกำกับดูแล (อรสม สุทธิสาคร, 2552: 37) จึงทำให้ผู้ที่ก้าวเข้าสู่บ้านพักคนชราจึงต้องถอดอัตลักษณ์เดิมของตนและสวมอัตลักษณ์ใหม่ที่อยู่ภายใต้กรอบของสังคมที่กำหนด ดังที่กล่าวไว้ในงานวิจัยบ้านพักคนชราที่ว่า

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพไปสู่สถานภาพของผู้รับการสงเคราะห์ยังส่งผลให้คนชราในสถานสงเคราะห์รู้สึกเหมือนตนเองด้อยกว่าคนอื่นฯ ทั้งในด้านสภาพร่างกายและความสัมพันธ์ ส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิสังสรรค์กับคนกลุ่มต่างๆ ภายในบ้าน รวมไปถึงการตระหนักในความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายของความชราภาพที่ปรากฏขึ้นภายในตัวเอง การสวมรับตัวตนผู้อ่อนแอของคนชราทำ

ให้พวกเขามองตัวเองเสมือนผู้ที่ด้อยกว่าคนอื่นๆ และเห็นว่า สิ่งที่ไม่บุคคลอื่นกระทำ
ต่อพวกเขาเองนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้

(เรื่องรอง ชาญวุฒิธรรม, 2547: 125)

เช่นเดียวกันกับคำสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราที่ว่า
อยู่ตรงนี้เห็นอะไรเยอะ คนแก่บางคนคอยลูกหลานมาเยี่ยมเดือนหนึ่งสองเดือน
เขาถึงจะมาที ตอนมาก็ดีอกดีใจ พอเขากลับไปก็ร้องไห้ ยายเห็นแล้วก็สะท้อนใจ
น้ำตาไหล เจ้าน้ำที่ก็คอยปลอบใจ คนแก่นี้ชี้เหงาเนะ นานๆ ก็ร้องไห้เสียที
บางครั้งก็เก็บยานอนหลับสะสมไว้ 20 เม็ดจะกินให้มันตาย แต่ทำไม่ลงหรอก เรา
ฆ่าตัวเองก็เป็นบาป ชีวิตมันว่าเหว่ ยามทุกขใจไม่มีใครรู้ ขอความช่วยเหลือจาก
ใครก็ได้ ใครเขาจะเอาขอนไม้ๆ ไปที่บ้านเขาละ

(ยายละไม้ ชัยชนะ อ่างถึงในธรรม สุธธาสคร, 2552: 23)

ทว่า หากเป็นผู้สูงอายุที่มีเงินทอง มีความรู้ การเป็นผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา
อาจมิได้หมายถึงผู้ไร้คุณค่าเสมอไป (อรรณณ ขำสุวรรณ, 2545) รวมถึงบ้านพักคนชราอาจแสดง
ให้เห็นถึงการสร้างพื้นที่ใหม่สำหรับผู้สูงอายุแทนที่ครอบครัวก็เป็นได้

(2) **สื่อบันเทิง** ในที่นี้สื่อบันเทิงที่ศึกษา คือ สื่อภาพยนตร์ จากการศึกษา
ภาพยนตร์ไทยที่กล่าวถึงผู้สูงอายุเป็นตัวเอกในยุคอุตสาหกรรมพบว่า มีภาพยนตร์จำนวน 4 เรื่อง
โดยเริ่มตั้งแต่ทศวรรษที่ 2520 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเด็นผู้สูงอายุเริ่มได้รับความสนใจในสังคม ได้แก่
“วัยตกกระ” (2521) “หลวงตา” (2523) “18-80 เพื่อนซี้ไม่มีชั่ว” (2540) และ “พันธุ์รักหน้าย่น”
(2547)

ภาพยนตร์สามในสี่เรื่องคือ “วัยตกกระ” “18-80 เพื่อนซี้ไม่มีชั่ว” และ “พันธุ์รัก
หน้าย่น” เล่าเรื่องผู้สูงอายุในทำนองเดียวกันคือผู้สูงอายุที่เริ่มประสบปัญหาเมื่อก้าวสู่สังคม
อุตสาหกรรม เช่น ปัญหาครอบครัวใน “วัยตกกระ” และ “18-80 เพื่อนซี้ไม่มีชั่ว” ปัญหาการที่สังคม
ไม่ยอมรับผู้สูงอายุใน “พันธุ์รักหน้าย่น” มีเพียงภาพยนตร์เรื่อง “หลวงตา” ที่กลับแสดงให้เห็นว่า
ผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าในสังคมอุตสาหกรรม เพราะเป็นผู้ที่ช่วยแก้ไขปัญหามานานได้ดี แต่
ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็มีเงื่อนไขเป็นผู้สูงอายุในสังคมถึงชนบทและมีสถานภาพเป็นพระ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากภาพยนตร์เป็นสื่อที่เน้นความบันเทิง ไม่ว่าหนังจะเล่าเรื่อง
ผู้สูงอายุในด้านบวกหรือลบในสังคมอุตสาหกรรมก็ตาม แต่ในท้ายที่สุดภาพยนตร์ทุกเรื่องเดินทาง

ไปสู่วิถีชีวิตที่ตัวละครผู้สูงอายุทุกตัวสามารถแก้ไขปัญหายุ่งยากได้ เช่น สามารถย้อนกลับคืนความสุขในครอบครัว การที่คนในสังคมให้การยอมรับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นถึงความพยายามที่สถาบันสื่อบันเทิงพยายามที่จะต่อสู้ความหมายในแง่ลบของผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม แต่ในอีกด้านหนึ่งก็อาจเป็นเพียงภาพลวงตาที่สร้างความหมายว่า ปัญหาผู้สูงอายุอาจไม่ใช่ปัญหาหลักในสังคมไทย หรือหากเป็นปัญหาก็เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ง่าย (กัจจร หลุยยะพงศ์, 2552 และกัจจร หลุยยะพงศ์และกาญจนา แก้วเทพ, 2553)

(3) สื่อสารบันเทิง ในที่นี้จำแนกได้เป็นสื่อโฆษณา และชมรมผู้สูงอายุ

กลุ่มแรก สื่อโฆษณา เป็นสื่อที่วางอยู่บนสถาบันเศรษฐกิจ และมีลักษณะพิเศษคือ มีทั้งสาระควบคู่กับบันเทิง กล่าวคือในด้านสาระคือการเน้นการขายสินค้า ส่วนในด้านความบันเทิงคือวิธีการนำเสนอจะมีลักษณะของความบันเทิง และที่สำคัญคือการสอดแทรกประเด็นด้านผู้สูงอายุอยู่ในโฆษณา ทั้งในด้านบวกและลบ ไม่ต่างจากการศึกษาของปานจักษ์ ทองปาน (2540) ซึ่งพบว่าภาพผู้สูงอายุในโฆษณามีทั้งด้านบวก คือ การทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งครอบครัว สังคม และส่วนตัว มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 45.60 การสืบทอดวัฒนธรรม ร้อยละ 33.01 ภูมิปัญญา ร้อยละ 14.98 และภาพด้านลบ เช่น การล้อเลียนและเรื่องเพศ ร้อยละ 6.88 แต่อาจจะมีจุดเน้นดังนี้

ในด้านลบ คือ การมองความชราภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านร่างกาย และนำไปสู่การบริโภคสินค้าเพื่อแก้ไขปัญหาคความเสื่อมของร่างกาย เช่น ยาย้อมผม ครีมบำรุงผิว เป็นต้น รวมถึงการมองภาพของชนชราในฐานะความล้าหลังและไม่ทันสมัย

แต่ในอีกด้านหนึ่ง สื่อโฆษณาก็เริ่มใช้ภาพผู้สูงอายุในด้านคุณค่าเพื่อสื่อให้เห็นว่าสินค้าของตนมีความยาวนานมีประสบการณ์ คุณค่าประหนึ่งตัวผู้สูงอายุนั้นเอง ยิ่งไปกว่านั้น สื่อโฆษณายังเริ่มเจาะกลุ่มสินค้าเพื่อผู้สูงอายุหรือที่เรียกว่า “การตลาดสีเทา” (grey market) เพื่อที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามาบริโภคสินค้า รวมถึงการให้ลูกหลานเข้ามาซื้อสินค้าและบริการเพื่อผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ผ้าอ้อมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น แต่ก็ยังถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นอยู่และจะพัฒนาจนถึงขีดสุดในยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มที่สอง ชมรมผู้สูงอายุ เป็นสื่อกิจกรรมที่มองถึงคุณค่าของผู้สูงอายุที่ยังคงทำกิจกรรมต่อเนื่องจากสังคมเกษตรกรรม เช่น การเข้าวัดเข้าวา การทำบุญในวันสำคัญ และเมื่อก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรม ภาครัฐจึงกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวทำกิจกรรมผ่าน “ชมรมผู้สูงอายุ” โดยเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2505 ณ โรงพยาบาลประสาท เป็นครั้งแรก และนำมาดำเนินการอีกครั้งในช่วง

ปี พ.ศ. 2525 โดยกระทรวงมหาดไทยสนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2541: 174) ในปัจจุบันอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรเอกชน คือ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยช่วยสนับสนุนการทำงานด้วย และมีชมรมผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 19,475 ชมรม (ตัวเลขปี พ.ศ. 2551 อ้างถึงในศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ, 2552: 71)

ด้วยเหตุที่การทำกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุจะมีทั้งกิจกรรมที่เน้นสาระและความบันเทิง จึงจัดให้อยู่ในหัวข้อสื่อสาระบันเทิง เช่น กิจกรรมด้านศาสนา กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมสุขภาพอนามัย กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะ กิจกรรมท่องเที่ยว กิจกรรมการกุศล และกิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 183-184)

และถึงแม้ว่ารัฐจะเป็นผู้ดำเนินการผลักดันให้เกิดชมรมผู้สูงอายุ แต่ชมรมดังกล่าวก็ทำงานโดยมีอุดมการณ์ร่วมกันคือ “เป็นชมรมของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่รวมตัวกันตั้งขึ้นมาแล้วดำเนินกิจกรรมของชมรมโดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก เพื่อก่อประโยชน์ทุกด้าน หรือตามความมุ่งหมายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้นๆ และเพื่อสังคมโดยรวม” (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 176)

แต่จากการศึกษาผลการดำเนินงานของชมรมที่ผ่านมา บรรลุ ศิริพานิช (2539 และ 2541) ได้ศึกษาวิจัยและพบว่า ชมรมที่จัดตั้งขึ้นอาจมิได้หมายความว่า จะเข้มแข็งทั้งหมด กล่าวคือ ชมรมอาจมิใช่ตัวแทนของคุณค่าผู้สูงอายุทั้งหมด เพราะสามารถจัดประเภทได้สี่ประเภท คือ ชมรมที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ชมรมที่พึ่งตนเองได้ ชมรมที่ต้องได้รับการสนับสนุน (พึ่งพาตนเองไม่ได้) และชมรมผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ เช่น ชมรมที่เป็นอดีตข้าราชการหรือในบริษัทต่างๆ เป็นต้น และนำไปสู่การที่ภาครัฐยังคงต้องเข้าไปช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งการช่วยเหลือแบบทั้งหมด และการช่วยเหลือในบางส่วน หรือหากเป็นชมรมที่เข้มแข็งก็ส่งเสริมให้เป็นวิทยากรที่ต่างๆ ด้วย

กล่าวโดยสรุป การศึกษาตัวบทในสังคมยุคอุตสาหกรรมซึ่งประกอบด้วยประเภทเนื้อหาประเภทวาทกรรม และประเภทสื่อ พบข้อที่น่าสนใจดังนี้

ในด้านเนื้อหา พบว่า ตัวบทระบุเนื้อหาที่หลากหลายสี่ด้านคือ กาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ แต่โดยรวมแล้วนั้น สังคมอุตสาหกรรมจะวางเนื้อหาหลักอยู่ตรงความอ่อนแอและเสื่อมโทรมของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งมาจากเหตุผลที่ว่าททกรรมการแพทย์ก้าวเข้ามากำหนดอัตลักษณ์ผู้สูงอายุ และสถาบันอื่นๆ ก็ก้าวเข้ามาเป็นผู้ช่วยประสานพลัง เช่น รัฐ เศรษฐกิจ และการสื่อสาร อันทำให้ร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์กับสังคมของผู้สูงอายุมีแนวโน้มไปในทิศทางเชิงลบ

แต่ในอีกด้านหนึ่งเนื่องด้วยสังคมไทยในอดีตวาทกรรมหลักที่ครอบงำอยู่ก็คือการมองผู้สูงอายุในฐานะผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญ ก็ยังคงได้รับการผลิตซ้ำในสังคมยุคอุตสาหกรรม แต่อาจจะไม่ได้เป็นวาทกรรมหลักเป็นเพียงวาทกรรมรองที่แฝงตัวอยู่ในสังคม ดังเช่น การลดระดับความรู้ของผู้สูงอายุเพียงบางเรื่องเท่านั้น และการผนวก “ความเชี่ยวชาญ” ลงในการขายสินค้า

ส่วนวาทกรรมความกตัญญูทดแทน ยังเป็นวาทกรรมที่สืบต่อเนื่องจากอดีตสู่สังคมอุตสาหกรรม โดยที่สถาบันศาสนาเป็นสถาบันหลักที่ช่วยตอกย้ำ รวมถึงสถาบันรัฐที่สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดวันผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และแม้กระทั่งสถาบันเศรษฐกิจก็สร้างความหมายให้ลูกหลานต้องซื้อสินค้าเพื่อตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุด้วย

สำหรับในด้านของประเภทวาทกรรม จากการศึกษาพบว่า ประกอบไปด้วยประเภทวาทกรรมที่หลากหลาย ทั้งการอธิบาย การโต้แย้ง การยกตัวอย่าง การเปรียบเทียบ การสั่งสอน การสาธิต ซึ่งหากมองโดยผิวเผินจะไม่ต่างไปจากในสังคมยุคเกษตรกรรม แต่เมื่อพิจารณาให้ละเอียดถี่ถ้วนก็จะพบว่า จุดต่างที่สำคัญคือ ประเภทวาทกรรมในยุคสังคมอุตสาหกรรม จะวางอยู่บนวิธีคิดของวิทยาศาสตร์ จึงทำให้การใช้ประเภทวาทกรรมไม่ใช่เฉพาะการมองแค่ “ภาษา” แต่จะใช้ข้อมูลต่างๆ เช่น ตัวเลข ตาราง กราฟ ภาพ และแผนภาพ เพื่อใช้ประกอบการอธิบาย โต้แย้ง ยกตัวอย่าง เปรียบเทียบ สั่งสอน และสาธิต รวมถึงจะใช้วาทกรรมทุกประเภทประกอบกันมากกว่า จะเน้นย้ำด้านใดด้านหนึ่งเป็นหลัก เช่น ในสังคมเกษตรกรรมที่มักจะใช้การสั่งสอน เพื่อแสดงให้เห็นถึงอำนาจในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ แต่เมื่อสังคมก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรม อำนาจการสั่งสอนกลับกลายเป็นวาทกรรมที่สถาบันต่างๆ ใช้เพื่อสร้างความหมายให้ผู้สูงอายุอ่อนแอและยอมรับ

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาถึงวาทกรรมการสาธิตในสังคมอุตสาหกรรมก็จะพบว่า มีความแตกต่างไปมากกว่าในอดีตที่เน้นการใช้สื่อประเพณี นับตั้งแต่ “การสำรวจ” “การตรวจตรา” “การใช้งานวิจัย” และ “กิจกรรมของผู้สูงอายุ” เพื่อสื่อให้เห็นอำนาจที่สถาบันต่างๆ คอยกำหนดกฎเกณฑ์ผู้สูงอายุ โดยมีเพียงกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุมีอำนาจกำหนดตนเองเท่านั้น ซึ่งเป็นส่วนน้อย อันตอกย้ำให้เห็นถึงพลังสถาบันที่กำหนดตัวตนผู้สูงอายุ

ในประเด็นสุดท้าย คือ ประเภทสื่อ จะผลิตขึ้นโดยใช้สื่อที่ต่างกัน คือ สื่อสาระ บันเทิง และสาระบันเทิง โดยจุดที่น่าสนใจก็คือ สื่อสาระ เป็นรูปแบบวาทกรรมหลักที่สถาบันต่างๆ นำมาใช้ส่วนหนึ่งก็เพื่อการยืนยันให้เห็นว่า ประเด็นผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญควรค่าแก่การศึกษา สื่อสาระนี้ยังกระจายตัวออกไปจาก “ตำรา” ที่มีผู้รู้ผู้อ่านไม่กี่คนสู่กลุ่มผู้สูงอายุเองโดยตรง เช่น กรณีของ “คู่มือผู้สูงอายุ” และผู้คนทั่วไปในสังคมผ่านข่าว และสารคดี อันทำให้เกิดการแพร่กระจายความคิดได้กว้างยิ่งขึ้น

ในทางกลับกัน สื่อบันเทิง ในที่นี้จะเน้นเฉพาะสื่อภาพยนตร์ เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า เป็นสื่อที่มีผู้สูงอายุในฐานะตัวเอกไม่มากนัก ทั้งๆ ที่สังคมไทยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมาก นั่นก็อาจเนื่องมาจากการมองไม่เห็นผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุเองก็อาจไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายทางการตลาดของภาพยนตร์

นอกจากนั้นหากพิจารณาถึงผู้สูงอายุที่ปรากฏตัวในภาพยนตร์ไทยก็จะพบว่า มีจำนวนมาก แต่กลับมิได้เป็นบทหลักในภาพยนตร์มากนัก กล่าวคือ เป็นเพียงตัวประกอบของเรื่อง อันตอกย้ำให้เห็นการมองไม่เห็นหรือมองข้ามความสูงอายุ ทว่า หากพิจารณาลึกลงไปกลับพบว่า แม้อาจไม่ใช่บทหลักแต่บทที่ได้รับก็จะแสดงถึงความอาวุโส เช่น ปู่ย่า พ่อแม่ ผู้อาวุโส ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเท่ากับเป็นพยายามผลิตซ้ำวาทกรรมผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญและความกตัญญูในสังคมให้สืบต่อไป

จากการศึกษาเฉพาะภาพยนตร์ที่มีผู้สูงอายุเป็นตัวเอกจำนวน 4 เรื่องพบว่า ภาพยนตร์ไทยได้นำเสนอผู้สูงอายุตามวาทกรรมหลักที่สังคมมองว่าผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมเริ่มมีปัญหา แต่ก็ยังคงมีการนำเสนอวาทกรรมคุณค่าผู้เชี่ยวชาญอยู่บ้างแต่ก็มีน้อยเพียง 1 เรื่อง คือ “หลวงตา” และที่น่าสนใจคือในท้ายที่สุด ฉากจบของภาพยนตร์ทุกเรื่องแม้จะนำเสนอในด้านบวกก็แสดงให้เห็นว่า วาทกรรมคุณค่าผู้สูงอายุเป็นข้อสรุปสุดท้ายที่สังคมไทยพึงกระทำ ซึ่งอาจจะเป็นเพียงภาพฝันหรือการแย้งจากสภาพความจริงในสังคมอุตสาหกรรมที่ผู้สูงอายุเริ่มถูกลดคุณค่าลงจากสถาบันต่างๆ

ส่วนสื่อสาระบันเทิง คือ สื่อโฆษณาและชมรมผู้สูงอายุ เป็นพื้นที่ที่แสดงให้เห็นถึงอัตลักษณ์ผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ สื่อโฆษณาจะแสดงให้เห็นภาพผู้สูงอายุทั้งบวกและลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายการขายสินค้า หากต้องการขายสินค้าต่อต้านความชรา ก็มักจะใช้ภาพเชิงลบ แต่หากต้องการขายสินค้าเพื่อผู้สูงอายุหรือการตลาดผู้สูงอายุก็มักจะใช้ภาพบวก ส่วนกรณีของชมรมผู้สูงอายุ จะเป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุมีสิทธิเสนออัตลักษณ์ตนเองในแง่คุณค่าได้เองต่างไปจากสื่ออื่นๆ ทั้งสื่อสาระและบันเทิง ที่มักจะมาจากสถาบันต่างๆ เป็นผู้กำหนด แต่คุณค่านี้อาจลดลงหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญบางด้านเท่านั้น

2. ปฏิบัติการสังคมและวัฒนธรรม

ปฏิบัติการสังคมและวัฒนธรรมจะพิจารณาถึงบริบทในสังคมอุตสาหกรรมที่ส่งผลต่อการกำหนดวาทกรรมใน 5 ด้านคือ มิติด้านสังคมและวัฒนธรรม รัฐ การแพทย์ เศรษฐกิจ การสื่อสาร ดังนี้

2.1 มิติด้านสังคมและวัฒนธรรม

ภายใต้สังคมอุตสาหกรรม บริบทสังคมเริ่มแปรเปลี่ยนไปอย่างมากโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงมิติเศรษฐกิจจากการพึ่งพิงตนเองสู่การพึ่งพิงการตลาด อันมีผลต่ออัตลักษณ์ของผู้สูงอายุโดยตรง โดยเฉพาะการลดคุณค่าความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุ

พัทยา สายหนู (2526) ตั้งข้อสังเกตว่าสังคมไทยเริ่มก้าวสู่สังคมยุคอุตสาหกรรมอาจนับได้จากการรับความเจริญจากต่างประเทศแบบตะวันตกตั้งแต่รัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา ทำให้ผู้คนในสังคมไทยเริ่มนับถือเงินตราและเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตจากเกษตรกรรมพอเพียงไปสู่การทำงานเพื่อแลกเปลี่ยนผลผลิต โดยเฉพาะการส่งสินค้าออกยังต่างประเทศ

อีกทั้ง ความรู้ก็แปรเปลี่ยนสู่การเปิดรับความรู้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้การเคารพนับถือผู้สูงอายุในฐานะผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญเริ่มเปลี่ยนไป เพราะความรู้ของพ่อแม่ันั้นไม่สามารถจะทำประโยชน์ต่อคนในยุคนี้ได้มากเท่าไรนัก บรรลุ ศิริพานิช เสริมว่า หลักฐานชิ้นสำคัญก็คือการออกพระราชบัญญัติบังคับให้คนไทยต้องเรียนหนังสือ ทำให้คนไทยมีความรู้แบบตะวันตกซึ่งเข้ากับสังคมแบบอุตสาหกรรมที่กำลังพัฒนาและหันสู่อาชีพใหม่ๆ ที่มีใช้แต่การเกษตรกรรม รวมถึงแม้จะเป็นอาชีพทางการเกษตร สถาบันการศึกษาก็ตอบรับด้วย เช่น การเปิดมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นต้น บทบาทของผู้สูงอายุจึงลดลง คำเรียกผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนไปจากการ “เดินตามหลังผู้ใหญ่หมาไม่กัด” กลายเป็น “ไดโนเสาร์เต่าล้านปี” (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 146)

ด้วยสังคมอุตสาหกรรมที่ยกย่องความรู้ความทันสมัยและที่สำคัญคือผลผลิตที่คำนวณด้วยค่าเงินตรา ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าเขาเองตามไม่ทันคนรุ่นใหม่ ไม่สามารถทำประโยชน์ได้คุ้มค่า ซึ่งเป็นเหตุเดียวกันกับที่บรรดาบริษัท ภาครัฐ ก็กำหนดอายุการจ้างงานด้วยเหตุสูงอายุ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็น “ส่วนเกิน” ในสังคมและตกอยู่ในสภาวะที่ลำบากเพราะไม่สามารถทำประโยชน์ได้อีกต่อไป (พัทยา สายหนู, 2526: 14)

นอกเหนือจากการลดบทบาทผู้สูงอายุแล้ว พัทยา สายหนู (2526) ยังเสนออีกด้วยว่า สังคมอุตสาหกรรมยังทำให้คนในสังคมเน้นการพึ่งตนเอง ลูกหลานแยกย้ายทำอาชีพตามความถนัดที่ได้เรียนรู้มาจากสถาบันการศึกษา และการพัฒนาสู่ครอบครัวเดี่ยว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) เหล่านี้เองที่ทำให้เริ่มขาดสายสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและลูกหลาน และนำมาสู่การที่รัฐเริ่มแก้ไขปัญหาด้วยการวางแนวทางการสงเคราะห์ให้ผู้สูงอายุแทนที่ครอบครัวเป็นผู้ดูแล (ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป)

ในอีกด้านหนึ่งจากการที่สังคมไทยยังคงไม่ได้ก้าวไปสู่สังคมอุตสาหกรรมทั้งหมด ยังมีอีกหลายส่วนที่ยังคงเป็นสังคมเกษตรกรรม วาทกรรมคุณค่าผู้สูงอายุและความกตัญญูต่อผู้สูงอายุที่เคยดำรงอยู่ในสังคมเกษตรกรรมจึงยังคงแพร่กระจายเข้ามาสู่สังคมอุตสาหกรรม ดังเช่น การก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นต้น แต่ความรู้ความเชี่ยวชาญอาจต้องปรับตัวจากการรู้ทุกเรื่องไปสู่ “รู้เพียงบางเรื่อง” เช่น เรื่องวัฒนธรรม

นอกจากนั้น ถึงแม้จะมีการมองผู้สูงอายุที่อ่อนแอเพียงพียงก็ตามที่ แต่ก็จะมีผลสัมพันธ์กับวาทกรรมคุณค่าและความกตัญญูต่อผู้สูงอายุในอดีต เช่น การสงเคราะห์และสวัสดิการก็ทำเพื่อทั้งมองผู้สูงอายุอ่อนแออย่างไรแล้ว ก็ยังถือเป็นการตอบแทนผู้สูงอายุอีกด้วย

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งในสังคมอุตสาหกรรมก็คือ การพัฒนาความคิดเรื่อง “ความงามกับผู้สูงอายุ” จากในอดีตความงามอาจมิใช่เรื่องสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เพราะว่าการเกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และผู้สูงอายุก็ต้องปลงกับสังขารที่เหี่ยวแห้ง ทว่า จากการเติบโตทางการแพทย์สมัยใหม่ ความเหี่ยวแห้งที่มาจากการความชราก็กลายเป็นสิ่งที่สถาบันการแพทย์สามารถเข้าไปจัดการได้ ทั้งการใช้ยาและการทำศัลยกรรม

ยิ่งไปกว่านั้น จากแนวคิดของสังคมอุตสาหกรรมในเบื้องต้นที่มองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อ่อนแอไร้คุณค่า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุหรือผู้ใกล้จะเป็นผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะอาการ “กลัวแก่” เพราะหากแก่แล้วก็จะกลายเป็นผู้ที่ไร้คุณค่าไปในทันที ประกอบทั้งอุตสาหกรรมความงามก็เข้ามามีส่วนสนับสนุน โดยเฉพาะสินค้าต่อต้านความชราที่เติบโตขึ้น ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเหนียวรั้งไม่ให้ความชราเข้ามาเยือน และการสวมหน้ากากเพื่อกัน “แก่” (Featherstone and Hepworth, 2005) แต่ทั้งนี้ การชะลอความชราในยุคนี้ยังคงเป็นการชะลอในเบื้องต้นเท่านั้น เมื่อสังคมก้าวสู่สังคมข้อมูลข่าวสาร (ซึ่งจะกล่าวถึงในบทถัดไป) ก็จะสามารถจัดการความชราได้ ลึกลงไปถึงระดับเซลล์รวมถึงการเปลี่ยนแปลงอวัยวะได้ด้วย

2.2 มิติด้านรัฐ

ในสังคมอุตสาหกรรม สถาบันรัฐก้าวเข้ามาจัดการความชราในหลากหลายแนวทาง สามารถจำแนกได้ 6 แนวทาง ไล่ลำดับจากการพัฒนานับตั้งแต่ยุคแรกจนถึงปัจจุบัน คือ (1) แนวทางแรก การป้องกันผู้สูงอายุ ในด้านของการห้ามฟ้องร้องผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากความกตัญญูต่อผู้สูงอายุในยุคสังคมเกษตรกรรม (2) แนวทางที่สอง การสงเคราะห์และตอบแทนผู้สูงอายุ เป็นการเน้นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อ่อนแอและยากไร้ ซึ่งถือเป็นยุคแรกๆ ที่ปูพื้นให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความอ่อนแอและส่งผลต่อแนวทางอื่นๆ ที่จะตามมาในอนาคต (3) แนวทางที่สาม สวัสดิการผู้สูงอายุ จะเริ่มขยายจากการมองผู้สูงอายุที่อ่อนแอแบบสงเคราะห์

สู่การจัดการผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ ทั้งการบริการและการประกันสังคม (4) แนวทางที่สี่ การเกษียณอายุ คือ แนวทางที่มองผู้สูงอายุอ่อนแอและเกษียณอายุ (5) แนวทางที่ห้า การสนับสนุนความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ คือ การพิจารณาผู้สูงอายุว่ายังคงมีคุณค่ามีความเชี่ยวชาญและรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม และ (6) แนวทางที่หก คือ ทั้งส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็ง หรือการมองผู้สูงอายุแบบประสมประสาน ซึ่งถือเป็นแนวทางใหม่ที่ผนวกวิธีคิดแบบคู่ขนาน ซึ่งเป็นยุคท้ายๆ ของสังคมอุตสาหกรรม รายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวทางแรก การป้องกันผู้สูงอายุ เป็นแนวทางที่รัฐมองว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ในอดีต ดังนั้นคนรุ่นหลังก็ควรที่จะดูแลตอบแทนผู้สูงอายุ แนวคิดดังกล่าวส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากวาทกรรมความกตัญญูในยุคสังคมเกษตรกรรม และเมื่อก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรมแนวทางนี้ก็ยังคงดำรงอยู่ไม่เสื่อมคลาย

แต่เมื่อสภาพสังคมอุตสาหกรรมเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มมองผู้สูงอายุที่ไร้ประโยชน์เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ต่อไปและความรู้ที่ไม่เท่าทันคนรุ่นใหม่ จึงทำให้รัฐต้องออกกฎหมายควบคุมคนและกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนมากกว่าการควบคุมทางจริยธรรมเฉกเช่นในอดีต โดยระบุไว้ในกฎหมายอาญาและกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ในด้านกฎหมายอาญา จะเกี่ยวพันกับการระบุถึงการดูแลและห้ามทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุ และกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน คือ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 ความว่า

ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย กายพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือไม่ปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำและปรับ

(อ้างถึงในปิยากร หวังมหาพร, 2546: 260)

และมาตรา 308 ก็ระบุให้เห็นถึงการเพิ่มความระมัดระวังแก่ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ “ถ้าการกระทำความผิดตามมาตรา 306 หรือมาตรา 307 เป็นเหตุให้ผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 290 มาตรา 297 หรือมาตรา 298 นั้น” (อ้างถึงในสันติ ศิริธีราเจษฎ์, 2543: 110-111)

ในทำนองเดียวกัน กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ก็ระบุถึงการเลี้ยงดูบิดามารดา ห้ามทำร้าย บิดามารดา อันได้แก่หมวดที่ 2 มาตรา 1536 กล่าวถึงสิทธิและหน้าที่ของบิดา มารดา และบุตรที่ต้องเลี้ยงดูมารดา

“บุตรจำเป็นต้องอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา” ดังนั้น บุตรจึงมีหน้าที่ตามกฎหมาย ต้องเลี้ยงดูบิดามารดาที่สูงอายุ ซึ่งหากบุตรทอดทิ้งบิดามารดาที่สูงอายุ ซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต บุตรผู้นั้นต้องรับโทษอาญา

(อ้างถึงในปิยากร หวังมหาพร, 2546: 263)

นอกจากนั้น ยังมีมาตรา 1562 ที่กล่าวถึงการห้ามฟ้องบุพการี “ผู้ใดที่จะฟ้องร้องบุพการีของตนเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญามีได้ แต่เมื่อผู้นั้นหรือญาติสนิทของผู้นั้นร้องขอ อัยการจะยกคดีขึ้นว่ากล่าวได้” (อ้างถึงในปิยากร หวังมหาพร, 2546: 262-263)

มาตรา 1598/28 ก็ยังระบุถึงบุตรบุญธรรมจะมีฐานะเดียวกับบุตร จึงย่อมมีหน้าที่เลี้ยงดู บิดามารดาด้วย (สันติ ศิริธีราเจริญ, 2543: 103-110)

แนวทางที่สอง การสงเคราะห์และตอบแทนผู้สูงอายุ เป็นแนวทางที่รัฐวางอยู่บนกรอบแนวคิดสามด้านคือ ด้านแรก ความอ่อนแอของผู้สูงอายุตามวาทกรรมการแพทย์ ด้านที่สอง ความกตัญญูต่เวทีต่อผู้สูงอายุ และด้านที่สาม การพัฒนาประเทศสู่ความทันสมัย

กรอบแนวคิดทั้งสามด้านนั้นทำให้รัฐก้าวเข้ามามีบทบาทในการจัดการผู้สูงอายุในลักษณะ “สงเคราะห์” ดูแลผู้สูงอายุ เพราะมองว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้อ่อนแอ แต่ด้วยการที่ผู้สูงอายุเคยทำประโยชน์ก็จำเป็นที่ต้องตอบแทนบุญคุณ และในบางสถานการณ์การสงเคราะห์ผู้สูงอายุก็ยังมียะของการทำให้ประเทศเจริญแบบสมัยใหม่ ดังที่ปรากฏในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ที่เริ่มสงเคราะห์ผู้สูงอายุผ่านบ้านพักคนชรา โดยมองแบบอย่างสังคมตะวันตกเพื่อให้ประเทศพัฒนา (สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป. และ บรรลุ ศิริพานิช, 2542) แต่หากพิจารณาการสงเคราะห์โดยรวม มักจะวางอยู่บนกรอบแนวคิดความอ่อนแอของผู้สูงอายุและการตอบแทนบุญคุณของผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549: 84-85) ยังตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ยุคแรกจะมุ่งเน้น “การบรรเทาปัญหา” (residual model of social welfare) หรือการแก้ไขปัญหาแบบเพื่อบรรเทาหรือระยะสั้น หรือเน้นการสงเคราะห์ แต่ก็ส่งผลต่อการที่ผู้สูงอายุมักจะถูกมองว่า “ไร้คุณค่า” ดังที่ปรากฏว่า

บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ด้วยทรัพยากรและความสามารถต่างๆ ที่ตนมีอยู่ หากพึ่งตนเองไม่ได้ ครอบครัวจะเป็นสถาบันที่รองรับภาระต่อ แต่หากเครือข่ายทั้งสองแหล่งไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ จึงจะเป็นหน้าที่ของรัฐจะจัดสวัสดิการให้ ดังนั้น ผู้ที่รับความช่วยเหลือจากรัฐจึงเป็นเสมือนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เป็นภาระแก่สังคมพึ่งตนเองไม่ได้ ไม่มีความสามารถทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่รับความช่วยเหลือจากรัฐที่ถูกดำเนิน ถูกประณามจากผู้อื่น และเป็นผู้ที่เปรียบเสมือนไร้ศักดิ์ศรี ไร้คุณค่า

(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 84)

แต่ในช่วงหลังแนวคิดเริ่มแปรเปลี่ยนไปสู่ “การต่อต้านระบบการควบคุมของรัฐ” (anti-collectivism) เริ่มให้เอกชนเข้ามาบริการ รวมถึงเริ่มเกิด “แนวคิดใหม่” (new-right) ซึ่งมีแนวโน้มการมองรัฐในแง่ลบ เริ่มมองให้ประชาชนรวมกลุ่มดำเนินการด้วยตนเอง ดังเช่น ชมรมผู้สูงอายุเป็นต้น และในช่วงหลังก็เริ่มปรับแนวคิดอีกครั้ง เช่น แนวคิด “กลุ่มนิยมการควบคุมของรัฐ” (collectivism) ซึ่งหมายถึงการหนุนส่งการทำงานประสานระหว่างรัฐกับชุมชน แนวคิดสตรีนิยมแนวสวัสดิการ (welfare feminism) ที่สนใจมิติสตรีกับผู้สูงอายุ และแนวคิดเชิงสภาวะแวดล้อม (the ecological perspectives) ที่เน้นการความสัมพันธ์ของทุกสิ่งแบบองค์รวมและการพัฒนาแบบยั่งยืน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 86-88) แต่สำหรับในที่นี้จะมุ่งเน้นกรณีของการสงเคราะห์เท่านั้น ส่วนแนวคิดอื่นๆ นั้นจะพัฒนาในช่วงหลังและยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร

หากพิจารณาการทำงานสงเคราะห์และตอบแทนผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมของสถาบันรัฐสามารถจำแนกออกเป็น 3 ยุค คือ การสงเคราะห์และตอบแทนผู้สูงอายุของรัชกาลที่ 4 การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในช่วงจอมพล ป.พิบูลสงคราม ตามแนวคิดรัฐนิยม และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ยุคแรก การสงเคราะห์และตอบแทนผู้สูงอายุในรัชกาลที่ 4 เป็นการพิจารณาผู้สูงอายุของสถาบันรัฐในสมัยที่พระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุขและทรงมีพระราชภารกิจที่สงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ชราและพิการ โดยมองว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อ่อนแอแต่ก็เคยทำประโยชน์ให้กับประเทศมาก่อน ดังนั้นการสงเคราะห์ช่วยเหลือจึงมีความจำเป็น ดังปรากฏอยู่ใน “คำประกาศพระราชทานคนชรา” ในหนังสือ “วชิรญาณวิเศษ” เล่ม 2 แผ่น 41 วัน 6 เดือน 9 แรม 8 ค่ำปีกุน นพศก 1249 (พ.ศ. 2430) ความว่า

มนุษย์ที่ยังหนุ่มสาว ยังมีกำลังพอที่จะทำมาหากินได้อยู่ แต่คนชราพิการเป็นคนควรสงสารมีกำลังก็น้อย จะประกอบกรเลี้ยงชีวิตได้ด้วยยากนัก แล้วคนเหล่านี้ก็เป็นไพร่ฟ้าข้าแผ่นดินมาแต่ครั้งแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกย์ แล้วก็มีบุตรมีหลานสืบมา

(คำประกาศพระราชทานคนชรา, นพศก 1249 (พ.ศ. 2430) : 327)

การพระราชทานทรัพย์สินส่วนพระองค์เป็นการปลุ่ความคิดการทำงานให้ผู้สูงอายุของสังคมไทยในยุคแรก ซึ่งคนส่วนใหญ่ยังไม่นิยมการทำบุญกับบุคคลมากกว่าศาสนา รวมถึงบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุควรเป็นเรื่องของครอบครัวมากกว่า ดังนั้น จึงต้องมีการปรับความคิดให้เห็นว่าการทำบุญกับบุคคลเป็นเรื่องที่ทำได้ และที่สำคัญกว่านั้นคือ การตอบแทน หรือ กตัญญูต่อผู้สูงอายุแม้จะไม่ญาติหรือครอบครัว อันนำไปสู่การสงเคราะห์ผู้สูงอายุของรัฐในยุคถัดไป

ยุคที่สอง การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ด้วยแนวคิดรัฐนิยม ในยุคนี้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุจึงเกิดขึ้นจากเหตุผลส่วนหนึ่งที่รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามเดินทางไปยังต่างประเทศและได้เห็นแบบอย่างการสงเคราะห์ผู้สูงอายุผ่านบ้านพักคนชรา ใน ปี พ.ศ. 2496 จึงเห็นว่าควรที่จะสงเคราะห์ผู้สูงอายุในแนวทางดังกล่าวด้วย (บรรลุศิริพานิช, 2542: 146)

แต่ก่อนหน้านั้นใน ปี พ.ศ. 2483 รัฐบาลจอมพล ป. ก็ได้จัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดสวัสดิการสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ คือ เด็กกำพร้า อนาคตา คนพิการ ทุพพลภาพ ไร้ที่พึ่ง และคนชราที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (สมรักษ์ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป. : 156) ต่อมาในปี พ.ศ. 2484 ก็ตรากฎหมายว่าด้วย “การควบคุมขอทาน” โดยระบุในมาตรา 7 เกี่ยวกับคนชราว่า

“เมื่อปรากฏจากการสอบสวนว่า ผู้ใดทำการขอทานและผู้นั้นเป็นคนชราภาพหรือวิกลจริตหรือเป็นคนมีโรค ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพแต่อย่างใดและไม่มีทางเลี้ยงชีพอื่น ทั้งไม่มีญาติมิตรอุปการะเลี้ยงดูให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวไปยังสถานสงเคราะห์” (อ้างถึงในสมรักษ์ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป. : 157)

ในช่วงเวลาต่อมา จอมพล ป. ก็ออกนโยบายรัฐนิยมของชาติฉบับที่ 12 ในปี พ.ศ. 2485 ที่มีข้อความว่า

“ในที่สาธารณะสถานหรือในถนนหลวง ให้บุคคลทำการช่วยเหลือและคุ้มครองโดยลักษณะที่จะยังความปลอดภัยให้เด็ก คนชราหรือคนทุพพลภาพในการสัญจรไปมา หรือในการ

“หลบหลีกภัยอันตราย” (อ้างถึงในสมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, ม.ป.ป. : 157) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการตอกย้ำการสนับสนุนการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ

กฎหมายทั้งสองฉบับนี้จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิด “สถานสงเคราะห์คนชรา” บ้านบางแค เป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2496

การสงเคราะห์ผู้สูงอายุนี้ แม้ด้านหนึ่งจะวางอยู่บนวาทกรรมความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ทว่า หากพิจารณาอย่างละเอียดพบว่า วาทกรรมดังกล่าวจะมีเงื่อนไข “เฉพาะ” ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ พิกัด ยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีคนอุปการะ ดังนั้น รัฐจึงต้องยื่นมือเข้าไปช่วยแก้ไข และที่สำคัญคือการตอบสนองหรือความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ ดังหลักฐานที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของการก่อตั้งบ้านพักคนชราที่ว่า

1. เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจน ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข
2. เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุให้อยู่กับครอบครัวได้
3. เพื่อเป็นการตอบสนองคุณความดีของผู้สูงอายุ ที่ได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติเมื่อครั้งยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว และเพื่อรักษาประเพณีวัฒนธรรมอันดีงามของไทยในการที่จะโอบอุ้มและช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อแสดงความกตัญญู กตเวทิต่อผู้สูงอายุของประเทศ

(อ้างถึงในอรรณพ ข้าสุวรรณ, 2543: 134)

ยุคที่สาม การสงเคราะห์ผู้สูงอายุผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 4 ฉบับแรก แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกำหนดขึ้นโดยภาครัฐมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาด้านเศรษฐกิจเป็นลำดับแรก แต่ต่อมาก็ขยายสู่มิติเชิงสังคมดังการเปลี่ยนชื่อจาก “แผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1” (พ.ศ. 2504-2509) สู่ “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ” ฉบับต่อมา เนื้อหาส่วนหนึ่งของแผนดังกล่าวโดยเฉพาะในยุคแรกของแผนฯ คือ แผนที่ 1-4 ก่อนการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุฉบับแรก คือ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525-2544) ในปี พ.ศ. 2525 จะมุ่งเน้นการสงเคราะห์และช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อ่อนแอตามวาทกรรมความอ่อนแอและความกตัญญู ดังตัวอย่างในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 ในบทที่ 10 ที่ระบุการพัฒนาชุมชนและสาธารณูปการเรื่องการประชาสัมพันธ์ว่า

ในด้านการประชาสงเคราะห์นโยบายที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองเท่าที่จะกระทำได้ เป็นการแบ่งเบาภาระสังคม เช่น คนชรา เด็กกำพร้า บุคคลที่สังคมรังเกียจ ผู้ประสบภัยพิบัติและเกษตรกรรมกรรมกรที่ยากจน

(อ้างถึงในปิยากร หวังมหาพร, 2546: 92)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุได้กลายเป็นปัญหาสำคัญโดยปรากฏในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ระบุว่า กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหา ดังนี้

กลุ่มที่มีปัญหาทางสังคมและกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ซึ่งประมาณว่า มีอยู่ประมาณ 1.68 ล้านคน และมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ถูกทอดทิ้งเนื่องจากความตกต่ำของภาวะเศรษฐกิจและสังคม และในจำนวนนี้รัฐบาลสามารถให้บริการได้เพียงปีละ 1,500 คน จึงได้กำหนดแนวทางและมาตรการในการแก้ไขคือ ให้มีการสำรวจคนชราที่เข้าข่ายได้รับการสงเคราะห์และสนับสนุนให้องค์การเอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการด้วย

(เล็ก สมบัติ, 2545: 8-2)

ปิยากร หวังมหาพร (2546: 94) ขยายความว่า ในช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-4 เป็นช่วงประเทศพัฒนาสู่สังคมอุตสาหกรรม และทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมาเพราะเป็นการพัฒนาที่ไม่สมดุล เช่น ปัญหาช่องว่างคนรวยและคนจน การว่างงาน และการไร้ถิ่นที่อยู่อาศัย ดังนั้น รัฐจึงให้ความสนใจต่อการแก้ไขปัญหาต่อสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

และหนึ่งในปัญหาของผู้สูงอายุที่รัฐบาลให้ความสนใจก็คือ ปัญหาด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้ต่อบ้านพักคนชรา คือ การจัดตั้ง “ศูนย์บริการผู้สูงอายุภายนอก” ในปี พ.ศ. 2522 ซึ่งเป็นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุภายนอกสถานสงเคราะห์ และปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบเข้าไปเยี่ยมกลับ (เล็ก สมบัติ, 2545: 8-10)

อย่างไรก็ดี ทั้งหมดนี้ยังเป็นการมองผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มหรือบุคคลที่อ่อนแอเป็นหลัก แต่ก็เริ่มมีการมองผู้สูงอายุที่เข้มแข็งด้วยโดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ (ดังที่จะกล่าวรายละเอียดในแนวทางที่ห้า)

แนวทางที่สาม สวัสดิการผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นแนวคิดที่ขยายออกจากการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นการมองผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มคือ กลุ่มที่อ่อนแอ ยากไร้ ไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุโดยรวม โดยมีได้มีเป้าหมายการมองว่า ผู้สูงอายุอ่อนแอ แต่เป็นการตอบแทนผู้สูงอายุทุกคนที่เคยทำประโยชน์มานาน และอีกด้านหนึ่ง อาจมองได้ว่าเป็นผลพวงจากความพยายามต่อสู้ของบรรดาผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ที่พยายามให้ภาครัฐจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุทุกคน ดังที่ปรากฏในการผลักดันนโยบายผู้สูงอายุฉบับที่สอง แต่ทั้งนี้ การต่อสู้เพื่อทำให้เกิดผลสำเร็จก็สอดคล้องกับแนวคิดสวัสดิการผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549: 26) ได้อธิบายความหมายสวัสดิการสังคมตามแนวทางของสถาบันสมาคมนักสังคมสงเคราะห์นานาชาติ (The Nation Association Social Workers, NASW) ว่าเป็นระบบของประเทศที่เกี่ยวกับโครงการ ผลประโยชน์และบริการที่ช่วยให้ประชาชนได้พบกับความต้องการด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพอนามัย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตและคงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนั้น ยังแสดงให้เห็นถึงขอบเขตของสวัสดิการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 37) ว่า จำแนกได้เป็นสามด้านคือ (1) การประกันสังคม (social insurance) ซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันให้กับความมั่นคงในการดำรงชีวิต ยามเจ็บป่วย เสียชีวิต และการประกันกรณีชราภาพ (2) การช่วยเหลือสาธารณะ (public assistance) ซึ่งเป็นบริการที่คล้ายคลึงกับการสงเคราะห์กลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และ (3) บริการสังคม (social services) ซึ่งจัดขึ้นโดยรัฐหรือแม้กระทั่งเอกชน เช่น ด้านสุขภาพอนามัย เป็นบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ด้านการศึกษา หรือการให้บริการการศึกษาแก่ประชาชน ด้านที่อยู่อาศัย หรือการบริการด้านที่อยู่อาศัย ด้านการมีงานทำและการมีรายได้ เป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าว ปิยากร หวังมหาพร (2546: 3-13) ได้ขยายความถึงกรณีสวัสดิการผู้สูงอายุ ดังนี้

(1) การประกันสังคม พบว่า สถาบันรัฐเริ่มที่จะให้ความคุ้มครองกับผู้สูงอายุ ภายหลังการเกษียณอายุด้วย “พระราชบัญญัติประกันสังคม” พ.ศ. 2497 กล่าวคือ ผู้ทำงานและเกษียณอายุจะได้รับบำนาญเป็นค่าครองชีพ แต่ไม่ได้บังคับใช้จนถึง พ.ศ. 2533 ก็เริ่มมีข้อความให้ขยายขอบเขตการประกันกรณีชราภาพ แต่กลับมีผลในปี พ.ศ. 2541 (ปิยากร หวังมหาพร, 2546: 17) นอกจากนั้น ยังมีพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 แต่ทั้งสองกรณียังเป็นการประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีงานประจำเท่านั้น อันทำให้เริ่มมีความพยายามที่จะกระตุ้นให้เกิดการประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุทุกคนในปัจจุบันหรือ “ระบบบำนาญแห่งชาติ” (รายละเอียดในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร”)

(2) การช่วยเหลือสาธารณะหรือการสังคมสงเคราะห์ ดังเช่น กรณีของการจัดตั้งสถานสงเคราะห์และศูนย์บริการทางสังคม เพื่อเป็นสถานที่บริการผู้สูงอายุ นอกจากนั้น ยังมีกรณีเบี้ยยังชีพที่มอบให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้ในปี พ.ศ. 2536 ดังที่กล่าวไปแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

(3) การบริการทางสังคมอื่นๆ สำหรับกรณีของผู้สูงอายุ เช่น การบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ การรักษายาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ การบริการด้านลดค่าโดยสารแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

สำหรับในที่นี่จะขยายความเฉพาะการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเพิ่มเติม ซึ่งถือกำเนิดขึ้นนับตั้งแต่ พ.ศ. 2505 จนถึงปัจจุบัน เป็นแนวคิดที่วางอยู่บนความเท่าเทียมและการมองความอ่อนแอและตอบแทนผู้สูงอายุ

เมื่อย้อนประวัติศาสตร์การบริการผู้สูงอายุของสถาบันการแพทย์พบว่า เริ่มต้นในช่วงปี พ.ศ. 2505 ผ่านโครงการ “สุขภาพผู้สูงอายุ” ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท (เล็ก สมบัติ, 2545: 8-5) ต่อมาในปี พ.ศ. 2506 ด้วยการเปิดคลินิกผู้สูงอายุ ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท โดยมุ่งเน้น การตรวจสุขภาพและแก้ไขปัญหาด้านการของโรค และต่อมาก็ฝึกอบรมเรื่องเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ อบรมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ กระจายสู่ทั่วประเทศ (ประสพ รัตนกร, 2528: 55)

แม้จะมีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 ทว่า ประเด็นเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุกลับได้รับความสนใจอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ 2520 ส่วนหนึ่งเนื่องจากปริมาณผู้สูงอายุที่มากขึ้นและอิทธิพลจากภายนอกประเทศคือการที่องค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2522 มีมติให้จัดการประชุม “สมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ” ในปี พ.ศ. 2525 ด้วยเหตุนี้ ในปี พ.ศ. 2522 ภาครัฐจึงเริ่มให้ความสนใจจัดตั้ง “คณะกรรมการเฉพาะกิจเรื่องผู้สูงอายุ” ตอบสนองต่อมติสหประชาชาติ และ พ.ศ. 2523 ก็จัดตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ” ขึ้น เพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ การจัดประชุมวิชาการร่วมมือกับโรงเรียนการแพทย์ (เล็ก สมบัติ, 2545: 8-7)

และหลังจากที่รัฐบาลแต่งตั้ง “คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ” ในปี พ.ศ. 2525 มีการจัดตั้ง “อนุกรรมการประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ” เพื่อรับผิดชอบด้านสุขภาพ และเริ่มมีการจัดประชุมสัมมนาวิชาการด้านสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น คือ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2524

สิ่งที่เป็นรูปธรรมอีกประการก็คือ การที่ภาครัฐกำหนด “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล พ.ศ. 2535” โดยให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษายาบาลแก่ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปโดยให้ได้รับการรักษายาบาลใน

สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (เล็ก สมบัติ, 2545: 8-5)

ในปีเดียวกัน (พ.ศ. 2535) ยังมีการจัดตั้ง “สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการด้านวิชาการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง

แนวทางที่สี่ การเกษียณอายุ ถือกำเนิดขึ้นครั้งแรกในรัชกาลที่ 5 ซึ่งวางอยู่บนวาทกรรม ความอ่อนแอของผู้สูงอายุ อายุที่มากขึ้นถูกตีความหมายถึงความอ่อนแอและจะต้องผละออกจากงานประจำ ดังคำว่า “เกษียณ” ที่มีความหมายว่า “สิ้นไป” (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542: 144)

การเกษียณอายุในสังคมอุตสาหกรรมนั้น วางอยู่บนกรอบความคิดการบังคับมากกว่าการพิจารณาตนเองว่าสมควรออกจากงานดังในยุคสังคมเกษตรกรรม ทั้งนี้ การเกษียณแบบบังคับ (compulsory retirement) ใช้ อายุตัวบุคคลเป็นเกณฑ์ (กองวิชาการ สำนักงาน ก.พ., 2533)

กองวิชาการ สำนักงาน ก.พ. (2533) ศึกษาพบว่า การเกษียณอายุของไทยเริ่มต้นในแนวพระราชดำริตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 โดยนำแนวทางจากประเทศอังกฤษและนำมาปรับใช้เป็น “พระราชบัญญัติเบี้ยบำนาญ ร.ศ. 120” (พ.ศ. 2444) ระบุว่า

เมื่อข้าราชการคนใดอายุ 55 ปี ก็เป็นอันถึงกำหนดที่จะต้องออกจากราชการ เพราะเหตุสูงอายุ เว้นไว้แต่รัฐบาลเล็งเห็นว่าผู้นั้นยังไม่มีอาการชราเบียดเบียน และยังสามารถในการปฏิบัติราชการก็ให้รับราชการต่อไปอีกคราวละ 5 ปี จะเป็นคราวหนึ่งหรือสองคราวก็ได้

(กองวิชาการ สำนักงาน ก.พ., 2533: 7)

การกำหนดการเกษียณอายุราชการยังมีการแปรเปลี่ยนไปตามยุคสมัยอีก ดังเช่น ในสมัยรัชกาลที่ 7 ก็ยกเลิก พระราชบัญญัติฉบับนี้ และตราเป็นกฎหมายใหม่เรียกว่า “พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2482” แต่ส่วนที่ยังคงเหมือนเดิมคืออายุที่เกษียณคือ 55 ปี และในปี พ.ศ. 2494 ก็เกิด “พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2494” ก็ปรับเวลาการเกษียณอายุกลายเป็น 60 ปีบริบูรณ์

ไม่ว่าจะเป็นเวลาการเกษียณอายุเท่าไรก็ตามแต่ก็ถือได้ว่า ภาครัฐหันมากำหนดเวลาของการทำงานของมนุษย์ และยิ่งไปกว่านั้น องค์การต่างๆ ที่มีใ้งานราชการก็ยึดแนวทางการกำหนดการเกษียณอายุไปใช้ด้วย และเมื่อหมดเวลาการทำงานก็ส่งผลต่อการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) อย่างไรก็ตาม การกำหนดการเกษียณอายุเริ่มมีการปรับเปลี่ยนในช่วง

ทศวรรษที่ 2530 โดยเริ่มมองว่า ผู้สูงอายุมิได้มีความอ่อนแอเสมอไป (ดังจะกล่าวในบทถัดไป ยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้)

แนวทางที่ห้า การสนับสนุนความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ (ผ่านชมรมผู้สูงอายุ) แนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางที่เกิดขึ้นในช่วงท้ายสังคมอุตสาหกรรมและต่อเนื่องสังคมข้อมูลข่าวสาร จึงทำให้ปรากฏทั้งในยุคที่สองคือสังคมอุตสาหกรรมและยุคสามคือสังคมข้อมูลข่าวสาร โดยที่จุดต่างกันคือในยุคที่สองจะเกิดท่ามกลางสังคมที่ต้องการเข้าไปจัดระเบียบความชราโดยเฉพาะความอ่อนแอ และแนวทางนี้พยายามต่อต้านความหมายและมองผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าอยู่ แต่ในยุคที่สามนั้น แนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางที่ได้รับการสนับสนุนจากสภาพสังคมในยุคนั้นที่มองว่า ผู้สูงอายุควรจะดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพิงใคร

และเป็นที่น่าสนใจว่า “ชมรมผู้สูงอายุ” เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นผ่านสถาบันการแพทย์ ซึ่งมักจะวางอยู่ว่าทฤษฎีผู้สูงอายุคือผู้ที่อ่อนแอ แต่สำหรับกรณีนี้ ชมรมผู้สูงอายุกลับมีความหมายตรงกันข้าม คือ ผู้สูงอายุเป็นผู้เข้มแข็งและมีคุณค่าเป็นผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญ และที่สำคัญในทัศนะของการแพทย์คือ การรวมตัวนั้นย่อมเป็นช่องทางสำหรับการเผยแพร่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

หากย้อนกลับไปพิจารณา “ชมรมผู้สูงอายุ” ตามแนวคิดสวัสดิการผู้สูงอายุของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549: 86-88) ก็พบว่า “ชมรมผู้สูงอายุ” เป็น “แนวคิดใหม่” (new-right) ที่มองผู้สูงอายุที่พึ่งตนเอง ไม่ได้พึ่งพารัฐอีกต่อไป แต่ในช่วงหลังแนวคิดดังกล่าวก็ปรับตัวใหม่ ตามแนวคิด “กลุมนิยมการควบคุมของรัฐ” (collectivism) โดยเริ่มมองว่า ชมรมอาจต้องมีการประสานประสานระหว่างรัฐกับตัวผู้สูงอายุเองด้วย เช่น การผสานการทำงานของรัฐ ท้องถิ่น และผู้สูงอายุ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือการเน้นการร่วมมือจากหลายฝ่ายมากกว่ารัฐดำเนินการเพียงด้านเดียว

แนวคิดชมรมผู้สูงอายุแบบใหม่นี้วางอยู่บนเงื่อนไขที่ว่า ในสังคมไทยในอดีตผู้สูงอายุก็มีการรวมตัวกันอยู่แล้วในสังคม โดยเฉพาะการรวมตัวกันในวัดเพื่อทำบุญกุศล และเมื่อสังคมก้าวสู่สังคมอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุจึงน่าจะหันมารวมตัวกันได้โดยนอกจากทำบุญกุศลแล้ว ยังมีกิจกรรมต่างๆ ที่ทำได้อีกมากมาย นับตั้งแต่การทำประโยชน์ต่อสังคม การนันทนาการ และที่สำคัญคือเป็นช่องทางของการที่สถาบันการแพทย์จะใช้เป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอีกด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ดังที่ปรากฏในเป้าหมายของการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2505 ณ โรงพยาบาลประสาท พญาไท โดยใช้ชื่อว่า “ชุมนุมผู้สูงอายุ” ดังต่อไปนี้

1. มาพบปะกันเพื่อไม่ให้เหงา ให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า เพราะโรคของผู้สูงอายุคือ Isolation เกิดความเหงา เจาตาย
2. ส่งเสริมสุขภาพ เช่น คนเป็นโรคเบาหวาน ควรปฏิบัติอย่างไร
3. ช่วยเหลือสังคม

(ประสพ รัตนกร, 2538: 55)

และเมื่อชมรมผู้สูงอายุได้กลับมาก่อตั้งใหม่อีกครั้งในทศวรรษที่ 2520 ผู้รับผิดชอบก็คือ กระทรวงสาธารณสุข ก็ยังพิจารณาชมรมไม่ต่างไปจากในยุคก่อตั้ง คือ นอกจากจะเป็นการรวมกลุ่มเพื่อป้องกันความเหงา การร่วมมือทำกิจกรรมดังในยุคอดีตแล้ว ชมรมจะมีบทบาทที่ดีต่อราชการในด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตามแนวคิด “กลุมนิยมการควบคุมของรัฐ” (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 88) ดังที่ นายแพทย์ บรรลุ ศิริพานิช (2542: 174) ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุระบุไว้ว่า

การรวมกลุ่มผู้สูงอายุเป็นชมรมนั้น หากทำได้จริงจะอำนวยความสะดวกแก่ทางราชการในการอบรมสุขภาพ การพิจารณาให้สวัสดิการสงเคราะห์ โดยเฉพาะในด้านการส่งข่าวสาร ทางราชการสามารถสื่อสารกระจายไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงได้ในเวลารวดเร็ว เนื่องจากผู้สูงอายุรวมตัวกันอยู่แล้ว

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2527 กรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงมหาดไทยในยุคนั้น จึงได้ส่งหนังสือไปยังผู้ว่าราชการทุกจังหวัดให้สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ (มาลินี วงษ์สิทธิ, 2545: 7-11) ต่อมาก็แพร่หลาย และเริ่มรวมตัวกันเป็นเครือข่ายร่วมกันผลักดันจนเกิดองค์กรเอกชน “สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2532 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 174, 196)

ในปัจจุบัน (ตัวเลขปี พ.ศ. 2551) มีจำนวนชมรมรวมทั้งสิ้น 19,475 ชมรม ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยก็ส่งเสริมสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนวิทยากร สื่อประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมดีเด่นและมอบรางวัล เป็นต้น (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ, 2552: 71)

การผลักดันชมรมในระยะแรกนี้เป็นการผลักดันจากภาครัฐโดยเฉพาะผ่านแวดวงการแพทย์ แต่ในช่วงหลังนับตั้งแต่การจัดตั้ง “สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2532

ก็เริ่มเน้นให้ผู้สูงอายุเริ่มทำกิจกรรมและผลักดันนโยบายต่างๆ โดยเฉพาะแผนผู้สูงอายุฉบับที่สอง คือ นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) (ปิยากร หวังมหาพร, 2546: 156) และต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 2540 ชมรมผู้สูงอายุก็ได้รับการพัฒนาให้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมมากขึ้น เช่น การทำกิจกรรมเพื่อสังคมผ่าน “กองทุนผู้สูงอายุ” (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ, 2552: 83) (ดังจะกล่าวถึงในบทถัดไป ยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้)

การผลักดันนโยบายผู้สูงอายุของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จึงอาจถือได้ว่าเป็นการใช้พลังของผู้สูงอายุที่จะต่อกรกับวาทกรรมที่สถาบันอื่นๆ กำหนดผู้สูงอายุในมิติเชิงลบ และเรียกร้องสิทธิของผู้สูงอายุมากกว่าจะมองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้อ่อนแอต้องสงเคราะห์อย่างเดียว

แนวทางที่หก การสงเคราะห์และการสนับสนุนผู้สูงอายุควบคู่กันผ่านนโยบายผู้สูงอายุ เป็นแนวทางใหม่ที่เริ่มเกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2525 บนความคิดที่ว่า ประเทศไทยยังไม่มีแผนการดำเนินการด้านผู้สูงอายุโดยรวม และเมื่อพิจารณาจากห้าแนวทางด้านบนก็ยังเป็นการทำงานด้านผู้สูงอายุที่กระจัดกระจายต่างคนต่างทำไม่ทำให้เกิดพลัง และอิทธิพลจากภายนอกประเทศ คือ “การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ” ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปีเดียวกัน จึงก่อให้เกิดนโยบายผู้สูงอายุฉบับแรก คือ “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544” แต่เนื่องจากไม่มีการปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม อันเกิดจากปัญหามีได้มีหน่วยงานรองรับเป็นหลักและมิได้ให้ความสนใจเท่าที่ควร จึงก่อให้เกิดการผลักดัน “นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535-2554” (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 22-23)

นโยบายจากแผนทั้งสองฉบับขยายการมองผู้สูงอายุจากอ่อนแอสู่การมองผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทั้งอ่อนแอและเข้มแข็ง อันถือเป็นความพยายามผนวกแนวคิดของความอ่อนแอและความเข้มแข็งเข้าด้วยกัน

หากย้อนกลับไปพิจารณาถึงต้นทางของการกำเนิดนโยบายฉบับแรก บรรลุ ศิริพานิช (2542: 21) บันทึกไว้ว่า หลังจาก “การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ” ในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งนายแพทย์บรรลุ ในฐานะผู้รับผิดชอบในขณะนั้นได้เข้าร่วมประชุมด้วย ต่อมารัฐบาลเริ่มจัดตั้ง “คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ” ในปีเดียวกันนั้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน และแต่งตั้งอนุกรรมการสาขาอีก 7 สาขา เพื่อดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ทั้งด้านการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ สวัสดิการผู้สูงอายุ การศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ วิเทศสัมพันธ์กิจกรรมผู้สูงอายุ ประชาสัมพันธ์กิจกรรมผู้สูงอายุ และจัดหาทุนส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ ผลงานที่ตามมาให้เห็นเป็นรูปธรรมก็คือ “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544”

ภายในแผนระยะยาวประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์สำคัญ 5 ข้อ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการรวมแนวคิดด้านการมองผู้สูงอายุทั้งด้านความอ่อนแอ ความกตัญญู และการผนวกความคิดด้านความเข้มแข็งผู้สูงอายุเข้าด้วยกัน แต่อาจเป็นความรู้เฉพาะด้านคือ ประสพการณ์และวัฒนธรรม ดังนี้

1. เพื่อให้สังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบที่พึงมีต่อผู้สูงอายุและให้การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. เพื่อให้ทราบสภาพและแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่ายในอันที่จะป้องกันและแก้ไขให้สนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อย่างน้อยในระดับความต้องการขั้นพื้นฐาน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ โดยระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มากขึ้น
4. เพื่อเป็นหลักประกันให้มีการแบ่งสรรทรัพยากรเป็นสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ให้การเคารพในสิทธิหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในฐานะผู้รับจากสังคม หลังจากที่ได้เคยเป็นผู้ให้แก่สังคมมาแล้วกว่าครึ่งชีวิต
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถได้มีส่วนร่วมสร้างคุณประโยชน์แก่สังคมต่อไป โดยเฉพาะในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ

(บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 22)

แผนดังกล่าวต่างไปจากในอดีตที่รัฐมักจะให้ความสำคัญต่อการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส โดยเฉพาะอย่างกรณีของการสงเคราะห์คนชราในสถานสงเคราะห์ (ปิยากร หวังมหาพร, 2546: 126)

บรรลุ ศิริพานิช เสนอว่า แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายที่ดีเป็นครั้งแรกก็ตามแต่ก็มีปัญหาเรื่องการปฏิบัติ แต่สำหรับปิยากร หวังมหาพร (2546) กลับมองว่า อย่างน้อยแผนดังกล่าวก็ก่อให้เกิดผลที่ดีหลากหลายประการ เช่น การกำหนด “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ” “การกระตุ้นให้เกิดการบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497” การเกิดการขยายตัวของ “ชมรมผู้สูงอายุ” ในระดับประเทศ อีกทั้งการรวมตัวของชมรมและพัฒนาสู่ “สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2532 และสมาคมดังกล่าวได้ขอให้รัฐบาลวางนโยบายด้านสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

โดยเฉพาะการบริการรักษาพยาบาลฟรี ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นของผู้สูงอายุในท้องถิ่น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 210)

เนื่องจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้รับการร้องเรียนจากผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เป็นส่วนมากให้รัฐบาลมีนโยบายการให้บริการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ขอให้รัฐบาลได้กระจายบริการด้านต่างๆ โดยเน้นเรื่องการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ยากจนในส่วนภูมิภาคให้ได้รับสวัสดิการมากขึ้น

(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 57)

ด้วยปัญหาดังกล่าว รัฐบาลจึงได้ตั้งคณะทำงานเรียกว่า "คณะทำงานเฉพาะกิจพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ" โดยประกอบด้วยตัวแทนสมาคมฯ และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง คือ กรมประชาสงเคราะห์และกรมการแพทย์ (ปิยากร หวังมหามพร, 2546: 155) ร่วมดำเนินงานร่างนโยบายใหม่ คือ "นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535-2554" โดยมีวัตถุประสงค์ 4 ข้อคือ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการเรียนรู้ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพของวัยและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ รวมทั้งรู้จักดูแลรักษาสุขภาพอนามัย
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวและสังคมรวมทั้งได้รับการสงเคราะห์อื่นๆ ตามความจำเป็น
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและสังคม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตนเองและสังคม
4. เพื่อให้สังคมตระหนักในความรับผิดชอบที่พึงมีต่อผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความสุข

(บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 210)

ในทำนองเดียวกัน บรรลุ ศิริพานิช (2542: 23, 212) ก็มองว่า นโยบายฉบับนี้ก็ไม่ต่างไปจากเดิม คือ ไม่มีหน่วยงานใดรองรับทำให้การผลักดันไม่ได้ผลเท่าที่ควร จนในที่สุดรัฐบาลก็สนับสนุนการจัดตั้งสำนักงาน "คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ" (กสผ.) ในปี พ.ศ. 2539 เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการผลักดันการทำงาน ซึ่งทำให้มีทั้งนโยบาย คน และงบประมาณ อันทำให้เกิดความยั่งยืน และนโยบายในช่วงหลัง (คือ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546) ซึ่งถือได้ว่าเป็น

นโยบายที่ค่อนข้างสมบูรณ์เนื่องจากวางอยู่บนแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนตามรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 (ปิยากร หวังมาพร, 2546: 159)

แม้นโยบายฉบับนี้อาจไม่ประสบความสำเร็จทั้งหมด แต่ปิยากร หวังมาพร (2546: 156) กลับชี้ว่า นโยบายฉบับนี้ก็ส่งผลในด้านสวัสดิการผู้สูงอายุได้อย่างดีเยี่ยม โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในท้องถิ่น คือ “โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่า” (พ.ศ. 2534) หรือการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุทุกคน รวมถึง “โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน” หรือ “เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ในปี พ.ศ. 2536 อีกทั้ง นโยบายฉบับนี้ยังส่งผลต่อการก่อตั้ง “สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” (เดิมชื่อว่า สถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติ) ในปี พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นหน่วยงานกลางดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอีกด้วย อันทำให้ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการยกระดับมีผู้รับผิดชอบอย่างเป็นรูปธรรมและมีความยั่งยืนเพราะมีทั้งองค์กร งาน และงบประมาณ ไม่ต่างไปจากการตั้ง “คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ” ดังที่กล่าวไปแล้ว

อย่างไรก็ตามนโยบายทั้งสองเป็นนโยบายที่เริ่มต้นเท่านั้น แต่ส่วนที่น่าจะส่งผลกระทบต่อนักผู้สูงอายุได้มาก โดยเฉพาะการมองผู้สูงอายุในฐานะผู้เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในสังคมนั้นน่าจะเป็นนโยบายสองฉบับหลังที่เกิดขึ้นในทศวรรษที่ 2540 เพราะอยู่ในบรรยากาศของการเน้นการมีส่วนร่วมในสังคมไทยและอิทธิพลของวิถีคิดเรื่อง active aging จากองค์การอนามัยโลก และได้รับการยอมรับในการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2545 (ดังจะกล่าวถึงในยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้)

กล่าวโดยรวม จะเห็นได้ว่า สถาบันรัฐทั้งก้าวเข้ามาจัดการผู้สูงอายุและจำแนกแยกแยะการจัดการผู้สูงอายุอย่างน้อย 6 แนวทาง โดยวางอยู่บนแนวคิดเรื่องผู้สูงอายุอ่อนแอ เข้มแข็ง และประสมประสาน รวมถึงการมองความกตัญญูตอบแทนผู้สูงอายุ แม้ว่า แนวคิดจะมีความแตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้ว รัฐมักจะมีมองผู้สูงอายุในด้านความอ่อนแอและการตอบแทนความกตัญญูมากกว่าความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุและส่งผลต่อการกลายเป็นวาทกรรมหลักของสังคม แต่ก็เริ่มคลี่คลายในช่วงท้ายที่เริ่มผนวกแนวคิดทั้งความอ่อนแอ ความกตัญญู และความรู้ความเชี่ยวชาญเข้าด้วยกันโดยผ่านนโยบายผู้สูงอายุฉบับที่ 1 และ 2 ทว่า การปฏิบัติก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าไรนัก แต่ก็ส่งผลต่อสังคมในยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร

อนึ่ง มีข้อสังเกตว่า นโยบายของผู้สูงอายุที่แม้จะสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้จะดำเนินตามวาทกรรมความอ่อนแอของผู้สูงอายุก็ตามที แต่หากพิจารณาในอีกแง่หนึ่ง โดยย้อนกลับไปพิจารณาถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง เช่น นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช การรวมตัวของชมรมผู้สูงอายุและพัฒนาสู่ “สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย” ก็ล้วนแล้วเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ให้

ผู้สูงอายุมี “อำนาจ” ในการเรียกร้องสิทธิที่ตนพึงจะได้รับ หลังจากทำงานและทำประโยชน์เป็นระยะเวลายาวนาน เหตุนี้ จึงอาจมองได้ทั้งสองแง่ว่า มีทั้งความอ่อนแอและความพยายามต่อสู้ของผู้สูงอายุ

2.3 มิติด้านการแพทย์

ในอดีตที่ผ่านมา ร่างกายของผู้สูงอายุที่อ่อนแอถูกมองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ และสถาบันศาสนาเป็นสถาบันหลักที่เข้ามาให้คำอธิบาย แต่เมื่อสังคมก้าวสู่อุตสาหกรรม ร่างกายของผู้สูงอายุ กลับกลายเป็นพื้นที่ที่สถาบันการแพทย์เข้ามาควบคุม ดูแล และจัดการ ภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์ที่เรียกว่า “เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ซึ่งจะรับผิดชอบต่อร่างกายของผู้สูงอายุใน 5 ด้าน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2538: 51) คือ (1) ด้าน Clinical Pharmacology หรือการใช้ยาเพื่อบำบัดหรือรักษาโรคของผู้สูงอายุ (2) ด้าน Special Clinical problem หรือการพิจารณาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า “ยักษ์ผู้สูงอายุ” (giant geriatric problem) ซึ่งประกอบด้วยโรคสำคัญ 5 โรค คือ การหกล้ม การกลืนบัสสาวะไม่ได้ ภาวะสับสน ความผิดปกติจากการดูแลรักษา และภาวะสมดุลงบกพร่อง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) (3) ด้าน Rehabilitation หรือการฟื้นฟูสุขภาพ (4) ด้าน Management of Terminally illness หรือการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น คนไข้สูงอายุเป็นมะเร็งระยะที่ 4 และเกิดการติดเชื้อรุนแรง แพทย์สมควรรักษาหรือไม่ และ (5) Prevention and Social Service หรือการป้องกันไว้ก่อนแก้ไข

ความรู้ชุดนี้ เป็นความรู้ชุดใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นมาไม่นานนักในสังคมตะวันตก สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541: 74-75) อธิบายให้เห็นถึงประวัติศาสตร์ของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเริ่มถือกำเนิดขึ้นในศตวรรษที่ 18 – ต้นศตวรรษที่ 19 ในประเทศอังกฤษ ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีปริมาณมากก็ส่งผลต่อปัญหาทั้งด้านสังคมและสุขภาพทำให้เกิดปัญหาทุพพลภาพและขาดการดูแล ดังนั้นจึงเริ่มมีการศึกษาเรื่องนี้เพิ่มขึ้นแต่ก็ยังไม่เพียงพอ และในช่วงราวคริสต์ศักราช 1938-1939 แพทย์หญิง Marjory Warren ได้อุทิศตนบำบัดรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงลอนดอนโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ผู้สูงอายุแบบหลายมิติ คือ กาย ใจ สมรรถภาพ และสังคม ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ จนทำให้ผู้สูงอายุบางท่านสามารถส่งกลับบ้านได้ ตั้งแต่นั้นก็ทำให้ระบบการให้บริการผู้สูงอายุดังกล่าวกระจายทั่วอังกฤษ ส่วนในสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง

สำหรับในกรณีของสังคมไทย ศ.นพ.ประสพ รัตนกร (2538) ซึ่งถือเป็นผู้บุกเบิกความรู้ทางการแพทย์กับผู้สูงอายุชี้ว่า เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 2500 โดยบุคคลแรกที่ศึกษาเรื่องนี้ก็คือ คุณหมอเองที่ได้ศึกษาเรื่องนี้ ณ ประเทศอังกฤษในช่วงปี ค.ศ. 1949 (พ.ศ. 2492) โดยเน้นเรื่อง

ประสาทวิทยาหรืออาการอัมพาต หลอดโลหิตสมองพิการ และในยุคนั้นประเทศอังกฤษเริ่มมี วอร์ดผู้สูงอายุขึ้น ต่อมาก็เริ่มนำความรู้จากต่างประเทศมาในประเทศไทย และจัดตั้ง “คลินิก ผู้สูงอายุ” ในปี พ.ศ. 2506 ที่โรงพยาบาลประสาทพญาไท โดยมีหลักการตรวจ ส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงในช่วงหลังก็เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุผ่านการฝึกอบรมแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง ทั่วประเทศ

ทั้งนี้ ในการฝึกอบรมบุคลากรด้านการแพทย์ สถาบันการแพทย์ก็จะกำหนดว่า อะไรคือ ร่างกายผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาและต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขจากบรรดาแพทย์ อีกทั้ง การสร้าง เกณฑ์ที่จะวิเคราะห์ ดังที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541: 77-78) ระบุว่า มีเกณฑ์ที่วิเคราะห์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย ความสามารถในการเชิงปฏิบัติ สุขภาพจิต และสภาวะทางสังคม และแต่ละมิตินั้นก็จะมีเครื่องมือที่ใช้ทดสอบต่างกัน เช่น ในด้านร่างกาย ก็ใช้เครื่องมือที่ หลากหลาย นับตั้งแต่แบบทดสอบ การตรวจวัดด้วยเครื่องมือทางการแพทย์จากภายนอกร่างกาย เช่น นูฟิง ดัชนีความหนาของร่างกาย รวมถึงการมองเห็นถึงภายในร่างกาย เช่น การตรวจเลือด เป็นต้น ในด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ ก็มีเกณฑ์การวัดต่างๆ เช่น การวัดความสามารถที่ใช้ ชีวิตประจำวัน ทั้งกิจวัตรพื้นฐาน คือ การสวมเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร หรือกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง เช่น จ่ายตลาด การเดินทาง เป็นต้น ซึ่งจะใช้เครื่องมือวัดที่เรียกว่า “บาร์เรลเอดีแอล” ในด้านสุขภาพจิต ก็จะใช้แบบทดสอบสำหรับผู้สูงอายุ “แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา” และสำหรับการ ประเมินสภาวะทางสังคม จะพิจารณาถึงสภาวะทางสังคม ญาติ และครอบครัว โดยใช้เกณฑ์ สายสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น การกำหนดกฎเกณฑ์การวัดทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นวัตถุให้กับ การแพทย์โดยสิ้นเชิง

ต่อจากนั้น ในทศวรรษที่ 2520 การแพทย์ก็ก้าวไปจัดการผู้สูงอายุที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากปริมาณผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และอีกส่วนหนึ่งมาจากอิทธิพลของการประชุม สมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ในช่วง ปี พ.ศ. 2525 ทำให้แวดวงการแพทย์ของไทยให้ความสนใจต่อ ผู้สูงอายุมากขึ้น และจัดตั้ง “สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” ในปี พ.ศ. 2535

ในช่วงเวลาดังกล่าว เริ่มมีการเขียนตำราทางการแพทย์ หรือเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จาก หลักฐานพบว่า ตำราเล่มแรกๆ ที่ค้นพบก็คือ “เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” (2526) ซึ่งเป็นผลงานที่ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ได้นำมาจากคำบรรยายของนักการแพทย์จากต่างประเทศคือ Svanborg, A. ชาวสวีเดน ครั้งที่มาประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2526 ในตำราเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นมิติ ทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น มิติด้านการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ องค์การบริการสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน ระบาดวิทยาผู้สูงอายุ บทบาทสิ่งแวดล้อมที่มีต่อผู้สูงอายุ การใช้ยา กับ ผู้สูงอายุ โภชนาการ ทนตสุขภาพ ค่าปกติในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โรคตา โรคหัวใจ

สติปัญญาและความจำ อาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนั้นยังมีเนื้อหาด้านสังคมและวัฒนธรรมผู้สูงอายุประกอบด้วย

จากเนื้อหาตำราดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงการแพทย์เริ่มก้าวเข้าไปกำหนดร่างกายของผู้สูงอายุ และมองผู้สูงอายุในด้านความอ่อนแอ คือ “โรค” ในหลากหลายด้าน เช่น ตา เบาหวาน หัวใจ ความจำ และแสวงหาแนวทางการแก้ไข เช่น การใช้ยา รวมถึงการป้องกันสุขภาพ เช่น อาหารและการออกกำลังกาย อีกทั้ง ยังเร่งรัดให้เกิดองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ

อาจกล่าวได้ว่า ตำราดังกล่าวเป็นแม่แบบสำหรับการผลิตตำราทางการแพทย์ในยุคหลัง และขยายความในบางประเด็นเพิ่มเติม ได้แก่ โรคเฉพาะทาง จิตวิทยาผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้สูงอายุ เช็กส์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังตัวอย่างตำราเช่น “สุขภาพผู้สูงอายุ” (บรรลุ ศิริพานิช, 2528) “หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) “ผู้สูงอายุไทย” (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) “จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ” (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) “การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล” (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) เป็นต้น นอกจากนั้น ความรู้ทางการแพทย์ดังกล่าวก็นำมาสู่การผลิตให้ง่ายขึ้นผ่าน “คู่มือผู้สูงอายุ” เพื่อเตือนใจให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึง “ความอ่อนแอ” ของร่างกาย และต้องป้องกันจากแฉดวงการแพทย์ เช่น “คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน” (บรรลุ ศิริพานิช, 2535) “คู่มือผู้สูงอายุฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ” (บรรลุ ศิริพานิช, 2550) “คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์” (บรรลุ ศิริพานิช, 2549) “สุขภาพกับวัยสูงอายุ” (กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2551) “คู่มือดูแลพ่อแม่” (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน, 2552) “โยคะและโภชนาการเพื่อชะลอวัย” (ปิตักานต์ บุรณภาพ, 2552) และ “108 คำตอบ เต็มพลังผู้สูงวัย จุดไฟความสุข” (ปรีดา ทศนประดิษฐ์ และคณะ, 2553) เป็นต้น

การแพร่กระจายความรู้ดังกล่าว ยังเผยแพร่ผ่าน “คลินิกผู้สูงอายุ” ในโรงพยาบาล การฝึกหัดแพทย์ และสื่อมวลชน ทำให้วาทกรรมการแพทย์ผู้สูงอายุแพร่กระจายในสังคมไทยอย่างมาก และทำให้ผู้สูงอายุและคนในสังคมตกอยู่ภายใต้วิธีคิดที่ว่าผู้สูงอายุอ่อนแอและการแพทย์ต้องเข้ามาจัดการ

2.4 มิติด้านเศรษฐกิจ

มิติเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุอาจจำแนกได้สองด้านคือ ด้านแรก การนำเศรษฐกิจไปใช้ในการจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุ และด้านที่สอง การตลาดผู้สูงอายุและการโฆษณา

ด้านแรก การนำเศรษฐกิจไปใช้ในการจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุ จากแนวทางสวัสดิการผู้สูงอายุของภาครัฐ ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ด้านคือ การประกันสังคม การสงเคราะห์ และการบริการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ดังที่เกริ่นไปแล้วในหัวข้อ 2.2 ว่า มิติทางเศรษฐกิจก็ได้ก้าวเข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยจัดการเรื่องการวางแผนการเงิน และในที่สุดก็จะพัฒนาสู่ “เศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเงินเพื่อที่ว่ารัฐจะสามารถวางแผนการจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุ

หากพิจารณาเศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุตามแนวคิดสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

(1) การประกันสังคม เศรษฐศาสตร์จะก้าวเข้าไปเป็นเครื่องมือในการคำนวณเงินและการคาดการณ์การจ่ายเงินสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบแทนการทำงานของผู้สูงอายุแล้วยังทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีความสุขหลังเกษียณอายุ

โดยในยุคแรก จะเป็นการคำนวณบำเหน็จบำนาญข้าราชการ ซึ่งเป็นกรณีที่ราชการตอบแทนเงินให้ทั้งหมด ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการจัดการของรัฐให้กับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการเกือบทั้งหมด

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2539 เริ่มพัฒนาการประกันสังคมสู่ระบบใหม่คือ การสะสมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับราชการ ดังปรากฏใน พรบ. กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 และ พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งใช้สำหรับประชาชนทั่วไปที่ทำงานในระบบ โดยสะสมทั้งสามส่วนคือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐ แต่เริ่มใช้จริง พ.ศ. 2541 (รายละเอียดจะอยู่ในบทถัดไป สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้)

อย่างไรก็ตาม การคำนวณทั้งสามส่วนนี้จะเป็นการคำนวณสำหรับผู้สูงอายุที่ทำงานในระดับราชการและบริษัท แต่ในยุคหลัง คือ ทศวรรษที่ 2550 จะเริ่มนำไปสู่แนวคิดใหม่ที่จะมุ่งกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ในระบบด้วย เพื่อเป็นการสร้างความเท่าเทียมให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงหากมองในอีกด้านหนึ่งคือการลดภาระของภาครัฐกับผู้สูงอายุ (ดังจะปรากฏในยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้)

การคำนวณดังกล่าวจะวางอยู่บนสูตรคำนวณทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อคาดการณ์การจ่ายเงินทั้งก่อนเกษียณและหลังเกษียณอายุ ดังเช่น กรณีแรก บำเหน็จบำนาญข้าราชการ ตาม พรบ. ปี พ.ศ. 2494 มีสูตรคำนวณ ดังนี้

“บำเหน็จคือ เงินเดือนเดือนสุดท้ายคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการ และรับครึ่งเดียว ส่วนบำนาญคือ เงินเดือนเดือนสุดท้ายแล้วแบ่งออกเป็น 50 หรือ 55 ส่วนแล้วแต่กรณี แล้วคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการ” (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน [ก.พ.], 2534: 25)

แต่เนื่องจากการจ่ายเงินดังกล่าวมีปริมาณมากขึ้น จึงทำให้ภาครัฐพัฒนาแนวทางการจ่ายเงินแบบใหม่ ด้วยการให้ข้าราชการจ่ายเงินบางส่วนและรัฐสนับสนุนร้อยละ 3 (นฤมล สอาดโคม, 2551) เพื่อกระตุ้นการออมด้วย (กึ่งบังคับ) ตาม พรบ. กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 ได้ระบุสูตรการคำนวณใหม่ ไว้ดังนี้

โดยสมาชิกที่รับบำเหน็จจะได้รับเป็นจำนวนเงินของเงินเดือนสุดท้าย คูณจำนวนปีที่รับราชการ และยังได้รับเงินสะสม เงินสมทบ และผลประโยชน์ตอบแทนหากส่งเงินสะสมเข้ากองทุน ส่วนสมาชิกที่รับบำนาญจะได้รับบำนาญเป็นจำนวนเงินของอัตราเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายคูณจำนวนปีเวลาราชการแล้วหารด้วย 50 โดยบำนาญรายเดือนต้องไม่เกินร้อยละ 70 ของอัตราเงินเดือนเฉลี่ยหกสิบเดือนสุดท้าย และสมาชิกยังได้รับเงินสะสม เงินสมทบ และผลประโยชน์ตอบแทนหากส่งเงินสะสมเข้ากองทุน เงินชดเชย และเงินประเดิมสำหรับสมาชิกที่เข้าหลักเกณฑ์ได้รับเงินประเดิมด้วย

(กลุ่มวิจัยและพัฒนาระบบราชการ ก.พ., 2542: 41)

ส่วนประชาชนทั่วไปที่ทำงานในระบบก็จะดำเนินการผ่านสำนักงานประกันสังคม โดยผู้ประกันตน ก็คือ ลูกจ้างที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ ออกเงินออม 5% และกฎหมายกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้ออกเงินสมทบค่าจ้างของผู้ประกันตน 5% และรัฐบาลสมทบให้อีก 12.75% (นฤมล สอาดโคม, 2551)

(2) การสงเคราะห์ ดังที่กล่าวไปเบื้องต้นแล้วว่า การสงเคราะห์จะมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ยากไร้ ภาครัฐจึงจำเป็นต้องจัดสรรเงินเพื่อการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีปัญหา การจัดการการเงินนี้ต้องอาศัยเศรษฐศาสตร์เป็นเครื่องมือคำนวณเช่นกัน โดยปรากฏอยู่ในการจัดสรรเงิน สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และนอกสถานสงเคราะห์ รวมถึงเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ

(3) การบริการ เป็นอีกหนึ่งในภารกิจที่ภาครัฐเข้าไปให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ และที่ผ่านมาในส่วนนงบการบริการที่ภาครัฐต้องก้าวเข้าไปเกี่ยวข้องก็คือ นบประมาณการรักษายาบาลผู้สูงอายุ นอกจากนั้น ยังมีการคำนวณถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดกับโรคของผู้สูงอายุหรือภาระโรค (burden of disease) รวมถึงการเกิดค่าสูญที่ใหม่ๆ ในด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น “ปรากฏการณ์อุดกั้นเตียง” (bed blocker) ซึ่งหมายถึงการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยอยู่ในเตียงโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2545: 4-26)

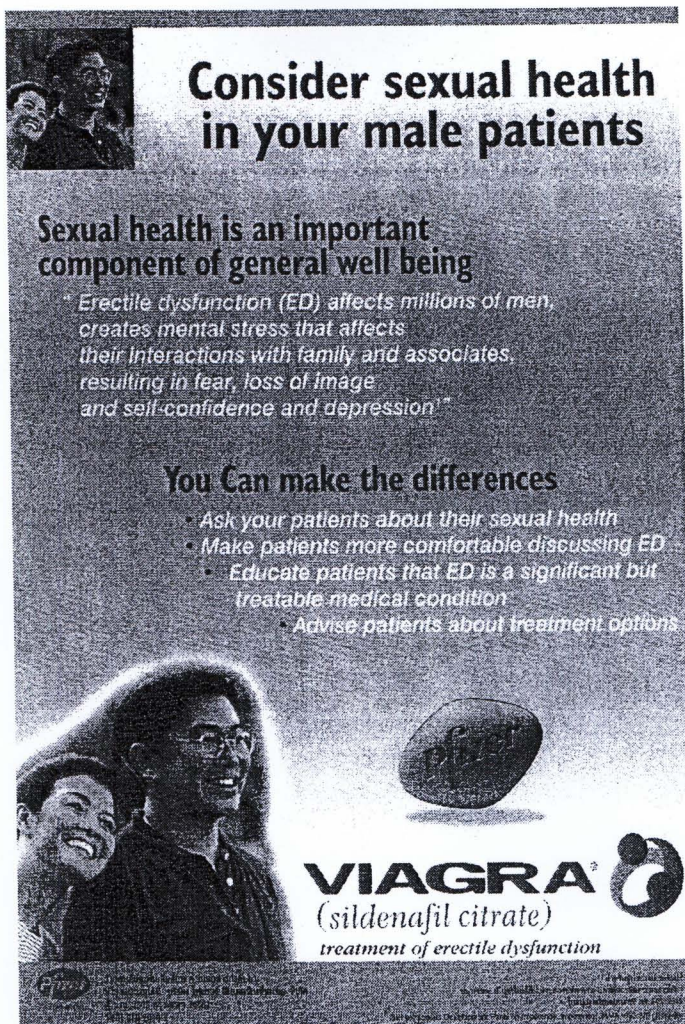
ในยุคสังคมอุตสาหกรรม ภาครัฐก้าวเข้ามาเกี่ยวข้องกับการจัดการด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุผ่านสวัสดิการ ในด้านหนึ่งภาครัฐเข้ามาทำงานโดยตรง แต่เมื่อปริมาณผู้สูงอายุมากขึ้น จึงเริ่มเปลี่ยนแนวคิดใหม่สู่การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ดังปรากฏกรณีกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และ พรบ. การประกันสังคม ซึ่งจะพัฒนาอย่างถึงขีดสุดในยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร เพราะในยุคหลังภาครัฐไม่อาจจะทุ่มงบประมาณทั้งหมดได้ และหันไปให้ผู้สูงอายุเริ่มพึ่งพาตนเอง ด้วยการออมในรูปแบบต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น การออมของชุมชน การออมผ่านเอกชน เป็นต้น ตลอดจนในอดีตที่ผ่านมาอาจมองกลุ่มผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มที่ทำงานในระบบ จึงเริ่มขยายสู่ระบบด้วย แนวทางทั้งหมดนี้จะเป็นแนวทางของยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะมองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้เข้มแข็ง (ดังจะอธิบายรายละเอียดในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความซบเซาที่จัดการได้”)

ในอีกด้านหนึ่ง ดังที่กล่าวไปแล้วเบื้องต้น การที่ภาครัฐเข้าไปช่วยเหลือและให้สถาบันเศรษฐกิจช่วยคำนวณตัวเลขนั้น ส่วนหนึ่งก็ยังเป็นผลพวงจากการต่อสู้เชิงอำนาจของกลุ่มผู้สูงอายุที่พยายามเรียกร้องสิทธิของตนต่อภาครัฐ เพื่อจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการต่อผู้สูงอายุที่เคยทำหน้าที่ที่ดีในอดีต ทว่า แนวคิดดังกล่าวก็อาจไม่รุนแรงเท่าไรนักเพราะถูกกดยกอยู่ภายใต้วาทกรรมความอ่อนแอที่รัฐกำหนดและทำให้คนทั่วไปมองข้ามและหลงลืมไป

ด้านที่สอง คือ “การตลาดผู้สูงอายุ” และการโฆษณา โดยตัวของมันเองเศรษฐกิจเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรงผ่าน “การตลาดผู้สูงอายุ” และ “การโฆษณา”

(1) การตลาดผู้สูงอายุ เป็นการเสนอวิธีคิดใหม่ว่า ผู้สูงอายุก็เป็นผู้บริโภคคนสำคัญคนหนึ่ง บริษัทและผู้ผลิตสินค้าจึงเริ่มผลิตสินค้าสำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากในยุคสังคมอุตสาหกรรมถือเป็นก้าวแรกของการตลาดผู้สูงอายุ การขายสินค้าสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นเพียงจุดเริ่มต้น และเมื่อสังคมก้าวไปสู่สังคมข้อมูลข่าวสาร การขายสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุก็จะยิ่งเข้มข้น จากเดิมที่ขายสินค้าเพียงบางประเภทก็ขยายไปสู่สินค้าที่หลากหลายขึ้น เช่น การประกันภัยและการออมสำหรับผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น อีกทั้งการพัฒนาศาสตร์ “การตลาดผู้สูงอายุ” (ดังที่จะอธิบายเพิ่มเติมในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความซบเซาที่จัดการได้”)

แต่อย่างไรก็ดี ในเบื้องต้นสังคมอุตสาหกรรมได้ปูพื้นการตลาดผู้สูงอายุ ได้แก่ การผลิตสินค้าเพื่อชะลอความชรา เช่น เครื่องสำอาง ยาอ่อนมม ครีมบำรุงผิว ศัลยกรรมความงาม ยาเสริมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น เพื่อเป้าหมายการค้าความหนุ่มสาวให้กับผู้สูงอายุ ดังโฆษณาในรูปภาพที่ 21



**Consider sexual health
in your male patients**

**Sexual health is an important
component of general well being**

*"Erectile dysfunction (ED) affects millions of men,
creates mental stress that affects
their interactions with family and associates,
resulting in fear, loss of image
and self-confidence and depression!"*

You Can make the differences

- Ask your patients about their sexual health
- Make patients more comfortable discussing ED
- Educate patients that ED is a significant but treatable medical condition
- Advise patients about treatment options

VIAGRA®
(sildenafil citrate)
treatment of erectile dysfunction

รูปภาพที่ 21 โฆษณาไวอากร้า
(ที่มา: Aging Male 2544: 189)

นอกจากนั้น การตลาดยังผลิตสินค้าสำหรับบรรดาลูกกตัญญูที่จะซื้อสินค้าและ
บริการเพื่อตอบแทนผู้สูงอายุ เช่น บ้านพักคนชรา ผ้าอ้อมสำหรับผู้ชรา เป็นต้น ดังโฆษณา
คอนโดสำหรับผู้สูงอายุซึ่งระบุว่า "พี.เอส.ที คอนโดวิลล์ ตอบสนองให้คุณมากกว่าที่คุณคิด ด้วย
โพลีคลินิก เนอร์สเซอร์รี่ ศูนย์อภิบาลคนชราช่วยดูแลคนที่คุณรักและห่วงใย" รายละเอียดใน
โฆษณาดังรูปภาพที่ 22

2.5 มิติด้านการสื่อสาร

ภายใต้บริบทสังคมอุตสาหกรรมในสังคมไทย สื่อสารมวลชนเริ่มถือกำเนิดขึ้นนับตั้งแต่ต้นรัตนโกสินทร์ คือ หนังสือพิมพ์บางกอกเรคอร์เดอร์ ตามมาด้วยภาพยนตร์ วิทยุ และโทรทัศน์ ตามลำดับ สื่อมวลชนเริ่มมีบทบาทในสังคมไทยหากพิจารณาในทฤษฎีบทบาทหน้าที่นิยม ก็พบว่า สื่อมวลชนมีบทบาททั้งการสอดส่องดูแล สร้างความเป็นปึกแผ่นให้กับสังคม การถ่ายทอดวัฒนธรรมและความบันเทิง และหากขยายความถึงประเด็นผู้สูงอายุ สื่อมวลชนย่อมจะมีบทบาทหน้าที่ทั้งการนำประเด็นผู้สูงอายุให้กับสังคมไทยได้รับรู้ อีกทั้ง สื่อมวลชนก็อาจจะประกอบสร้างภาพของผู้สูงอายุให้เห็นอีกด้วย

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาถึงประวัติศาสตร์การศึกษาสื่อมวลชนกับผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า เพิ่งจะเริ่มต้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 2530 ถึงต้นทศวรรษที่ 2540 ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากเป็นยุคที่ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุได้รับการกล่าวขานมากขึ้นเมื่อเทียบกับในอดีต

ประเด็นการศึกษาในยุคแรก จะเป็นการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณ เพื่อพิสูจน์ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ยังคงกระตือรือร้นและแสวงหาข่าวสารข้อมูลมิใช่แต่จะอ่อนแออยู่กับบ้านแต่เพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อตอบสนองความต้องการหาข่าวสารตามทฤษฎีการแสวงหาข่าวสาร เช่น งานวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทอง” (สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์, 2542) หรือเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจในด้านอื่นๆ ตามทฤษฎีการใช้และความพึงพอใจจากสื่อ (uses and gratification) เช่น การหาเพื่อน หาความรู้ การเปิดโลกทัศน์ การทำกิจกรรมต่างๆ ดังเช่น งานวิจัยเรื่อง “การเปิดรับและความต้องการรายการโทรทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” (สมมาตร คงชื่นสิน, 2539) “การเปิดรับการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจจากสื่อมวลชนของผู้สูงอายุ” (พรเพ็ญ พยัคฆานนท์, 2539) “ความต้องการการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจรายการวิทยุกระจายเสียงสำหรับผู้สูงอายุ” (มารตี ถิรธนกุล, 2548) และ “การศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับ ความต้องการ การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อรายการโทรทัศน์ของผู้สูงวัยในเขตกรุงเทพมหานคร” (ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ และคณะ, 2552)

เมื่อพิจารณาในด้านเนื้อหาของผู้สูงอายุที่ปรากฏในสื่อมวลชน พบว่า เริ่มมีการศึกษาในช่วงปลายทศวรรษที่ 2540 ต้นทศวรรษที่ 2550 โดยงานชิ้นแรกคือการศึกษาสื่อสาระ คือ รายการสารคดีโทรทัศน์ “คนค้นคน” ของ “พรพรรณ สมบูรณ์บัติ” (2549) เรื่อง “หญิงชรา: ภาพตัวแทนในรายการสารคดีโทรทัศน์คนค้นคน” ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ผลิตต้องการผลิตความหมายของผู้สูงอายุที่แม้จะอ่อนแอแต่ก็ต้องต่อสู้กับอุปสรรคที่สังคมสมัยใหม่กำหนด ด้วยการทำมาหาเลี้ยงชีพในยามชรา การดูแลสุขภาพในยามตนแก่เฒ่า การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และการ

ต่อสู้ทวงสิทธิที่พึงมีของตน แต่ในเวลาเดียวกันด้วยกลยุทธ์ของการนำเสนอที่ใช้เทคนิคคู่ตรงข้าม (binary opposition) ด้วยการนำเสนอภาพความอ่อนแอของหญิงชรา การตั้งคำถามแก่ผู้ชม การสร้างนิยามในแง่ลบ ส่วนนี้เองย่อมทำให้เกิดการมองผู้สูงอายุในอีกด้านหนึ่ง คือ เป็นหญิงชราที่อ่อนแอ ยากจน ไร้อำนาจต่อรอง ดิ้นรนต่อสู้ ได้รับผลกระทบจากสังคมด้านมืด และไร้คุณค่ากับลูกหลาน ซึ่งจะนำไปสู่การเห็นใจและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในท้ายที่สุด

ในทำนองเดียวกัน ในช่วงปี พ.ศ. 2551 ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2552) ได้ศึกษาข่าวบนสื่อสาธารณะ คือ หนังสือพิมพ์ไทยในช่วงปี พ.ศ. 2551 จำนวน 101 ชิ้น ก็พบว่า สื่อมวลชนรายงานข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่หลากหลายมากขึ้น อันอาจเนื่องจากประเด็นเรื่องผู้สูงอายุมีจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่มาจากข่าวประชาสัมพันธ์ หรือการให้ข่าวจากหน่วยงานต่างๆ มากกว่าการเจาะข่าวเพิ่มเติม ส่วนประเด็นข่าวที่นำเสนอมาก ก็คือ การบริการแก่ผู้สูงอายุ ข่าวเรื่องศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ รายได้และการช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการนำเสนอเรื่องเบี้ยยังชีพ และมุมมองใหม่เรื่อง “ระบบบำนาญแห่งชาติ” และที่สำคัญคือ มีข่าวปริมาณที่น้อยที่จะแสดงให้เห็นถึงพลังของผู้สูงอายุที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ในปี พ.ศ. 2551 มีเพียงข่าวสารการยกย่องนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นผู้สูงอายุดีเด่นแห่งชาติ เท่านั้น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552: 180) นั่นก็ทำให้เห็นว่า สื่อมวลชนก็ยังคงมองผู้สูงอายุที่ไม่ต่างไปจากงานสารคดีที่เห็นปัญหาและควรช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่า (อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2553 เริ่มมีการนำเสนอมิติผู้สูงอายุในด้านคุณค่ามากขึ้น โดยผ่านรายการสารคดี “ลุยไม่รู้โรย” ทางสถานีทีวีไทย ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดในบทถัดไป “สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้”)

และจากการศึกษาเพิ่มเติมในสื่อบันเทิง โดยเฉพาะภาพยนตร์ในช่วงทศวรรษที่ 2520 เป็นต้นมา พบว่ามีภาพยนตร์จำนวน 4 เรื่องที่นำเสนอตัวเอกเป็นผู้สูงอายุ คือ “วัยตกกระ” (2521) “หลงตา” (2523) “18-80 เพื่อนซี้ไม่มีชั่ว” (2540) และ “พันธุ์รักหน้าย่น” (2547) ภาพยนตร์จำนวน 3 ใน 4 เรื่อง ยกเว้น “หลงตา” จะมุ่งเน้นปัญหาของผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม เช่น การถูกลูกหลานทอดทิ้ง การถูกมองว่าไม่ทันสมัย ล้าหลัง ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องมาจากปัจจัยสังคมอุตสาหกรรมที่ก้าวสู่สังคมไทยและเล็งเห็นปัญหาของผู้สูงอายุมากขึ้น มีเพียงภาพยนตร์เรื่อง “หลงตา” ที่ยังคงตอกย้ำคุณค่าและภูมิปัญญาของหลงตาเท่านั้น แต่อย่างไรก็ดีเนื่องด้วยคุณสมบัติของภาพยนตร์ที่มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นและเพื่อความบันเทิง ภาพยนตร์ทุกเรื่องจึงมีฉากจบที่สวยงามสมหวัง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่แม้จะประสบปัญหาแต่ในที่สุดลูกหลานและสังคมก็ยื่นมือเข้ามาช่วยและแก้ไขปัญหาลงให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้อย่างดีเยี่ยม ซึ่งต่างไปจากกรณีของสื่อสาธารณะที่มักจะจบลงด้วยปัญหาของผู้สูงอายุที่อาจยังไม่มีทางแก้ไข

นอกเหนือจากสื่อมวลชนแล้ว ในสังคมอุตสาหกรรมก็ยังคงมีการสื่อสารของผู้สูงอายุ ปรากฏอยู่เช่นเดียวกัน และทำให้เกิดการศึกษาอย่างน้อยสองด้าน คือ ด้านแรก การศึกษา การสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีปัญหาภายในบ้านพักคนชรา และด้านที่สอง การศึกษาการสื่อสารของผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ทั้งสองด้านจะพิจารณาผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ

ด้านแรก การสื่อสารของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จะมุ่งเน้นปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภายใต้สังคมอุตสาหกรรม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อ่อนแอและต้องพักอาศัยในบ้านพักคนชรา ดังงานเรื่อง “การสื่อสารในสถานสงเคราะห์คนชราประเภทเสียค่าบริการของรัฐบาลและเอกชน” (อรรพรรณ ขำสุวรรณ, 2545) และ “คนชราในสถานสงเคราะห์: ชีวิตและตัวตน” (เรืองรอง ชาญฉิมธรรม, 2547) แม้งานทั้งสองจะมองปัญหาความเสื่อมโทรมของผู้สูงอายุตามวาทกรรมการแพทย์และรัฐในด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ งานทั้งสองชิ้นก็มีจุดที่ต่างกันก็คือ ทว่า หากเป็นกรณีของบ้านพักคนชราที่เสียค่าบริการ ผู้สูงอายุก็ยังไม่ถูกมองในเชิงลบมากนัก เพราะการมีเงินที่ใช้จ่าย ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา จะมองตนเองในฐานะผู้ที่ถูกทอดทิ้ง และต้องปฏิบัติตามกรอบที่บ้านพักกำหนดไว้ทั้งหมด ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ค่อยอยากเปิดตัวกับคนภายนอกและกับผู้สูงอายุด้วยกัน แต่ก็มีบ้างที่พยายามต่อสู้กับความหมายที่ถูกกำหนดด้วยแนวทางต่างๆ เช่น การออกจากบ้านพักไปเที่ยว การซื้ออาหารรับประทานเอง การหาเงิน เป็นต้น

และด้านที่สอง การสื่อสารของผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จะพิจารณาผู้สูงอายุที่ยังคงมีความเข้มแข็ง ทั้งกรณีของปัจเจกบุคคล เช่น “กลยุทธ์การสื่อสารของปราชญ์ชาวบ้านเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น” (รุ่งนภา มุกดาอนันต์, 2544) และระดับชมรม เช่น “การสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นชุมชนเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ จ. น่าน” (อรรพรรณ ศิริสวัสดิ์, 2543) “ของเล่นพื้นบ้านในฐานะสื่อเพื่อการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับเด็กและเยาวชน ต. บ้านป่าแดด อ.แม่สรวย จ.เชียงราย” (รัตติกาล เจนจิต, 2549) งานทั้งหมดวางอยู่บนวิธีคิดของผู้สูงอายุในสังคมเกษตรกรรมคือ ผู้มีความรู้ มีคุณค่า มีความเชี่ยวชาญ และแม้สังคมเปลี่ยนแปลงสู่สังคมอุตสาหกรรม คุณค่าของผู้สูงอายุก็ยังคงไม่แปรเปลี่ยน คือ ยังมีความรู้ภูมิปัญญาอยู่ในตัว แต่กระนั้นก็ตาม ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ก็มิได้หมายความว่า จะเป็นได้ทุกๆ คน งานวิจัยในกลุ่มนี้จึงเสนอว่าผู้สูงอายุบางคน (ความรู้บางเรื่องเท่านั้น) ที่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนในอดีต และเครื่องมือสำคัญคือ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องมีชุดความรู้ด้านภูมิปัญญาและการสื่อสาร จึงจะทำหน้าที่เชิงเช่นในอดีตได้

อย่างไรก็ตาม การมองผู้สูงอายุที่มีคุณค่าเช่นนี้ ยังมักจะอยู่ในงานวิจัยมากกว่า และยังไม่ค่อยก้าวไปสู่สถาบันการสื่อสารมวลชนได้ (แต่จะขยับไปในสังคมยุคถัดไป สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้)

กล่าวได้ว่า ในสังคมยุคอุตสาหกรรม การถือกำเนิดของสถาบันสื่อสารมวลชนเริ่มเป็นพื้นที่นำเสนอประเด็นผู้สูงอายุให้กับสังคมไทย แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็ประกอบสร้างความหมายของผู้สูงอายุ ตามวาทกรรมความอ่อนแอของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นสื่อสารหรือสื่อบันเทิง แต่ก็ยังมีภาพผู้สูงอายุที่เข้มแข็งปรากฏอยู่บ้าง แต่ก็ยังมีจำนวนที่น้อยอยู่ และหากปรากฏก็เป็นเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการยกย่องหรือเป็นชนชั้นสูง

ส่วนการสื่อสารโดยทั่วไปก็พบว่า เป็นพื้นที่ที่แสดงให้เห็นทั้งการที่ผู้สูงอายุถูกกดทับในสังคมอุตสาหกรรม ดังเช่น กรณีผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา รวมถึงในอีกด้านหนึ่งกลับเริ่มมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ต่อสู้ความหมายด้วยการรวมกลุ่มและทำประโยชน์เพื่อสังคม แต่กลุ่มนี้ยังคงมีจำนวนน้อยและมีความรู้บางด้าน และที่สำคัญคือยังไม่ได้นำเสนอในสื่อมวลชน เพราะผลพวงของการที่สื่อมวลชนมักจะตกอยู่ภายใต้กรอบวาทกรรมความอ่อนแอของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ สิ่งเหล่านี้จะต้องพิสูจน์ให้เห็นอีกครั้งเมื่อสังคมก้าวสู่สังคมข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุเริ่มกลายมาเป็นผู้กำหนดความหมายตนเอง (ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงในบทถัดไป สังคมข้อมูลข่าวสาร: ความชราที่จัดการได้) ข้อค้นพบดังกล่าว อาจกระตุ้นให้เกิดวิชาด้าน “การสื่อสารกับผู้สูงอายุ” ของสังคมไทยในอนาคต

จากการวิเคราะห์วาทกรรมผู้สูงอายุในยุคอุตสาหกรรม สถาบันต่างๆ ก้าวเข้ามาจัดระเบียบความชรา ตามแนวทางของ Fairclough สรุปได้ดังตารางนี้

ตารางที่ 6: สรุปการวิเคราะห์วาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคที่สอง สังคมอุตสาหกรรม

การวิเคราะห์วาทกรรม	ผู้สูงอายุในยุคที่สอง: การจัดระเบียบความชรา
1. ตัวบท	
1.1 ประเภทเนื้อหา	
1.1.1 กาย	-ร่างกายอ่อนแอเสื่อมโทรม โดยวัดจากมิติการแพทย์ เช่น “ผ ผู้เฒ่าหลังโกง” “วัยหมดประจำเดือน” “ตะปปีบไม่ดัง” จึงต้องใช้การแพทย์และยา เช่น ไวอากร้าแก้ไข รวมถึงการระบุโรคของผู้สูงอายุ 5 โรค “ยักษ์ผู้สูงอายุ” -นอกจาก กายเสื่อมแล้ว ยังเริ่มขยายสู่ความไม่สวยไม่งาม -อย่างไรก็ดี เริ่มนำเสนอการจัดระเบียบร่างกายเพื่อไม่ให้เสื่อมด้วยทั้งในการแพทย์และโฆษณา

ตารางที่ 6 (ต่อ): สรุปการวิเคราะห์วาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคที่สอง สังคมอุตสาหกรรม

การวิเคราะห์วาทกรรม	ผู้สูงอายุในยุคที่สอง: การจัดระเบียบความชรา
1.1.2 ใจ	-การอธิบายจิตใจของผู้สูงอายุที่อ่อนแอ มีปัญหา เพราะเกษียณอายุ ด้วยศาสตร์ด้านจิตวิทยาผู้สูงอายุ -จึงต้องเตรียมใจก่อนแก่ เช่น คู่มือผู้สูงอายุจะเน้นการเตรียมใจก่อนเกษียณ โดยใช้ศาสตร์ด้านจิตวิทยา ผสมกับด้านศาสนาบางส่วน เช่น หนังสือ “เคล็ดความสุขสำหรับผู้สูงอายุ” (2545) “ฉันจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข” (ม.ป.ป.)
1.1.3 สังคม	-รัฐกำหนดการเกษียณอายุนับตั้งแต่ รัชกาลที่ 5 รศ. 120 (พ.ศ. 2444) และบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2494 -รัฐเริ่มสงเคราะห์ผู้สูงอายุผ่านบ้านพักคนชรา ในปี พ.ศ. 2496 การวางนโยบายผู้สูงอายุและการกำหนดสวัสดิการต่างๆ นับตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ 24 ถึงต้นพุทธศตวรรษที่ 25 เป็นต้นมา แต่ที่โดดเด่นมากที่สุดคือช่วงทศวรรษที่ 2520 -สถาบันเศรษฐกิจก็เข้ามากระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริโภคสินค้า -อย่างไรก็ดี กลุ่มผู้สูงอายุชั้นสูงและมีความรู้ ก็เริ่มตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2505 และริ่ความหมายภูมิปัญญาผู้สูงอายุ เช่น การสร้างคำว่า “ผู้สูงอายุ” แทนคำว่า “ชรา” หรือ “วัยทอง” แทน “วัยหมดประจำเดือน” รวมถึงเริ่มมองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภคในมิติเศรษฐกิจ
1.1.4 จิตวิญญาณ	-ยังคงเน้นเรื่องความกตัญญูดังอดีต เช่น การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ การจัดวันผู้สูงอายุ เพื่อตอบแทนคุณ หรือการดูแลพ่อแม่เพื่อความกตัญญูดังใน “คู่มือดูแลพ่อแม่” (2552)
1.2 ประเภทวาทกรรม	
1.2.1 การให้คำอธิบาย	อธิบายตามวาทกรรมการแพทย์และรัฐเป็นหลัก โดยใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ประชากรศาสตร์ จิตวิทยา และเศรษฐศาสตร์ เป็นเครื่องมืออธิบายผู้สูงอายุว่า อ่อนแอ และต้องได้รับการสงเคราะห์ เช่น การระบุในพจนานุกรมว่า “เกษียณ” คือ สิ้นไป เช่น เกษียณอายุราชการ เป็นต้น นอกจากนั้น ยังใช้ตัวเลข ตาราง กราฟ แผนภาพ ภาพ เพื่อช่วยอธิบายความหมายด้วย

ตารางที่ 6 (ต่อ): สรุปการวิเคราะห์วาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคที่สอง สังคมอุตสาหกรรม

การวิเคราะห์วาทกรรม	ผู้สูงอายุในยุคที่สอง: การจัดระเบียบความชรา
1.2.2 การยกตัวอย่าง	การยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีทั้งบวกและลบ หรือการยกตัวอย่างการดูแลผู้สูงอายุที่ดี เป็นต้น
1.2.3 การเปรียบเทียบ	โดยเฉพาะการเปรียบเทียบร่างกายที่อ่อนแอของผู้สูงอายุกับร่างกายที่แข็งแรงของหนุ่มสาว การเปรียบเทียบผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ
1.2.4 การสั่งสอน	ปรากฏในกรณีของการสั่งสอนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองตามวาทกรรมการแพทย์ การตอบแทนผู้สูงอายุ
1.2.5 ได้แย้ง	จะใช้ในการโต้แย้งวาทกรรมหลักในสังคมอุตสาหกรรมที่มองว่าผู้สูงอายุอ่อนแอ โดยเสนอว่าผู้สูงอายุยังคงเข้มแข็งเป็นผู้เชี่ยวชาญไม่ใช่ส่วนเกินในสังคม เช่น การสร้างคำใหม่ที่ว่า “ผู้สูงอายุ” แทนคำว่า “ชรา” โดยชมรมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2505 หรือการสร้างคำว่า “วัยทอง” แทน “วัยหมดประจำเดือน”
1.2.6 การสาธิต	ผ่านสื่อกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ทำให้เห็นภาพของผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง แต่ยังคงเป็นส่วนน้อย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการสาธิตผ่านการสำรวจประชากรศาสตร์ การตรวจตราผู้สูงอายุ และงานวิจัยผู้สูงอายุซึ่งมักจะเน้นมิติเชิงลบ
1.3 ประเภทสื่อ	
1.3.1 สื่อสภาวะ	1. บทความ หนังสือ คู่มือผู้สูงอายุ จะเน้นหลักวิชาการ การอ้างอิงน่าเชื่อถือ 2. นโยบาย/กฎหมาย-การเกษียณอายุ-สวัสดิการ จะใช้เงื่อนไขกฎหมายสงเคราะห์ 3. บ้านพักคนชรา จะดำเนินการตามนโยบายรัฐ และสร้างพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุ 4. ชมรมผู้สูงอายุ จะรวมตัวผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมเพื่อแสดงพลังผู้สูงอายุ. 5. ข่าวและสารคดี จะสรุปประเด็นสาระสำคัญสั้นๆ พร้อมผู้เชี่ยวชาญสื่อทั้งหมดมักจะเริ่มจากปัญหาของผู้สูงอายุและนำมาสู่แนวทางการแก้ไขตามศาสตร์ต่างๆ ของตน และมุ่งสู่ข้อสรุปที่ว่า ปัญหาผู้สูงอายุจัดการได้

ตารางที่ 6 (ต่อ): สรุปการวิเคราะห์วาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคที่สอง สังคมอุตสาหกรรม

การวิเคราะห์วาทกรรม	ผู้สูงอายุในยุคที่สอง: การจัดระเบียบความชรา
1.3.2 สื่อบันเทิง	ภาพยนตร์ จะเล่าเรื่องผู้สูงอายุ โดยผ่านภาพและเสียง มีทั้งการแสดงคุณค่าและความอ่อนแอ เช่น วัยตกกระ และหลงตา เป็นต้น
1.3.3 สื่อสารบันเทิง	โฆษณา จะนำเสนอภาพผู้สูงอายุกับการบริโภค ในฐานะผู้เชี่ยวชาญและผู้บริโภค รวมถึงการล้อเลียนผู้สูงอายุ สื่อกิจกรรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ จะแสดงให้เห็นการดำเนินการของผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง แต่ก็ยังคงเป็นส่วนน้อยอยู่ และไม่ค่อยนำเสนอผ่านสื่อมวลชน
2. ปฏิบัติการสังคมและวัฒนธรรม	
2.1 สังคมและวัฒนธรรม	1. มิติศาสนา คือ ความกตัญญู และการเตรียมใจการเกษียณอายุด้วยหลักธรรมศาสนา 2. มิติสังคม ในด้านบวก คือ การย้อนกลับอดีตคือ การยกย่องผู้สูงอายุ และพัฒนาสู่ “สังคมวิทยาผู้สูงอายุ” และอีกด้านคือ ผลพวงจากสังคมอุตสาหกรรม จึงเริ่มมองผู้สูงอายุที่ เป็นผู้พึ่งพิง ความไม่งามตามวาทกรรมหนุ่มสาวและความงาม อีกทั้งการไม่ทำประโยชน์อีกต่อไป เพราะมีสถาบันอื่นๆ ทำหน้าที่ เช่น โรงเรียน เป็นต้น
2.2 การแพทย์	การแพทย์แผนใหม่เริ่มมองผู้สูงอายุในระดับ “ร่างกายและจิตใจ” ในฐานะ “โรค” ความเสื่อมโทรม นับตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ 24 ถึงต้นพุทธศตวรรษที่ 25 และจัดตั้งโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาเป็น “คลินิกผู้สูงอายุ” ในปี พ.ศ. 2506 หลังจากนั้น ความรู้ก็ได้กระจายไปสู่คนทุกคนในสังคม โดยที่มีวาทกรรมย่อยคือ ยา เช่น HRT หรือการให้ฮอร์โมนทดแทนผู้อยู่ในวัยทอง ยาไวอากร้า (ในปี 1998) เป็นต้น อีกทั้ง การพัฒนาเทคโนโลยี จิตวิทยาผู้สูงอายุ ประชากรศาสตร์ รัฐ และเศรษฐศาสตร์ช่วยสนับสนุน

ตารางที่ 6 (ต่อ): สรุปการวิเคราะห์หาทรรณอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคที่สอง สังคมอุตสาหกรรม

การวิเคราะห์หาทรรณ	ผู้สูงอายุในยุคที่สอง: การจัดระเบียบความชรา
2.3 รัฐ	ในขณะที่การแพทย์มุ่งเน้นระดับร่างกาย รัฐจะสนใจระดับโครงสร้างขนาดใหญ่ ด้วยการที่รัฐจะวางนโยบายการเกษียณอายุ การให้สวัสดิการผู้สูงอายุ และนโยบายผู้สูงอายุนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 คือแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525-2544) และนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว ปี พ.ศ. 2535-2554 ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากระดับนานาชาติ โดยสหประชาชาติเชิญประเทศไทยเข้าร่วมประชุมผู้สูงอายุในระดับนานาชาติ การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 1 (ปีอากร หวังมหาพร, 2546: 199) ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากทั้งวาทกรรมการแพทย์ที่มองผู้สูงอายุในฐานะโรคและอาการเสื่อม และการเชื่อมกับจิตวิญญาณ เรื่องการตอบแทนบุญคุณ รวมถึงการมองถึงคุณค่าผู้สูงอายุด้วย (แต่จะเป็นความรู้เฉพาะด้าน) แต่จุดเน้นอยู่ที่ภาระของรัฐกับการจัดการผู้สูงอายุ จึงมีการใช้ความรู้เรื่องประชากรศาสตร์ การแพทย์ นโยบายรัฐ จิตวิทยา และเศรษฐศาสตร์
2.4 เศรษฐกิจ	1. การใช้เศรษฐศาสตร์สนับสนุนการแพทย์และรัฐ เช่น การคำนวณค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุ การคำนวณการเกษียณ เป็นต้น 2. การมองผู้สูงอายุทั้งในการบริโภคสินค้า การมองแง่ลบคือไม่สวยงาม และในทางตรงกันข้ามคือ การเป็นผู้เชี่ยวชาญในตัวแทนสินค้า ตามวาทกรรมผู้สูงอายุในฐานะผู้เชี่ยวชาญในอดีต นอกจากนั้นยังเริ่มขยับสู่การตลาดสีเทาหรือการตลาดสำหรับผู้สูงอายุ และทำให้เกิดความรู้เรื่องการสื่อสารการตลาดและโฆษณาสำหรับผู้สูงอายุ
2.5 การสื่อสาร	-สื่อสารมวลชนจะเป็นเวทีในการนำเสนอประเด็นผู้สูงอายุในยุคนี้ผ่านข่าว สารคดี และสื่อบันเทิง โดยให้การ “เล่าเรื่อง” จึงมีทั้งบวกและลบปะปนกัน ขึ้นอยู่กับแหล่งข่าวที่เลือกมานำเสนอ เช่น หากสนับสนุนจากเศรษฐกิจก็จะมุ่งเน้นประโยชน์แก่เศรษฐกิจ แต่โดยส่วนใหญ่ มักจะนำเสนอด้านลบ และเนื่องด้วยการนำเสนอผ่านภาพและเสียงจึงทำให้เกิดความคล้อยตามสมจริงและดึงดูดคนได้ง่ายขึ้นเมื่อเทียบกับการควบคุมร่างกายและโครงสร้าง ในทางการแพทย์และรัฐ

3. ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์วาทกรรมอัตลักษณ์

ผลของการวิเคราะห์วาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคอุตสาหกรรมเผยให้เห็นถึง  อัตลักษณ์และความรู้ ที่ถูกสร้างขึ้น ดังนี้

3.1 อัตลักษณ์

ประการแรก **อัตลักษณ์**ของผู้สูงอายุในยุคนี้ จะมุ่งเน้น “ปัญหาของผู้สูงอายุ” อันทำให้เกิด “การจัดระเบียบผู้สูงอายุ” จากสถาบันต่างๆ โดยอาจจำแนกได้เป็น

ด้านแรก **อัตลักษณ์ด้านลบ**มาจากวาทกรรมแพทย์และรัฐเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการพิจารณาด้านกาย ใจ และสังคม กล่าวคือ ในด้านกาย ใจ คือ “ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ” “ผู้ร่วงโรย” (เหี่ยวยานและอัมพาต) ส่วนในกรณีของสังคมคือ “ผู้เกษียณอายุ” “ผู้พึ่งพิง” (หรือผู้ถูกสงเคราะห์ช่วยเหลือ) และในบางกรณีก็กินความถึง “ผู้เป็นส่วนเกิน” ในสังคม และ “ผู้ล้าสมัย”

อัตลักษณ์กลุ่มนี้ทำให้สถาบันต่างๆ ทั้งรัฐและการแพทย์ ต้องหันมาให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุ รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุป้องกันความแก่ชราที่จะเกิดขึ้น

ด้านที่สอง **อัตลักษณ์ด้านบวก** จะเป็นการย้อนสู้อดีตในสังคมเกษตรกรรมที่พิจารณาผู้สูงอายุจากมิติจิตวิญญาณหรือศาสนา คือ ความกตัญญู เป็น “ผู้มีพระคุณ” นอกจากนั้น ยังมีบางส่วนที่เน้นอัตลักษณ์ในอดีต คือ อัตลักษณ์ “ผู้เชี่ยวชาญ” “ผู้ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม” ดังเช่น การต่อสู้ของชมรมผู้สูงอายุที่สร้างความหมายคำว่า “ผู้สูงอายุ” แทนคำว่า “ชรา” และการสร้างชมรมผู้สูงอายุ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ที่ทำหน้าที่ยังประโยชน์แก่สังคมและกลุ่มผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ดี เนื่องด้วยอัตลักษณ์ด้านลบโดยเฉพาะความอ่อนแอและพึ่งพิง กระหน้าซ้ำเติมเข้ามามาก อัตลักษณ์ด้านความรู้ความเชี่ยวชาญนี้ จึงต้องปรับตัวสู่ “ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน” เช่น ประสพการณ์ ภูมิปัญญา และวัฒนธรรม

ด้านที่สาม **อัตลักษณ์ใหม่**ในมิติเศรษฐศาสตร์ คือ การมอง “ผู้สูงอายุเป็นตัวแทนสินค้า” ในฐานะ “ผู้เชี่ยวชาญ” “ผู้มีประสบการณ์” และส่งต่อประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่น ดังปรากฏในโฆษณาที่ใช้ผู้สูงอายุแทนความเชี่ยวชาญ อีกทั้ง การตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุด้วยการซื้อสินค้าหรือบริการให้กับผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาอัตลักษณ์ทั้งหมดนี้พบว่า อัตลักษณ์ด้านแรก หรือ “ความอ่อนแอทั้งด้านกาย ใจ และสังคม” จะเป็นอัตลักษณ์หลักที่ได้รับการตอกย้ำซ้ำทวนในสถาบันต่างๆ นับตั้งแต่

การแพทย์ รัฐ เศรษฐกิจ สื่อมวลชน และสังคม โดยเน้นเนื้อหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนั้นยังใช้ประเภทของวาทกรรมที่หลากหลาย ทั้งการอธิบาย การยกตัวอย่าง การเปรียบเทียบ การสาธิต และการสั่งสอน ผ่านรูปแบบการสื่อสารทุกประเภทโดยเน้นการสื่อสารที่เป็นทางการและสื่อสารมวลชน ทั้งหมดนี้วางอยู่บนวาทกรรมการแพทย์และรัฐเป็นหลัก ทำให้รัฐการแพทย์ ต้องให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และที่สำคัญคือ วาทกรรมนี้กลายเป็นวาทกรรมหลักที่พบเห็นในสังคมและเบียดบังอัตลักษณ์ด้านอื่นที่เป็นอัตลักษณ์เดิมในสังคมไทย โดยเฉพาะความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุลดน้อยถอยลงไปหรือทำให้มองไม่เห็น

กระนั้นก็ตาม วาทกรรมความรู้ความเชี่ยวชาญที่เคยถูกเบียดตกขอบก็พยายามต่อสู้ด้วยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้ ชุมชนผู้สูงอายุ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงมีประโยชน์ และที่น่าสนใจก็คือ การรวมตัวเพื่อการต่อสู้ นั้น ยังส่งผลให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่รัฐกระทำก็ยังแฝงด้วยความหมายของวาทกรรมความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ และ “สิทธิ” ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับอีกด้วย แต่กระนั้นกลุ่มผู้สูงอายุก็ยังคงต้องยอมรับความอ่อนแอที่ถูกสร้างขึ้นด้วย

อนึ่ง เนื่องจากการต่อสู้เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงมีความรู้ความเชี่ยวชาญยังต้องเผชิญกับสภาพสังคมอุตสาหกรรมและสถาบันการศึกษาที่พยายามลดระดับความรู้ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงต้องแปรเปลี่ยนอัตลักษณ์จากเดิมในอดีตที่มีความรู้ทุกเรื่อง ดังสำนวนที่ว่า “อาบนํ้าร้อนนมาก่อน” “เดินตามหลังผู้ใหญ่หมาไม่กัด” ให้เหลือเพียงความรู้เพียงบางเรื่องหรือเฉพาะด้าน และความรู้ที่ว่ำนั้นก็มักจะเป็นความรู้ที่คนรุ่นใหม่ไม่มี เช่น ความรู้จากประสบการณ์ ความรู้ด้านวัฒนธรรม เป็นต้น

ส่วนอัตลักษณ์ด้านผู้มีพระคุณ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์เดิมในสังคมเกษตรกรรม แต่ยังคงส่งผ่านสู่สังคมอุตสาหกรรม ด้วยการแทรกซึมในวาทกรรมการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และการเพิ่มความหมายใหม่ด้วยการผนวกกับการขายสินค้า จึงทำให้ไม่หล่นหายและยืนยันการเป็นวาทกรรมหลักในสังคม

ส่วนอัตลักษณ์ด้านสุดท้าย ก็คือ อัตลักษณ์ใหม่ที่เกิดจากสถาบันเศรษฐกิจที่ใช้อัตลักษณ์เดิมมาสนับสนุนอัตลักษณ์ใหม่ ทั้งกรณีผู้มีพระคุณและผู้เชี่ยวชาญ

ดังนั้น อัตลักษณ์ผู้สูงอายุในยุคที่สองนี้จึงมีทั้งสถาปนาขึ้นมาใหม่ คือ กรณีของการแพทย์และรัฐ ซึ่งกลายเป็นอัตลักษณ์หลักที่ครอบงำอัตลักษณ์อื่นๆ กรณีที่สอง คือการเดินตามอดีต และกรณีที่สาม การผสมอดีตและยุคนี้เข้าด้วยกัน โดยที่อัตลักษณ์ส่วนใหญ่ต่างมองผู้สูงอายุในฐานะ “ปัญหา” ที่ต้องเข้าไปจัดระเบียบ

3.2 ความรู้

ประการที่สอง **ความรู้** เป็นผลพวงของวาทกรรมผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น และความรู้ทั้งหมดนี้ก็ย้อนกลับไปกำหนดอัตลักษณ์ผู้สูงอายุได้อย่างแนบคายโดยไม่ต้องใช้กำลังในการบีบบังคับ

ในขณะที่ยุคแรก ความรู้อาจมีค่อนข้างน้อยและจำกัดในด้านสังคมวัฒนธรรม คือ “ธรรมะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ” “คุณค่าผู้สูงอายุ” แต่สำหรับในยุคที่สอง ความรู้ที่สถาบันต่างๆ ได้ผลิตขึ้นมาเพื่อจัดการผู้สูงอายุกลับมีปริมาณมาก นับตั้งแต่ความรู้จากสถาบันการแพทย์ เช่น เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เทคโนโลยีการแพทย์และยา จิตวิทยาผู้สูงอายุ ความรู้จากสถาบันรัฐ เช่น นโยบายรัฐ การสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ความรู้จากสถาบันเศรษฐกิจ เช่น เศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุ และการตลาดสีเทา (การตลาดผู้สูงอายุ) ความรู้จากสถาบันการสื่อสาร คือ การจุดประกายให้เกิดวิชา “การสื่อสารกับผู้สูงอายุ” นอกจากนั้น ยังมีความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกในสังคม เช่น ความงามกับผู้สูงอายุ ประชากรศาสตร์ผู้สูงอายุ รวมถึง ยังคงตอกย้ำความรู้ในอดีต คือ “ความกตัญญู” และ “คุณค่าผู้สูงอายุ” และพัฒนาสู่ “สังคมวิทยาผู้สูงอายุ”

ความรู้ทั้งหมดต่างทำงานร่วมกันเพื่ออธิบาย “ปัญหา” และ “การจัดการผู้สูงอายุ” เช่น ความรู้ด้านการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุรวมพลังกับนโยบายรัฐและพัฒนาเป็นนโยบายการดูแลผู้สูงอายุผ่านบ้านพักคนชรา การกำหนดการเกษียณอายุการทำงาน เป็นต้น

และถึงแม้ว่าความรู้บางส่วนอาจดูเหมือนขัดแย้งกัน แต่ทั้งหมดนี้กลับเชื่อมร้อยกัน เช่น การตลาดจะมุ่งเน้นการขายแต่กลับเชื่อมโยงกับความกตัญญูกลายเป็นการขายสินค้าสำหรับลูกหลานเพื่อผู้สูงอายุ หรือผลิตภัณฑ์ผ้าอ้อมสำหรับผู้สูงอายุ ที่กำหนดให้ลูกหลานทดแทนบุญคุณผ่านการซื้อผ้าอ้อมให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

ความรู้ทั้งหมดนี้ยังได้สร้างผู้เชี่ยวชาญเรื่องผู้สูงอายุ (ซึ่งต่างไปจากในยุคแรกที่เป็นผู้สูงอายุเอง ครู และพระ) นับตั้งแต่ หมอ นักจิตวิทยา และบุคลากรด้านสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักประชากรศาสตร์ผู้สูงอายุ นักบริหารงานบุคคล (ที่ทำงานด้านการเกษียณอายุราชการ) นักเศรษฐศาสตร์ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ (เช่น บำนาญ) นักการตลาด (ที่ทำงานด้านสินค้าผู้สูงอายุ) และนักสื่อสารมวลชน การขยายตัวดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นวัตถุที่เริ่มแยกออกไปสู่ความเชี่ยวชาญและผู้รู้ในแต่ละสาขา ยังผลให้อำนาจของผู้สูงอายุที่เคยกำหนดความหมายของตนเองเริ่มลดน้อยถอยลงไป

ในเวลาเดียวกันผู้สูงอายุที่มีบทบาทกำหนดความหมายในยุคใหม่นี้ก็ต้องเริ่มใช้ความรู้จากศาสตร์ต่างๆ มาต่อสู้และกำหนดอัตลักษณ์ตนเอง ดังที่เห็นเด่นชัด กรณีของนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ที่เป็นทั้งหมอและผู้สูงอายุที่เข้ามาเป็นกุญแจหลักในการต่อสู้เรื่องผู้สูงอายุไทยในช่วง

ทศวรรษที่ 2520 เป็นต้นมา โดยสร้างชุดความรู้เรื่อง “ชมรมผู้สูงอายุ” และอาจถือได้ว่าเป็นรากฐานสำคัญของการต่อสู้ยุคถัดไปสำหรับผู้สูงอายุชนชั้นล่าง

สรุปวาทกรรมผู้สูงอายุในยุคสังคมนุเคราะห์กรรม

ในสังคมนุเคราะห์กรรม ผู้สูงอายุเริ่มถูกกำหนดอัตลักษณ์ของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งสี่มิติคือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผ่านสถาบันต่างๆ ทั้งห้าสถาบันคือ สังคมและวัฒนธรรม การแพทย์ รัฐ เศรษฐกิจ และการสื่อสาร เข้ามา “จัดระเบียบ” ตัวตนของผู้สูงอายุ

เมื่อวิเคราะห์จากตัวบททั้งสี่ด้าน คือ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ พบว่า ในด้านร่างกาย ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ที่ร่างกายอ่อนแอและเป็น “โรค” ตามวาทกรรมทางการแพทย์ ที่จะต้องรักษาป้องกัน และส่งเสริมแก้ไข ด้วยวิชา “เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ”

ส่วนในด้านจิตใจ ผู้สูงอายุถูกระบุว่าจะมีปัญหาจิตใจเพราะว่าต้องเผชิญกับปัญหาการเกษียณอายุอันเป็นผลจากการจัดการร่างกายของภาครัฐที่กำหนดการเกษียณโดยดูจากอายุ จากปัญหาดังกล่าวจึงต้องสร้างชุดความรู้เรื่อง “จิตวิทยาผู้สูงอายุ” เพื่อแก้ไขปัญหาสภาพจิตใจผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

ในมิติสังคม ด้านหนึ่งจะได้รับอิทธิพลจากความอ่อนแอของร่างกายจากวาทกรรมทางการแพทย์ ทำให้รัฐมีนโยบายที่สงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อ่อนแอยากไร้ การกำหนดการเกษียณอายุ แต่ในอีกด้านหนึ่ง เนื่องด้วยผลพวงของการเคารพผู้สูงอายุ ทั้งด้านความเป็นผู้รู้และความกตัญญู จึงทำให้ภาครัฐยังคงมีนโยบายที่สนับสนุนผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ หรือการสงเคราะห์ผู้สูงอายุก็ผนวกกับการระลึกบุญคุณของผู้สูงอายุ

นอกจากนั้น สถาบันเศรษฐกิจก็ก้าวเข้ามากำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้บริโภคสินค้า ทั้งในด้านการเป็นสัญญาแทนความเชี่ยวชาญแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงความกตัญญูต่อผู้สูงอายุด้วยหากบุตรหลานซื้อสินค้าและบริการให้กับผู้สูงอายุ

และมิติจิตวิญญาณ ก็เริ่มเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุมีความสุขหลังจากการเกษียณจากการทำงาน และการดำเนินเรื่องความกตัญญูต่อผู้สูงอายุก็ยังคงเป็นหลักที่ยึดแน่นอยู่

เมื่อพิจารณาจากประเภทวาทกรรม ก็พบว่า ในยุคสังคมนุเคราะห์กรรมจะใช้ประเภทวาทกรรมที่หลากหลายทั้งการอธิบาย ยกตัวอย่าง เปรียบเทียบ ได้แย้ง สั่งสอน และสาริต เพื่อแสดงให้เห็นถึงลักษณะและปัญหาของผู้สูงอายุ แม้อาจดูไม่ต่างไปจากสังคมนุเคราะห์กรรม แต่จุดที่ต่างอย่างเห็นได้เด่นชัดคือ ในสังคมนุเคราะห์กรรมมักจะใช้ข้อมูล ตัวเลข กราฟ ตาราง แผนภาพ ภาพ อีกทั้ง

การใช้การสำรวจประชากรศาสตร์ การตรวจตราร่างกาย การวิจัย และกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เหล่านี้เป็นกลยุทธ์การสาธิตที่ยืนยันข้อมูลและเหตุผลที่จะสร้างให้ผู้รับสารเชื่อในสิ่งที่เห็นหรือได้ยิน ยิ่งไปกว่านั้น ยังใช้วาทกรรมโต้แย้งเพื่อที่จะปฏิเสธวาทกรรมหลักในยุคนี้นี้ที่มองผู้สูงอายุอ่อนแอ ซึ่งถือได้ว่า เป็นความพยายามต่อสู้ความหมายของผู้สูงอายุ

สำหรับประเภทสื่อพบว่า มีทั้งการใช้สื่อสาระ บันเทิง และสาระบันเทิง ซึ่งเพิ่มเติมจาก สังคมเกษตรกรรม ที่ในอดีตมักจะมุ่งเน้นเฉพาะสื่อสาระ และสาระบันเทิง คือ สื่อมุขปาฐะและพิธีกรรม แต่สำหรับในสังคมอุตสาหกรรม สื่อจะขยายตัวมากขึ้น เช่น การใช้สื่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งข่าว บทความ หนังสือ กฎหมาย นโยบาย สื่อกิจกรรม ทั้งกรณีบ้านพักคนชราและ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงเริ่มเพิ่มสื่อมวลชนและสื่อโฆษณาก้าวเข้ามามีบทบาทในการนำเสนอความชราอีกด้วย

ในด้านปฏิบัติการสังคมและวัฒนธรรมในสังคมอุตสาหกรรมนี้ พบว่า สังคมอุตสาหกรรม จะลดบทบาทของผู้สูงอายุลงในฐานะผู้ที่พึ่งพิง อ่อนแอ ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาในสังคมมากขึ้น สถาบันการแพทย์ก็ตอบรับแนวคิดดังกล่าว ด้วยการแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความอ่อนแอทางด้านร่างกายและที่สำคัญคือการเป็น “โรค” ต่างจากในอดีตที่ความอ่อนแอเป็นเรื่องปกติและต้องปลง แต่ในยุคนี้สถาบันการแพทย์ก็เข้ามาจัดระเบียบร่างกายของผู้สูงอายุเสียใหม่ และแม้กระทั่งการโต้แย้งวิธีคิดเดิมที่มองเรื่องเพศเป็นข้อห้าม แต่สำหรับการแพทย์กลับมองว่าเป็นเรื่องปกติ ซึ่งเท่ากับการให้อำนาจแก่แพทย์ต่อร่างกายผู้สูงอายุอย่างสูง

สถาบันรัฐก็เป็นอีกสถาบันหนึ่ง ที่นำแนวทางของวาทกรรมความอ่อนแอมาใช้ในการจัดการผู้สูงอายุ ดังที่ปรากฏในนโยบายการเกษียณอายุและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ แต่ในอีกด้านหนึ่ง สถาบันรัฐก็ยังคงดำเนินตามวาทกรรมของสังคมยุคเกษตรกรรมด้วย โดยเฉพาะความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ ทำให้กิจกรรมที่รัฐทำส่วนใหญ่ยังคงอิงวิธีคิดที่ว่า การสงเคราะห์ผู้สูงอายุก็เพราะต้องตอบแทนผู้สูงอายุ การกำหนดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ หรือการจัดวันผู้สูงอายุขึ้น

นอกจากนั้น เนื่องจากสังคมไทยในอดีตให้คุณค่าของผู้สูงอายุในฐานะผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ สถาบันรัฐก็พยายามผลิตซ้ำความคิดดังกล่าว โดยผ่านการสร้างชมรมผู้สูงอายุ แต่ก็ยังคงมีน้ำหนักที่น้อยเมื่อเทียบกับแนวทางแรก และในช่วงหลัง โดยเฉพาะหลังจากปี พ.ศ. 2525 จากอิทธิพลของ “การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ” และการผลักดันของผู้สูงอายุเอง ทำให้เกิดการสร้าง “นโยบายผู้สูงอายุ” ขึ้นจำนวน 2 ฉบับ ซึ่งนโยบายดังกล่าวเป็นการผสมวิธีคิดที่มองผู้สูงอายุที่อ่อนแอและต้องได้รับความช่วยเหลือ และในเวลาเดียวกันก็ต้องมองถึงศักยภาพของผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและมีคุณภาพโดยภาครัฐต้องสนับสนุน ทว่า นโยบายทั้งสองยังคงทำงานไม่ได้

เดิมที่นัก แต่จะนำไปสู่นโยบายในอนาคตที่เน้นพลังของผู้สูงอายุ ในช่วงหลังทศวรรษที่ 2540 เมื่อสังคมไทยก้าวสู่สังคมข้อมูลข่าวสาร

ในด้านสถาบันเศรษฐกิจ ในด้านหนึ่งได้รับอิทธิพลจากวาทกรรมการแพทย์ สังคม และรัฐ ที่มองปัญหาผู้สูงอายุที่อ่อนแอและต้องตอบแทนผู้สูงอายุ จึงทำให้สถาบันเศรษฐกิจเข้าไปช่วย แก้ไขปัญหาผ่าน “เศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุ” ด้วยการจัดการเงินในด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพ และสวัสดิการผู้สูงอายุด้านอื่น เช่น การประกันสังคม ผ่านบำเหน็จบำนาญ และประกันสุขภาพ รวมถึงบริการการแพทย์ของผู้สูงอายุ

และในอีกด้านหนึ่ง สถาบันเศรษฐกิจ ก็ก้าวไปเกี่ยวข้องกับการขายสินค้าสำหรับผู้สูงอายุ หรือเรียกว่า “การตลาดสีเทา” เช่น การขายสินค้าต่อต้านความชรา การขายสินค้าสำหรับลูกหลาน เพื่อความภาคภูมิใจ เช่น ผ้าอ้อม และบ้านพักคนชรา รวมถึงยกย่องผู้สูงอายุ เพื่อเป็นตัวแทนของคุณค่าของสินค้าที่อยู่มายาวนาน ในทางตรงกันข้าม โฆษณาบางชิ้นก็สร้างภาพผู้สูงอายุในด้านลบ โดยเฉพาะความอ่อนแอทางร่างกาย ทำให้คนทั่วไปและผู้สูงอายุมองตนเองในด้านลบ

สำหรับสถาบันการสื่อสาร ในยุคสังคมอุตสาหกรรม สถาบันสื่อมวลชนก้าวมาจัดการผู้สูงอายุ และมักจะนำเสนอมิติผู้สูงอายุในด้านความอ่อนแอ ไม่ว่าจะเป็นสื่อสาธารณะ เช่น ข่าวสารสารคดี และสื่อบันเทิง เช่น ภาพยนตร์ แต่ก็จะมีบ้างที่นำเสนอภาพด้านบวกอันเป็นผลที่มาจากความพยายามต่อสู้ความหมายด้านบวกและอิทธิพลของสังคมไทยในอดีต

จากการวิเคราะห์วาทกรรมผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรม เผยให้เห็นอัตลักษณ์ของผู้สูงอายุอย่างน้อยสามด้านคือ ด้านแรก คือ ด้านลบที่เป็นอัตลักษณ์หลัก คือ ผู้อ่อนแอ ผู้ร่วงโรย ผู้พึ่งพิง ซึ่งถือเป็นอัตลักษณ์หลักที่สร้างขึ้นตามวาทกรรมการแพทย์และภาครัฐ

ด้านที่สอง คือ ผู้มีพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์เดิมในสังคมเกษตรกรรม แต่ก็ยังคงสืบทอดในยุคนี้ โดยที่อัตลักษณ์ผู้มีพระคุณยังคงยึดมั่นเป็นอัตลักษณ์หลักในสังคม ทว่าอัตลักษณ์ด้านผู้เชี่ยวชาญกลับเป็นวาทกรรมอัตลักษณ์รองในสังคมยุคนี้ ภายใต้การต่อสู้เรียกร้องของผู้สูงอายุบางคน ชมรมผู้สูงอายุ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย แต่ก็ยังคงเชื่อมโยงกับความอ่อนแอ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ร่างกายอาจอ่อนแอแต่ก็ยังรวมตัวกันเพื่อทำประโยชน์ได้ โดยผ่านการรวมตัวเป็น “ชมรม” หรืออ่อนแอแต่ก็ต้องสงเคราะห์เพื่อการตอบแทนผู้สูงอายุ นอกจากนั้น อัตลักษณ์ดังกล่าวก็ยังลดบทบาทลงสู่ “ผู้เชี่ยวชาญ” (เฉพาะด้าน)

และด้านที่สาม คือ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีพระคุณ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์เดิมที่ผสมกับอัตลักษณ์ใหม่ โดยสิ่งที่ใหม่คือการวางบนเงื่อนไขของการบริโภคของสถาบันเศรษฐกิจ เช่น เป็นผู้เชี่ยวชาญเพราะเป็นตัวแทนของสินค้า หรือการบริโภคสินค้าเพื่อความภาคภูมิใจ

อัตลักษณ์ทั้งหมดนี้วางอยู่บนชุดความรู้ที่สถาบันสมัยใหม่ช่วยกันกำหนดความหมายให้เป็นที่ยอมรับกันโดยปริยายแทนการใช้กำลังบังคับ โดยพัฒนาเป็นศาสตร์ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะ เช่น เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นโยบายผู้สูงอายุ การสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สังคมวิทยาผู้สูงอายุ เศรษฐศาสตร์ผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ การตลาดผู้สูงอายุ การสื่อสารผู้สูงอายุ เป็นต้น และทำให้สร้างผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่ทวีขึ้นมากกว่าในสังคมเกษตรกรรม ผู้สูงอายุจึงแทบจะไร้ซึ่งอำนาจในการกำหนดตนเองเมื่อเทียบกับยุคสังคมเกษตรกรรม

และที่สำคัญคือ อำนาจจากสถาบันและชุดความรู้ทั้งหมดนี้ ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นเพียงวัตถุที่สถาบันกำหนดความหมายอย่างเบ็ดเสร็จและตัวผู้สูงอายุเองก็ยอมรับความหมายที่ถูกกำหนดนั้นไว้ หรือดังที่ฟูโกต์มองว่า คือ กระบวนการทำให้มนุษย์กลายเป็น “วัตถุ” อย่างไรก็ตาม ในอีกด้านหนึ่ง “ที่ใดมีอำนาจก็มีความพยายามต่อสู้เชิงอำนาจ” นั่นก็คือความพยายามของบรรดาผู้สูงอายุบางท่าน และชุมชนผู้สูงอายุที่ต่างพากันท้าทายความหมายอัตลักษณ์ในแง่บวก คือ ความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุ ซึ่งปรากฏอยู่ในการต่อสู้ความหมายในประเภทวาทกรรมโต้แย้งและกิจกรรมของผู้สูงอายุ จนกลายเป็นวาทกรรมรองในสังคมอุตสาหกรรม

ในท้ายที่สุด ถึงแม้ว่าการจัดแบ่งยุคที่สองคือ สังคมอุตสาหกรรม: การจัดระเบียบความชรา แต่ในความเป็นจริง สังคมไทยยังไม่ได้ก้าวข้ามผ่านสังคมเกษตรกรรม รวมถึงนักวิชาการบางท่านก็มองว่า สังคมไทยก็ยังไม่ได้ก้าวไปสู่สังคมอุตสาหกรรมทั้งหมด ด้วยเหตุนี้เมื่อพิจารณาจากหลักฐานทั้งหมดก็สอดคล้องกัน คือ สภาพของผู้สูงอายุไทยจึงมีลักษณะที่เลื่อมซ้อนกันระหว่างสังคมเกษตรกรรมและสังคมอุตสาหกรรม นั่นก็คือ มีบางส่วนที่ยังคงผลิตซ้ำวาทกรรมในอดีต เช่น ความกตัญญู ความรู้ความเชี่ยวชาญ และบางส่วนก็เริ่มผลิตวาทกรรมใหม่ เช่น ความอ่อนแอ การพึ่งพิง และแม้กระทั่งการผนวกกันระหว่างวาทกรรมเดิมและใหม่ให้กลายเป็น ผู้มีคุณค่าและกตัญญูเพื่อการบริโภคสินค้า ดังนั้น การพัฒนาของสังคมไทยจึงอาจมีลักษณะที่ค่อยๆ สะสมเพิ่มเติมขึ้น แทนที่จะแยกขาดออกจากกันโดยเด็ดขาด นอกจากนั้น เนื้อหาบางส่วนยังคงเป็นพื้นฐานของการพัฒนาสู่สังคมข้อมูลข่าวสารในบทถัดไปอีกด้วย เช่น การตลาดผู้สูงอายุ การสนับสนุนผู้สูงอายุ เป็นต้น