

ทบทวนวรรณกรรม

เรื่อง

ภาวะสุขภาพและอนามัยผู้สูงอายุ

โดย

รศ.ดร.ศิริพร จิรวัดนกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ธันวาคม 2537

ประเด็นเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

'เกิด แก่ เจ็บ ตาย' เป็นพุทธวจนะที่แสดงถึงวัฏสงสารอันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในโลก แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงที่จริงแท้แน่นอน อย่างไรก็ตาม มีความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้อีกเช่นกันว่า มีมนุษย์บางคนเท่านั้นที่ผ่านวัฏสงสารครบ บางคนเกิดแล้วตาย ไม่ทันแก่ ไม่ทันเจ็บ บางคนเกิดมาแล้วไม่ทันแก่ก็เจ็บแล้วก็ตายไปเสียก่อน เหล่านี้เป็นต้น ความแก่จึงเป็นการคาดการณ์ว่ามนุษย์ทุกคนจะต้องเผชิญ แต่ในความเป็นจริงไม่ทุกคนที่มีโอกาสแก่

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาว มีโอกาสได้เป็นคนแก่มากขึ้น ซึ่งความต้องการมีอายุยืนยาวนี้จะเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกชาติ ทุกภาษา กล่าวเฉพาะประเทศไทย ความต้องการมีอายุยืนยาวได้สะท้อนออกมาหลายรูปแบบ เช่น คำอำนวยพรที่ว่า

"ขอให้อายุมัน ขวัญยืน"

"ขอให้อายุยืนหมื่น ๆ ปี"

"ให้อายุยืนอยู่คู่มกุฏกุ่มหลาน"

หรือ การมีเครื่องกลางของคลังไว้กับตัวเพื่อป้องกันอันตรายแก่ชีวิต เหล่านี้เป็นต้น

มีปรากฏการณ์ที่เป็นความขัดแย้งต่อธรรมชาติของมนุษย์เกิดขึ้นคือ ความต้องการมีอายุยืนยาว กับการไม่ต้องการแก่ หรืออาจกล่าวง่าย ๆ ว่า มนุษย์อยากเป็นหนุ่ม เป็นสาวตลอดไป ไม่แก่และไม่ตาย ด้วยความต้องการนี้ มนุษย์จึงใช้พลังความสามารถทั้งหมดที่มีอยู่ทุ่มเทค้นคว้าเพื่อหา 'ยาอายุวัฒนะ' ที่ทำให้คนไม่แก่ และไม่ตาย ความแก่หรือความชราจึงเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาไม่น้อยไปกว่าความตาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความชราเป็นสัญญาณเตือนถึงความตาย จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน อธิบายถึงการมีอายุยืนยาวหรืออีกนัยหนึ่งคือ การสูงอายุกับความชราอย่างไร มนุษย์เป็นอย่างไรเมื่อสูงอายุและเมื่อชรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

รายงานต่อไปนี้มีเป้าหมายเพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในแง่มุมของสุขภาพอนามัย ภาวะทางประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคม สัมเคราะห์ให้เห็นความเชื่อมโยงของข้อมูล ปัญหา และปฏิบัติการแก้ปัญหา โดยใช้แหล่งข้อมูลจากผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดำรง บทความในวารสาร และสถิติของหน่วยงานทั้งของภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ได้แบ่งสาระขององค์ความรู้ไว้เป็น 4 กลุ่ม ใหญ่คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการ "สูงอายุ"
2. สถานการณ์ด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไทย
3. ภาวะทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย
4. บริการสำหรับผู้สูงอายุไทย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการ "สูงอายุ"

เมื่อไหร่จึงเป็น "ผู้สูงอายุ"

การที่จะบอกว่าใครคือผู้สูงอายุนั้นมีหลายเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา แต่ที่กล่าวถึงกันมากมี 4 เกณฑ์ (Counts and Counts, 1985) คือ ใช้ระดับอายุเป็นเกณฑ์ (chronological age) ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย (function) ใช้เหตุการณ์เชิงประวัติศาสตร์เป็นเกณฑ์ (historical age) และใช้ภาวะทางสังคมเป็นเกณฑ์ (social age) จากการศึกษา Human Relations Area Files ซึ่งบรรจุข้อมูลของคนในสังคมต่าง ๆ 60 สังคมทั่วโลก พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่นิยมใช้เกณฑ์หน้าที่ของร่างกายกำหนดการสูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ ใช้เกณฑ์อายุ และท้ายสุดคือ ใช้เกณฑ์พิจารณาความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ (Keith, 1980) ซึ่งการพิจารณาการสูงอายุจากความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากทุกสังคมจะกำหนดการเป็นผู้สูงอายุก่อนที่บุคคลนั้นจะอ่อนแอจนหมดสภาพ ดังนั้นในที่นี้จะกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะ 4 เกณฑ์ดังที่กล่าวไว้แต่เบื้องต้นดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การใช้ระดับอายุ (Chronological age)

เป็นการกำหนดว่าอายุเท่าใดให้เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ เช่น เมื่อ 60 ปีขึ้นไป หรือ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น เกณฑ์นี้ใช้กันแพร่หลาย แต่ก็มีปัญหาอยู่บ้างเนื่องจาก เมื่อใช้เกณฑ์อายุแล้วก็ไม่ได้นับถึงสภาพของร่างกาย จิตใจ และสถานะทางสังคม หรือเหตุการณ์สำคัญ ๆ ที่อยู่ในช่วงชีวิต ทำให้ข้อมูลบุคคลนั้นจำกัดลง นอกจากนั้นหลายสังคมก็ใช้เกณฑ์อายุไม่เท่ากัน เช่น สังคมดั้งเดิม (Primitive society) มักกำหนดการเป็นผู้สูงอายุ เมื่ออายุ 45 หรือ 50 ปี ส่วนสังคมสมัยใหม่ (Modern society) มักกำหนดไว้ที่อายุ 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป

2. เกณฑ์ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function) ของร่างกาย

เกณฑ์นี้ยึดหลักการเปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งก็มีเกณฑ์ย่อยอีก 4 เกณฑ์ไว้พิจารณาคือ

2.1 ความเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะและการรับรู้

(Change in facility) ประกอบด้วย ความสามารถในการได้กลิ่น รับรส ได้ยิน มองเห็น การเจ็บปวด และการรับรู้การสัมผัสเพื่อนลดน้อยลง สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ฟัน และความนับใจ ของสติปัญญา การเคลื่อนไหว หรือกิจกรรมต่าง ๆ ก็ลดน้อยถอยลงไปด้วย

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างหน้าตา (Change in appearance) เช่น ผมหงอก ผมร่วง หัวล้านขึ้น ฟันร่วง ผิวเหี่ยวย่น หลังค่อม เป็นต้น

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางกิจกรรม (Change in activity) การเปลี่ยนแปลงนี้รวมถึงความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ ลดน้อยลง และการจะเข้าไปร่วมวงหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมต่าง ๆ ก็ลดน้อยลงไปด้วย นอกจากนั้นยังรวมถึงความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับตนเองก็ด้อยลง หรือไม่สามารถทำได้ครบถ้วนดังที่ผ่านมา ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางการทำงานของร่างกาย (Change in bodily action) ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงระดับเมตาบอลิซึมโดย เมตาบอลิซึมจะลดลง ปริมาณออกซิเจนที่เข้าสู่สมองก็น้อยลง สมรรถภาพการทำงานของไต หัวใจ การย่อยอาหารก็ลดลง นอกจากนั้นเมื่อเวลาผ่านไปร่างกายเสื่อมสภาพลง จิตใจก็ได้รับความกระทบกระเทือนจากการสูญเสียแล้วซ้ำเล่า มีผลทำให้อารมณ์หดหู่ เศร้าสร้อย กิจกรรมต่าง ๆ ก็ลดลงไป

3. เกณฑ์เวลาในประวัติศาสตร์ (Historical age)

เป็นการใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือความสามารถในการจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผ่านมาเป็นตัวกำหนดการสูงอายุ เหตุการณ์หรือเรื่องราวนั้นอาจเป็นเรื่องสำคัญ โด่งดังในระดับชุมชน สังคม ประเทศ หรือระดับโลกก็ได้ เช่น คนยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ช่วง 14 ตุลา หรือเมื่อสร้างสะพานพุทธยอดฟ้า เป็นต้น

4. เกณฑ์จากภาวะทางสังคม (Social age)

เกณฑ์นี้ใช้จุดเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งรวมถึงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นหลักในการพิจารณา เช่น เมื่อเปลี่ยนบทบาทจากพ่อ แม่ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ก็ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ หรือการเกษียณอายุราชการก็เป็นจุดเปลี่ยนที่สังคมกำหนดว่าเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งเกณฑ์นี้จะไม่สัมพันธ์กับอายุ เพราะบุคคลจะเปลี่ยนบทบาททางสังคมในอายุไม่เท่ากัน เช่น บางคนอายุ 40 ก็เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย แล้ว แต่บางคนก็อายุ 60 หรือ 70 ปี จึงเปลี่ยน หรือแต่ละสังคมกำหนดอายุเกษียณต่างกัน เช่น สังคมไทยกำหนดที่ 60 ปี สหรัฐอเมริกาคำหนดที่ 65 ปี สำหรับชาย และ 60 ปีสำหรับหญิง เป็นต้น

เมื่อพิจารณาเกณฑ์ทั้ง 4 ดังกล่าว พบว่า เกณฑ์กำหนดอายุตามปีปฏิทินมักจะใช้เป็นเกณฑ์ทางการในสังคมทั่วไป ซึ่งก็มักจะกำหนดที่อายุ 60-65 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ โดยที่องค์การอนามัยโลกก็กำหนดอายุผู้สูงอายุไว้ว่าเป็น 60 ปีขึ้นไป ในส่วนที่ไม่เป็นทางการแต่เป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปก็มักใช้เกณฑ์ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นเกณฑ์

กำหนดประกอบ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วจะใช้เฉพาะเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งก็ไม่สมบูรณ์ เพราะคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากที่ยังกระฉับกระเฉงแข็งแรง ขณะที่คนอายุ 40 ปีจำนวนไม่น้อยที่หน้าตาเหี่ยวแห้ง ร่างกายทรุดโทรม จึงมีผู้พยายามให้คำนิยามผู้สูงอายุโดยใช้หลาย ๆ เกณฑ์มาพิจารณาร่วมกัน เช่น พล.ต.ท. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร บัญญัติคำผู้สูงอายุไว้ว่า

" เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมตามสภาพ กำลังถดถอยเชิงซ้ำ
เป็นผู้สมควรให้ความอุปการะหรือเป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับการช่วยเหลือ"
(อ้างใน กุลยา, 2528)

อย่างไรก็ตามการกำหนดอายุของผู้สูงอายุไว้ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนั้น เป็นที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น เกษียณจากงาน ขณะเดียวกันก็เป็นช่วงอายุที่ใกล้เคียงกับอายุขัยเฉลี่ย ซึ่งถือเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต และคนในวัยนี้ส่วนใหญ่ร่างกายก็มักจะเสื่อมถดถอยลงจนปรากฏให้เห็นถึงความชรา นอกจากนั้นยังมีการแบ่งผู้สูงอายุออกได้ เป็น 2-3 กลุ่ม ดังนี้ Yurick et al. (1980 อ้างใน เพชร, 2536) ใช้เกณฑ์ของ National Institution of Aging แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม young old อายุ 60-74 ปี และกลุ่ม old-old อายุ 75 ปีขึ้นไป ส่วนศรีพิพัฒน์ (2525) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุต่ำกว่า 74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุวัยสุดท้าย อายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งเกณฑ์เหล่านี้ก็อิงความชราเป็นหลัก การสูงอายุและความชราจึงมักจะศึกษาไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากความสัมพันธ์กันดังกล่าว การศึกษาเรื่องของผู้สูงอายุ และความชราในต่างประเทศนั้น ทำมาแล้ว 50 ปี จนพัฒนาขึ้นมาเป็นสาขาวิชา "ชราวิทยา" หรือ Gerontology ซึ่งเป็นวิทยาการที่รวบรวมองค์ความรู้จากหลายสาขาวิชามาอยู่ด้วยกัน หรือที่เรียกว่า สหวิทยาการ หรือ multidisciplinary สาขาวิชาดังกล่าว เช่น ชีววิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยา มานุษยวิทยา แพทยศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ เป็นต้น คำอธิบายเรื่องการสูงอายุและความชราจึงมีแง่มุมต่าง ๆ ที่จะต้องทำความเข้าใจ

ความช라กับการสูงอายุ

เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับความแก่ หรือความชรา ทำให้เกิดความเข้าใจโดยทั่วไปว่า ความช라กับการสูงอายุเป็นสิ่งเดียวกัน หรือที่มักกล่าวรวม ๆ ว่า คนแก่ หรือคนชรา ก็คือคนสูงอายุนั่นเอง แต่ในเชิงวิชาการแล้วมีความต่างกันอยู่บ้างระหว่างความช라กับการสูงอายุ แต่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพื่อขยายความประเด็นนี้ จึงเสนอแนวคิดและมุมมองต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

มุมมองทางด้านชีวภาพ (Biological Perspectives)

การมองความชรากับการสูงอายุด้วยความเชื่อทางด้านการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และกลไกความชรา (Aging mechanism) เป็นแนวคิดทางด้านชีวภาพ แนวคิดหรือมุมมองนี้เชื่อว่า ความชราที่เกิดขึ้นกับสิ่งที่มีชีวิตโดยเฉพาะกับสัตว์ที่เลี้ยงลูกด้วยนม เป็นผลมาจากกลไกภายในสิ่งที่มีชีวิตนั้นเองมากกว่าปัจจัยที่มาจากภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ด้วยความเชื่อนี้มีทฤษฎีที่อธิบายความชราหลายทฤษฎี ในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีที่สำคัญ 2 กลุ่มทฤษฎีคือ (สุทธิชัย, 2537)

1. ทฤษฎีความชราระดับเซลล์ (Cellular aging) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า เซลล์ในร่างกายของมนุษย์และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ Somatic cells หรือ Diploid cells กับ Germ cells หรือ Haploid cells โดยมี Somatic cells เป็นส่วนประกอบใหญ่ที่แก่และตายไป ส่วน Germ cells ซึ่งก็คือ ไข่ และสเปิร์ม จะถูกถ่ายทอดไปเรื่อย ๆ โดยระบบสืบพันธุ์โดยข้อมูลของ Somatic cells ก็จะอยู่ใน Germ cells ด้วย

เมื่อเกิดการรวมกันของไข่และสเปิร์ม เกิดเป็นชีวิตใหม่ขึ้นมา อายุของ Germ cells นั้นก็ถูกตั้งเวลาเริ่มเป็นศูนย์ใหม่ ไม่ว่าเจ้าของไข่และสเปิร์มจะมีอายุมากเท่าใดก็ตาม

Somatic cells แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวอีก เช่น เซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลาย

กลุ่มที่ 2 เซลล์ที่จะแบ่งตัวเมื่อมีการกระตุ้น เช่น เซลล์ตับ เซลล์ไฟโบรบลาสต์

กลุ่มที่ 3 เซลล์ที่แบ่งตัวตลอดเวลา เพื่อทดแทนเซลล์ที่สูญเสียไป เช่น เซลล์ผิวหนัง เซลล์ระบบโลหิต เซลล์บุทางเดินอาหาร

เซลล์แต่ละเซลล์ ดำรงชีวิตอยู่ได้จากการทำงานของส่วนต่าง ๆ ภายในเซลล์ ผลผลิตจากกระบวนการทำงานของเซลล์ทำให้เซลล์ดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีสาร Free-radicals ซึ่งทำให้เกิด Superoxidise อันเป็นต้นเหตุให้ส่วนต่าง ๆ ของเซลล์ รวมทั้ง DNA เสื่อมและถูกทำลายไป ยิ่งเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลงมากและถูกทำลายมากขึ้นไปเรื่อย ๆ นั่นคือมีกลไกความชราเกิดขึ้นตลอดเวลาจนตายไปในที่สุด

โดยปกติแล้วร่างกายมีสาร Anti-oxidants คอยขจัดสารที่ทำให้เกิด Superoxidise แต่กระบวนการนี้ไม่เพียงพอที่จะต่อต้านสาร Superoxidise ได้ เป็นเหตุให้ เอ็นไซม์ ผนังเซลล์ และ DNA ผิดปกติไปเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ผ่านมา

ภายใต้ทฤษฎีความชราระดับเซลล์นี้ ยังมีทฤษฎีย่อยอีกหลายทฤษฎีที่อธิบายความเสื่อมของเซลล์จากปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเซลล์ เช่น ทฤษฎี Free-Radical Theory ทฤษฎี Cross-Linkage Theory ทฤษฎี Somatic Mutation Theory และทฤษฎี Glycation Theory เป็นต้น แต่จะไม่กล่าวในรายละเอียดในที่นี้

2. ทฤษฎีความชราระดับสิ่งมีชีวิต (Organisimal Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชรามิใช่เกิดขึ้นจากการทำงานภายในเซลล์เท่านั้น แต่ปัจจัยภายนอกเซลล์เช่น ปฏิกริยาระหว่างเซลล์กับเซลล์ ปฏิกริยาระหว่างเซลล์กับสารนอกเซลล์ก็มีส่วนอย่างสำคัญต่อกลไกความชราเช่นกัน ด้วยความเชื่อนี้ มีทฤษฎีย่อยหลายทฤษฎีด้วยกัน เช่น

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมทำลาย (Wear and Tear Theory) ซึ่งอธิบายว่าความชราเป็นผลมาจากการเสื่อมของร่างกายที่ไม่สามารถสร้างขึ้นทดแทนหรือซ่อมแซมได้ ถ้ามีการใช้ร่างกายมาก ก็เท่ากับเร่งกระบวนการชรา ทำให้ร่างกายหมดอายุเร็วขึ้น

2.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immune Theory) ซึ่งพบว่า กระบวนการทำงานของ บีเซลล์ (B-cells) และ ทีเซลล์ (T-cells) อันเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคุ้มกันของร่างกาย ช่วยป้องกันการติดเชื้อ และต่อต้านสิ่งแปลกปลอมเมื่ออายุมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันจะเสื่อมลง และเป็นตัวเร่งให้เกิดความชรา

2.3 ทฤษฎีว่าด้วยอัตราการดำรงชีวิต (Rate of Living Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า อายุขัยของสิ่งมีชีวิตสัมพันธ์กับอัตราของเมตาบอลิซึม โดยที่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึม อายุขัยก็จะเปลี่ยนแปลงด้วย เท่าที่ค้นพบคือ อัตราการเต้นของหัวใจและระดับเมตาบอลิซึมแปรผกผันกับอายุขัยในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม

2.4 ทฤษฎีว่าด้วยระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เชื่อว่า สมอลและต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกาย เกิดความชราโดยผ่านทางต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland)

2.5 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress-Adaptation Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้ผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้เซลล์ได้รับอันตรายและเสื่อมไป ความเครียดจึงเป็นตัวเร่งกลไกการชรา

นอกจาก 2 กลุ่มทฤษฎีดังกล่าวแล้ว ยังมีมุมมองทางชีวภาพที่อธิบายซับซ้อนกว่ากลไกความชราที่เกิดขึ้นจากการทำงานของเซลล์และปฏิกิริยาของเซลล์เท่านั้น โดยอธิบายไปถึงเหตุผลของการดำรงชีวิตที่ต่อเนื่องของสายพันธุ์สิ่งมีชีวิตนั้น ๆ ด้วย ซึ่งมีทฤษฎีที่สำคัญ 2 ทฤษฎีคือ

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutinal Theory) ทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนความเชื่อพื้นฐานว่า ผู้ที่แข็งแรง ปรับตัว มีความยืดหยุ่นและเฉลียวฉลาด คือผู้พร้อมที่สุดที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ ทฤษฎีนี้จึงอธิบายว่า ความชราเป็นระบบกำจัดสิ่งมีชีวิตที่ไม่พร้อม แต่ขณะเดียวกันความชราก็เป็นกระบวนการที่ทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้ ปรับตัว และถ่ายทอดความรู้แก่ลูกหลาน

2. ทฤษฎีร่างกายชั่วคราว (Disposable Soma Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สิ่งมีชีวิตสามารถที่จะแก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการสร้างแมโครโมเลกุลได้อย่างเพียงพอที่จะทำให้ไม่เกิดความชรา หรือความคมให้เกิดขึ้นได้น้อยที่สุด แต่การจะดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ชรา นั้นต้องการพลังงานมาก และโดยธรรมชาติสิ่งที่มีชีวิตต้องเจริญเติบโตและสืบทอดขยายพันธุ์ พลังงานบางส่วนจึงถูกใช้มาเพื่อการนี้ จึงทำให้สิ่งที่มีชีวิตไม่มีพลังงานเพียงพอที่จะควบคุมความผิดพลาดในการสร้างแมโครโมเลกุลได้ทั้งหมด จึงเป็นเหตุให้พลังงานที่จะซ่อมแซมร่างกายมีไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความชราและตายลงในที่สุด ร่างกายของสิ่งมีชีวิตจึงเหมือนของใช้แล้วทิ้ง (Disposable) เพื่อดำรงสายพันธุ์ต่อไปในอนาคต (Kirkwood, 1977 อ้างใน สุทธิชัย, 2537)

องค์ความรู้ทางด้านชีววิทยาส่วนใหญ่ได้ให้มุมมองของความชราว่าเกิดขึ้น "อย่างไร" และ บางทฤษฎีอธิบายว่า "ทำไม" จึงเกิดขึ้น และได้ข้อสรุปชัดเจนว่าความชรามีความสัมพันธ์กับการสูงอายุ กล่าวคือ กระบวนการชรา (Aging process) เริ่มขึ้นตั้งแต่การปฏิสนธิแล้วกลไกการชราที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามระยะเวลาที่ผ่านมา เมื่ออายุมากขึ้น "ความชรา" ก็ปรากฏออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งแสดงถึงความเสื่อมของร่างกาย

แม้มุมมองทางชีววิทยาจะเน้นถึงความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่าง "ความชรา" กับ "การสูงอายุ" แต่ก็ได้ชี้ถึงแง่มุมที่ "ความชรา" ก็เกิดขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องมีอายุมากเช่นกัน เช่น ในกรณีที่ร่างกายได้รับเชื้อโรค หรือระบบการทำงานบางระบบเช่น ระบบภูมิคุ้มกันโรค ระบบต่อมไร้ท่อ มีความผิดปกติ ก็ทำให้มีความชราปรากฏขึ้นทั้งที่ยังไม่สูงอายุ เป็นต้น

มุมมองทางด้านจิตวิทยา (Psychological Perspectives)

องค์ความรู้ทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความชรา และผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่กล่าวถึงความผิดปกติของพฤติกรรมเนื่องมาจากความเสื่อมทางร่างกาย ซึ่งองค์ความรู้ส่วนนี้จะสัมพันธ์กับองค์ความรู้ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาหรือมุมมองทางด้านชีววิทยา เหล่านี้คือประเภทแรก ส่วนประเภทที่ 2 เป็นส่วนที่กล่าวถึงพฤติกรรมในแง่ของของความแตกต่าง การเปลี่ยนแปลงและแบบแผนพฤติกรรมในแต่ละช่วงชีวิต

ในส่วนที่เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยานั้น เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์สมองก็จะเสื่อมลงโดยเฉพาะส่วนเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ทำให้เกิดกลุ่มอาการสมองเสื่อมซึ่งมีอาการเด่น 4 ประการคือ ความจำผิดปกติ ความเฉลียวฉลาดเสื่อมลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และอารมณ์เปลี่ยนแปลง (กัมมันต์, 2536) พฤติกรรมและภาวะทางจิตของบุคคลก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง อย่างไรก็ตามกลุ่มอาการสมองเสื่อมนี้ก็เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้อีก เช่น จากเชื้อโรค จากการขาดสารอาหาร หลอดเลือดสมอง และการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ เป็นต้น

ในส่วนของพฤติกรรมนั้น เชื่อว่า อายุเป็นตัวแปรที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมต่าง ๆ กัน ไป ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่อธิบายเรื่องของความชราและผู้สูงอายุมีไม่มากนัก และยังถือว่าเป็นทฤษฎีย่อย (Birren and Schaie, 1985) ที่อ้างอิงได้เฉพาะกลุ่มเท่านั้น เนื่องจากข้อมูลต่างๆ ที่มาอธิบายนั้นได้มาจากการสังเกตคนกลุ่มเล็ก ๆ และคำอธิบายก็ยังไม่สมบูรณ์มีข้อโต้แย้งอยู่มาก อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่าทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เน้นเรื่องพฤติกรรมและความชรานั้นมีองค์ประกอบที่ใช้อธิบายความชราอยู่ 3 ประการคือ สภาพทางชีววิทยา สภาพแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ (Baltes and Willis, 1977) โดยเชื่อว่า องค์ประกอบทั้ง 3 ประการดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจเรื่องของวุฒิภาวะ (Maturation) การเรียนรู้ (Learning) และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมได้ นักทฤษฎีที่สำคัญในกลุ่มนี้คือ Erickson (1959) ผู้ตั้งทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ (Psychodevelopmental Theory) ซึ่งแบ่งมนุษย์เป็น 8 ช่วงวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา นอกจากนี้มี Havighurst (1968) อธิบายถึงความชราในแง่ของแบบแผนทางบุคลิกภาพ และการแตกแยกของบุคลิกภาพเป็น 8 ลักษณะ ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวก็มีผู้โต้แย้ง เช่น Birren และ Renner (1980) ได้ว่ารูปแบบการแบ่งช่วงวัยของมนุษย์เป็นขั้นตอนต่าง ๆ นั้น ไม่เคยพิสูจน์มาก่อนและไม่สมควรยอมรับ ส่วน Thomae (1980) ก็ได้แนวคิดของ Havighurst ว่าแบบแผนบุคลิกภาพทั้ง 8 นั้น เป็นผลมาจากการที่บุคคลเลือก ซึ่งไม่น่าจะถูกต้อง ผลการศึกษาระยะยาวของ Neugarten (1977) ที่สรุปว่าบุคลิกภาพของมนุษย์จะไม่เปลี่ยนไปไม่ว่ามนุษย์จะมีอายุมากขึ้นเท่าใดก็ตาม แนวคิดนี้มีผู้ยอมรับมาก

โดยสรุป มุมมองทางจิตวิทยานั้นอธิบายความชราและผู้สูงอายุในด้านของพฤติกรรม ทั้งนี้ผู้อธิบายว่า พฤติกรรมนั้นจัดเป็นแบบแผนได้อย่างไร และเพราะอะไรพฤติกรรมจึงเปลี่ยนแปลง หรือไม่เป็นแบบแผนอย่างที่เคยเป็น และมักจะแยกความชราออกจากการสูงอายุ แต่ในบางส่วนก็แยก เช่น อายุจิต (Psychological age) และวุฒิภาวะไม่จำเป็นต้องเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

มุมมองทางด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Perspectives)

Simmons (1970) นับเป็นผู้บุกเบิกการศึกษาความชราในแง่ของสังคมและวัฒนธรรม เขาได้ไปศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรมของชนเผ่าพื้นเมืองของอาฟริกัน และเขียนเป็นรายงานครั้งแรกในปี 1945 ตีพิมพ์อีกครั้งในปี 1970 ใช้ชื่อเรื่อง The Role of the Aged in Primitive Society ต่อมา Clark (1967) และ Clark and Anderson (1967) ก็ได้เสนอแง่มุมทางด้านมานุษยวิทยาของความชราในสังคมอเมริกัน จากแนวคิดในงานเขียนดังกล่าว Cowgill (1978, อ้างใน เกริกศักดิ์ และคณะ, 2533) ได้เสนอทฤษฎีความชราข้ามวัฒนธรรม (A Theory of Aging in Cross-Cultural Perspectives) ไว้โดยสรุปว่า ปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุ

หรือคนชราในสังคมที่มีวัฒนธรรมต่างกันจะมีทั้งความเหมือนที่เป็นสากล (Universals) และความแตกต่าง (Variations) ดังนี้

ความเหมือนที่เป็นสากล ได้แก่

1. ผู้สูงอายุเป็นชนกลุ่มน้อย (Minority group) ในหมู่ประชากร
2. ผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าชาย
3. ผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหม้ายจะมีจำนวนมากที่สุด
4. ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติทางสังคมต่างจากประชากรวัยอื่น ๆ
5. ผู้สูงอายุมิบทบาททางสังคมในแง่ของการเป็นที่ปรึกษาหรือควบคุมการดำเนินกิจกรรม มากกว่าในด้านการใช้กำลังกาย
6. ผู้สูงอายุมิบทบาทเป็นผู้นำทางการเมืองและทางกรยูติธรรม

ความแตกต่าง ได้แก่

1. ข้อกำหนดทางสังคมในการเป็นผู้สูงอายุในแต่ละสังคมจะต่างกัน
บางสังคมใช้เกณฑ์อายุ บางสังคมใช้สถานภาพทางสังคมเป็นเกณฑ์
2. สังคมสมัยใหม่ โดยเฉพาะสังคมอุตสาหกรรม มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าสังคมดั้งเดิม
3. ผู้สูงอายุที่มีความทันสมัยสูงจะมีอายุขัยมากกว่า
4. ในสังคมสมัยใหม่ผู้สูงอายุมิสถานภาพทางสังคมต่ำกว่าผู้สูงอายุในสังคมดั้งเดิม หรือสถานภาพทางสังคมไม่ชัดเจนเหมือนผู้สูงอายุในสังคมดั้งเดิม
5. ผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นจะมีสถานภาพลดต่ำไม่เหมือนกัน
6. ในสังคมชนบทผู้สูงอายุมิสถานภาพทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุในสังคมเมือง
7. ในสังคมที่มีโครงสร้างครอบครัวแบบขยาย ผู้สูงอายุในสังคมนั้นจะมีสถานภาพทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมที่มีโครงสร้างครอบครัวแบบเดี่ยว
8. ในสังคมสมัยใหม่ ผู้สูงอายุจะอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น และการดูแลผู้สูงอายุจะเปลี่ยนจากครอบครัวเป็นหน้าที่ของรัฐ

จะเห็นได้ว่าในเชิงสังคมและวัฒนธรรมนั้นได้ศึกษาความชราและการสูงอายุในแง่มุมของโครงสร้างทางประชากร ลักษณะและความสัมพันธ์ในครอบครัว บทบาทและสถานภาพทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นหลัก ในมุมมองนี้จึงไม่ได้แยกความชราออกจากการสูงอายุอย่างชัดเจน และมักจะใช้คำผู้สูงอายุ มากกว่าคนชรา

การศึกษาผู้สูงอายุในเชิงสังคมและวัฒนธรรม ได้ให้ภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมต่าง ๆ ได้ภาพของกระบวนการทางสังคมที่มีผลต่อการเกิด การคงอยู่ และการเพิ่มขึ้นของปัญหาชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีผู้เสนอว่า การศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุนั้นจะต้องให้ความสนใจต่อองค์ประกอบพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมทั้งภายในและระหว่างวัฒนธรรม (Strange and Teitelbaum 1987; Fry, 1980; LeVine, 1978)

พิจารณาจาก 3 มุมมองดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่า คำอธิบายด้านความชราจะเน้นไปในประเด็นทางชีววิทยา และจิตวิทยา แต่การสูงอายุจะเน้นด้านสังคมวัฒนธรรม แต่อย่างไรก็ตามทั้งสองมโนทัศน์มีความใกล้เคียงกันมาก ในการวิจัยเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุนี้จึงใช้คำ "ผู้สูงอายุ" เนื่องจากจะทำให้เห็นภาพของภาวะสุขภาพที่เป็นองค์รวม (Holistic) อันมีผลมาจากทั้งสภาพทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการสูงอายุ

ในที่นี้นิยามว่าการสูงอายุ คือ เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีองค์ความรู้มากมายที่กล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงของคนวัยนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางกาย (เช่นการศึกษาของ WHO, 1980, 1988, 1989; Green, 1981; Warner et al. 1987; Finch and Hayflick, 1977; Finch and Schneider, 1985; Kirkwood, 1977; Strehler, 1977; สุทธิชัย, 2536; กัมมันต์, 2537; ศรีจิตรา, 2537; Liang and Whitelaw, 1987) มีมากที่สุด รองลงมาคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (เช่นการศึกษาของ United Nation, 1988; Strange and Teitelbaum, 1987; Binstock, 1976; Clark, 1980; Cowgill and Holmes, 1972) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (เช่นการศึกษาของ Birren and Sloans, 1980; Birren and Schaie, 1977, 1985; Kaplan and Sadock, 1989; Butler and Lewis, 1982; Busse and Blazer, 1980) แต่ในที่นี้จะสรุปข้อค้นพบการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ถือว่าเป็นสากล (Universal) หรือเป็นลักษณะร่วม (Commonlity) ของมนุษย์ทั่วไปดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Biological change) เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกกระบวนหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ในระดับเซลล์ ความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง

1.1 ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายคนที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัดเจนภายนอก โดยเฉพาะการเปลี่ยนจากสีเดิมเป็นสีขาว อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนสีผผก็เป็นเพียงข้อบ่งชี้อันหนึ่ง

ที่บอกให้ทราบว่า ผู้คนเริ่มมีการเสื่อมทางร่างกาย แต่ยังมีได้บอกแน่นอนว่าเป็นคนมีอายุเราจะ
ต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นต่อไป

1.2 ผิวหนัง ในวัยหนุ่มสาวผิวหนังจะเปล่งปลั่ง เพราะความสมบูรณ์ทาง
อาหารและการไหลเวียนของโลหิตดี แต่เมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ จะขาดความตึงตัว
ลง น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดที่มาเลี้ยงน้อยลง ผิวหนังเริ่มเหี่ยวแห้ง หยาบ การลดของ
จำนวนไขมันใต้ผิวหนังทำให้ผิวหนังห่อหุ้ม รอยย่นปรากฏชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุจึงหนาวง่าย
เพราะไขมันใต้ผิวหนังที่เคยทำหน้าที่เป็นฉนวนกันความร้อนไม่ให้กระจายออกน้อยลงไป ร่าง
กายจึงทนต่ออากาศหนาวได้น้อยกว่า และการลดเมตาบอลิซึมและการลดการใช้ออกซิเจนเป็น
ผลทำให้ผิวหนังของผู้สูงอายุเป็นอันตรายได้ง่าย แม้จะได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยก็ตาม

1.3 ระบบกระดูก วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางของกระดูกสูง เนื่องจากมี
การเสื่อมสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูก และการขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกพรุนหัก
ง่าย เพราะฉะนั้นจึงควรระมัดระวังผู้สูงอายุอย่าให้ถูกกระทบกระแทกหรือหกล้ม

1.4 ระบบทางเดินหายใจ โดยทั่วไปปอดจะมีสมรรถภาพลดลง เนื้อที่ของถุง
ลมปอดลดลง ความจุของปอดในวัยชราลดลงเนื่องจากความยืดหยุ่นของทรวงอกลด ปริมาณ
อากาศตกค้างในปอดมากขึ้น อากาศผ่านเข้าออกหลดลงน้อย สิ่งเหล่านี้ทำให้เลือดจับออกซิ
เจนขณะที่ผ่านปอดได้น้อยเข้า และโอกาสที่จะมีเสมหะสะสมอยู่ภายในก็มากขึ้นด้วย

1.5 ระบบทางเดินอาหาร อวัยวะของระบบทางเดินอาหารส่วนมากเกี่ยวผ่อ
ผลิตรกรดเกลือและน้ำย่อยได้น้อยลง การบีบตัวและการเคลื่อนตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้
น้อยลงทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารน้อยลงไปด้วย และจากการเปลี่ยนแปลงของระบบ
ไหลเวียนเลือดที่ทำให้เลือดไหลเวียนสู่อวัยวะต่าง ๆ ช้าลง จะทำให้อาหารถูกดูดซึมน้อยลง
และส่วนที่ถูกดูดซึมแล้วก็จะไปสู่เซลล์ต่าง ๆ น้อยและช้า ก่อให้เกิดการขาดอาหารได้ง่าย สิ่ง
เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกเสมอ กระเพาะอาหารของผู้สูงอายุอีกเสบง่าย ลำไส้ชอบ
หย่อนแล้วพองเป็นถุง ทำให้เกิดอีกเสบง่ายเช่นเดียวกัน บางครั้งการอีกเสบจากลำไส้ลุกลามไป
ถึงเยื่อช่องท้อง ทำให้เยื่อช่องท้องอักเสบไปด้วย การอักเสบเรื้อรังอาจทำให้กลายเป็นมะเร็ง
ได้ง่าย

1.6 ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุจะมีการถ่ายปัสสาวะบ่อยมาก ทั้งนี้
เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุจะเล็กลง การจุเต็มจะได้เพียง 250 ซีซี หรือประมาณ
ครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่ม แต่ถ่ายออกน้อย เพราะปริมาณของเลือดผ่านปอดลดลงถึง 50 เปอร์เซ็นต์
ทำให้อัตราการกรองของจำนวนน้ำที่ขับออกน้อยลง อีกประการหนึ่งรูปร่าง โครงสร้างของ
กระเพาะปัสสาวะและอวัยวะใกล้เคียงเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ปัสสาวะไม่สะดวกและกลัมนื้อ
ยึดปิดเปิดบริเวณช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดเกร็งจึงทำให้
ปัสสาวะไหลซึมออกได้ง่าย และกลัมนื้อปัสสาวะไม่อยู่

1.7 ระบบประสาท สมองของผู้สูงอายุจะมีขนาดเล็กลงเนื่องจากเนื้อสมองเหี่ยว กลืนสมองมีการเปลี่ยนแปลง และมีอาการทางจิตเกิดขึ้นได้ ปกติสมองของคนเราจะเจริญอย่างรวดเร็วในช่วงแรก ๆ ของอายุ ต่อไปจะเริ่มเสื่อมลง ความเสื่อมของสมองทำให้ไม่ค่อยอยากเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือถ้าต้องการจะเรียนรู้ก็เป็นไปโดยยาก แก้ปัญหาต่าง ๆ ก็ไม่ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสมองและประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมือสั่น นิ้วสั่น และมีสีหน้าเฉยเมย บางคนกลายเป็นคนใจน้อย หดความทะเยอทะยาน และเศร้าหมอง

1.8 ระบบหัวใจและการไหลเวียน ความสามารถของหัวใจในการเต้นและความแรงในการบีบตัวลดลง หัวใจโตขึ้นทำให้ปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจในแต่ละนาทีลดลงด้วย พลังของเส้นเลือดอาจมีไขมันเกาะอยู่มาก ทำให้แข็งและหนา เลือดไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ได้น้อยโดยเฉพาะปลายขา เท้า นอกจากนี้หลอดเลือดของผู้สูงอายุแคบทำให้ด้านการไหลเวียนของเลือด อาจมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มีผลทำให้เกิดโรคของหลอดเลือด และโรคของอวัยวะที่มีเส้นเลือดขนาดเล็กไปเลี้ยงได้ง่าย

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ วัยสูงอายุจะมีการลดการทำงานของต่อมไร้ท่อซึ่งมีผลมากต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการเสื่อมและถดถอยตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว ผลิตฮอร์โมนน้อยลง เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขนบบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเล็กลง การทำงานเสื่อมลง

ต่อมไทรอยด์ จะมีขนาดเล็กลงหลังอายุ 50 ปีไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนน้อยลง ซึ่งอาจทำให้เบื่ออาหารและทำให้ตาฝ้าฟางและขุ่นมัว

ตับอ่อน จะหลั่งอินซูลินน้อยลง การนำน้ำตาลไปใช้ให้เป็นประโยชน์มีน้อย ผู้สูงอายุอาจเป็นเบาหวานอย่างอ่อน ๆ ได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว

ต่อมเพศ การเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะและโครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและอวัยวะเกี่ยวข้องเป็นผลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ในเพศหญิงอายุ 45 ปีขึ้นไป รังไข่ มดลูก ช่องคลอด และเต้านมจะเหี่ยวแฟบและหมดประจำเดือน ในเพศชาย อัณฑะจะเหี่ยวเล็กลง การแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่ดีพอ อาจต้องใช้เวลานาน

1.10 ระบบรับสัมผัสเฉพาะ อวัยวะของระบบรับสัมผัสเฉพาะได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และประสาทรับสัมผัสที่ผิวหนังจะเสื่อมลงเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยทั่วไปความรู้เกี่ยวกับการเห็นจะเสื่อมก่อนอย่างอื่น ตาของผู้สูงอายุมักจะเป็นต้อกระจก น้ำภายในห้องตามักจะขุ่น เรตินาเสื่อมและหลุดแยกออกจากที่ ๆ ติด เยื่อแก้วตาก็มักจะหนาขึ้นด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้คนชราเห็นอะไรไม่ชัด ลานสายตาแคบและบางคนก็อาจมีความดันภายในลูกตามากจนเกิดความเจ็บปวดทรมาน หูของคนชรามักจะตึง ความเสื่อมของหูอาจเกิดได้ทั้ง

ส่วนที่เกี่ยวกับการได้ยิน นอกจากจะเกี่ยวข้องกับเชืหู กระดูกหูแล้ว ยังเกี่ยวไปถึงประสาทหูด้วย เมื่อสิ่งเหล่านี้เสื่อมก็จะทำให้ผู้ชามีปัญหาในการติดต่อกับผู้อื่น เช่น ฟังได้ยิน แต่ไม่รู้เรื่องราวอะไร

ผู้สูงอายุมักเสียความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัส การเจ็บปวดและการกดดันค่อนข้างชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนที่ทนความเจ็บปวดได้ดี และการที่ต้องเสียความรู้สึกเหล่านี้ไปจะทำให้ผู้สูงอายุอธิบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวดได้ไม่ค่อยกระจ่าง การได้กลิ่นและการรับรสก็จะเสื่อมสมรรถภาพลงเช่นกัน แต่มักจะเป็นไปอย่างช้า ๆ

เมื่อสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง ทำให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงมาตลอดมีโอกาสเป็นโรคต่าง ๆ ได้มากขึ้นกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เช่น โรคปอดบวม ปอดอักเสบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น นอกจากนั้น เนื่องจากความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวที่ไม่สัมพันธ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยก็อาจไปทำให้เกิดอันตรายแก่กระดูก หลอดเลือด หรือเส้นประสาททำให้เกิดความพิการติดตามมาอีกด้วย

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักจะมีหลายโรค (Multiple pathology and diseases) และมีการแสดงของโรคที่แตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป เช่น เป็นปอดบวม แต่อาการและอาการแสดงของปอดไม่ชัดเจน กลับมีอาการซึม สับสน (สุทธิชัย, 2535) เมื่อมีหลายโรคก็มักจะไ้ยาพร้อม ๆ กันหลายชนิด ทำให้ร่างกายได้รับผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่าง ๆ เข้าไปอีก นอกจากนั้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือกระดูก กล้ามเนื้อได้รับอันตราย ก็จะฟื้นตัวและหายช้า เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านนี้จะแสดงออกในรูปของพฤติกรรม สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงส่วนหนึ่งมาจากความเสื่อมทางกายภาพ สมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง ภาพลักษณ์ทางกายก็เปลี่ยนไปในทางลบ สาเหตุอีกส่วนหนึ่งเกิดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น ผู้ที่มีชีวิตมาถึง 60 ปี ย่อมต้องผ่านเหตุการณ์ที่ให้ความรู้สึกลึกลับ เสียใจ โกรธเกรี้ยว และอื่น ๆ มากมาย โดยเฉพาะในช่วงหลังต้องเผชิญกับการสูญเสียมากมาย ซึ่งอาจรวมทั้งหน้าที่การงาน (ในกรณีที่เกษียณอายุราชการ หรือจากงานประจำ) พ่อ-แม่ คู่ชีวิต เพื่อน ฯลฯ ภาวะเช่นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจ

ผู้สูงอายุที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ดีก็จะมีจิตใจที่สุขุม เยือกเย็นลง และใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างสงบ มองเห็นประโยชน์ของตนเองที่มีต่อบุคคลอื่น ครอบครัว และสังคม แต่ถ้ายังอยู่ในระหว่างการปรับตัว หรือยังปรับไม่ได้ก็จะมีสภาพจิตใจที่เสื่อมถอยลงไปด้วย ดังพอสรุปลักษณะปัญหาทางจิตใจของผู้สูงอายุได้ดังนี้ (จินตนา, 2529)

2.1 **รู้สึกสูญเสีย** เริ่มตั้งแต่การสูญเสียความสามารถด้านร่างกายและเกี้ยวโยง ถึงการสูญเสียอิสรภาพในการช่วยตนเอง การสูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียการทำงาน การเกษียณอายุซึ่งส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจ สูญเสียความสามารถของประสาทสัมผัสต่าง ๆ เมื่อมีความสูญเสียเกิดขึ้น สิ่งที่มาคือ ความรู้สึกซึมเศร้า จะพบว่าผู้สูงอายุจะมีสภาวะของการซึมเศร้าอย่างอ่อน ๆ จนถึงขั้นรุนแรง บางคนอาจมีอาการนอนไม่หลับ วิงเวียนบ่อย ๆ ขาดความอยากอาหารหรือขาดความสนใจสิ่งแวดลอมรอบข้าง ผู้สูงอายุบางรายจะมีพฤติกรรมถดถอยหรือตัดขาดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2.2 **ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง** เนื่องจากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง เช่น การเสื่อมสภาพด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ซ้ำยังเป็นภาระต่อบุตรหลาน ทำให้สิ้นหวัง ท้อแท้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกที่ตนเองด้อยความสำคัญ บุตรหลานไม่ให้ความเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกน้อยใจ เมื่อความรู้สึกเหล่านี้สะสมมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มั่นคง พฤติกรรมที่แสดงออกคือ จะพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้ตนเกิดความรู้สึกมั่นคงขึ้น ได้แก่การเก็บรักษาทรัพย์สินไว้อย่างดี แสวงหาบุคคลที่ตนเองจะพึ่งพิงได้

2.3 **ความกังวล** เป็นสิ่งที่พบได้มากหรือกล่าวได้ว่า เกิดขึ้นกับในผู้สูงอายุทุกคน ทั้งนี้เพราะในวัยนี้มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้สูงอายุนึกถึงความตายของตนเองประกอบกับต้องประสบกับความตายของเพื่อนฝูง คู่สมรส ก็เป็นเหตุให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้หากผู้สูงอายุนั้นหาทางออกไม่ได้ พฤติกรรมอื่นเนื่องจากความกลัวตายอาจเป็นได้หลายอย่างตั้งแต่ตกใจกลัวจนต้องอยู่เฉย ๆ แยกตัวออกจากสังคม ปฏิเสธไม่ยอมรับการตายของเพื่อนและญาติ หรือเป็นผู้ที่อารมณ์โกรธรุนแรงกับผู้อื่นใกล้ชิด

2.4 **ความเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว** ความเจ็บเหงาว่าเหวจะพบมากในผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียคู่สมรส เพราะเป็นผู้ใกล้ชิดที่ต้องปรึกษาหารือเรื่องต่าง ๆ แม้ว่าจะอยู่กับบุตรหลานหรือญาติก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าอยู่คนเดียวได้ เพราะทุกคนต้องปฏิบัติหน้าที่ของตน นอกจากนี้ในวัยนี้การร่วมกิจกรรมทั้งในบ้านและนอกบ้านลดน้อยลง ยิ่งส่งเสริมให้เกิดความเหงามากขึ้น

2.5 **ความรู้สึกโกรธ** จะเกิดเมื่อผู้สูงอายุถูกครอบครัวยุติและสังคมทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ ไม่มีอำนาจ และเกิดความรู้สึกผิดหวัง พฤติกรรมที่เห็นได้ชัดก็คือหงุดหงิด ไม่พอใจในการกระทำของบุคคล ครอบครัวยุติ จี้โมโห จู้จี้ ไม่ว่าใคร จะทำอะไรให้ก็โกรธ และเกลียดกันไปหมด คิดว่าผู้อื่นจะดูถูกดูแคลนตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความวุ่นวายขึ้นในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวก็เกิดการเบียดเบียนได้

ผู้สูงอายุที่ปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดปัญหาทางจิตตามมา ซึ่งปัญหาทางจิตในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยคือ ซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้านี้อาจจะเกิดเนื่องจากภาวะทางจิตโดยตรง หรืออาจเกิดเนื่องจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง หรือเซลล์สมองเสื่อมร่วมด้วยก็ได้ นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดคลั่ง (Mania และ Bipolar Disorder) ก็พบได้ แต่มักจะมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยาบางชนิด หรือเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์มาก่อนแล้ว นอกจากนี้การที่ประสาทการรับรู้ของผู้สูงอายุเสื่อม ประกอบกับความไม่สมดุลทางอารมณ์ก็ทำให้เกิดโรคจิตหวาดระแวงได้

โรคเอาไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นโรคทางจิตที่เกิดจากสมองเสื่อมชนิดหนึ่งซึ่งเกิดมากในผู้สูงอายุ สาเหตุของโรคนี้มาจากการเสื่อมของเซลล์สมอง ซึ่งก็มักจะเสื่อมกระจัดกระจายในส่วนต่าง ๆ ของสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนความจำ ทำให้จำอะไรที่ผ่านๆ มาไม่ได้ แม้แต่คนใกล้ชิดก็จำไม่ได้ นอกจากความจำแล้ว ความคิด สติปัญญา และความสามารถอื่น ๆ ก็หายไปด้วย บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ผู้ที่เป็นโรคนี้กล่าวกันว่าเปรียบเสมือนผู้ที่ตาย 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกคือตายเพราะความจำที่สูญหาย กลายเป็นอีกคนหนึ่ง และการตายครั้งที่ 2 คือร่างกายหมดสภาพเสียชีวิตไป (Jorm, 1990; Kramer et al., 1985; วิวัฒน์และคณะ, 2536; กัมมันต์, 2534) เมื่อผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคนี้จะไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ซึ่งก็ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหากับผู้ดูแลอีกต่อหนึ่งอีกด้วย

โดยสรุปแล้วการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ มีผลเกี่ยวเนื่องจากความเสื่อมทางกาย ความสามารถในการปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ตลอดจนภาวะทางเศรษฐกิจ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่ และปฏิสัมพันธ์ที่ผู้สูงอายุมีกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี หรือไม่ดีต่อผู้สูงอายุนั้น จะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมหลายประการ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม อย่างไรก็ตาม ความเปลี่ยนแปลงที่เป็นสากลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในทุกสังคม พอสรุปได้ดังนี้

3.1 ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะเปลี่ยนไป ในครอบครัวจากบทบาทของการเป็นพ่อ-แม่ ก็เป็น ลุง ป้า ตา ยาย ปู่ ย่า หรือจากหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้อาศัย ในที่ทำงาน จากคนทำงาน มาเป็นที่ปรึกษา ในสังคมก็เปลี่ยนจากผู้ผลิต มาเป็นผู้ให้บริการการผลิต หรือผู้พึ่งพิง

3.2 กิจกรรมทางสังคมจะจำกัด และลดน้อยลง เนื่องจากสมรรถภาพทางกายที่ไม่เอื้ออำนวย ความสนใจลดลง และความแตกต่างทางความคิดและความสนใจกับคน กลุ่มอายุน้อยกว่า

มีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุที่ต่างประเทศ กล่าวคือ แม้ว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงจะเปลี่ยนบทบาททางสังคม และมีกิจกรรมทางสังคมลดลงเหมือนกัน แต่สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุชายหญิงจะต่างกัน ส่วนสถานภาพของเพศใดจะเป็นอย่างไร สูง-ต่ำกว่ากันอย่างไรนั้นก็ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ อย่างไรก็ตามมีรายงานวิจัยที่ยืนยันว่าเพศชาย และเพศหญิง มีประสบการณ์การเป็นผู้สูงอายุต่างกัน แต่สิ่งที่เป็นสากลของความแตกต่างนี้ก็คือ สตรียังมีอายุมากขึ้นจะมีอำนาจมากขึ้น มีสิ่งต้องห้ามน้อยลง และมีโอกาสที่จะพบความสำเร็จ ความพึงพอใจในชีวิต การได้รับความเคารพยกย่องนับถือมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อผ่านพ้นวัยเจริญพันธุ์ (Brown, 1982; Davis, 1980; Kaufert, 1982; Barnett, 1988; Beyene, 1986) ขณะที่บุรุษวัยหนุ่มมักจะมีพลังอำนาจมากกว่าสตรี แต่เมื่อสูงอายุเข้าวัยชรา กลับมีพลังอำนาจน้อยกว่าสตรี (Keith, 1980)

จากสาระของความเปลี่ยนแปลงอันเป็นสากลที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พอสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาที่สำคัญ ๆ 5 ประการคือ ปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้จะกล่าวโดยละเอียดในตอนต่อไป

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากความเสื่อมถอยทางสรีร ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติการกิจให้มีประสิทธิภาพเท่าเดิมได้ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่ผู้สูงอายุประสบพบเจอ ทำให้ผู้สูงอายุโดยทั่วไปต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านจิตใจตามมา ผู้สูงอายุจึงต้องการการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์มาช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งมีความหมายตามแนวคิดของ Pender (1987) ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นเจ้าของ ได้รับการรัก การยอมรับ เป็นที่ต้องการของผู้อื่น และบุคคลจะมีความรู้สึกนี้ได้ก็จะต้องได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มคนในระบบสังคมนั่นเอง นอกจาก Pender แล้ว ยังมีนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมอีกหลายคนที่สำคัญและถูกอ้างถึงบ่อยที่สุดคือ Cobb (1979) และ Schaefer et al. (1981) โดย Pender ก็ใช้แนวคิดจากการศึกษา 2 เรื่องนี้มาขยายความเป็นคำนิยามของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ส่วนอะไรที่ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมนั้น Cobb และ Schaefer และคณะ กล่าวไว้ต่างกันเล็กน้อย ทั้งนี้ Cobb และ Schaefer และคณะ แบ่งประเภทของการ

สนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภทเหมือนกัน โดยประเภทแรกไม่ต่างกัน แต่ประเภทที่ 2 และ 3 จะต่างกันดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับการเอาใจใส่ ได้รับความรัก มีความผูกพันลึกซึ้ง ใกล้ชิด (Cobb, 1981) ส่วน Schaefer และคณะ เน้นที่ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า ผู้อื่นให้การยอมรับ และเห็นคุณค่า (Cobb, 1979)

การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหา การให้ข้อมูลเพื่อสะท้อนพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล (Schaefer et al, 1981)

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or Network support) ซึ่ง Cobb จะหมายถึงการแสดงออกเพื่อให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีความผูกพัน อยู่ในเครือข่ายของสังคมนั้น

ส่วน Schaefer et al. ใช้คำว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมเช่น สิ่งของ บริการต่าง ๆ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ได้มีผู้นำมาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มคนต่าง ๆ รวมทั้งผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยได้รวมแนวคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันแล้วจัดประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ประเภท (จินตนา, 2529; จิระภา, 2532; เนตรนภา, 2534; วรณวิมล, 2535; เพชรรา, 2536; สุดาจันทร์, 2535) ดังนี้

1. การตอบสนองทางด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน และการเชื่อถือไว้วางใจกัน

2. การตอบสนองด้านการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า หมายถึงการได้รับการยอมรับ ความเคารพนับถือ ให้โอกาสแสดงออกต่าง ๆ

3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม การมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม

4. การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข่าวสาร เรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นที่น่าสนใจ การได้รับคำแนะนำ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

5. การตอบสนองด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของ ซึ่งหมายถึง เงิน แรงงาน หรือสิ่งของเครื่องใช้เพื่อการอุปโภค บริโภค ยารักษาโรค อันเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ

มีรายงานการวิจัยจำนวนมากได้ข้อสรุปตรงกันว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย บุคคลที่ได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมเพียงพอ จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี ช่วยให้ความเครียดลดลงปรับตัวได้เหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Caplan, 1974; Khan and Antonucci, 1980; Wortman, 1984; Tiden, 1985; Cohen and Wills, 1985; Liberman, 1982)

การสนับสนุนทางสังคมสามารถวัดได้จากการบูรณาการทางสังคม (Social integration) การวัดเครือข่ายสังคม (Social network) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การวัด 2 ด้านแรกเป็นการวัดเชิงปริมาณเพื่อดูว่า มีใคร จำนวนเท่าไรที่บุคคลนั้นติดต่อ หรือได้รับการสนับสนุน จำนวนกิจกรรมที่เข้าไปมีส่วนร่วม จำนวนการพบปะพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เหล่านี้เป็นต้น แต่การวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการวัดเชิงคุณภาพ ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะวัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ อย่างไรก็ตาม Jacobson (1986) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และสรุปว่า การวัดการสนับสนุนทางสังคม ควรประกอบด้วยการระบุสถานการณ์ที่ต้องการศึกษา ระยะเวลาที่ให้การสนับสนุน และจำต้องคำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้วย

จากบทสนทนาของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จึงจะป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพกาย จิต และปัญหาสังคมให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด หรือบรรเทาปัญหาเหล่านั้นลงได้

มีรายงานการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุไทยหลายเรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการหาความสัมพันธ์ พบว่า นอกจากการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การจัดการกับภาวะเครียด (เพชร, 2536) การดูแลตนเอง (สุดาจันทร์, 2535) และแบบแผนการดำเนินชีวิต (ฉันทานู, 2534; วรรณวิมล, 2535)

สถานการณ์ด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย

ข้อมูลทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจประชากรปี พ.ศ.2532 พบว่าประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) มีจำนวนลดลง ส่วนประชากรวัยทำงาน (15-59 ปี) และประชากรวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนเพิ่มขึ้น การลดลงและเพิ่มขึ้นดังกล่าวเป็นผลโดยตรงมาจากความสำเร็จของการลดจำนวนประชากรโดยการคุมกำเนิด ซึ่งเริ่มมาเมื่อปี พ.ศ.2512 พร้อมกันนี้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ทำให้อัตราการตายของมารดาจากการคลอด และของเด็กแรกเกิดลดน้อยลง อัตราการ

รอดชีวิตของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปีก็เพิ่มมากขึ้น มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2518 เป็นต้นมา ส่งผลให้ มารดาและเด็กที่รอดชีวิตนี้เติบโต

โตมาเป็นผู้ใหญ่วัยทำงาน และผู้สูงอายุใน พ.ศ.2543 จำนวนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากภาพปริมิตประชากรในภาพที่ 1 และพบว่าประชากรวัย 65 ปีขึ้นไปเพิ่มจาก 1.6 ล้านคนในปี พ.ศ.2523 เป็น 2.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2533 เป็น 3.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534)

การพิจารณาทางเศรษฐกิจและสังคมถือว่าประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุเป็นกลุ่มคนที่เป็นภาระต่อผู้อยู่ในวัยทำงาน จากผลการสำรวจประชากรปี พ.ศ.2532 เช่นกัน พบว่าอัตราการเป็นภาระต่อผู้อยู่ในวัยทำงาน (หมายถึงจำนวนประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อจำนวนประชากรในวัยทำงาน 100 คน) เท่ากับ 65.7 ถ้าแยกเฉพาะวัยชราพบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระในวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน เท่ากับ 12.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2532) การที่ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะลดลง เนื่องจากจำนวนประชากรวัยเด็กกลดลงนั้น ย่อมทำให้อัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น

หลังจากปี พ.ศ.2490 เป็นต้นมา อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ผลการสำรวจในปี พ.ศ.2532 พบว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้หญิงเป็น 70.9 ปี ส่วนของชายเป็น 65.6 ปี และคาดการณ์ว่าในระหว่างปี พ.ศ.2538-2543 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชายเพิ่มขึ้นเป็น 67.3 ปี และของหญิงเพิ่มเป็น 71.8 ปี (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535) ดังนั้นประชากรสูงอายุหญิงจึงมีจำนวนมากกว่าชาย แม้ว่าอัตราการเกิดของชายจะมากกว่าหญิงก็ตาม ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ภาพที่ 1 อัตราส่วนร้อยละของประชากร จำแนกตามหมวดอายุและเพศ (2533-2553)

ที่มา : ศรีจิตรา บุญนาค, 2537

ตารางที่ 1 อัตราการเกิดและตายของประชากรไทยโดยรวม จำแนกตามเพศและภาคต่างๆ ใน
ปี พ.ศ.2532

เพศ	ทั่วราชอาณาจักร			กทม.	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาค-	ภาคใต้
	รวม	ในเขต	นอก	(เว้น กทม)				อีสาน
เกิด	3,381	509	2,872	266	637	605	1,283	590
ชาย	1,717	265	1,452	143	319	305	658	292
หญิง	1,664	244	1,420	123	318	300	625	298
ตาย	992	113	879	61	192	223	367	149
ชาย	556	68	488	34	109	118	204	91
หญิง	436	45	391	27	83	105	163	58

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2532

ตารางที่ 2 อัตราการตายของคนอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ.2532 จำแนกตามเขตเทศบาลและ
ภาคต่างๆ

อายุ	ทั่วราชอาณาจักร			กทม.	ภาคกลาง (เว้น กทม)	ภาคเหนือ	ภาค- อีสาน	ภาคใต้
	รวม	ในเขต	นอก					
60-64	17.7	11.3	18.9	9.8	13.0	19.0	20.1	24.7
65-69	25.9	18.1	27.3	10.5	18.4	27.4	32.7	32.0
70-74	43.3	29.6	46.2	25.5	35.4	47.2	51.2	49.2
75-79	63.5	41.9	67.6	48.8	54.8	59.7	81.0	63.2
>80 ปี	92.2	58.6	100.0	64.0	82.9	80.4	128.5	79.0

หมายเหตุ : ในเขต หมายถึง ในเขตเทศบาลและนอก

นอก หมายถึง นอกเขตเทศบาล

ผลการสำรวจประชากรในปี พ.ศ.2535 พบว่าอัตราตายของประชากรเป็น 4.8 ต่อประชากรพันคน ซึ่งเพิ่มขึ้น จากการสำรวจในปี 2532-2534 ซึ่งเป็น 4.4, 4.5, 4.7 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ ส่วนอัตราการตายของประชากรสูงอายุแยกตามหมวดอายุและเพศไม่แตกต่างกับผลการสำรวจในปี 2532-2535 ดังปรากฏในตารางที่ 3 ส่วนอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของหญิงคือ 70.55 ปี และของชายคือ 65.85 ปี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนาในเอเชียแล้ว อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย สูงกว่าของอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ แต่ต่ำกว่าของประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ และประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ ดังปรากฏในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 อัตราตายของประชากรวัยสูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และปีที่สำรวจ
(ต่อประชากร 1,000 คน)

กลุ่มอายุ (ปี)	2532		2533		2534		2535	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
60-64	20.7	12.3	21.3	12.9	21.0	12.1	21.4	12.8
65-69	30.6	19.2	30.6	19.5	29.4	18.8	29.4	19.0
70+	79.3	63.9	81.2	65.2	79.3	64.7	81.3	66.7

ที่มา : สถิติสาธารณสุข, 2535

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอัตราตายของประชากรไทยกับ
ประชากรประเทศอื่นๆ

ประเทศ	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด		อัตราตาย (ต่อ 1,000 คน)
	ชาย	หญิง	
ไทย (คาดการณ์ปี 2533-38)	65.8	70.5	5.9
มาเลเซีย	68.7	73.0	5.1
สิงคโปร์	71.8	77.4	5.5
อินโดนีเซีย	60.9	64.5	8.5
ฟิลิปปินส์	63.1	67.0	7.1
ออสเตรเลีย	73.7	80.2	7.6
จีน	69.2	72.6	6.6
ญี่ปุ่น	75.9	81.7	7.6
สหรัฐอเมริกา	72.8	79.9	8.8
เยอรมัน	72.7	78.9	11.8
สหราชอาณาจักร	73.3	78.9	11.5

ที่มา : United Nation, 1990 (ข้อมูลช่วงปี พ.ศ.2533-2538)

จากข้อมูลทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นทำให้คาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุในเมือง
ไทย จะเพิ่มขึ้นเร็วกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ดังปรากฏในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คาดการณ์อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยต่างๆ ของประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ.2523-2543

กลุ่มอายุ	เปอร์เซ็นต์เพิ่ม
0-14	4
15-59	63
0-59	38
60 ขึ้นไป	92

ที่มา : United Nations, 1987

จะเห็นได้ว่าในช่วง 20 ปี กลุ่มประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนั้น องค์การสหประชาชาติยังคาดการณ์อีกว่าในปี 2543 พิสัยอายุ (Median age) ของคนไทยคือ 25 ปี ซึ่งเพิ่มจากปี 2523 ถึง 5 ปี (Ju and Jones, 1989) การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลต่อภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการพัฒนา ดังนั้นตัวเลขเหล่านี้จะต้องใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนต่างๆ ของประเทศ

สังคมไทยปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงของการพัฒนา มีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน เศรษฐกิจและสังคมมากและรวดเร็ว สิ่งสนับสนุนทางสังคมที่มีมาจากระบบสังคมดั้งเดิม คงไม่เพียงพอที่จะสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ อย่างไรก็ตามแม้จะมีการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ใน ชนบท นอกเขตเทศบาล ซึ่งแม้จะมีลักษณะของสังคมดั้งเดิมก็ตาม แต่สังคมชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เอื้อต่อการตอบสนองปัญหาและความต้องการทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดในตอนต่อไป

ต่อไปนี้เป็นข้อมูลสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งได้มาจากผลการศึกษาวิจัย และสถิติของหน่วยงานรัฐบาลและเอกชน

1. อัตราส่วนระหว่างเพศ

เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของชายน้อยกว่าหญิง แต่อัตราการตายของชายในช่วงอายุ เดียวกันสูงกว่าหญิง จึงคาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุชาย ดังตารางที่ 6 จากผลการคาดประมาณจำนวนประชากรในตารางที่ 7 แสดงว่าจำนวนผู้สูงอายุชายต่อผู้สูงอายุ หญิงจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และจำนวนผู้สูงอายุชายจะมีน้อยกว่าหญิงในอัตราส่วนระหว่าง เพศชาย 81-85 คน ต่อหญิง 100 คน

ตารางที่ 6 คำนวณจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

พ.ศ./เพศ	กลุ่มอายุ (ปี)					
	60-69		70-79		80 ⁺	
	N	%	N	%	N	%
2503/ชาย	377	27.62	181	13.26	39	2.86
หญิง	458	33.55	248	18.17	61	4.47
2523/ชาย	699	30.30	300	13.00	57	2.47
หญิง	789	34.20	367	15.91	93	4.03
2543/ชาย	1,291	28.77	616	13.73	126	2.81
หญิง	1,482	33.02	784	17.47	189	4.21
2563/ชาย	3,033	30.43	1,349	13.54	276	2.77
หญิง	3,257	32.68	1,690	16.26	432	4.33
2583/ชาย	3,610	29.71	1,696	13.96	353	2.91
หญิง	3,896	32.07	1,053	16.90	541	4.45

ที่มา : United Nations, 1985

อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อมูลการคาดประมาณนี้ยังไม่ได้เอาตัวเลขคาดประมาณการณผู้เสียชีวิตโรคเอดส์เข้าไปด้วย ดังนั้นเมื่อถึงปี พ.ศ. ที่คาดหมายไว้ จำนวนตัวเลขผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนแปลงไปจากนี้ ซึ่งได้มีการคาดการณ์ว่าอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเมื่อมีการระบาดของโรคเอดส์ คือ 44.8 ปี (ประชากรและพัฒนา, 2537) แต่เนื่องจากปัจจุบันพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ของเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง ส่งผลให้อัตราการตายของเพศชายด้วยโรคเอดส์มากกว่าหญิง ดังนั้นเมื่อถึงวัยสูงอายุก็คาดว่าผู้สูงอายุหญิงจะมีจำนวนมากกว่าชาย ดังเห็นได้จากข้อมูลจากรายงานสำมะโนประชากรและเคหะ ที่ระบุว่าเมื่อ พ.ศ.2533 มีอัตราส่วนประชากรระหว่างเพศชาย 98.3 คน ต่อหญิง 100 คน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอัตราส่วนผู้สูงอายุชายต่อผู้สูงอายุหญิงก็จะลดน้อยลง

ตารางที่ 7 อัตราส่วนเพศของประชากรคาดประมาณอายุ 60 ปี และมากกว่า ตามกลุ่มอายุ

พ.ศ.2513-2548

กลุ่มอายุ	ปี							
	2513	2518	2523	2528	2533	2538	2543	2548
60-64	.93	.90	.89	.89	.88	.87	.88	.93
65-69	.89	.88	.86	.85	.84	.84	.83	.84
70-74	.78	.84	.83	.81	.80	.79	.79	.78
75 ⁺	.63	.67	.70	.72	.72	.70	.70	.70
รวม 60 ⁺	.83	.84	.84	.83	.83	.82	.81	.83

ที่มา : คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผน-

ประชากร, การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย 2513-2548

จากอัตราส่วนดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุหญิงจะใช้ชีวิตในช่วงวัยชรายาวนานกว่าผู้สูงอายุชาย ซึ่งก็มีข้อมูลสนับสนุนจากงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าจำนวนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย และผู้สูงอายุที่ชราามากก็เป็นหญิง เมื่อเป็นดังนี้ผู้สูงอายุหญิงจึงมีโอกาสมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายมากและยาวนานกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนั้นอัตราการเกิดโรคบางโรคที่สัมพันธ์กับเพศหญิงก็จะพบได้มากขึ้น เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) (Chirawatkul, 1992)

2. สถานภาพการสมรส

สืบเนื่องจากอัตราส่วนระหว่างเพศหญิงมากกว่าชาย ถ้าแบ่งสถานภาพสมรสเป็น 4 กลุ่มคือ โสด หรือไม่เคยสมรส สมรส หม้าย และหย่าหรือแยก ก็จะพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีสถานภาพสมรส หม้าย มากกว่าชาย ขณะที่ผู้สูงอายุชายมีสถานภาพการสมรสมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ดังปรากฏในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและสถานภาพการสมรส

สถานภาพสมรส	อายุ 60-64 ปี				อายุ 65-69 ปี				อายุ 70 ปีขึ้นไป			
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		ชาย		หญิง	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
โสด	11,487	0.29	22,401	0.56	6,819	0.17	12,232	0.30	9,377	0.23	17,973	0.45
คู่	606,900	15.11	457,217	11.38	375,157	9.34	261,770	6.52	460,389	11.46	274,956	6.84
หม้าย	69,849	1.74	245,721	6.12	36,830	1.59	214,585	5.34	167,344	4.17	550,120	13.70
หย่า	3,625	0.09	6,548	0.16	2,171	0.05	3,822	0.10	3,167	0.08	5,232	0.13
แยก	9,015	0.22	17,368	0.43	6,026	0.15	10,413	0.26	8,804	0.22	12,171	0.30
พระ	12,328	0.31	0	0	10,293	0.26	0	0	18,030	0.45	0	0
ไม่ทราบ	2,907	0.07	8,436	0.21	2,528	0.06	7,940	0.20	9,320	0.23	28,672	0.71
รวม	716,111	17.83	757,691	18.86	466,824	11.62	510,762	12.72	676,431	16.84	889,134	22.13

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537

การที่ผู้สูงอายุหญิงมีอายุยืนยาวและเป็นหม้ายกันมากนี้ ทำให้ได้ภาพว่าเมื่อผู้สูงอายุชายมีปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ยังมีคู่สมรสดูแล แต่ผู้สูงอายุหญิงนอกจากจะต้องทำหน้าที่ดูแลคู่สมรสแล้ว เมื่อตนเองมีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามวัยก็มักเป็นเวลาที่คู่สมรสได้จากไปแล้ว ต้องอาศัยลูกหลาน หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ มาช่วยเหลือ นอกจากนั้นผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะรู้สึกโดดเดี่ยวมากกว่าเพราะขาดคู่คิด ที่ปรึกษา

มีรายงานที่กล่าวถึงแนวโน้มของการสมรสว่า จำนวนหญิงที่เป็นโสดมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาสูง ส่วนจำนวนชายที่เป็นโสดลดลง และชายที่เป็นโสดมีการศึกษาดำกว่าชายที่สมรส แนวโน้มนี้เป็นประเด็นที่ใช้คาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุในรุ่นต่อไปจะมีหญิงโสดที่มีการศึกษาสูงจำนวนเพิ่มมากขึ้น แบบแผนของปัญหาสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ต้องการของคนกลุ่มนี้ก็น่าจะมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนกลุ่มดังกล่าว

3. เขตที่พักอาศัย

ข้อมูลในปี 2523 (United Nation, 1980) ระบุว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลประชากรโดยภาพรวมที่คนส่วนใหญ่ของประเทศอาศัยอยู่ในเขตชนบท และข้อมูลในตารางที่ 9 แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางและนอกเขตสุขภาพ และข้อมูลในตารางที่ 10 ซึ่งเป็นปี 2533 ผู้สูงอายุอยู่ในภาคกลางมากเช่นกัน นอกจากนั้นเนื่องจากการที่เมืองขยายออกมากขึ้นมีเขตสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้จำนวนผู้สูงอายุซึ่งอยู่ที่เดิม แต่วิถีชีวิตกลายเป็นคนเมือง นอกจากนั้นจากปรากฏการณ์การอพยพย้ายถิ่นพบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งย้ายถิ่นจากชนบทเข้าเมือง ดังปรากฏในตารางที่ 11 แม้จะมีจำนวนไม่มากนักเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่นๆ แต่ก็เห็นแนวโน้มว่ามีจำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเมืองเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตต่างๆ ของประเทศไทยในปี 2523

ที่พักอาศัย	ร้อยละของผู้สูงอายุคิดจากจำนวนประชากรทั้งหมด		
	อายุ 60 ปีขึ้นไป	อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 75 ปีขึ้นไป
<u>ประชากรรวม</u>	5.5	3.6	1.1
<u>ภาค</u>			
กลาง รวม กทม.	6.1	4.0	1.3
กลาง ไม่รวม กทม.	6.6	4.4	1.5
เหนือ	5.9	3.8	1.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4.4	2.7	0.8
ใต้	6.1	4.1	1.4
<u>ในเขตเทศบาล</u>			
รวม	5.2	3.4	1.1
ใน กทม.	5.1	3.2	1.0
จังหวัดอื่นๆ	5.5	3.6	1.2
<u>นอกเขตเทศบาล</u>			
รวม	5.5	3.6	1.1
ในเขตสุขาภิบาล	6.1	4.0	1.3
นอกเขตสุขาภิบาล	5.4	3.5	1.1

ที่มา : Chayovan, Knodel, and Siriboon, 1990.

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตต่างๆ ของประเทศไทยในปี พ.ศ.2533

ภาค	60-64 ปี		65-69 ปี		70 ปีขึ้นไป	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
กรุงเทพฯ	2.1	2.3	1.3	1.5	0.9	1.1
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	2.9	3.1	1.8	2.1	1.4	1.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.4	2.5	1.5	1.7	1.0	0.9
ภาคเหนือ	3.0	3.3	2.1	2.2	1.3	1.6
ภาคใต้	2.7	2.6	1.7	1.7	1.1	1.3

ที่มา : รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2523 และ 2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 11 ร้อยละการย้ายภูมิลำเนาของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่เกิด หมวดยุ และเพศ

การย้ายภูมิลำเนา	อายุ 60-69 ปี				อายุ 70 ปีขึ้นไป				รวม	
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>ผู้ที่อาศัยอยู่ใน จ.เกิดใน พ.ศ.2533</u>										
-ไม่เคยย้ายถิ่นตั้งแต่ พ.ศ.2528	948,334	23.58	1,051,705	26.15	540,318	13.44	733,976	18.25	3,274,333	81.43
-ย้ายภายในจังหวัด	8,203	0.20	6,560	0.16	4,154	0.10	4,960	0.12	23,877	0.59
-ย้ายมาจากจังหวัดอื่น	1,998	0.05	1,542	0.04	857	0.02	952	0.02	5,349	0.13
-ไม่ทราบจังหวัดที่ย้ายมา	1,693	0.04	1,747	0.04	2,028	0.05	2,747	0.07	8,215	0.20
-ย้ายมาจากต่างประเทศ	22	0.01	18	0.01	23	0.01	35	0.01	98	0.01
-ไม่ทราบว่าย้ายถิ่นหรือไม่	11,882	0.29	13,412	0.33	7,548	0.19	10,082	0.25	42,924	1.07
<u>ผู้ที่ไม่อาศัยอยู่ใน จ.เกิดใน พ.ศ.2533</u>										
-ไม่เคยย้ายถิ่นตั้งแต่ พ.ศ.2528	161,986	4.03	154,887	3.85	80,360	1.99	93,884	2.33	491,117	12.21
-ย้ายภายในจังหวัด	2,098	0.05	1,736	0.04	923	0.02	947	0.02	5,704	0.14
-ย้ายมาจากจังหวัดที่เกิด	8,679	0.22	8,829	0.22	3,988	0.10	5,671	0.14	27,167	0.68
-ย้ายมาจากจังหวัดอื่น	3,894	0.09	3,048	0.08	1,529	0.04	1,899	0.05	10,370	0.26
-ไม่ทราบจังหวัดที่ย้ายมา	841	0.02	842	0.02	490	0.02	552	0.01	2,725	0.07
-ย้ายมาจากต่างประเทศ	36	0.01	26	0.01	29	0.01	35	0.01	126	0.01
-ไม่ทราบว่าย้ายถิ่นหรือไม่	987	0.02	1,122	0.03	671	0.02	891	0.02	3,671	0.09
<u>ไม่ทราบจังหวัดที่เกิด</u>	8,115	0.20	6,985	0.17	5,529	0.14	6,546	0.16	27,175	0.69
<u>เกิดต่างประเทศ</u>	24,383	0.61	16,584	0.41	26,909	0.67	25,376	0.63	93,252	2.32
<u>ไม่ทราบ</u>	1,527	0.04	1,426	0.04	906	0.02	1,210	0.03	5,069	0.13
รวม	1,184,678	29.46	1,270,469	31.59	676,262	16.82	889,763	22.12	4,021,172	100.00

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537

เนื่องจากวิถีชีวิตของคนในเมือง และคนชนบทมีความแตกต่างกัน และสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นเหตุการเกิดโรคต่างๆ ก็ต่างกัน รูปแบบของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในเมืองและในชนบทก็แตกต่างกันเช่นกัน จากการศึกษาของนภาพร มาลินี และจันทร์เพ็ญ (2532) พบว่าผู้สูงอายุในเมืองรายงานว่าภาวะสุขภาพในรอบ 1 สัปดาห์อยู่ในเกณฑ์ดีมาก และดี มากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท และอัตราป่วยของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจนไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ในรอบปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทก็มากกว่าในเมือง จึงดูเหมือนว่าผู้สูงอายุในเมืองมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุในชนบท ส่วนการศึกษาของเกริกศักดิ์ และคณะ (2533) ซึ่งศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ รายงานว่าคนชราในชนบทน่าจะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคมากกว่าคนในเมือง เพราะชอบรับประทานอาหารสด และอาหารดิบมากกว่า แต่คนชราทั้งเขตชนบทและเมืองก็ประเมินว่าสุขภาพอยู่ในขั้นพอใช้ถึงดีมาก

เหมือนๆ กัน นอกจากนั้นคนชราในเขตเมืองมีปัญหาโรคเรื้อรังมากกว่าคนชราในชนบท แต่คนชราชนบทมีปัญหาที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายมากกว่า ส่วนเรื่องสุขภาพจิตนั้นพบว่าคนชราทั้งในเมืองและชนบทมีโอกาสที่จะมีปัญหาทางจิตไม่แตกต่างกัน ถ้าคนชราเหล่านั้นได้รับการปรณิบัติจากลูกหลานไม่ดี ไม่ได้ได้รับความเคารพนับถือจากคนอื่น ตัวอย่างผลการวิจัยสองเรื่องนี้ทำให้เห็นว่าวิถีชีวิตในเมืองและชนบท มีผลต่างกันต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอนามัยทั้งทางกาย และทางจิตในผู้สูงอายุ

4. ระดับการศึกษา

เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันผ่านชีวิตปฐมวัยในช่วงที่การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมยังไม่เฟื่องฟู ผลการสำรวจภาวะการรู้หนังสือในผู้สูงอายุที่ปรากฏในตารางที่ 12 จึงพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากอ่านหนังสือไม่ออก และในกลุ่มที่อ่านหนังสือไม่ออกนี้เป็นผู้สูงอายุสตรีมากกว่าบุรุษ

ตารางที่ 12 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการอ่านออกเขียนได้ และเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	อ่านไม่ออก				อ่านออกเขียนได้				รวม			
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง		ชาย		หญิง	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-64	77,140	1.93	172,572	4.31	638,771	15.96	584,217	14.60	715,911	17.89	756,789	18.91
65-69	74,349	1.86	177,243	4.43	392,094	9.80	332,302	8.30	466,443	11.66	509,545	12.73
70+	190,907	4.77	468,382	11.70	481,029	12.02	412,862	10.32	671,936	16.79	881,244	22.02
รวม	342,396	8.56	818,197	20.44	1,511,894	37.78	1,329,381	33.22	1,854,290	46.34	2,147,578	53.66

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537

เมื่อผู้สูงอายุปัจจุบันและในอีก 5 ปีข้างหน้ามีความสามารถในการอ่าน เขียนได้น้อย ก็ทำให้มีข้อจำกัดในการรับข้อมูลทางสุขภาพอนามัยที่ส่วนใหญ่มักเผยแพร่ในรูปของแผ่นพับ โปสเตอร์ และหนังสือต่างๆ ส่งผลถึงพฤติกรรมอนามัย การป้องกันโรค และการแสวงหาการรักษาพยาบาลอาจทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากขาดข้อมูล

เป็นที่คาดหมายว่าผู้สูงอายุรุ่นต่อไปในอีก 10-15 ปีข้างหน้ามีระดับการศึกษาสูงขึ้น ข้อจำกัดในเรื่องการรับรู้ข่าวสารก็จะน้อยลง ขณะเดียวกันจะมีการเรียกร้องการบริการทางสุขภาพอนามัยที่แตกต่างไปจากรูปแบบบริการทางสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุในปัจจุบัน จึงต้องมีการศึกษาเรื่องนี้ให้ชัดเจนเพื่อรองรับความต้องการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

5. การทำงานและรายได้

โดยปกติแล้วผู้สูงอายุทำงานน้อยลง เนื่องจากการเกษียณอายุราชการ หรือจากสภาพร่างกายที่เสื่อมประสิทธิภาพลง แต่ก็มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ยังต้องทำงานให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อหารายได้ช่วยครอบครัว แต่โดยทั่วไปแล้วรายได้ของผู้สูงอายุจะลดลง อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับรายได้จากการสำรวจมักเชื่อถือได้น้อย และมักรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ด้วยข้อเท็จจริงนี้จึงเป็นการยากที่จะได้ภาพที่ชัดเจนของรายได้ผู้สูงอายุ

มีข้อมูลระบุชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมมีจำนวนมากที่สุด ดังปรากฏในตารางที่ 13 ซึ่งงานภาคเกษตรกรรมทั้งหมดอยู่ในเขตชนบท แต่ผู้สูงอายุในชนบทมีรายได้ต่ำ มีเงินเหลือใช้น้อยกว่าคนในเมือง และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายเพื่อการยังชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุหญิงซึ่งมีการศึกษาน้อยกว่าผู้สูงอายุชาย แม้จะมีลูกหลานส่งเงินมาให้ใช้มากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่ก็มีรายได้จากการทำงานน้อยกว่า โอกาสทำงานก็น้อยกว่า ส่วนผู้สูงอายุในเมืองแม้จะหยุดทำงานเร็วกว่าผู้สูงอายุในชนบทเนื่องจากอาชีพต่างกัน แต่รายได้จากการทำงานในเมืองสูงกว่ารายได้จากภาคเกษตรกรรม และรายได้จากลูกหลานที่ทำงานในเมืองก็มีมากกว่า ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจโดยรวมของผู้สูงอายุในเมืองจึงดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ตารางที่ 13 แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ

อาชีพ	ปี 2523	ปี 2533
เกษตรกรรม	75.1	65.9
พนักงานขาย ค้าขาย	12.9	16.3
หัตถกรรม ช่างต่างๆ	7.7	11.5
งานบริการ	1.5	1.7
งานบริหารจัดการ	1.1	1.5
งานวิชาชีพเฉพาะสาขา	0.7	1.3
งานเสมียน พนักงาน	0.5	0.7
งานขับยานพาหนะ	0.5	1.0

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537

มีรายงานวิจัยของ Pramualratana (1990) กล่าวไว้น่าสนใจว่าผู้สูงอายุมักได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจจากลูกสาวมากกว่าลูกชาย นอกจากนั้นลูกสาวก็ยังไปมาหาสู่เอาใจใส่พ่อ-แม่ผู้ชรามากกว่าลูกชาย ซึ่งข้อค้นพบนี้ขัดแย้งกับของนิตยา (2536) นภาพร (2535) ศิริวรรณ (2535) ซึ่งกล่าวทำนองเดียวกันว่าผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากลูกชาย

มากกว่าลูกสาว แต่ลูกสาวให้การดูแลและให้การช่วยเหลือด้านอุปโภคบริโภคมากกว่าลูกชาย ซึ่งประเด็นนี้สามารถวิเคราะห์ได้ในมิติวัฒนธรรม ความแตกต่างทางเพศ (Gender difference) และการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

สำหรับผู้สูงอายุที่ร่างกายไม่อยู่ในสภาพที่จะทำงานหารายได้อะไรได้ และอยู่ในครอบครัวที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็เสี่ยงอย่างยิ่งที่จะต้องพบกับความอดอยาก ไร้ผู้ดูแลยามเจ็บไข้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมนอกครอบครัวแล้ว ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเผชิญกับภาวะทุพภิกขเวทนาเป็นอย่างยิ่ง

หากพิจารณาในแง่ของความมั่นคงทางเศรษฐกิจ รายได้อาจอย่างเดียวอาจจะไม่ใช่ตัวแปรที่สำคัญที่สุด การศึกษาของเกริกศักดิ์ และคณะ (2533) ได้เสนอว่าถ้าคิดรายได้เฉพาะที่เป็นตัวเงินสดแล้วในคนชราในชนบทมีรายได้ที่เป็นเงินสดน้อย แต่คนชราในชนบทมักมีหลักทรัพย์อื่นๆ เช่นบ้าน ที่ดิน ที่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินเมื่อจำเป็น นอกจากนั้นคนชราในชนบทจะมีความมั่นใจว่ามีบุคคลที่ตนเองสามารถพึ่งพาได้เสมอ ซึ่งทั้งสองอย่างนี้คนชราในเมืองมีน้อยกว่าเมื่อพิจารณาในแง่ของคนชราในชนบทจึงมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากกว่าคนในเมือง

มีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการทำงานและสุขภาพของคนสูงอายุว่า เหตุผลของการเกษียณอายุ การออกจากตลาดแรงงานของคนวัยสูงอายุ มักจะเป็นเหตุผลทางสุขภาพอนามัย เช่นเชื่อว่าเมื่ออายุ 60 หรือ 65 ปี ร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่แล้วต้องพักผ่อน แต่ในทศวรรษต่อไปนี้ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นผลการคุกคามของโรคเอดส์คาดว่าคนวัยทำงานจะเสียชีวิตมาก ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นจริง กำลังทางเศรษฐกิจจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้สูงอายุด้วย ภาวะเช่นนี้จึงต้องให้ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุเป็นพิเศษ และต้องมีการเตรียมการก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในตลาดแรงงานได้นานที่สุด และมีประสิทธิภาพที่สุด มีข้อเสนอที่สอดคล้องกับประเด็นดังกล่าวซึ่งเสนอโดย Holzer (1988) ไว้ว่า แทนที่จะใช้อยู่ตามปีปฏิทิน (Chronological age) เป็นตัวกำหนดการออกจากงาน ควรจะใช้ตัวชี้วัดทางความสามารถในการทำงานของร่างกาย (Functional age) เป็นตัวกำหนด นอกจากนั้นแล้วจะต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนที่ผู้สูงอายุสามารถจะเรียกร้อง หรือยินยอมที่จะออกหรือไม่ออกจากงานได้ นอกจากนั้นเขาได้กล่าวว่าแรงจูงใจหรือเครื่องล่อที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในตลาดแรงงาน คือการขาดแคลนแรงงาน ความปรารถนาที่จะทำงานในยามแก่ เนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ โอกาสที่จะทำงานนอกเวลาเมื่อออกจากงานไปแล้ว มีงานที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุ เงินบำนาญน้อยไม่พอยังชีพ และไม่มีการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัวและภาวะพึ่งพิง

ครอบครัวดั้งเดิมของไทยนั้นส่วนใหญ่คือครอบครัวชาย ซึ่งมีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือเป็นสมาชิกอาวุโสสูงที่สุดที่อาศัยอาวุโสกว่าเคารพนับถือ และให้การเกื้อหนุน นอกจากนั้นผู้สูงอายุคือผู้ถ่ายทอดความรู้ วัฒนธรรม ประเพณี ให้แก่ลูกหลาน ดังนั้นสถานะของผู้สูงอายุของครอบครัวดั้งเดิมอยู่ในระดับสูง

ในสังคมไทย หลักพึ่งพิงที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ คู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้อง แต่เดิมลูกมีหน้าที่ดูแลบิดา มารดาผู้ชรา เช่นในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลูกสาวคนสุดท้ายมักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา เมื่อตนเองแต่งงานก็จะให้สามีมาอยู่ด้วย เพื่อคอยดูแล บิดา มารดา และมักจะได้บ้านหลังนั้นเป็นมรดก ส่วนในภาคกลางบุตรชายคนสุดท้ายต้องจะเป็นผู้ดูแลบิดามารดา ถ้าผู้สูงอายุไม่มีลูกหลาน ญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดก็เป็นผู้ดูแลแทน ผู้สูงอายุในสังคมดั้งเดิมของไทยจึงมักจะไม่ถูกทอดทิ้ง และไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย

เมื่อสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป เมืองเล็กขยายเป็นเมืองใหญ่ ชนบทกลายเป็นเมือง จากครอบครัวใหญ่มาเป็นครอบครัวเล็ก และวิถีชีวิตของคนชนบทเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความสะดวกสบายด้านการติดต่อ เดินทาง ได้รับความรู้ใหม่ มีงานใหม่มาให้เลือก ได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ผ่านทางวิทยุ โทรทัศน์ ความรู้เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมเดิมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ถูกมองว่าล้าสมัยไม่เหมาะสมกับวิถีชีวิตใหม่ วัฒนธรรม ประเพณี หลายอย่างก็ถูกดัดแปลงทั้งรูปแบบและความหมายให้สนองต่อระบบทุนนิยม และความต้องการของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป จึงคาดว่าสถานะของผู้สูงอายุที่เคยเป็นแหล่งความรู้ ผู้สืบทอดทางวัฒนธรรม ผู้นำ ก็ลดความสำคัญลง จึงแทบจะไม่ได้รับการยกย่องอีกต่อไป ประกอบกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับความรู้และปรับตัวให้รับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในเวลาอันสั้นได้ ยิ่งทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุด้อยลง และมีรายงานวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวเช่น งานวิจัยของพัทยา (2524), สุชาติ (2524), พิรสิทธิ์ และคณะ (2523), วีระสิทธิ์ (2528), บริบูรณ์ (2525), วีระสิทธิ์ และโยธิน (2530) มาลินี และศิริวรรณ (2537)

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมนี้มิได้มีผลกระทบในทางลบแก่ผู้สูงอายุเหมือนกันไปหมดทุกคน มีรายงานวิจัยเรื่องเดียวกันและอีกหลายเรื่องเช่นกันที่ได้ข้อค้นพบว่าเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วผู้สูงอายุในสังคมไทยได้รับการดูแลเอาใจใส่เลี้ยงดูจากบุตรหลาน และได้รับการยกย่องนับถืออยู่ในขั้นดี มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ด้อยกว่าที่อยู่ในขั้นพอกินพอใช้ อยู่ในสังคมปัจจุบันได้ (ศุภวัตร และเนาวรัตน์, 2527) ส่วนคนสูงอายุที่มีฐานะดีจะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีและง่ายกว่าผู้ที่มีฐานะต่ำ เพราะไม่เดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่าย นอกจากนั้นยังมีบุตรหลาน ญาติคอยปรนนิบัติเอาใจ (วีระสิทธิ์, 2528; วีระสิทธิ์ และโยธิน, 2530) นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัว เป็นที่ปรึกษาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ มีคุณค่าต่อสังคมในด้านของผู้นำทางพิธีกรรม เป็นที่ปรึกษาในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เป็นผู้นำ

ในการอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม (สุวรรณี, 2522; พิรสิทธิ์, 2523; เพชรา, 2530; เกริกศักดิ์ และคณะ, 2533)

รายงานวิจัยต่างๆ พบว่าผลกระทบที่แตกต่างกันนี้มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องหลายตัว คือ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส งานอดิเรก จำนวนบุตร ระดับการศึกษา ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สุขภาพ กิจวัตรประจำวัน และอาชีพ (รายละเอียดดูใน ทองอยู่ และคณะ, 2531) นอกจากนั้น สังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คือสังคมเมือง ชนบท เกษตรกรรม ก็เป็นตัวแปรที่น่าสนใจเช่นกัน

ในที่นี้จะสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและภาวะพึ่งพิงดังต่อไปนี้

1. โครงสร้างครอบครัว

ครอบครัวมีความหมายและเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุไทย เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุหวังพึ่งพิงในยามชราภาพและเจ็บป่วย แต่เดิมโครงสร้างครอบครัวในสังคมไทยเป็นครอบครัวขยาย เป็นที่พึ่งพิงของผู้สูงอายุได้ หากเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย

โดยปกติการแบ่งโครงสร้างครอบครัวมีหลายแบบ เช่นเป็น 2 แบบคือครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย บ้างก็แบ่งเป็น 5 แบบคือ (1) ไม่มีครอบครัว และญาติอาศัยอยู่ด้วย (2) ครอบครัวเดี่ยว (3) ครอบครัวแบบย่อย (4) ครอบครัวแบบรวม (5) ครอบครัวแบบผสม แต่ไม่ได้ให้รายละเอียดไว้ นภาพร (2528) จึงได้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมว่า

(1) ไม่มีครอบครัว และญาติอาศัยอยู่ด้วย (unrelated individual) เป็นครัวเรือนที่อยู่คนเดียว

(2) ครอบครัวเดี่ยว (nuclear) เป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามี และ/หรือภรรยา กับบุตรที่ยังไม่สมรส แต่อย่างน้อยมี 2 คนขึ้นไป และญาติที่ยังไม่สมรสในรุ่นเดียวกับบุตรอาจอาศัยอยู่ด้วย

(3) ครัวเรือนย่อย (stem) เป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามี และ/หรือภรรยา กับบุตรที่สมรสหนึ่งคน และ/หรือหลานที่สมรสหนึ่งคน และอาจมีบุตรและหลานอื่นๆ ที่ยังไม่สมรส และอาจมีญาติที่ไม่สมรสที่อยู่ในรุ่นเดียวกับบุตรหรือหลานอยู่ด้วย

(4) ครัวเรือนรวม (joint) เป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามี และ/หรือภรรยา และญาติที่โสด หรือสมรส (ปกติมักเป็นพี่น้องร่วมบิดา หรือมารดา) ที่อยู่ในรุ่นเดียวกับตนเอง อาจมีบุตรหรือหลาน หรือคนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ญาติที่เป็นโสดอยู่ด้วย

(5) ครัวเรือนผสม (stem-joint) เป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามี และ/หรือภรรยาที่มีบุตรที่สมรสอย่างน้อย 2 คน และ/หรือหลานที่สมรสอย่างน้อย 2 คน หรืออาจเป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามี และ/หรือภรรยา กับบุตรที่สมรสอย่างน้อย 1 คน หรือญาติที่ไม่สมรส (ปกติเป็นพี่น้องร่วมบิดา หรือมารดา) ที่อยู่ในรุ่นเดียวกับตน และมีบุตรหรือหลานที่สมรสอย่างน้อย

1 คน หรือญาติที่ไม่สมรส (ปกติเป็นพี่น้องร่วมบิดา หรือมารดา) ที่อยู่ในรุ่นเดียวกับตน และมีบุตรหรือหลานที่สมรสอย่างน้อย 1 คน)

เมื่อพิจารณาตามคำจำกัดความนี้ครัวเรือนแบบที่ (3) (4) และ (5) ถือเป็นครอบครัวแบบขยาย ส่วนแบบที่ (1) (2) เป็นครอบครัวเดี่ยว แต่ในสถานะทางสังคมปัจจุบันมีปรากฏการณ์ของการอยู่เป็นครัวเรือนที่ต่างไปจาก 5 แบบดังกล่าวเกิดขึ้น เช่น ผู้สูงอายุอาจจะคนเดียว หรือ 2 คนที่เป็นปู่-ย่า หรือ ตา-ยาย อยู่กับหลานวัยเด็ก เพื่อนต่างเพศ ต่างวัย หรือเพศเดียวกันอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งลักษณะนี้ยากจะจัดเป็นครอบครัวเดี่ยวตามความหมายเดิม จึงมีผู้เสนอการแบ่งโครงสร้างครอบครัวแบบใหม่ขึ้นอีกหลายแบบ ในที่นี้จะเสนอตัวอย่างโครงสร้างครอบครัวที่แบ่งออกเป็น 6 แบบ (Murray and Huelskoetter, 1991) คือ

(1) Nuclear family ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตรซึ่งอาจจะเป็นบุตรที่ให้กำเนิด หรือบุตรบุญธรรมก็ได้ แต่ยังไม่ได้สมรส

(2) Nuclear dyad เป็นครอบครัวที่มีเฉพาะสามีกับภรรยาเท่านั้น ซึ่งอาจไม่มีบุตร หรือมีบุตรแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน

(3) Extended family เป็นครอบครัวที่มีสามี ภรรยา บุตร หรือบุตรบุญธรรม และญาติอื่นๆ อยู่ด้วย ซึ่งญาตินี้อาจจะเป็นสายเลือดเดียวกัน เกี่ยวดองกันก็ได้

(4) Single parent family ประกอบด้วย ผู้ใหญ่ 1 คนที่เป็นพ่อ หรือแม่ กับบุตร ซึ่งอาจเกิดจากการแยกทาง หย่า หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต หรือหนีหายไป

(5) Blended family (Reconstituted family) เป็นครอบครัวที่สามีหรือภรรยา หรือทั้งสามี ภรรยามีบุตรมาก่อนอยู่ด้วยกันกับบุตรที่เกิดจากการแต่งงานใหม่นี้

(6) Alternative family ประกอบด้วยผู้ใหญ่วัยเดียวกัน เพศเดียว หรือต่างเพศกัน หรือผู้ใหญ่กับเด็กอยู่ด้วยกัน โดยที่ทั้งหมดไม่ได้เกี่ยวข้องกันโดยสายเลือดหรือการแต่งงาน

ดังนั้นจึงน่าสนใจศึกษาว่าปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวไทยน่าจะจำแนกในแบบใด อย่างไรก็ตามมีการรายงานที่แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงจำนวนครอบครัวแบบต่างๆ ในสังคมไทย ดังปรากฏในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 โครงสร้างของครัวเรือน จำแนกตามประเภทครอบครัว หมวดอายุ และเพศของ

หัวหน้าครัวเรือน

อายุและเพศ	อยู่คนเดียว		ครอบครัวเดี่ยว		ครอบครัวย่อย		ครอบครัวรวม		ครอบครัวผสม		รวม	
ของหัวหน้าครัวเรือน	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
หัวหน้าครอบครัวชาย												
60-64 ปี	18,390	0.78	325,891	13.75	290,410	12.25	3,730	0.15	2,599	0.11	641,020	27.04
65-69 ปี	14,480	0.61	185,882	7.84	204,519	8.62	2,572	0.11	2,050	0.08	409,503	17.26
70 ปีขึ้นไป	26,474	1.12	214,720	9.06	273,758	11.55	5,601	0.23	5,512	0.23	526,065	22.19
หัวหน้าครอบครัวหญิง												
60-64 ปี	30,716	1.29	81,384	3.43	138,763	5.85	4,386	0.20	1,965	0.08	257,214	10.86
65-69 ปี	26,009	1.10	51,534	2.17	111,327	4.69	3,349	0.14	1,722	0.07	193,941	8.19
70 ปีขึ้นไป	57,097	2.41	82,614	3.49	188,571	7.95	8,219	0.35	6,219	0.26	342,720	14.46
รวม	173,166	7.31	942,025	39.74	1,207,348	50.93	27,857	1.18	20,067	0.84	2,370,463	100.00

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537

จะเห็นว่าครอบครัวมีขนาดเล็กลง และผู้สูงอายุก็อยู่ในครอบครัวที่มีคนวัยทำงาน และวัยเรียนอยู่ด้วยกัน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีงานทำก็จะถูกทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวในช่วงกลางวัน ถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ หรือสภาพร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ก็อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เป็นปัญหาเพิ่มเติมจากความเจ็บเหงาว่าเหว่ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีเด็กอายุก่อนวัยเรียน หรือวัยเรียนหลายคนก็จะทำหน้าที่ดูแลเด็กเล็กๆ นี้ด้วย ซึ่งภาระนี้ในทางด้านจิตใจผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์ ได้ช่วยลูกหลาน และทำให้มีความรู้สึกสดชื่นที่ได้เห็นความเจริญเติบโตของหลาน แต่ทางด้านร่างกายแล้วถือว่าภาระนี้เป็นภาระหนักที่ผู้สูงอายุจะต้องตรากตรำพอสมควร เพราะงานเลี้ยงเด็กเป็นงานละเอียดไม่จบสิ้น เมื่อสภาพร่างกายผู้สูงอายุต้องการการพักผ่อน และทะนุถนอม การรับภาระนี้ก็ส่งผลต่อสุขภาพได้เช่นกัน

การที่ครอบครัวเล็กลงผู้สูงอายุก็มักจะห่างเหินจากญาติพี่น้อง หรือลูก หลานที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากญาติพี่น้อง ลูก หลาน ก็น้อยลง ต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากสังคมแวดล้อมนอกครอบครัวมากขึ้น

2. สถานะทางเศรษฐกิจกับบทบาทในครอบครัว

เมื่อเป็นผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ออกจากงานประจำ บางคนอาจมีงานสำรอง หรืองานอดิเรกที่หารายได้ แต่ส่วนใหญ่แล้วรายได้ของผู้สูงอายุจะลดลงจากวัยทำงาน ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องพึ่งพารายได้จากผู้อื่น ทำให้บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปจากผู้ผลิตมาเป็นผู้บริโภค

เนื่องจากบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการหารายได้เข้าครอบครัว อันเป็นผลมาจากระบบสังคมแบบทุนนิยมในปัจจุบันที่ให้คุณค่าของเงินตราไว้สูง การแลกเปลี่ยนต่างๆ ต้องใช้ระบบเงินตราทั้งสิ้น ดังนั้นผู้ที่มีเงินตราจึงมีอำนาจ เมื่อหมดเงินตราก็หมดอำนาจ ในครอบครัวก็เช่นเดียวกันผู้ที่มีอำนาจมากที่สุดในการครอบครัวย่อมจะเป็นผู้กุมฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพา ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวก็เปลี่ยนไป โดยที่บทบาทที่ผู้สูงอายุคิดว่ามีความหมายสำคัญที่สุดคือ บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว (นิศา, 2525) ดังนั้นเมื่อบทบาทนี้เปลี่ยนไปเป็นผู้อื่น ความสำคัญของผู้สูงอายุก็ลดลง แต่หลายครอบครัวผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทจากหัวหน้าไปเป็นที่ปรึกษา ซึ่งก็นับว่าเป็นบทบาทที่ผู้สูงอายุเห็นว่าสำคัญ และมีคุณค่าเช่นเดียวกัน

จากสภาพเศรษฐกิจปัจจุบันที่คนส่วนใหญ่ต้อง 'ปากกัด ดินถีบ' เพื่อความอยู่รอดของครอบครัว ส่งผลถึงผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน กล่าวคือ มีรายงานว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องทำงานช่วยเหลือครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ ภาวะเช่นนี้มีทั้งผลบวก และผลลบต่อผู้สูงอายุ กล่าวคือ บทบาทที่สำคัญประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุเห็นว่าสำคัญคือการเป็นประโยชน์ ไม่เป็นภาระ และได้ช่วยเหลือครอบครัว การช่วยหารายได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า แต่ขณะเดียวกันสภาพทางร่างกายที่ไม่เอื้อก็ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมาได้ นอกจากนั้นการที่คนในครอบครัวต้องช่วยกัน "ทำมาหากิน" คนที่ยังแข็งแรงโดยเฉพาะหนุ่มสาวต้องออกทำงาน ผู้หญิงซึ่งแต่เดิมเป็นผู้ดูแลครอบครัว เป็นแม่บ้านก็ต้องทำงานนอกบ้านด้วยภาวะเช่นนี้ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุก็ลดจำนวนลง

3. ค่านิยมเรื่องการเคารพนับถือผู้สูงอายุ

คนไทยไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด อยู่ในภาคใด มีวัฒนธรรมประเพณีสืบต่อมาแต่โบราณ ให้เคารพนับถือผู้อาวุโส การแสดงออกถึงความเคารพเห็นได้หลายอย่าง เช่น การเรียกบุคคลตามวัยวุฒิ การให้ผู้อาวุโสเป็นผู้นำในกิจกรรมต่างๆ การทำความเคารพ การขอพรจากผู้อาวุโสสูง เหล่านี้เป็นต้น การเคารพนับถือนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากถือว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีพระคุณที่เลี้ยงดูลูกหลานมา ประสบการณ์ของผู้สูงอายุเปรียบเสมือนประทีปส่องทางแก่ผู้อ่อนอาวุโสกว่า และผู้สูงอายุได้ทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมและประเทศชาติมาเป็นเวลาช้านาน วัฒนธรรมเรื่องการเคารพนับถือผู้สูงอายุจึงมีทั้งรูปแบบ และความหมายที่สอดคล้องกัน

โดยที่คนไทยส่วนใหญ่คือชาวพุทธ ซึ่งมีคำสั่งสอนสืบต่อกันมาเพื่อให้ยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดว่า บิดา-มารดา เป็นพรหมของบุตร เมื่อท่านแก่ชราพึงปรนนิบัติดูแล เอาใจใส่ ท่านให้ดีที่สุด เพื่อความเป็นมงคลแก่ตนเอง (พระเทพเวที, 2530) ดังนั้นการพิทักษ์ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างดีจึงเป็นค่านิยมของไทยมาช้านาน

เมื่อวัน-เวลาผันเปลี่ยนไปเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ อันเป็นยุคโลกไร้พรมแดน สังคมไทยรับเอาความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมจากประเทศทางตะวันตกเข้ามามากขึ้น ซึ่งแน่นอน

ว่าวัฒนธรรมของซีกโลกตะวันตกก็ย่อมเข้ามามีอิทธิพลต่อสังคมไทย ด้วยเหตุที่ความรู้และนวัตกรรมต่างๆ ที่สังคมไทยนำเข้าด้วยแนวคิดว่าเป็นสิ่งทันสมัย และศิวิไลซ์ ดังนั้นความรู้วิธีปฏิบัติดั้งเดิมที่สืบทอด สัมผัสกับผู้สูงอายุก็ถูกมองว่า "ล้าสมัย" บ้าง "ป่าเถื่อน" บ้าง และ "ไร้ "รสนิยม" บ้าง และแนวความคิดนี้ก็ส่งผลถึงความเคารพนับถือผู้สูงอายุว่าไม่ได้เป็น "คลังปัญญา" อีกสลับไป เป็นแต่เพียงภาระที่จะต้องดูแล เพื่อไม่ให้ถูกตราหน้าว่าเป็นผู้ไร้มนุษยธรรม และออกตัญญูเท่านั้น ความหมาย และรูปแบบของการแสดงออกถึงความเคารพนับถือผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนไป

วัฒนา (2536) ได้กล่าวถึงทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้สูงอายุด้วยกันไว้อย่างน่าสนใจว่า ผู้สูงอายุมองกันเองในหลายทัศนะ เช่น

- (1) มองอย่างสงสาร เห็นว่าแก่แล้วไม่เจียมตัว อุดล่าห์หอบสังขารไปเดินเร่เร่เดินก่ายอยู่ด้วย
- (2) มองอย่างน่าทุเรศ แบบนักเรียนนอกที่วัฒนธรรมฝรั่งฝังหัวจนชอบมองลักษณะคนแก่ไทยที่ไม่เห็นด้วยกับตนอย่างเหยียดหยาม
- (3) มองอย่างนับถือ เพราะเชื่อมั่นในคุณงามความดี และความรู้ความสามารถ
- (4) มองอย่างริษยา เพราะตนเองไม่สามารถทำอย่างเขาได้
- (5) มองอย่างรังเกียจ เพราะเขาไม่เคารพนับถือตน มีความเห็นไม่ตรงกับตน หรือไม่ยอมเป็นพวกกับตน
- (6) มองเหมือนคนบ้า เพราะเห็นว่าแก่แล้วไม่อยู่ตามประสาแก่ ยังมีคันทาจัดหวังลาภ หวังยศ หวังตำแหน่งไม่รู้จักพอ

จากทัศนะเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าความน่าเคารพนับถือต่อผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ คุณงามความดี และการปฏิบัติตัวที่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม เช่น สงบเสถียร สุขุม ลดลาภยศ สรรเสริญ และงดการฟุ้งเฟ้อทางเพศ อย่างไรก็ตามโดยภาพรวมแล้วสังคมไทยยังคงคำนึงของการให้คุณค่าแก่ผู้ที่เคารพยกย่องผู้อาวุโส แต่ผลกระทบทางเศรษฐกิจและการรับเอาองค์ความรู้ใหม่ ถูกกองกั้นความรู้ดั้งเดิม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับนับถือน้อยลง ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาสูง มีความสามารถพิเศษ และถ้ามีฐานะทางเศรษฐกิจดีด้วย จะได้รับการเคารพนับถือและปรณินับถืออย่างดีต่อไป จึงคาดว่าผู้สูงอายุนั้นต่อไปซึ่งเกิดและมีชีวิตอยู่ในช่วงของความทันสมัยก็จะมีความรู้ ความสามารถที่สามารถถ่ายทอดแก่คนรุ่นต่อไปได้ และหากสังคมไทยยังคงให้คุณค่าแก่การเคารพผู้สูงอายุไว้เช่นนี้ ชีวิตในวัยทองของผู้สูงอายุก็ไม่ใช่คุณค่าอย่างแน่นอน ทำให้ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไม่ใช่ภาระที่น่ารังเกียจ แต่เป็นภาวะที่ทุกคนในสังคมเห็นว่าเป็นหน้าที่อันมีเกียรติที่พึงปฏิบัติ

4. ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาของนภาพร และคณะ (2532) และเกริกศักดิ์ และคณะ (2533), สุพรรณิ (2534), นภาพร (2535), ศิริวรรณ (2535), นิตยา (2536) ได้ข้อมูลตรงกันว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง โดยมีบุตรและ/หรือคู่สมรสอยู่ด้วย ส่วนน้อยอาศัยอยู่กับลูกหลานหรืออาศัยอยู่กับผู้อื่น การศึกษาของนภาพร และคณะ (2532) ได้ขยายความเพิ่มเติมว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของบ้านลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการดูแลตนเอง ปกป้องตนเองก็ลดน้อยลง ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่นมากขึ้นจึงไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ ถ้าลูกหลานไม่อยู่ด้วยก็ต้องไปอยู่กับลูกหลาน หรือถ้าไม่มีลูกหลาน ก็มีทางเลือกอื่น เช่น อยู่กับญาติ อยู่กับเพื่อน หรือไปอยู่บ้านพักคนชรา แต่ก็มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาศัยอยู่คนเดียวในบ้าน ซึ่งผลการศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในเขตเมืองและชนบท คิดเป็นร้อยละ 6.5 และ 6.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีอัตราส่วนของการอยู่บ้านคนเดียวสูงกว่าผู้สูงอายุชาย

การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีญาติหรือลูกหลานอยู่ด้วยย่อมแสดงว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีคนในครอบครัวดูแล ซึ่งข้อสรุปนี้มีผลการวิจัยของนิตยา และ Phillips (2536) สนับสนุนว่าโดยภาพรวมแล้ว บทบาทของลูกในการให้การดูแลช่วยเหลือบิดา มารดา หรือผู้สูงอายุยังคงประเพณีปฏิบัติกันอยู่อย่างกว้างขวางในสังคมชนบทไทย อย่างไรก็ตามมีรายงานจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2523 ว่าร้อยละ 18 ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะว่างเหว (Ju and Jones, 1989) และจากการศึกษาความว่างเหวของผู้สูงอายุที่จังหวัดเชียงใหม่ (สุพรรณิ, 2534) พบว่าส่วนใหญ่ว่างเหวระดับปานกลาง (ร้อยละ 58) มีเพียงร้อยละ 1 ที่ว่างเหวมาก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีความว่างเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส และที่เป็นโรค

จากข้อสรุปที่สำคัญทั้ง 4 ข้อดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์ปัจจุบันที่พิจารณาจากข้อมูลทางประชากรแล้ว พบว่าอัตราส่วนการเป็นภาระในวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงานสูงขึ้น ครอบครัวขยายที่มีลูกหลานดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนลดน้อยลง แต่ค่านิยมของการเคารพนับถือผู้สูงอายุ และความเชื่อในผลบุญ ความดีที่จะเกิดจากการเอื้อเฟื้อดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไทยในภาพรวมปัจจุบันอยู่สถานการณ์ที่ไม่น่าเป็นห่วงมากนัก อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ต้องใช้ชีวิตบั้นปลายในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้างอยู่คนเดียวไร้ผู้ดูแล บ้างเร่ร่อนอาศัยวัดเป็นที่หลับนอน บ้างออกขอทานเลี้ยงชีพ เลี้ยงครอบครัว ฯลฯ ผู้สูงอายุเหล่านั้นกำลังต้องการการสนับสนุนทางสังคมรูปแบบต่างๆ ที่ทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชนจะต้องเข้าไปโอบอุ้มช่วยเหลือ ทั้งด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรมและจริยธรรม โดยเฉพาะจริยธรรมของไทยที่ยกคุณค่าของผู้สูงอายุเทียบบิดา มารดา ดังปรากฏในโปสเตอร์งานวันแม่ของมหาวิทยาลัยมหิดล และผู้เขียนคัดแปลงเล็กน้อยดังนี้

"เด็กเอ๋ย เด็กรู้ไหม ชาย-หญิงชราเหล่านั้น
ถึงงังงัน รุ่มง่ามตามประสา
ถึงยากจน เจ็บใจ วัยชรา
แกก็เป็น บิดา-มารดา ของบางคน"

เป็นที่แน่นอนว่าอนาคตอันใกล้นี้ ชีวิตคนสูงอายุไทยจะน่าเป็นห่วงมากขึ้น จากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นมาก ขณะที่ประชากรอายุน้อยหรือวัยทำงานจะลดลงมาก และรวดเร็วเนื่องจากการระบาดของโรคเอดส์ มีปรากฏการณ์ให้เห็นบ้างแล้วว่า ประชากรวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคเอดส์กลายเป็นภาระของบิดา-มารดา ผู้ชราที่ต้องดูแลเอาใจใส่ จนกว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะเสียชีวิตไป อย่างไรก็ตามหากว่าในอนาคตสถานการณ์โรคเอดส์จะดีขึ้น ชีวิตผู้สูงอายุไทยก็ยังเป็นที่น่าห่วงอยู่ดี เพราะผู้ดูแลมีจำนวนน้อยลง การพยายามคงไว้ซึ่งครอบครัวแบบขยาย และค่านิยมของการดูแลอุปถัมภ์จากผู้สูงอายุ เป็นทางหนึ่งที่จะช่วยได้ แต่ก็คงไม่แก้ปัญหทั้งหมด การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้อยู่ภาวะที่ดูแลตนเองได้ยาวนานที่สุดเป็นอีกทางที่ช่วยได้ และที่สำคัญที่สุดคือสังคมจะต้องมีกลไก วิธีการเพื่อการเตรียมการสำหรับปัญหาในอนาคต

ภาวะทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายก็เสื่อมประสิทธิภาพลงไปตามลำดับ การรับรู้ว่าคุณภาพเป็นอย่างไรนั้นมักขึ้นอยู่กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิต โดยปกติแล้วผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ไม่แตกต่างจากวัยอื่นๆ แต่มีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพที่มีผลมาจากความเสื่อมของร่างกายมากกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ลักษณะการแสดงออกของอาการต่างๆทางคลินิก และการดำเนินของโรคจะแตกต่างไปจากคนหนุ่มสาว และวัยกลางคน และมักมีปัญหาหรือโรคหลายๆ โรคในขณะเดียวกัน (สุทธิชัย, 2535)

ในการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของนภาพร (2528) ได้สรุปในรายงานเผยแพร่เมื่อปี พ.ศ.2528 ว่าความรู้และข้อมูลเรื่องภาวะสุขภาพ สาเหตุ และแบบของความเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถและปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพิการของผู้สูงอายุนั้นยังมีน้อยมาก หลังจากปี 2528 เป็นต้นมา มีรายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาภาวะทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุจำนวนหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่เลือกศึกษาผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ในจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเท่านั้น ไม่มีรายงานวิจัยที่ศึกษาครอบคลุมประชากรใหญ่ที่เป็นตัวแทนของประเทศได้ มีเพียงรายงานการวิจัยเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมี นภาพร มาลินี และจันทร์เพ็ญ (2531) เป็นผู้ศึกษาเท่านั้นที่ศึกษาผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด แต่การศึกษาเรื่องนี้ก็กล่าวถึงภาวะทางสุขภาพอนามัยอย่างกว้างๆ อย่างไรก็ตามเมื่อรวบรวมความรู้จากงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่มีอยู่ดังกล่าว มาพิจารณาร่วมกับสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ.2535 ก็พอจะให้ภาพภาวะทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุได้ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

การประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่ปรากฏในวรรณกรรมต่างๆ ประเมิน 2 วิธี คือให้ผู้สูงอายุประเมินตัวเอง ซึ่งเป็นการวัดแบบอัตวิสัย (Subjective) กับใช้เครื่องมือประเมินซึ่งเป็นการวัดแบบภววิสัย (Objective) การศึกษาบางเรื่องใช้วิธีให้ประเมินตัวเองอย่างเดียว เช่นการศึกษาของ นภาพร และคณะ (2532) บางเรื่องใช้มาตรวัดเป็นเครื่องมือประเมิน เช่น การศึกษาของศิริวรรณ (2532) เพชรรา (2536)

ในการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองนั้น การศึกษาเกือบทุกเรื่อง (ยกเว้น บรรลุ, 2526) จะกำหนดระยะเวลาอ้างอิงด้วย เช่น 2 สัปดาห์ รอบ 1 เดือน รอบ 1 ปี หรือขณะนี้ แต่บางการศึกษาก็ใช้คำถามเปิดกว้างเช่น "สุขภาพทั่วไปเป็นอย่างไร" บางการศึกษาก็ใช้คำถามแบบปิดแล้วให้เลือกตอบว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในภาวะใดใน 4 "ภาวะนี้คือ ดีมาก

ดี พอใช้ และแย่" หรือให้เลือกระหว่าง "สุขภาพดี สุขภาพไม่ดีแต่ไม่เจ็บป่วย บางครั้งป่วยจนต้องลี้ภัยนอนนอนเสีย และป่วยจนต้องนอนตลอดเวลา" บางการศึกษาาก็ให้เลือกตอบว่า "ไม่ค่อยเจ็บป่วย" หรือ "เจ็บป่วยบ่อยๆ" เท่านั้น คำตอบที่ได้จากการประเมินตนเองนี้จึงเป็นคำตอบที่เป็นการรับรู้เฉพาะบุคคลที่ตอบ ยากที่จะนำไปสรุปและเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตามก็มีผลการศึกษาที่น่าสนใจว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยให้คำตอบสภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่แต่งงานหรือไม่มีคู่ชีวิตอยู่ด้วย (Ju and Jones, 1989) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุหญิงประเมินว่าตนเองสุขภาพแย่ มากกว่าผู้สูงอายุชายประเมิน และผู้สูงอายุในเมืองประเมินตนเองมีสุขภาพดี จำนวนมากกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ส่วนการศึกษาแบบภววิสัยหรือใช้เครื่องมือหรือมาตรต่างๆ ประเมินนั้น ก็มีเครื่องมือหลายอย่าง เช่น ใช้เครื่องมือประเมินประสาธสัมผัสทั้ง 5 ร่วมกับสอบถามพฤติกรรมกรบรีโลก และการรักษาสุขภาพ แล้วสรุปออกมาเป็นภาวะสุขภาพ การศึกษาหลายเรื่องสร้างแบบประเมินที่ใช้กรอบแนวคิดจากของนักทฤษฎีต่างประเทศ เช่น Denyss Health Status Instrument (Dennyss, 1980) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ประเมินประเมินภาวะสุขภาพโดยตนเอง ตามการรับรู้ด้านสุขภาพอนามัย มีทั้งหมด 29 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง ดังตัวอย่าง



นอกจากนี้มีการศึกษาของ เพชรา (2536) ใช้แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 14 ข้อ ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. หูของท่านได้ยินเสียงชัดเจนดี			
2. การรับประทานอาหารของท่านลดลง			

ผลการศึกษาจากการวัดแบบภววิสัยรายงานคล้ายกันว่าสุขภาพผู้สูงอายุในเมืองดีกว่าในชนบท ผู้สูงอายุโสดและมีคู่มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยก และยิ่งอายุมากขึ้นคะแนนภาวะสุขภาพยิ่งน้อยลง มีภาพรวมของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจอนามัย และสวัสดิการในปี พ.ศ.2535 พบว่าจากจำนวนผู้สูงอายุ 3,354 คน มีจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานว่าไม่ป่วย 2,088 คน หรือร้อยละ 62.3 ที่เหลือรายงานว่ามีอาการเจ็บป่วยด้วยอาการต่างๆ ประมาณ 60 อาการด้วยกัน อาการที่รายงานมาก 10 อาการ ดังตารางที่

15

ตารางที่ 15 อาการป่วยที่ผู้สูงอายुरายงานมาก 10 อาการ

อาการ	ร้อยละ
ไข้หวัด	7.5
ปวดศีรษะ	6.8
ปวดเมื่อยตามตัว	3.4
แน่นท้อง	3.0
ปวดตัวข้อ	1.8
ไอเป็นเลือด	1.6
ปวดหลัง	1.5
เป็นลม	1.4
ไอออกคั่ง	1.2
โรคกล้ามเนื้อ	1.0

ที่มา : ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ปี 2535

ทั้งหมดที่กล่าวมานั้นเป็นภาวะสุขภาพกาย ในส่วนของสุขภาพจิตนั้นก็ประเมินได้ทั้งวิธีอัตวิสัย และภาววิสัยเช่นเดียวกัน การประเมินทางอัตวิสัยนั้นมักประเมินในแง่ของความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ส่วนการประเมินด้วยวิธีภาววิสัยก็มักใช้แบบทดสอบต่างๆ ทั้งที่พัฒนาต่อจากชาวต่างประเทศ และเอาของต่างประเทศมาใช้ เช่น แบบประเมินความซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาของ ขนาน และคณะ (2525), กมลิน (2531) ศรีวรรณ (2535) แบบประเมินความว้าเหว่ที่ใช้ในการศึกษาของสุพรรณิ (2535) และส่วนแบบประเมินสุขภาพจิตทั่วไปที่ใช้กับผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะนั้น ชื่อ Chula Mental Test (CMT) พัฒนาโดย สุทธิชัย และคณะ กำลังอยู่ในระหว่างการทดลองใช้ในประชากรกลุ่มใหญ่ แต่ผลจากการทดลองขั้นต้นพบว่า CMT สามารถประเมินสภาพจิตผู้สูงอายุไทยได้ดีกว่าเครื่องมือที่พัฒนาจากของประเทศตะวันตก

แม้จะมีรายงานวิจัยยืนยันว่า ความชราามีผลโดยตรงเพียงเล็กน้อยต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สุขภาพดี แต่ก็มีผลการวิจัยระบุว่าภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี และภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบการสนับสนุนทางสังคม (Social support system) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อัมพร, 2532 ; ศิริวรรณ, 2532 ; สุพรรณิ, 2534 ; วรรณวิมล, 2535 ; เบญจวรรณ, 2536 ; เพชรา, 2536) ดังนั้นเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก็ยังเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องศึกษาต่อไป และโดยที่สุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต หรือวัฒนธรรม (ปรีชา, 2537) การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก็จะต้องให้ความสำคัญกับตัวแปรทางวัฒนธรรม และความแตกต่างของวัฒนธรรมย่อย (subculture) ในสังคมไทยด้วย

จากข้อมูลที่มีอยู่พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาทางใจมากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชนบทมีภาวะสุขภาพจิตแย่กว่าคนในเมือง (นภาพร และคณะ, 2532) ส่วนการศึกษาของเกริกศักดิ์ และคณะ (2533) ที่เชียงใหม่ได้ใช้ความเหงา ความวิตกกังวล และความพอใจในการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันเป็นตัวชี้วัดสุขภาพจิตของคนชรา พบว่าคนชราที่ศึกษาทั้งหมดมีสุขภาพจิตดี เนื่องจากการเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลานดี ได้รับการเคารพนับถือ และมีความพอใจในชีวิต ซึ่งผลการศึกษาสองเรื่องนี้ขัดแย้งกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งสองเรื่องนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างต่างกัน และระเบียบวิธีวิจัยก็ต่างกัน ความแตกต่างนี้อาจนำมาซึ่งผลสรุปที่ต่างกันดังกล่าวก็เป็นได้

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีโอกาสมีปัญหาสุขภาพ ด้วยสาเหตุเดียวกับคนวัยผู้ใหญ่โดยทั่วไป แต่มีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพ และความพิการมากกว่าด้วยสาเหตุของความเสื่อมสมรรถภาพทางร่างกาย นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุในบ้านก็มีมากขึ้นกว่าคนวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้เห็นภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชัดเจนขึ้น ในที่นี้จึงจะแยกปัญหาเป็น 3 ประเภทคือ ปัญหาทางกาย ปัญหาทางใจ และปัญหาทางเพศ การที่แยกปัญหาทางเพศออกมาต่างหากนั้นเนื่องจากปัญหานี้มีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรมมากเป็นพิเศษ และมักเป็นปัญหาที่ถูกซ่อนเร้น หรือถูกมองข้าม

1. ปัญหาทางกาย

หากจะใช้สถิติสาเหตุการตายของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลในตารางที่ 16 และ 17 ได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่าสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุคือ ปัญหาทางกาย

ตารางที่ 16 สาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2530

โรค	ร้อยละจากผู้ตายที่ทราบสาเหตุการตายทั้งหมด
หัวใจวาย	41.01
วัณโรคปอด	41.02
เลือดออกในสมองและกระโหลกศีรษะ	38.04
เนื้อร้าย	36.06
ปอดอักเสบ	28.77
โรคติดเชื้อและลำไส้	19.91

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข, 2530

ตารางที่ 17 ร้อยละของสาเหตุการตายของผู้สูงอายุด้วยโรคต่างๆ 10 โรคแรกในระหว่างปี
ปี พ.ศ.2531-2535 จำแนกตามเพศ

ปี พ.ศ. โรค	2531		2532		2533		2534		2535	
	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
วัณโรคปอด	37.5	13.2	30.8	14.5	31.4	13.3	30.7	14.3	31.6	14.5
หัวใจวาย	25.9	19.1	25.7	19.4	27.2	21.5	27.7	22.8	27.5	22.3
ปอดอักเสบ	21.2	11.1	24.2	13.1	23.2	13.4	24.2	13.7	24.5	13.7
เนื้อร้าย(ทุก ตำแหน่ง)	22.9	14.7	23.3	15.0	24.1	14.9	24.3	14.9	24.5	15.4
ตับและตับแข็ง เรื้อรัง	21.2	8.5	20.6	8.8	22.9	9.5	22.1	9.9	23.8	9.7
เลือดออกใน สมอง และกระโหลก ศีรษะ	22.8	18.1	22.3	18.5	23.2	17.5	21.9	18.8	23.7	18.5
โรคติดเชื้อของ ลำไส้	11.0	10.0	11.7	11.3	13.2	10.9	11.4	13.3	11.7	12.8
ไข้มาเลเรีย	4.8	3.4	4.9	2.9	6.5	3.2	5.4	3.3	5.5	3.5
อุบัติเหตุจากการ จราจร	4.5	2.1	4.6	2.3	4.7	2.2	4.1	1.7	4.7	1.9
ถูกฆ่าและผู้อื่น ทำร้าย	4.4	1.4	5.9	1.0	4.4	1.1	4.3	1.0	4.4	1.3

หมายเหตุ : เป็นร้อยละจากผู้ป่วยที่ทราบสาเหตุของการตาย

ที่มา : กองสถิติสาธารณสุข, 2535

โดยภาพรวมที่ปรากฏในตารางที่ 17 ร้อยละของสาเหตุการตายทุกชนิดของผู้สูงอายุชายสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ซึ่งก็ไปสอดคล้องกับข้อมูลด้านประชากรที่จำนวนผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชาย

ข้อมูลจากตารางที่ 16 และ 17 เห็นได้ว่า สาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของผู้สูงอายุไทยในระยะ 6 ปี คือปี 2530-2535 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ข้อมูลในตารางที่ 16 เห็นภาพขยายชัดเจนว่าโรคที่เกิดจากติดเชื้อในทางเดินหายใจ (วัณโรคปอด ปอดอักเสบ) โรคที่มีความ

สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (ดับ/ดับแข็งเรื้อรัง) การเดินทาง (อุบัติเหตุจราจร) และความรุนแรง (ถูกฆ่า ถูกทำร้าย) เป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างไม่เปลี่ยนแปลงในตลอด 5 ปี ส่วนโรคที่เกิดจากอาหารการกิน (โรคติดเชื้อในลำไส้) ไม่ต่างกันทั้งหญิงชาย โรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือด (หัวใจวาย เลือดออกในสมอง) เป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิงเล็กน้อย เช่นเดียวกับโรคไข้มาลาเรีย ซึ่งความต่างและความเหมือนดังกล่าวข้างต้นนี้มีคำอธิบายอย่างชัดเจนในเชิงสังคมและวัฒนธรรม ความแตกต่างระหว่างเพศ (Gender difference) ที่ทำให้หญิงชายมีวิถีชีวิตต่างกัน โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคต่างๆ ก็ต่างกันด้วย นอกจากนั้นความแตกต่างทางด้านชีวภาพก็สามารถนำมาอธิบายได้ชัดเจนในโรคหัวใจวาย กล่าวคือในวัยหนุ่มสาว ชายเป็นโรคหัวใจมากกว่าหญิง แต่เมื่อเข้าสู่วัยชรา หญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคหัวใจมากกว่าชาย เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนของหญิงลดลง มีผลให้หลอดเลือดยืดหยุ่นน้อยลง คลอเรสเตอรอลจับตามผนังเส้นเลือดได้มากขึ้น เหล่านี้เป็นต้น

มีข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับสาเหตุการตายด้วยเนื้อร้าย (ทุกตำแหน่ง) ที่ข้อมูลระบุว่า เป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิงมาอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้ง 5 ปีเช่นกัน เนื่องจากสาเหตุของการเกิดเนื้อร้ายสันนิษฐานว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ก็ยังไม่ระบุแน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุที่แท้จริง อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษามากมายยืนยันว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเป็นมะเร็ง หรือเนื้อร้าย ถ้าเป็นเช่นนั้น ข้อมูลนี้ก็ทำให้เกิดข้อสันนิษฐานว่าผู้ชายเครียดมากกว่าผู้หญิง แต่ข้อสันนิษฐานนี้ก็จะต้องไปขัดแย้งกับข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่รายงานว่าผู้หญิงมีปัญหาทางใจมากกว่าผู้ชาย ประเด็นเหล่านี้จึงน่าสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมให้ได้ภาพชัดเจนว่าสถานการณ์เป็นเช่นไร และมีตัวแปรใดเกี่ยวข้องบ้าง

ผลจากการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนในปี พ.ศ.2535 ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางกายจำนวนมากป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูก รองลงมาคือโรคของระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร โรคหัวใจ และหลอดเลือด ตามลำดับ ดังปรากฏในตารางที่ 18 ซึ่งรายงานนี้ก็สอดคล้องกับรายงานสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าโรคเนื้อร้ายซึ่งเป็นสาเหตุการตายลำดับแรกๆ ปรากฏในรายงานเฉพาะมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น ซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ส่วนมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ นั้นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รายงานเลย ซึ่งเป็นไปได้ว่าเพราะไม่รู้ว่าเป็น หรือกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นมะเร็งจริง อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่บอกอาการที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มโรคใดได้ หรือบอกชื่ออาการ ชื่อโรคด้วยคำท้องถิ่นที่ไม่แน่ใจว่าจะอยู่ในกลุ่มโรคใด ตัวอย่างเช่น โรคออกตุ่ม ตาตาย ตัวบวม ลมคันขึ้น น้ำเหลืองไม่ดี ร้อนใน ฝิคุณ ปะดง กะษัยเส้น ไข้ทับระดู ขาง ตาลขโมย เบื่ออาหาร และชาตามเนื้อตัว เหล่านี้

เป็นต้น จึงน่าสนใจที่จะศึกษาให้ชัดเจนว่า คำต่างๆ ที่ผู้สูงอายุรายงานนั้นมีความหมายอย่างไร เพื่อประโยชน์ในการสื่อสาร และได้ภาพปัญหาของผู้สูงอายุได้ชัดเจนขึ้น

เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ข้อมูลจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขดังปรากฏในตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่าโรคปวดหลังซึ่งเป็นโรคในระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก คุกคามผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทั้งสองโรคนี้มีผลมาจากหลายสาเหตุ ที่สำคัญที่สุดคือการเสื่อมของร่างกาย สาเหตุอื่นๆ เช่น รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ออกกำลังกายไม่เหมาะสม ไม่เพียงพอ เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนผู้สูงอายุไม่น้อยที่เป็นโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งโรคนี้แม้เกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่สำคัญคือความเครียด การได้รับสารที่ระคายเคืองกระเพาะอาหารบ่อยๆ เช่น ยาแก้ปวด จึงควรศึกษาเพิ่มเติมถึงความเครียดในผู้สูงอายุ ตลอดจนการใช้ยาแก้ปวดของผู้สูงอายุด้วย

ในประเด็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุนี้ สุทธิชัย (2535) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังสูง ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมร่วมด้วย นอกจากนั้นก็มีผลกระทบถึงครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล ที่จะต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ในกรณีที่ดูแลไม่ได้ ผู้สูงอายุก็น่าจะไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ถูกต้อง ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเหล่านี้ตกต่ำยิ่งขึ้น

ตารางที่ 18 ร้อยละของโรคที่ผู้สูงอายุรายงานในการสำรวจในปี พ.ศ.2535 จำแนกตามเพศ

โรค	รวม		ชาย		หญิง	
	N	%	N	%	N	%
โรคกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูก	1,072	28.20	397	27.04	675	28.93
โรคระบบทางเดินหายใจ	632	16.63	286	19.48	346	14.83
โรคระบบทางเดินอาหาร	453	11.92	208	14.17	245	10.50
โรคหัวใจ หลอดเลือด	262	6.89	104	7.08	158	6.77
โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	129	3.39	50	3.41	79	3.39
โรคต่อมไทรอยด์	117	3.08	35	2.38	82	3.51
โรคผิวหนัง	95	2.50	37	2.52	58	2.49
โรคประสาท จิตเวช	60	1.58	22	1.50	38	1.63
โรคทางเดินปัสสาวะ ตับ ม้าม และถุงน้ำดี	60	1.58	33	2.25	27	1.16
โรคติดเชื้อ	11	0.29	5	0.34	6	0.26
โรคภูมิแพ้	10	0.26	3	0.20	7	0.30
โรคของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	8	0.21	0	0	8	0.34
โรคไม่แจ้งชัด	887	23.34	287	19.55	600	25.72
อื่นๆ	5	0.14	1	0.07	4	0.17
รวม	3,801	100.00	1,468	100.00	2,333	100.00

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537

ตารางที่ 19 ร้อยละของโรคเรื้อรัง 10 โรคแรกที่รายงานมากในผู้สูงอายุ จากการสำรวจใน
ปี พ.ศ.2535 จำแนกตามเพศ

โรคเรื้อรัง	รวม		ชาย		หญิง	
	N	%	N	%	N	%
โรคปวดหลัง	1,040	17.69	443	17.46	597	17.87
โรคความดันโลหิตสูง	820	13.95	308	12.14	512	15.32
โรคกระเพาะอาหาร	705	11.99	359	14.15	346	10.36
โรคข้ออักเสบ	520	8.85	202	7.96	318	9.52
โรคหัวใจ	357	6.07	112	4.41	245	7.33
โรคเบาหวาน	315	5.36	97	3.82	218	6.52
โรคหอบหืด	224	3.81	129	5.08	95	2.84
ปวดกล้ามเนื้อ	146	2.48	50	1.97	96	2.87
ไขข้อ	123	2.09	50	1.97	73	2.18
นิ้วในใจ	104	1.77	71	2.80	33	0.99

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าเมื่อผู้สูงอายุป่วยมักไม่เป็นโรคเดียว จะมีหลายๆ โรคเกิดขึ้น
ด้วยเช่น เป็นเบาหวาน แล้วมีปัญหาความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจตามมา เป็นต้น ปัญหาการ
เจ็บป่วยของผู้สูงอายุจึงมักเป็นปัญหาซับซ้อน และมักมีอาการแทรกซ้อนตามมาหลังเจ็บป่วย
เช่น

- ข้อติด เนื่องจากนอนท่าเดียวนานเกินไป
- แผลกดทับ เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผิวหนังบริเวณที่ถูกทับนานๆ ไม่
มีเลือดไปเลี้ยง
- ขาดน้ำ และสารอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการดูดซึมของลำไส้ไม่ดี ดื่มน้ำน้อย
- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากนอนนานๆ กลั้นปัสสาวะบ่อยเข้าจนกระเพาะ
ปัสสาวะอักเสบ
- กลั้นอุจจาระไม่ได้ เนื่องจากเส้นประสาทเสื่อม
- หลอดเลือดดำอักเสบ เนื่องจากการติดเชื้อง่าย
- ท้องผูก เนื่องจากกินอาหารที่มีกากน้อย การดูดซึมและย่อยอาหารไม่ดี

ภาวะหรือโรคแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้สุขภาพผู้สูงอายุเสื่อมลงเร็วขึ้น และเป็น
ปัญหาสืบทอดมาถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เพราะต้องรักษาตัวนาน

นอกจากการเจ็บป่วยแล้ว ความพิการก็เป็นปัญหาทางกายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง
กล่าวคือความเสื่อมทางร่างกายอย่างเดียวยังเป็นสาเหตุของความพิการได้หลายอย่าง เช่น หูตึง
กระดูกเปราะ กระดูกหัก กระดูกสันหลังโค้งงอ แต่เมื่อมีความเจ็บป่วยร่วมด้วยก็ทำให้ความ
พิการนั้นรุนแรงไปด้วย ข้อมูลในตารางที่ 20 ซึ่งเป็นผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในปี 2535 พบว่าผู้สูงอายุพิการเป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ และหูตึงมากที่สุด เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนผู้สูงอายุหญิงที่ตาบอดสองข้างมีมากกว่าผู้สูงอายุชายอย่างเห็นได้ชัด ส่วนความพิการอื่นๆ นั้นมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ส่วนการศึกษาของศรีจิตรา (2537) พบว่าในปี พ.ศ.2531 ในประชากรผู้สูงอายุ 1 แสนคน มีผู้สูงอายุ 7,064.5 คน ที่ทุกข์ทรมานจากความพิการและความพิการที่มีมากที่สุดคือพิการทางหู รองลงมาคืออัมพาต/อัมพฤกษ์ เช่นกัน

ตารางที่ 20 ร้อยละของความพิการของผู้สูงอายุที่ตรวจพบในการสำรวจ ปี พ.ศ.2535

ความพิการ	รวม		ชาย		หญิง	
	N	%	N	%	N	%
อัมพาต/อัมพฤกษ์	98	26.13	57	29.69	41	22.40
หูตึง	94	25.07	50	26.04	44	24.04
ตาบอดข้างเดียว	47	12.53	22	11.46	25	13.66
ตาบอดสองข้าง	42	11.20	13	6.77	29	15.85
แขนขาเล็บ/เท้าปุก แขนขาดงอ	25	6.67	10	5.21	15	8.20
แขนขา นิ้วมือ นิ้วเท้าขาด/ด้วน	23	6.13	15	7.81	8	4.37
กระดูกสันหลังคดงอ	10	2.67	7	3.65	3	1.64
หูหนวกทั้งสองข้าง	4	1.07	3	1.56	1	0.55
ใบ้	2	0.53	0	0	2	1.09
ปากแหว่ง/เพดานโหว่	1	0.27	0	0	1	0.55
विकलจิต	1	0.27	1	0.52	0	0.00
อื่นๆ	28	7.47	14	7.29	14	7.65

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2535

ปัญหาโภชนาการก็เป็นปัญหาทางกายอีกปัญหาหนึ่งซึ่งมักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้ที่มีปัญหาทางกาย ผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยปกติแล้วสภาพทางกายของผู้สูงอายุซึ่งมักจะฟันไม่ดี เคี้ยวอาหารไม่แหลก การดูดซึมสารอาหารด้อยประสิทธิภาพลง ก็ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางโภชนาการอยู่แล้ว ถ้ามีปัญหาพิเศษที่ทำให้ไม่ยอมกินอาหาร หรือรับประทานอาหารไม่ได้ หรือไม่มีโอกาสได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายแล้ว ยิ่งทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการมากขึ้น และรุนแรงขึ้น ข้อมูลในตารางที่ 21 แสดงว่าผู้สูงอายุจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางโภชนาการ โดยปัญหาที่มีมากที่สุดคือการขาดสารอาหาร

ตารางที่ 21 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ สํารวจโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี 2535

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	844	40.6
ต่ำกว่าปกติ	821	39.5
สูงกว่าปกติ	336	16.1
โรคอ้วน	80	3.8
รวม	2,081	100.00

โดยสรุปปัญหาทางกายของผู้สูงอายุ มีทั้งปัญหาที่เกิดจากการเสื่อมตามวัย ปัญหาจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ปัญหาความพิการ และปัญหาโภชนาการ ปัญหาเหล่านี้เมื่อเกิดแล้วแก้ไขยาก สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการป้องกัน และการให้บริการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ อีกทั้งต้องสะดวก และง่ายต่อการเข้าถึง

2. ปัญหาทางใจ

แม้ว่าข้อมูลในตารางที่ 18 และ 20 จะแสดงให้เห็นว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิต ประสาทไม่สูง และเป็นปัญหาระดับต่ำๆ แต่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ที่มิมีปัญหาทางจิตชัดเจนจนถึงกับต้องเข้ารับการรักษา ส่วนผู้ที่มีปัญหาทางใจที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจนไม่ได้นับรวมไปด้วย นอกจากนั้นปัญหาทางจิตมักเป็นปัญหาที่เจ้าตัวมักซ่อนเร้น ยากที่จะบอกให้ใครได้รับรู้ง่ายๆ เพราะกระทบต่อภาพลักษณ์ของบุคคล ดังนั้นการสำรวจผู้มีปัญหาทางใจโดยการใช้คำถามกว้างๆ มักจะไม่ได้ข้อมูลที่เป็นจริงครบถ้วน จึงนิยมใช้เครื่องมือ เช่น แบบตรวจสภาพจิต เกณฑ์การวินิจฉัยโรค เป็นต้น

การศึกษาของ เกษม (2527) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมเด็จพระเทพฯ ในระหว่างปี พ.ศ.2522-24 พบว่าผู้สูงอายุที่มาขอรับการรักษามีปัญหาเป็นโรคประสาท (Neurosis) มากที่สุด รองลงมาคือโรคสมองเสื่อม (Senile dementia) โรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามลำดับ ดังปรากฏในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 โรคและปัญหาทางจิตที่พบในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
สมเด็จพระยา ระหว่างปี พ.ศ.2532-2534

โรค	2522		2523		2524	
	N	%	N	%	N	%
Neurosis	55	30.55	76	27.94	78	29.77
Senile dementia	54	30.00	57	20.95	62	23.66
Unspecified psychosis	15	8.33	35	12.87	30	11.45
Schizophrenia	17	9.44	15	5.51	10	3.82
Alcohol dependence	6	3.33	10	3.67	8	3.05
Paraphrenia	6	3.33	12	4.41	3	1.14
Affective disorder	8	4.44	5	1.84	6	2.29
Psychosomatic disorders	3	1.67	12	4.41	6	2.29
Tension headache	2	1.11	4	1.47	6	2.29
Adjustment reaction	2	1.11	2	0.73	2	0.76
Sleep disorder	2	1.11	1	0.36	3	1.14
CVA	0	0	2	0.73	0	0
Undiagnosed	10	5.55	41	15.07	48	18.32
รวม	180	100.00	272	100.00	262	100.00

ที่มา : เกษม, 2527

ส่วนการศึกษาที่เน้นปัญหาเฉพาะทางสุขภาพจิตเช่นซึมเศร้า ว้าเหว่ สุพรรณิ (2534) พบว่าในกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ที่อยู่ในแขวงเมืองราย เทศบาลนครเชียงใหม่ ร้อยละ 58 มีความว้าเหว่ปานกลาง ส่วนการมีโรคประจำตัวไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนความว้าเหว่ และตัวแปรที่ทำนายความว้าเหว่ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษา ตามลำดับ ศิริวรรณ (2535) พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ศึกษามีความซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และปานกลาง จำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 47 และ 45 ตามลำดับ ผู้สูงอายุหญิงมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม

ในส่วนที่เกี่ยวกับตัวแปรจำแนกผู้สูงอายุที่มีกับไม่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น สุดาวัลย์ (2535) พบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักในการจำแนกสูง 11 อันดับแรกคือ ความเพียงพอของรายได้ ขนาดของเครือข่าย จำนวนรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค การทำกิจกรรมในสังคม ความรู้สึกสูญเสีย การสนับสนุนทางสังคม อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส และอาชีพค้าขาย แต่การศึกษาเรื่องนี้ยังทำในวงแคบ และยังไม่ได้นำตัวแปรที่มีความสำคัญหลายตัวเช่น ความสมบูรณ์ของร่างกาย เขตที่พักอาศัย (ในเมือง ชนบท) มาศึกษาด้วย

เนื่องจากโรคสมองเสื่อม (Dementia) ทำให้เกิดปัญหาทางจิต และพบมากในผู้สูงอายุ จึงมีบุคลากรทางสุขภาพจิตสนใจศึกษาการเกิดโรคนี้ในสังคมไทย เช่น การศึกษา

ของกัมมันต์ และคณะ (Kammant et al., 1991) ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 500 คน ที่อาศัยอยู่ใน
สลัมของกรุงเทพฯ พบว่าร้อยละ 1.8 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา มีอาการทางจิตเนื่องจากโรคสมอง
เสื่อม นอกจากนั้นคณะผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบพฤติกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคสมอง
เสื่อมและกลุ่มที่เป็น พบว่ากลุ่มที่เป็นส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานบ้านที่เคยทำได้และหลงทาง
แม้ในถิ่นที่คุ้นเคย

โดยสรุปปัญหาทางจิตของผู้สูงอายุมิสาเหตุโดยตรงมาจากความเสื่อมของสมอง
ซึ่งเกิดขึ้นตามวัย แต่ไม่เกิดกับทุกคนเนื่องจากมีองค์ประกอบอื่นๆ ร่วมด้วย นอกจากนั้นก็มี
สาเหตุทางอ้อมมาจากสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ในชีวิต เช่นความสูญเสีย ถูกทอดทิ้ง รู้สึก
ว่าตนเองไร้คุณค่า เป็นต้น วลีที่ว่า "คนแก่ใจน้อย" สะท้อนภาวะจิตของผู้สูงอายุที่อ่อนไหว และ
พร้อมที่จะถูกกระทบกระเทือนจากคำพูด หรือการกระทำที่แสดงถึงการไม่ยอมรับ ไม่ให้เกียรติ
ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ภาวะนี้ได้

3. ปัญหาทางเพศ

โดยทั่วไปสังคมไทยให้ภาพของผู้สูงอายุในเรื่องเพศไว้ค่อนข้างชัดเจนว่าผู้สูงอายุ
มีความเข้าใจในชีวิต ผ่าน "อะไร อะไร" มามากจนละวางเรื่องต่างๆ ได้ โดยเฉพาะเรื่องเพศและ
ความต้องการทางเพศ ผู้สูงอายุที่ยังมีท่าที หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความฝักใฝ่ทางเพศ มักจะ
ถูกกล่าวถึงในทางลบเช่นเป็น "เต่าหัวงู" ในผู้ชาย และ "ไก่แก่ แม่ปลาช่อน" ในผู้หญิง อย่างไรก็ตาม
ตามผู้สูงอายุหญิงมักจะถูกคาดหวังสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เช่น ถ้าผู้สูงอายุชายแต่งงาน หรือมีเพศ
สัมพันธ์กับหญิงสาว มักจะไม่ถูกประณามแต่จะถูกกล่าวถึงในเชิงตลกขบขัน หรือสมเพช แต่ถ้า
เป็นผู้สูงอายุหญิงแต่งงาน หรือมีสัมพันธ์ทางเพศกับชายหนุ่ม เธอจะถูกประณามว่า "วัยกลับ"
บ้าง "ไม่รู้จักพอ" บ้าง

ความจริงตามหลักวิทยาศาสตร์ก็คือ สุขภาพทางเพศอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยทารก
จนถึงวัยชรา แต่อารมณ์เพศของคนเราเปลี่ยนไปตามวัยเนื่องจากสรีระของร่างกายเปลี่ยนไป
นอกจากนั้นยังเกี่ยวกับจิตใจอีกด้วย (สุวทนา และเอนก, 2528) กล่าวเฉพาะเรื่องเพศสัมพันธ์เมื่อ
ผู้ชายอายุ 60 ปีไปแล้ว ความสามารถในการหลั่งน้ำกามจะน้อยลง องคชาติแข็งตัวช้าแต่อ่อนตัว
เร็ว แรงกระตุ้นทางเพศลดลง บางคนหมดความสนใจเรื่องเพศไปเลย บางคนยังมีความสนใจอยู่
บ้างแต่ต้องกระตุ้นมาก บางคนมีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น ส่วนผู้หญิงมีความเปลี่ยนแปลง
ทางเพศตั้งแต่เริ่มหมดประจำเดือน (สำหรับผู้หญิงไทยอายุประมาณ 47-50 ปี) บางคนมีความ
ต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น บางคนน้อยลง แล้วแต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่เมื่ออายุ 60 ปีไปแล้ว ความ
ต้องการทางเพศลดลงมาก การตอบสนองทางเพศก็ช้า ถ้าสามีไม่สนใจเรื่องเพศ อารมณ์เพศก็จะ
น้อยลงไปมาก จนถึงไม่มีความต้องการเลยก็ได้

ปัญหาทางเพศในวัยสูงอายุสำหรับผู้ที่ยังอยู่กับคู่ครองมักเกิดจากความเปลี่ยนแปลง
ในการตอบสนองทางเพศของแต่ละฝ่ายแตกต่างกัน นอกจากนั้นก็เกิดจากความเจ็บป่วย

ทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง และความพิการต่างๆ ซึ่งมักเกิดกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางเพศ แต่สภาพร่างกายไม่เอื้อ ก็เป็นปัญหาได้

เนื่องจากปัญหาทางเพศในผู้สูงอายุมักถูกปิดบัง ซ่อนเร้น เนื่องจากภาวะทางสังคมวัฒนธรรมคงได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นตัวเลขที่แสดงถึงปัญหาด้านนี้จึงหาได้ยากและไม่ค่อยมีการศึกษามากนัก เท่าที่พบคือการศึกษาของสมชาย และคณะ (Somchai et al., 2534) ซึ่งศึกษาภาวะทางเพศของสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ จำนวน 100 คน ที่มาพบสูตินารีแพทย์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงกันยายน 2532 พบว่าร้อยละ 95 มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 94 กิจกรรมทางเพศก็ลดลง นอกจากนั้นร้อยละ 86 เมื่อร่วมเพศแล้วไม่ถึงความสุขสุดยอด (Orgasm) และร้อยละ 98 ไม่สำเร็จความใคร่เลย เมื่อหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเหล่านี้กับสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 86) แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าร้อยละ 14 ที่รายงานว่ามีปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรส นั้นไม่มีรายละเอียดที่ให้ภาพชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุทางเพศอย่างเดียว หรือมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยการศึกษาของศิริพร (Chirawatkul, 1992) ซึ่งศึกษาภาวะทางเพศของสตรีหลังวัยหมดระดู ซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าสตรีได้เปรียบเทียบการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่า "เหมือนขี่จักรยานยางแฟบ" แต่อย่างไรก็ตามสตรีที่ศึกษาเห็นว่าเรื่องเพศมีความสำคัญแม้จะไม่ค่อยพูดกันก็ตาม

แม้ว่าปัญหาทางเพศในผู้สูงอายุ จะไม่มีสถิติแสดงขนาดของปัญหาชัดเจน แต่ก็ยังเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้าม เพราะเรื่องเพศไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการดูแลวัยชรา เพศ โรคหรืออันตรายทางเพศ (ข่มขืน ถูกทารุณ) และความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายอีกด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แม้จะมีความต้องการทางเพศลดน้อยลง แต่ก็ยังมีความต้องการการห่วงหาอาทร และความสุขจากเพศตรงกันข้ามในรูปแบบอื่นๆ จึงน่าสนใจที่จะหาข้อมูล เพื่อการช่วยเหลือผู้มีปัญหา หรือจัดบริการเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางเพศแก่ผู้สูงอายุต่อไป

การบริการผู้สูงอายุ

ด้วยจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุจะเป็นคนกลุ่มใหญ่ของประเทศในอนาคต ดังนั้นการจะทำให้ประชากรผู้สูงอายุเป็นพลังสำคัญที่ยังทรงคุณค่าแก่สังคม ไม่เสื่อมถอยไปตามสมรรถภาพของร่างกายย่อมเป็นสิ่งจำเป็นที่ทั้งหน่วยงานของรัฐ และเอกชน ตลอดจนสังคมจะต้องดำเนินการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า นอกจากผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมสมรรถภาพไปตามวัยแล้ว สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปก็ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสถาน-

การณ์ที่ต้องพึ่งพิงสังคมมากขึ้น สังคมซึ่งครั้งหนึ่งผู้สูงอายุคือแรงขับเคลื่อนที่สำคัญก็ต้องตอบแทนผู้สูงอายุเช่นกัน รัฐบาลไทยได้วางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุตามมติที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ พ.ศ.2525 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย แผนระยะยาวของประเทศไทยนั้นเป็นแผน 20 ปี เริ่มปี พ.ศ.2525 ถึงปี พ.ศ.2544 โดยวางแผนพัฒนาผู้สูงอายุ 5 ด้านคือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสังคม แต่ละด้านมีนโยบายและมาตรการเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคม, 2534) นอกจากนั้นรัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์เป็นเลขานุการ และมีกรรมการประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ และองค์กรเอกชน รวม 25 คน และมีคณะอนุกรรมการอีก 7 คณะ คือ

1. คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. คณะอนุกรรมการประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
3. คณะอนุกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ
4. คณะอนุกรรมการวิเทศสัมพันธ์เรื่องผู้สูงอายุ
5. คณะอนุกรรมการประชาสัมพันธ์เรื่องผู้สูงอายุ
6. คณะอนุกรรมการสวัสดิการผู้สูงอายุ
7. คณะอนุกรรมการจัดหาทุนส่งเสริมกิจการผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่าโครงสร้างของการบริการที่รัฐตั้งขึ้นได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ แต่ประเด็นสำคัญอยู่ที่การปฏิบัติการว่าสนองตามเป้าหมายจริงหรือไม่ การดำเนินงานมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันเพียงใด ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะด้านบริการสุขภาพอนามัยดังนี้

งานบริการด้านสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ

จากนโยบาย มาตรการ และเป้าหมายบริการด้านสุขภาพอนามัย รัฐโดยมีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำ ร่วมกับหน่วยงานของรัฐ เช่น กรมประชาสัมพันธ์ ของเอกชน เช่น สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย บริษัทไทยสมุทรพาณิชย์ประกันภัย และมูลนิธิต่างๆ ให้บริการด้านสุขภาพ การตรวจ รักษาพยาบาล ทั้งที่เป็นรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่างๆ หน่วยบริการเคลื่อนที่ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดความหมายและประเภทของผู้สูงอายุที่อยู่ในข่ายรับบริการไว้ดังนี้

ผู้สูงอายุในที่นี้หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจำแนกประเภทต่างๆ ตามสิทธิที่จะได้รับบริการฯ

1. ประเภทที่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2528

2. ประเภทที่มีสิทธิตามบุตร ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2523 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2528

3. ประเภทที่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาล

4. ประเภทที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือ พ.ศ.2525 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระเบียบนี้

5. ประเภทที่มีบัตรสุขภาพ

6. ประเภทที่มีสิทธิอื่นๆ นอกจากข้อ 1-5 เช่น รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานที่มีการประกันสุขภาพ เป็นต้น

7. ประเภทผู้สูงอายุที่สังคมที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่

7.1 ผู้สูงอายุที่ไม่มีสิทธิตามประเภท 1-6

7.2 ผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และเป็นผู้มีรายได้น้อย

7.3 ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติอุปการะหรือถูกทอดทิ้ง

7.4 ผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายได้น้อย แต่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล

7.5 ผู้สูงอายุ ซึ่งแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ดุลยพินิจว่าผู้สูงอายุนั้นเป็นบุคคลที่สังคมควรให้การช่วยเหลือ

พิจารณาตามหลักเกณฑ์นี้จะเห็นว่าบริการที่รัฐจัดขึ้นมุ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัย และด้านข้อมูลข่าวสารคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยโดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดด้านมนุษยธรรม ทั้งนี้มีขอบเขตของการให้บริการและการดำเนินงานดังนี้

การให้บริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ในที่นี้หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนโดยสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การให้บริการรักษาพยาบาล ในที่นี้หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้านการตรวจวิเคราะห์โรคและการรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตทดแทนน้ำยา หรืออาหารทางหลอดเลือด ออกซิเจน และอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาพยาบาลตลอดจนอาหารผู้ป่วย ตลอดเวลาที่เข้ารักษาพยาบาล โดยยึดหลักการช่วยชีวิต (Life saving) เป็นหลักสำคัญ รวมทั้งการถอนฟัน การอุดฟันและการขูดหินปูน ทั้งนี้ไม่รวมถึง การบริการพิเศษ หรืออาหารพิเศษ การบริการด้านศัลยกรรมตกแต่ง แว่นตา อวัยวะ

เทียม (ยกเว้น แขน ขาเทียม ที่หน่วยราชการผลิตได้) และทันตกรรมประดิษฐ์ สำหรับการบริการห้องพิเศษ หรืออาหารพิเศษ จัดให้เฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลและมติดคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2529 เรื่องการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ครอบครัวทหารผ่านศึกแล้วแต่กรณี

การดำเนินการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคทั้งในและนอกสถานบริการเช่นเดียวกับการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป สำหรับสถานบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ให้เปิดบริการแก่ผู้สูงอายุอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนสถานบริการสาธารณสุขที่ยังไม่เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ให้สถานบริการเหล่านั้นจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการหรือให้บริการผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเช่นกัน

จากขอบเขตของงานดังกล่าวมีสถานบริการสุขภาพต่างๆ ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 6,766 แห่งมีบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ดังนี้

1. คลินิกผู้สูงอายุ 3,404 แห่ง ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

1.1 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	76 แห่ง
1.2 โรงพยาบาลชุมชน	386 แห่ง
1.3 สถานีอนามัย	2,942 แห่ง

2. คลินิกผู้สูงอายุ 22 แห่ง นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	6 แห่ง
2.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม	6 แห่ง
2.3 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย	1 แห่ง
2.4 โรงพยาบาลเอกชน	9 แห่ง

3. ชมรมผู้สูงอายุ 3,340 แห่ง

นอกจากงานด้านรักษาพยาบาลโดยตรงแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันคือ การทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุทุกประเภท เพื่อใช้แสดงตนเข้ารับบริการด้านรักษาพยาบาลฟรีจากสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร จากการประเมินปลายปี 2536 ได้ออกบัตรดังกล่าวให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศจำนวนประมาณ 2.5 ล้านบัตร คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุในปี 2537

การตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครบทุกอำเภอ เพื่อดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ก็เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำลังส่งเสริมสนับสนุน แต่กิจกรรมนี้ได้รับการส่งเสริมแบบ “ตามนโยบาย” และมีลักษณะ “Top down” ใน

ทางปฏิบัติจริงจึงมีตัวเลขของจำนวนชมรมผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี แต่การดำเนินงานของชมรมไม่มีรายงานประเมินว่าผลเป็นอย่างไร นอกจากนั้นยังมีคำถามว่ารูปแบบของชมรมผู้สูงอายุที่ส่งเสริมกันอยู่ในปัจจุบันนี้สอดคล้องกับสังคมไทยทุกภาคทุกวัฒนธรรมหรือไม่ ทำอย่างไรจะมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น และลักษณะ “Bottom up” จะเกิดขึ้นได้อย่างไร

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุจำนวนมากเข้ารับบริการจากหน่วยงานในสังกัด และรัฐได้ใช้จ่ายไปปีละเป็นล้านบาท ดังปรากฏในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายในปี 2536 และ 2537

ปี/สถานบริการ	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน			รวม (บาท)
	คน	ครั้ง	จ่าย	คน	ครั้ง	จ่าย	
<u>พ.ศ.2536</u>							
สถานีอนามัย	2,183,145	3,747,386	114,197,544	49	57	9,420	114,206,964
โรงพยาบาลชุมชน	1,546,273	2,755,769	284,967,386	205,165	800,517	216,999,966	501,967,352
รพท./รพศ.	707,760	1,057,410	164,835,166	174,757	1,333,082	533,846,566	698,681,732
อื่นๆ	165,763	334,759	17,422,341	8,981	41,178	13,343,852	30,766,193
รวม	4,602,941	7,895,324	581,422,437	388,952	2,174,834	764,199,804	1,345,622,241
<u>พ.ศ.2537</u>							
สถานีอนามัย	1,971,276	3,835,382	125,122,033	0	0	0	125,122,033
โรงพยาบาลชุมชน	1,553,697	2,793,000	323,474,695	220,940	837,722	267,536,794	591,011,489
รพท./รพศ.	693,865	1,032,055	182,591,596	181,753	1,138,889	599,814,333	782,405,929
อื่นๆ	48,685	66,936	3,431,222	189	1,085	210,357	3,641,579
รวม	4,267,523	7,727,373	634,619,546	402,882	1,977,696	867,561,484	1,502,181,030

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2537

เป็นที่น่าสังเกตว่าบริการด้านสุขภาพอนามัยที่ปรากฏในรายงานชี้ให้เห็นว่า บริการที่จัดให้เป็นรูปแบบของการสังคมสงเคราะห์และมีลักษณะกิจกรรมที่แยกส่วนเฉพาะอย่างชัดเจน โดยไม่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านอื่นๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม จะมีบ้างเล็กน้อยในด้านวัฒนธรรม ซึ่งปรากฏในบัตรประจำตัวผู้สูงอายุมีคำขวัญว่า "กตัญญูผู้สูงวัย สังคมไทยสถาพร" ซึ่งการดำเนินงานแบบแยกส่วนนี้ นอกจากจะไม่สอดคล้องประสานกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยสำคัญด้านอื่นร่วมด้วยแล้ว ยังจะไม่ทำให้การพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นดังต้องการอีกด้วย ในกรณีนี้ ศรีจิตรา (2537) ให้ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาเฉพาะกรณีเรื่องปัญหาผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้า และแนวทางการแก้ไขไว้ว่า การวางแผนระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น โดยจะต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ล้อม ให้คนทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างกลมกลืนภายใต้เครือข่ายของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว ต้องเอื้อเฟื้อ อาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของการพึ่งตนเอง มีสังคม ชุมชน ช่วยสนับสนุน นอกจากนั้น ศรีจิตรา (2537) เสนอรูปแบบแผนแม่บทสำหรับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ผสมผสานกัน แผนแม่บทดังกล่าวมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเชื่อว่า ถ้าผู้สูงอายุมีข้อมูลอย่างเพียงพอเรื่องสุขภาพอนามัยจากการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ แล้ว จะช่วยให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาสุขภาพ เช่น การได้รับอาหารที่ครบถ้วน การออกกำลังกาย การป้องกันโรค และการตรวจหาโรคเพื่อการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม และเมื่อมีการเจ็บป่วยสถานบริการหลายระดับ บุคลากรทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องก็จะต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือในลักษณะของบริการสหสาขา ซึ่งในประเด็นของบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบสหสาขาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงเรียนแพทย์นั้น สุทธิชัย (2535) กล่าวว่าบริการสหสาขาจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนจากแผนกอายุรศาสตร์ ได้รับความร่วมมือจากแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ฝ่ายการพยาบาล แผนกสังคมสงเคราะห์ เหล่านี้เป็นต้น และที่สำคัญที่สุดคือจะต้องฝึกฝนแพทย์ที่เน้นเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งมุ่งการดูแลคนและสิ่งแวดล้อมของคน มากกว่าความสนใจที่จำแนกออกเป็นอวัยวะหรือกลุ่มใด

ตัวอย่างการศึกษาเพื่อการบริการด้านสุขภาพดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าการจัดบริการอย่างแยกส่วนเฉพาะด้านสุขภาพโดยไม่ได้สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องไปถึงสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม นอกจากนั้น ยังไม่มีกิจกรรมที่เน้นการให้คำปรึกษาทั้งที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ซับซ้อนขึ้นทุกวัน เรื่องเพศ ตลอดจนการใช้สื่อที่เข้าถึงผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชนบทได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องเพียงพอ และทันสมัย และในกรณีที่เป็นกิจกรรมด้านสุขภาพโดยเฉพาะถ้าไม่ผสมผสานสหสาขาวิชา และสอดคล้องประสานการป้องกัน ส่งเสริม และรักษาพยาบาลเข้าด้วยกันแล้ว การบริการนั้นน่าจะไม่ใช่บริการที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน และอนาคต

กล่าวเฉพาะประเด็นสตรีสูงอายุที่เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของผู้สูงอายุบริการสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ไม่ได้ให้ความสำคัญโดยเฉพาะ ทั้งที่ปัญหาสุขภาพของสตรีสูงอายุแตกต่างไปจากชาย นอกจากนั้นสตรีสูงอายุมียุติชีวิตที่เกี่ยวพันกับผู้อื่นในแง่ของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น คู่ชีวิต หรือ ลูกที่เป็นเอดส์ เป็นต้น หรือเป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูหลาน ภาระเหล่านี้แม้จะทำให้สตรีสูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่า แต่ก็ยังเป็นภาระหนักที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้น บริการด้านสุขภาพอนามัยที่จะช่วยสตรีสูงอายุจะต้องคำนึงถึงบทบาททางเพศและปัญหาเฉพาะเพศเหล่านี้ด้วย

บทสรุป

ข้อมูลการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเพิ่มทั้งปริมาณและสัดส่วนอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือในปี พ.ศ.2503 ประชากรผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 4.5 ของประชากร

ทั้งประเทศ ในปี พ.ศ.2528 เพิ่มขึ้น 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 5.6 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ.2535 เพิ่มขึ้น 3.8 ล้านคนหรือร้อยละ 6.7 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ.2537 มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 4.1 ล้านคนหรือร้อยละ 6.8 ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ.2543 จะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 7.8 ของประชากรทั้งหมด ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าคนไทยได้เข้าใกล้ในสิ่งที่พึงปรารถนาในด้านการมีชีวิตยืนยาว แต่ภาพที่ปรากฏจากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลกระทบต่อชีวิตผู้สูงอายุชัดเจนว่า ชีวิตที่ยืนยาวนั้นก็เสี่ยงต่อการมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิตต่าง ๆ นานา ที่มาพร้อมกับความเสื่อมของร่างกายและความเจริญของบ้านเมือง เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง ไร้บุตรหลาน ญาติมิตรเหลียวแล ให้เป็นภาระแก่รัฐและสังคม ความรู้และประสบการณ์นานปีที่สั่งสมก็อาจถูกมองว่าไร้ค่า หลงยุค หาประโยชน์อะไรไม่ได้ ชีวิตขาดความมั่นคงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และชีวิต ด้วยภาพนี้การมีชีวิตยืนยาวดูน่าจะเป็นปัญหามากกว่าความน่าชื่นชม

ยังเป็นที่น่ายินดีว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันยังมีครอบครัวและสังคมอบอุ่นทดแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยยังประโยชน์นานัปการทำให้ประเทศชาติ ผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่เป็นการสำรวจสถานการณ์การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสอบถาม สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆ เช่น ภาวะทางสุขภาพอนามัย ภาวะโภชนาการ การมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ตลอดจนความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีผลตรงกันเป็นส่วนใหญ่ว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพอนามัยมากบ้างน้อยบ้างแต่ผู้สูงอายุก็ยังได้รับการยอมรับว่าเป็น "เสาหลักของครอบครัว" เป็นที่ปรึกษาพึ่งพิงสำหรับชุมชน และสังคม

การศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งถูกทอดทิ้ง หรือต้องช่วยตนเองทั้งที่ขาดปัจจัยพื้นฐานจึงต้องการความช่วยเหลือทุกด้านจากสังคมและรัฐ ซึ่งทั้งสังคมและรัฐก็มีแผนงานและกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหากแต่ไม่มีการเตรียมพร้อม และประเมินผล อย่างไรก็ตามชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้นี้มีแนวโน้มว่าจะไม่มีความสุขดังอดีตและปัจจุบัน ด้วยผลการวิจัยเช่นกันชี้ชัดว่า แม้ครอบครัวและสังคมจะบอกว่าผู้สูงอายุมีความสำคัญต้องดูแล แต่การกระทำของครอบครัวและสังคมเริ่มสวนทางกับคำบอกกล่าว ปรากฏออกมาในรูปของความว่าเหว่ โดดเดี่ยวที่ผู้สูงอายุเผชิญ รัฐต้องมีบทบาทมากขึ้นเมื่อรับและรุดต่อปัญหาในอนาคต

บทบาทของรัฐต้องเปลี่ยนไปจากการเป็นผู้จัดการเองมาเป็นผู้สนับสนุนให้ชุมชนหรือองค์กรในชุมชนเป็นผู้จัดการให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนด้วยความสุข ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศักยภาพของชุมชนจะต้องถูกนำออกมาใช้เพื่อให้คนทุกวัยในชุมชนอยู่ร่วมกันด้วยความเอื้ออาทร

ประเทศไทยในปัจจุบัน (พ.ศ.2537) มีกิจกรรมที่แสดงถึงการให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัดไม่ว่าจะเป็นการกำหนดวันพ่อ วันแม่ ซึ่งเกี่ยวโยงถึงการสูงอายุ การใช้

สิทธิพิเศษต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ การกำหนดให้ดอกคำควนเป็นสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากต้นคำควนเป็นต้นไม้ใหญ่ใบเขียวชอุ่ม ให้ร่มเงาจัดตั้งผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนที่พึ่งที่ให้ความร่มเย็นแก่ผู้อยู่ในปกครองเสมอ ดอกคำควนมีกลีบแข็ง กลีบหอม และกลีบไม่ร่วงง่าย เหมือนผู้สูงอายุที่คงความดีงามไว้เป็นตัวอย่าง และเป็นสิ่งเตือนใจแก่ลูกหลานตลอดไป และกำหนดให้วันสงกรานต์ (13 เมษายน) เป็นวันผู้สูงอายุให้ผู้เยาว์แสดงมุทิตาจิต อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า กิจกรรมทั้งหลายเหล่านั้นมักจัดกระทำอย่างแยกส่วน มีหลายหน่วยมารับผิดชอบ ต่างคนต่างทำในส่วนของตนเอง เมื่อต้องรายงานประเมินกิจกรรมหรือโครงการก็ไม่ได้ให้ความสำคัญด้านรูปแบบมากกว่าความหมาย ซึ่งจะเห็นได้จากการประเมินกิจกรรมมักจะรายงานในรูปจำนวน ตัวเลข มากกว่าผลลัพธ์ในเชิงความหมาย หรือค่านิยม หรือพฤติกรรมที่คงอยู่/เปลี่ยนไปจากกิจกรรมเหล่านั้น

องค์ความรู้จากการวิจัยที่ผ่านมาทำให้รู้สถานการณ์ในปัจจุบัน และคาดการณ์ได้ถึงปัญหาในอนาคต แต่ก็ยังมีความต้องการการวิจัยพื้นฐาน สำรวจ และติดตามสถานการณ์การดำเนินชีวิตและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อชีวิตผู้สูงอายุเป็นระยะ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสังคมที่เกิดขึ้นตลอดเวลา นอกจากนั้น ลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ต่างกัน และผู้สูงอายุในอนาคตจะมีพื้นฐานต่างกับผู้สูงอายุในปัจจุบันมาก พร้อมกับการประเมินกิจกรรมที่เป็นอยู่ว่าสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานต่างกันหรือไม่ ส่วนมาตรการเชิงรุกรุ่นยังไม่มียุทธศาสตร์ใดที่กล่าวถึงอย่างชัดเจน จึงเป็นประเด็นที่น่าศึกษาต่ออย่างยิ่ง ทั้งนี้ด้วยความหวังว่าความปรารถนาของมนุษย์ที่จะมีชีวิตยืนยาว มั่นคง อยู่ในสังคมที่ยอมรับ ให้ความสำคัญ และพึ่งพาซึ่งกันและกัน จะไม่ใช่ความฝันที่เป็นไปไม่ได้สำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต

บรรณานุกรม

- กมลทิน สาตรา. (2531). ความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมแรงงาน. (2533). สถิติแรงงาน 2533. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์. (2534). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2523-2558. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- กองสาธารณสุขภูมิภาค. (2537). การดำเนินงานให้การสงเคราะห์ประชาชนผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร. กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- กัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ). (2536). สมอเลื่อม : โรคหรือวัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คบไฟ.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ จันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2527). ปัญหาจิตเวชผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์. 29(1) : 13-19.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ. อรุณการพิมพ์.
- ขนาน หัสศิริ และคณะ. (2525). การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเมื่อกรุงรัตนโกสินทร์ครบ 200 ปี. มปท.
- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงานของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมวุฒิสภา. (2534). ปัญหาผู้สูงอายุ และแนวทางการแก้ไข. มปท.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). วัยท้าย-วัยสุข. ในอนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพนายแะ ยูนิพันธุ์. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช.
- จิระภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จารุวรรณ สมบูรณ์สิทธิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐนาฏ ไชยศิริ. (2534). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงฤดี ลาสุขะ. (2526). ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คามพวรรณ เข้มช้อย. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการปฏิบัติพัฒนากิจของข้าราชการบำนาญในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
- ทองอยู่ แก้วไทรสะ และคณะ (2531). ผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. 20(1) : 17-41.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2528). แนวโน้มและลักษณะทางประชากรสังคม และสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทยของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2528). เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2528). ผู้สูงอายุ : ทรัพยากรมนุษย์ที่ถูกมองข้าม. ประชากรและการพัฒนา. 9(5) : 1-3.
- นภาพร ชโยวรรณ, มานินี วงษ์สิทธิ์, และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532) สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเคล และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2533). ประชากรผู้สูงอายุไทย : ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2535). การอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดา และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเคล และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ผลกระทบของการเจริญพันธุ์ต่อระบบครอบครัวอุปถัมภ์ของผู้สูงอายุ : ตัวอย่างประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นฤมล นาคเรือง. (2536). การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 1(3) : 37-40.

นิตยา พิระยธรรมวงศ์. (2536). คนแก่ในชนบทไทย.....ใครเลี้ยง. ประชากรและการพัฒนา. 13(5) : 9.

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534) ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตา ชูโต. (2525). คนชราไทย. รายงานการวิจัยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทนา ศรีพินิจ และคณะ. (2536). อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 1(2) : 43-46.

เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2525). โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์พระสิงห์.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2525). ระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : มปท.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่ยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการพิมพ์.

เบญจมา เลหาพูนรังษี. (2534). ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ กับการปรับตัวภายในเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจวรรณ ป้อมเสมอพิทักษ์. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคม ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประชากรและการพัฒนา. (2537). สถิติที่น่ารู้ไปสู่การคาดประมาณ. ประชากรและการพัฒนา. 14 (6) : 8.

ปานัน บุญหลง. (2533). การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลในการเสริมสร้างคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุ. วันที่ 13-17 สิงหาคม 2533 ที่ชะอำมารีนารีสอร์ต จ.เพชรบุรี. (อัคราณา).

- ปรีชา อุปโยคิน. (2537). มิติทางสังคมและวัฒนธรรมกับสุขภาพจิต. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต 17-19 มกราคม 2537. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.
- พรทิพย์ พุ่มไทรย์. (2532). การใช้เวลาของการพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ :
การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์. (2523). ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ครุ
ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพลีย์ ปริดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุรนันท. (2530). การดูแลสุขภาพตน
เอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด จำกัด.
- พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลวาทิน และประสิทธิ์ รักไทยดี. (2523). ความทันสมัย ภาพพจน์
เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชรา. รายงานการวิจัย สำนักวิจัย สถาบันพัฒ
นบริหารศาสตร์.
- พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์. (2524). บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนา กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.
- พัทยา สายหู. (2524). ปัญหาผู้สูงอายุในแง่สังคมและวัฒนธรรม. เอกสารประกอบการสัมมนา
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรรา สุนทโรทก. (2530). บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยตามการรับรู้ของเยาวชนและผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรรา อินทรพาณิชย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลจังหวัดอุดรธานี.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2537). ศักยภาพของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
ต่างๆ : ข้อมูลจากงานวิจัย. วารสารประชากรศาสตร์. 10(1) : 43-69.
- วรรณวิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับ
แบบแผนของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิวัฒน์ ขณภูพานนท์ และคณะ (2536). คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น : โรงพิมพ์
ศิริภัณฑ์.
- วีระสิทธิ์ สิทธิไธรงค์. (2528). ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในทางเศรษฐกิจและสังคม กับ
การเปลี่ยนแปลงในสังคม. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทยของสถาบัน
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วีระสิทธิ์ สัทธาไตรย์ และโยธิน แสงวงศ์. (2530). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการ
มีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนา นวลสุวรรณ. (2536). ภาพสะท้อนผู้สูงอายุไทยจากคนร่วมสมัย. เลียงอาวโส. ฉบับที่ 18
เดือนกรกฎาคม.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดู และการดูแลผู้สูงอายุของคน
หนุ่มสาวไทย : สถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ สิ้นไชย. (2532). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ศรีจิตรา บุณนาค. (2534). ปัญหาผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า และการเตรียมรับสถานการณ์. เอกสาร
ประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุ วันที่ 14-18 ตุลาคม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัครา).
- ศรีจิตรา บุณนาค. (2537). Geriatric Problems in the Coming Decade and Their Remedies :
Thailand, A Case Study. วารสารประชากรศาสตร์. 10(1) : 9-42.
- ศรีทัตติม พานิชพันธ์ (2525). บริการสังคมกับผู้สูงอายุ. ครุภัณฑ์. 25-35.
- ศรีน้อย มาศเกษม และคณะ. (2534). พฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น. ภาควิชา
เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ ดันศิริ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชราวาศนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกวลย์ พลายน้อย และ เนาวรัตน์ พลายน้อย. (2527). ผลกระทบของการพัฒนาที่มีต่อปัญหา และ
ความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ. วารสารประชากรศึกษา. 10(2) : 17-30.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2532). รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2532. กอง
สำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2534). รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2534.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2537). สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษร
ไทย.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2535). สถิติสาธารณสุข 2535.
กรุงเทพฯ. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2524). ปัญหาประชากรและสังคมของประเทศไทยในทศวรรษ 1980 : ปัญหาสำคัญ อุปสรรค และแนวโน้ม. สมาคมนักวิจัย มหาวิทยาลัยไทย กรุงเทพฯ.
- สุดาจันทร์ วัชรกิตติ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุดาวัลย์ สายสืบ. (2536). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2535). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 11(36) : 821-827.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒนา คำสอน. (2535). ผลของการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภรณ์ ลิ้มวิภาวอนันต์. (2535). เจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุและพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนน มาตะพุด. (2537). ประสิทธิภาพของการอบรมเรื่อง การเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจระดับประทวนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริย์พร ตรียาอุตติวาทย์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อย เขตเทศบาลเมืองนครปฐม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณี พลัฒพลาทอง. (2522). ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวทนา อารีพรรค และเอนก อารีพรรค. (2528). สมรรถภาพทางเพศ และความบกพร่องทางเพศ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ เข้มตรี. (2533). ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อรวรรณ ลิ้มทองอิน. (2535). ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรา
นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร ศิวาลัย. (2532). ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษ
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Baltes, PB. and Willis, S. (1977). Toward psychological theories of aging and development. In
Birren and Schaie, **Handbook of the Psychology of Aging (1st ed.)**. New York : Van
Nostrand Reinhold.
- Barkers, WH. (1987). **Adding Life to Years**. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.
- Barnett. EA. (1989). Notes on nervios : a disorder of menopause. **Health Care for Women
International**. 10(2-3) : 159-109.
- Beyene, Y. (1989). From Menarche to Menopause : Reproductive Lives of Peasant Women in
Two Cultures. Albany : State University of New York Press.
- Birren, JE and Renner, VJ. (1980). Concepts and issues of mental health and aging. In Birren and
Sloans. **Handbook of Mental Health and Aging**. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Birren, JE and Schaie, KW. (1985). **Handbook of the Psychology of Aging**. New York : Van
Nostrand Reinhold.
- Brown, J. (1982). Cross-cultural perspectives on middle-aged women. **Current Anthropology**. 23
(2) : 143-156.
- Busse, EW. and Blazer, DG. (1980). **Handbook of Geriatric Psychiatry**. New York : Van
Nostrand Reinhold.
- Butler, RN. and Lewis, MI. (1982). **Aging and Mental Health**. St. Louis : C.V. Mosby.
- Caplan, G. (1974). **Support Systems and Community Mental Health**. New York : Behavioral
Publication.
- Chayovan, N., Knodel, J. and Siriboon N. (1990). **Thailand's Elderly Population : A
Demographic and Social Profile Based on Official Statistical Sources**. Population
Studies Center, University of Michigan.
- Chirawatkul, S. (1992). The Meaning of Menopause and the Quality of Life of Older Rural
Women in Northeast Thailand. In Van Esterik, P and Van Esterik, J. **Gender and
Development in Southeast Asia**. Canadian Studies Association.

- Clark, MM. (1967). The anthropology of aging : a new area for studies of culture and personality. **Gerontologist**. 7 : 55-64.
- Clark, MM. and Anderson, B. (1967). **Culture and Aging : An Anthropological Study of Older Americans**. Springfield, Ill. ; C.C. Thomas.
- Clark, S. (1980). **The Economics of Individual and Population Aging**. Cambridge University Press.
- Cobb, S. (1979). Social support and health through the life course. In Riley, MW. **Aging from Birth to Death**. New York : Westriss press.
- Cohen, S. and Wills, TA. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**. 98 : 310-353.
- Counts, DA, and Counts, DR. (1985). **Aging and Its Transformations : Moving Toward Death in Pacific Societies**. Honolulu : University Press of Hawaii.
- Cowgill, DO. and Holmes, LD. (1972). **Aging and Modernization**. New York : Appleton-Century Crofts.
- Creditor, M.C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. **Annals of Internal Medicine**. 118(3) : 219-223.
- Davis, DL. (1983). **Blood and Nerves : An Ethnographic Focus on Menopause**. St. John's Institute of Social and Economic Research, Memmorial University of Newfoundland.
- Erickson, E. (1959). Identity and the life cycle. **Psychological Issues, Monograph I**. New York : International University Press.
- Finch, CE. and Hayflick, L. (1985). **Handbook of the Biology of Aging**. New York : Van Nostrand Reinhold.
- Fry, C. (1980). **Aging in Culture and Society**. Brooklyn, NY : Bergin.
- Green, M. (1981). Ageing and disease. **Clin Endocrinol. Metb**. 10 : 207-228.
- Havighurst, R. (1968). Personality and patterns of aging. **The Gerontologist**, 8 : 23.
- Holzer, J. (1988). Work participation of the elderly population. In United Nation. **Economic and Social Implications of Population Aging**. Preceeding of the International Symposium on Population Structure and Development, Takyo, 10-12 September.
- Jacobson, A. (1986). Type and timing support. **Journal of Health and Social Behavior**. 27(3) : 250-251.

- Jorm, AF. (1990). **The Epidemiology of Alzheimer's Disease and Related Disorders**. London : Chapman Hall.
- Ju, CA. and Jones G. (1989). **Ageing in Asean : Its Socio-Economic Consequences**. Institute of Southeast Asian Studies, Singapore.
- Kammant, P. et al. (1991). Prevalence of dementia in an urban slum population in Thailand : validity of screening method. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 6 : 636-646.
- Kaplan, HI. and Sadock, BJ. (1984). **Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Baltimore : Williams and Wilkins.
- Kaufert, PA. (1982). Myth and the menopause. **Sociology of Health and Illness**. 4(2) : 141-166.
- Keith, J. (1980). The best is yet to be : toward an anthropology of Age. **Annual Review of Anthropology**. 9 : 339-364.
- Keith, J. (1982). **Old People as People**. Boston : Little Brown and Company.
- Kertzer, DI. and Keith, J. (1984). **Age and Anthropological Theory**. Ithaca and London : Cornell University Press.
- Khan, RL and Antonocci, TC. (1980). Convoys over the life-course : attachment, roles, and social support. **Life-Span Development and Behavior**. 3 : 253-283.
- Kirkwood, TBL. (1977). **Evolution of ageing**. Nature. 270 : 301-303.
- Kramer, M. et al. (1985). Patterns and mental disorders among the elderly resident of eastern Baltimore. **J. Am. Geriatr. Soc.** 33 : 236-45.
- Liang, J. and Whitelaw, N. (1987). **Assessing the Physical and Mental Health of the Elderly**. Paper presented at the Semminar on Research on Aging in Asia and the Pacific, Singapore.
- LeVine, R. (1978). Adulthood and aging in cross-cultural perspectives. **Items**. 33 : 1-5.
- Murray, RB and Haelskoetter, MMW. (1991). **Psychiatric Mental Health Nursing : Giving Emotional Care**. Norwalk, CA : Appleton & Lange.
- Mead, MJ. (1928). **Coming of Age in Samoa**. New York : W. Morrow and Company.
- Neugarten, BL. (1977). Personality and aging. In Birren and Schaie. **Handbook of the Psychology of Aging 1st ed.**. New York. Van Nostrand Reinhold.
- Neugarten BL. (1968). **Middle Age and Aging**. Chicago : University of Chicago Press.
- Pender, NJ. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. California : Appleton & Lange.
- Pramualratana, A. (1990). **Support Systems of the Old in a Rural Community of Thailand**. Unpublished PhD. Dissertation of the Australian National University.

- Rockstein, M. (1987). **Theoretical Aspects of Aging**. New York : Academic Press.
- Shanas, E. and Binstock, RH. (1976). **Handbook of Aging and the Social Sciences**. New York : Van Nostrand and Reinhold.
- Simmons, L. (1970). **The Role of the Aged in Primitive Socieity**. Hamden, Conn. : Archon.
- Sokolovsky, J. (1983). **Growing Old in Different Societies : Cross-Cultural Perspectives**. Belmont, Calif. : Wadsworth.
- Somchai, T. et al. (1991). Postmenopausal sexuality in Thai women. **Asia-Ocenia J. Obstet. Gynaecol.** 17(2) : 143-146.
- Strange, H. and Teitelbaum, M. (1987). **Aging and Cultural Diversity : New Directions and Annotated Bibliography**. Massachusetts.
- Thomae, H. (1980). Personality and adjustment to aging. In Birren and Sloans. **Handbook of Mental Health and Aging**. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Tiden, VP. (1986). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health.** 8 : 201-202.
- United Nations. (1985). **Periodical on Ageing 1984**. New York : United Nations.
- United Nations. (1989). **Global Estimates and Projections of Population by Sex and Age : The 1984 Assessment**. New York : United Nations.
- Warner, HL. et al. (1987). **Modern Biological Theories of Aging**. New York : Reven Press.
- Warner, AM. (1989). **Human Ageing and Later Life : Multi-Disciplinary Perspectives**. London : Edward Arnold.
- WHO. (1980). **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**. Geneva. WHO.
- WHO. (1989). Health of elderly people : report of a WHO expert committee. **WHO tech Rep Ser No 779**. Geneva : WHO.
- Wortman, C.B. (1984). Social support and cancer patient : conceptual and methodological issue. **Cancer.** 2534.
- Yurick, AG. et al. (1989). **The Aged Person and the Nursing Process**. New York : Appleton Century Crofft.