

รายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้ม
ของประชากรสูงอายุ

โดย

เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม
สุพัตรา อติโพธิ



รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
แผนการศึกษาและวิจัยสุขภาพประชาชาติ พ.ศ.2543

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล
โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

มิถุนายน 2543

กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะคณะกรรมการและผู้วิจัยในกลุ่มอายุอื่นๆที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ช่วยตั้งคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณหม่อจันท์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคุณภัทรา จุลวรรณ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและประสบการณ์ในการสำรวจสถานสงเคราะห์ การสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ในจังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น ยะลาและสงขลา โกลเด้นเเยอร์เนิร์สซิงโฮม รวมทั้งสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 12 ท่านที่เต็มใจใช้เวลาในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของชีวิตที่มีความหลากหลายและทรงคุณค่า พร้อมกับความรู้สึกปิติยินดีในการร่วมสนทนากัน

รายงานฉบับนี้ คงยังมีจุดบกพร่องอยู่ไม่มากนักน้อย หากผู้อ่านท่านใดมีข้อเสนอแนะ คณะผู้วิจัยพร้อมน้อมรับคำติและชมด้วยความยินดียิ่ง

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม

นางสุพัทธา อติโพธิ

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	ข
สารบัญ.....	ค
บทที่ 1 บทนำ.....	1
นิยามศัพท์.....	4
บทที่ 2 วิธีการศึกษา.....	7
ส่วนที่ 1	8
ส่วนที่ 2	17
บทที่ 3 สถานภาพของประชากรสูงอายุ	21
1. การคาดประมาณประชากร	21
2. องค์ประกอบลักษณะของประชากรสูงอายุ	27
3. สถานภาพทางเศรษฐกิจ	30
บทที่ 4 สภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย.....	39
1. การประเมินสถานสุขภาพด้วยตนเอง	40
2. โรคหรือภาวะบกพร่องและอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บเฉียบพลัน	41
3. โรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุ	45
4. ภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ	53
5. ความทุกข์ของกลุ่มอาการสมองเสื่อม	56
6. อัตราตายและสาเหตุการตาย ตามกลุ่มอายุและเพศ	58
7. อายุคาดหวังทางสุขภาพ โดยปลอดทุพพลภาพและภาวะที่ดูแลตนเองได้	63

บทที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพ	67
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ.....	69
2. การพักผ่อน.....	73
3. การออกกำลังกาย	73
4. การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการกินหมาก	80
5. การบริโภคยา	83
6. พฤติกรรมทางเพศ	85
7. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและบทบาททางสังคม	88
8. การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ	89
9. การให้ความสำคัญและให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุ	92
10. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในวัฒนธรรมไทยที่ควรสงวนให้ดำรงอยู่และวัฒนธรรมที่ จะพัฒนาขึ้นใหม่สำหรับคนไทย	94
11. พฤติกรรมแสวงหาบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	96
 บทที่ 6 ภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม	103
ภาวะแวดล้อมทางกายภาพ	
1. ที่อยู่อาศัย	104
2. รูปแบบของชุมชนผู้สูงอายุในอนาคต	109
3. การจัดสภาพแวดล้อม	111
ภาวะแวดล้อมทางสังคม	
1. การอยู่กับครอบครัว วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ	114
2. ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ	115
3. การเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์	118

4. ดัชนีชี้วัดภาวะแวดล้อมที่พึงประสงค์ด้านกายภาพและสังคมที่จำเพาะ	119
5. นโยบายสาธารณะและกฎหมายเพื่อให้มีสวัสดิการสังคมและสุขภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม	119
บทที่ 7 ภาพลักษณ์ประชากรสูงอายุในทศวรรษหน้า.....	125
1. แนวโน้มของปัญหาสุขภาพ	126
2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	130
3. แผนภูมิการรอดชีพและการรอดชีพโดยปลอดทุพพลภาพ.....	134
4. ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้า	136
5. ดัชนีวัดความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ	137
6. การคิดล่วงหน้าของผู้สูงอายุ	137
7. วัฒนธรรมที่ควรจรรโลงให้คงอยู่และที่ต้องสร้างเสริมขึ้นใหม่	138
8. การศึกษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ	143
9. ความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในมิติต่างๆ	147
10. การปรับเปลี่ยนกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุ	147
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา.....	152
ภาคผนวก	155
ผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญ.....	155
ผนวก ข แบบบ้านโครงการลานตะวันยิ้ม บริษัทแปลน อาซิเทค.....	160
ผนวก ค การสำรวจอย่างรวดเร็ว.....	169
ผนวก ง บรรณานุกรม.....	171

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 : จำนวนประชากรทั้งหมด ประชากรสูงอายุและสัดส่วนประชากรสูงอายุ พ.ศ.2503 - 2563	24
ตารางที่ 3.2 : จำนวนประชากรอายุสูงสุด พ.ศ.2523 – 2543 และ 2563	24
ตารางที่ 3.3 : จำนวนและอัตราส่วนหญิงต่อชาย ในประชากรสูงอายุที่สุด ปี พ.ศ.2543	25
ตารางที่ 3.4 : อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนของประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) จำแนกตาม กลุ่มอายุจากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2541 - 2568	26
ตารางที่ 3.5 : จำนวนประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)จำแนกตามอายุและเพศ จากการ ฉายภาพประชากร พ.ศ.2541 – 2568 (ต่อแสนคน)	31
ตารางที่ 3.6 : การกระจายร้อยละของประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามอายุและเพศ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2541 – 2568(ต่อแสนคน)	32
ตารางที่ 3.7 : จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ(60ปีขึ้นไป)และประชากรสูงอายุที่สุด (80 ปีขึ้นไป) จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2541 – 2568(ต่อแสนคน)	33
ตารางที่ 3.8 : การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือหมู่บ้าน และเหตุผลสำคัญของการย้าย จำแนกตามเขตที่อาศัย	34
ตารางที่ 3.9 : รายได้เฉลี่ย รายได้มีฐานะ และการกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม รายได้ต่อปี สถานภาพสมรสและเพศปี พ.ศ.2529 และ 2538	35
ตารางที่ 3.10 : การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามดัชนีสรุปการมีทรัพย์สิน รายได้และหนี้สิน จำแนกตามสถานภาพสมรสและเพศ	36
ตารางที่ 4.1 : อัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง จำแนกตามเพศ เปรียบเทียบการสำรวจในปี พ.ศ. 2537 และ 2538	40
ตารางที่ 4.2 : อัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดโรค หรือภาวะบกพร่องที่เกิดขึ้นใหม่ ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ปี พ.ศ. 2539	42
ตารางที่ 4.3 : อัตราร้อยละของโรคและภาวะบกพร่องที่เกิดขึ้นใหม่ที่มีความชุกสูงในประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป	43
ตารางที่ 4.4 : อัตราร้อยละของอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจ ปี พ.ศ.2539 – 2540	44

ตารางที่ 4.5.1 : อัตราความชุกของโรคเรื้อรัง จำแนกตามรายโรคและกลุ่มอายุของประชากร สูงอายุ พ.ศ.2539 – 2540	46
ตารางที่ 4.5.2 : ร้อยละของสภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ	47
ตารางที่ 4.5.3 : ร้อยละของความพิการของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของความพิการ	48
ตารางที่ 4.5.4 : ร้อยละของผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)ที่ใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ช่วย การดำเนินชีวิต	48
ตารางที่ 4.6 : อัตราร้อยละของภาวะทุพพลภาพระยะยาวและความรุนแรงในประชากรสูงอายุ	49
ตารางที่ 4.7 : จำนวนและร้อยละของผู้ที่ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและระดับความรุนแรง จำแนกตามอายุ เพศ	51
ตารางที่ 4.8 : อัตราร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว จำแนกตาม จำนวนโรคหรือภาวะบกพร่อง	51
ตารางที่ 4.9 : ลำดับของโรคและภาวะบกพร่องที่น่าจะเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพ	52
ตารางที่ 4.10 : อัตราการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันตามกลุ่มอายุไทย	54
ตารางที่ 4.11 : อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน ตามพื้นที่อยู่อาศัย จำแนกตามค่าเฉลี่ย ของคะแนน ดัชนีบาร์เรล เอดีแอลและดัชนีจุฬา เอดีแอล	55
ตารางที่ 4.12 : อัตราร้อยละของภาวะพึ่งพาต่อการดูแลลักษณะของตนเองในประชากร สูงอายุ	55
ตารางที่ 4.13 : ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุ	57
ตารางที่ 4.14 : ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย	57
ตารางที่ 4.15 : อัตราตายต่อพัน จำแนกตามเพศและอายุ ประเทศไทยปี พ.ศ.2541	59
ตารางที่ 4.16 : สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากรสูงอายุ คิดเป็นอัตราต่อแสนของประชากร กลุ่มอายุ 60-74 และ 75 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.2541	60
ตารางที่ 4.17 : อัตราร้อยละของการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	61
ตารางที่ 4.18 : สาเหตุการตายจากมะเร็งของระบบต่างๆของกลุ่มอายุ 60-74 และ 75 ปีขึ้นไป	62
ตารางที่ 4.19 : อายุคาดหวังทางสุขภาพที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพและภาวะที่ดูแลตนเองได้	64
ตารางที่ 5.1 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป กับประเภทอาหารที่ได้รับประทาน ทุกวันหรือเกือบทุกวัน จำแนกตามเพศและอายุ	70

ตารางที่ 5.1 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป กับประเภทอาหารที่ได้รับประทาน ทุกวันหรือเกือบทุกวัน จำแนกตามเพศและอายุ	70
ตารางที่ 5.2 : ร้อยละของพลังงานจากสารอาหารที่บริโภค	71
ตารางที่ 5.3 : การเปรียบเทียบปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ กับผู้ใหญ่ในกรุงเทพมหานครและอุบลราชธานี	72
ตารางที่ 5.4 : การพักผ่อน	74
ตารางที่ 5.5 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำแนกตามลักษณะการออก กำลังกายและการปฏิบัติทางจิตใจ แยกตามเขต อายุ เพศ	78
ตารางที่ 5.6 : อัตราร้อยละของผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ดื่มสุราและกินหมาก	82
ตารางที่ 5.7 : ร้อยละของ(ผู้ที่เคยปฏิบัติ) ผู้ที่เลิก	82
ตารางที่ 5.8 : ร้อยละของประเภทยาที่ใช้เป็นประจำมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างอายุ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและอายุ	84
ตารางที่ 5.9 : การกระจายร้อยละของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า ตามความบ่อยครั้งของ ความต้องการทางเพศ จำแนกตามลักษณะภูมิหลังบางประการและกลุ่มอายุ	87
ตารางที่ 5.10 : ปัจจัยก่อความเครียดกับการจัดการเพื่อสุขภาวะในผู้สูงอายุ	99
ตารางที่ 6.1 : การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2529-2538	116
ตารางที่ 6.2 : องค์ประกอบของครัวเรือนของผู้สูงอายุ	117
ตารางที่ 7.1 : การคาดประมาณประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563	127
ตารางที่ 7.2 : การคาดประมาณประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อการดูแล殊ลักษณะ ส่วนตน ประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563	128
ตารางที่ 7.3 : ร้อยละของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ	129
ตารางที่ 7.4 : ร้อยละของภาวะพึ่งพาต่อการดูแลส่วนตน	129
ตารางที่ 7.5 : อัตราการเจ็บป่วยที่สำคัญ คิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ	131
ตารางที่ 7.6 : โรคในประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละในเขตเมืองและเขตชนบท	132
ตารางที่ 7.7 : สรุปรูปโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	132

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 : พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2503-2563	22
แผนภูมิที่ 2 : อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนของประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) จำแนกตาม กลุ่มอายุ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2541-2568	33
แผนภูมิที่ 3 : อัตราการเกิดอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ก่อน การสำรวจ ปี พ.ศ.2539-2540	44
แผนภูมิที่ 4 : อัตราร้อยละของความชุกกลุ่มอาการสมองเสื่อม	56
แผนภูมิที่ 5 : อัตราตายต่อแสน จำแนกตามอายุและเพศ	60
แผนภูมิที่ 6 : อายุคาดหวังทางสุขภาพที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพและภาวะที่ดูแลตนเองได้ ของผู้สูงอายุชายและหญิง	64
แผนภูมิที่ 7 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบัน หยุดสูบไปแล้ว จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่	82
แผนภูมิที่ 8 : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุ 50-59 ปีที่คิดและปฏิบัติจริงเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ วัยสูงอายุ จำแนกตามเขตอาศัยและเพศ	90
แผนภูมิที่ 9 : สัดส่วนการรอดชีพและการรอดชีพโดยปลอดทุพพลภาพ	134
แผนภูมิที่ 10 : อายุขัยเฉลี่ยและอายุขัยเฉลี่ยโดยปลอดทุพพลภาพของประชากรไทย พ.ศ.2540	135

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอสถานะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย และแสดงภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้า เพื่อประกอบการเสนอแนะระบบสวัสดิการและบริการที่เหมาะสมในช่วงเวลาดังกล่าว

วิธีการศึกษา ส่วนแรกเป็นการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในมิติสถานะสุขภาพ จากแหล่งต่างๆ ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เป็นการศึกษเพื่อเพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดไป ได้แก่ การคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย ตั้งแต่พ.ศ. 2543 ถึงพ.ศ.2568 การสำรวจสถานการณ์สถานสงเคราะห์คนชราและสถานพยาบาลบ้านพักผู้สูงอายุ ที่ ดำเนินการโดยรัฐและเอกชน และการสังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญถึงภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า

ผลการศึกษา

1. การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ

ประชากรสูงอายุได้รับความสนใจเป็นพิเศษ ด้วยมีลักษณะเฉพาะตัว มีแบบแผนการดำรงชีวิต การเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างและครอบครัว มีความต้องการบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่แตกต่างไปจากกลุ่มอายุอื่นๆ ฉะนั้น การวิจัยวิจัยสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรมีข้อมูลประชากรจำแนกเพศของผู้สูงอายุ(60 ปี ขึ้นไป)และสูงอายุที่สุด(80 ปีขึ้นไป)เป็นพื้นฐาน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในอนาคตควรแบ่งเป็นสองกลุ่มอายุดังกล่าวแทนที่จะเป็นอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียงกลุ่มเดียว

- ข้อมูลจากการฉายภาพประชากรสูงอายุ โดยใช้ฐานประชากรปี พ.ศ.2541(5.2 ล้านคน) ในด้านปริมาณ พบว่า จะมีจำนวนเพิ่มเป็น 5.6 ล้านคนในปี พ.ศ.2543 และ 7.4 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า จนถึงปี พ.ศ.2568 จะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13.9 ล้านคน
- โดยสัดส่วนร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ.2541 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ.2543 และร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2568หรือเพิ่มขึ้น 2.3 เท่าในระยะเวลา 28 ปี

ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 60-70 ปี หลังจากนั้นจะลดลงอย่างรวดเร็วทั้งสองเพศ และเหลือน้อยในกลุ่มอายุสูงสุด ในปี พ.ศ.2543 กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณ 4 แสนคน ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 หรือร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งหมด

สำหรับอัตราส่วนทางเพศในทุกกลุ่มอายุ จะพบว่าผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สัดส่วนหญิงต่อชายจะเพิ่มขึ้นในอายุที่มากขึ้น คือมีสัดส่วนเป็น 1.1, 1.2, 1.9, 3.2 และ 4.7 ในทุกช่วง 10 ปี ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะทำให้เกิดภาพประชากรหญิงสูงอายุและอายุสูงสุดมากกว่าชายถึง 3-4 เท่าในอนาคต

2. การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชากรสูงอายุในอนาคต 10-20 ปีข้างหน้า

องค์ประกอบที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชากรสูงอายุที่อาจมีความแตกต่างไปจากปัจจุบัน ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตรและการย้ายถิ่น จากการศึกษาต่างๆพบว่า ประชากรสูงอายุไทยเกือบทั้งหมด(มากกว่าร้อยละ 90) เคยสมรสมาแล้ว มีเพียงร้อยละ 2 ที่ยังโสด โดยผู้หญิงครองความเป็นโสดมากกว่าชายประมาณ 4 ต่อ 1 คาดประมาณว่า ประชากรสูงอายุโสดจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ในอีก 10 ปีข้างหน้า เป็นหญิงร้อยละ 5 และชายร้อยละ 1 และพบว่า สภาพการครองคู่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเป็นหม้ายเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะแล้วการสมรสใหม่ของผู้ชายที่เป็นหม้ายจะมากกว่าหญิง ดังนั้นผู้ครองโสดและเป็นหม้ายจะสูงขึ้นตามอายุ และเป็นหญิงมากกว่าชาย ส่วนด้านการศึกษา ปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ และเป็นหญิงมากกว่าชาย ในอนาคตมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมี ระดับการศึกษาสูงขึ้น ผู้หญิงจะได้รับการศึกษาในอัตราเพิ่มที่สูงกว่าชายจนกระทั่งความแตกต่างระหว่างเพศลดลง การศึกษาที่สูงขึ้นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการและรสนิยมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเฉพาะจำนวนบุตรลดลงเพื่อเพิ่มคุณภาพของบุตรให้มากขึ้น และเพิ่มคุณภาพการดูแลเกื้อหนุนบิดามารดายามแก่เฒ่าได้ดีขึ้นตามวัฒนธรรมไทย ผู้สูงอายุจึงจะมีบุตรเฉลี่ยประมาณ 2 คน ประการสุดท้าย ผู้สูงอายุจะมีการย้ายถิ่นน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว มักจะตั้งถิ่นฐานใกล้ เคียงกับญาติมิตร เพื่อนบ้านที่คุ้นเคย ซึ่งจะเป็นฐานให้ลูกหลานที่ออกไปทำงานต่างพื้นที่ได้กลับมาบ้านได้ตลอดเวลาและเป็นแหล่งที่จะส่งเงินกลับมาช่วยเหลือจนเจือตามธรรมเนียมไทยส่วนใหญ่

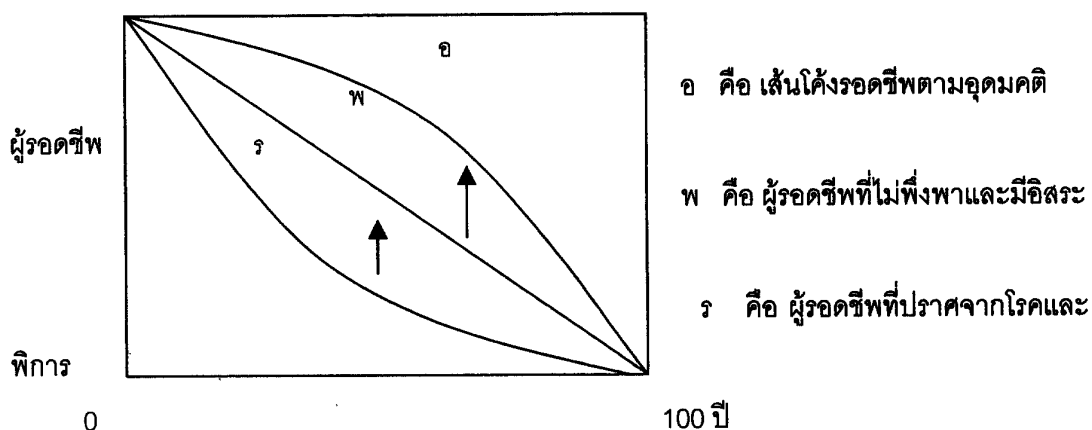
ปัจจัยสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ ความเป็นอิสระและมั่นคงในทางการเงิน ภาวะการมีงานทำและรายได้จึงมีความสำคัญ ข้อมูลการสำรวจให้ภาพค่อนข้างชัดเจนว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งในอดีตและปัจจุบันอยู่ในภาวะยากจน มีรายได้ประมาณ 10,000 บาทต่อคนต่อปี หรือเดือนละ 500 บาท ซึ่งต่ำกว่าระดับยากจนของประเทศ(รายได้เดือนละ 911 บาทต่อเดือน) ประมาณว่าผู้สูงอายุอยู่ในข่ายต้องได้รับการช่วยเหลือทางการเงินคือ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อปี ไม่มีทรัพย์สินและมีหนี้สินอยู่ระหว่างร้อยละ 5-10

3. เป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพของประชากร

เป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพประชากรหนึ่ง คือ การมีชีวิตยืนยาว แม้จะมีโรคเรื้อรังหรือมีความพิการก็ควรมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ และเสียชีวิตเมื่อถึงอายุคาดเฉลี่ยตามสภาพทางชีววิทยา (ประมาณ 85 ปี) จึงมีการนำเสนอ"แผนภาพสี่เหลี่ยมผืนผ้าแห่งการมีชีวิต" โดยพิจารณาตามสภาพแวดล้อมในอุดมคติ เส้นโค้ง ร และ พ ที่แสดงถึงการมีชีวิตปราศจากโรคและความพิการ น่าจะเคลื่อนเข้าใกล้เส้นโค้ง อ คือ การอยู่รอดตามอุดมคติ การทำให้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อความพิการมีระยะเวลาสั้นลงเพื่อเพิ่มระยะเวลาการดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาใคร ในขณะนี้ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับอายุขัยตามสภาพทางชีววิทยา และแนวคิดการตายตามธรรมชาติของคนไทย ในการศึกษาจึงใช้ตัวเลขจากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชายและหญิงไทยอย่างคร่าว ๆ โดยกำหนดที่อายุ 75 ปี ผู้ที่ตายเมื่ออายุตั้งแต่ 75 ปี ที่ไม่มีอาการป่วยใด ๆ ก่อนเสียชีวิต ให้ถือว่าตายโดยธรรมชาติ หรือสิ้นสุดตามสภาพทางชีววิทยาของคนไทยโดยเฉลี่ย

แผนภาพที่ 1 ภาวะการรอดชีวิต



4. ภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย

ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การเกิดโรคเฉียบพลันและอุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง สภาพจิตผิดปกติ และภาวะทุพพลภาพระยะยาว การพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน กับการเกิดโรคสมองเสื่อม และสาเหตุการตายของประชากรสูงอายุไทยโดยใช้ข้อมูลการศึกษาวิจัยปี พ.ศ.2538, 2539-2540

4.1 การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การประเมินสุขภาพด้วยตนเองเป็นภาพสะท้อนทั้งในเชิงบวกและลบที่ผู้สูงอายุมีต่อสุขภาพของตน หากบอกว่าแข็งแรงก็จะหมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และเป็นการประเมินสภาพจิตใจพร้อมไปด้วย โดยที่การสำรวจที่ผ่านมาพบว่า ผู้มีอายุ 60 ขึ้นไปประมาณ 2 ใน 3 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงถึงปานกลาง ผู้สูงอายุหญิงประเมินตนเองว่าไม่แข็งแรงหรืออ่อนแอมากกว่าผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกัน และส่วนใหญ่มีมุมมองในเชิงบวกต่อตนเองและความสามารถของตน การรับรู้เกี่ยวกับตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ จะเป็นการพยากรณ์ที่มี ความเที่ยงตรงมากต่อการตายมากกว่าการประเมินด้วยวิธีอื่น

4.2 โรคภัยไข้เจ็บของผู้สูงอายุ

4.2.1 อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจของประชากรสูงอายุ ไทยใกล้เคียงกับอายุอื่น ๆ โดยที่ในกลุ่มอายุ 60-89 ปีมีอัตราใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 28 พบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป อาการที่พบคือ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง และไข้จากการติดเชื้อ

4.2.2 สำหรับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจพบร้อยละ 6.8 เป็นอุบัติเหตุในบ้านถึงร้อยละ 32.7 รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการเดินทางร้อยละ 22.3 และจากการทำงานร้อยละ 21.8 ของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด เมื่อพิจารณาเป็นอัตราการเกิดอุบัติเหตุต่อร้อยละของประชากร จะพบว่าการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านพบอัตราร้อยละ 1.8 จากการเดินทางและการทำงานในอัตราเท่ากันคือร้อยละ 1.2 จะเห็นได้ว่า การเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างยิ่ง ซึ่งน่าจะสะท้อนให้เห็นว่า สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันอาจไม่ปลอดภัยเพียงพอ ส่วนการกินยาผิดหรือหยาบผิด น่าจะเกี่ยวข้องกับการอ่านฉลากยา เพราะผู้สูงอายุไทยจำนวนมากที่อ่านหนังสือไม่ออก รวมทั้งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้จ่ายยาหรือผู้ให้บริการสาธารณสุขอาจไม่ได้อธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงวิธีใช้ยาเพียงพอ

4.2.3 สำหรับความชุกของโรคเรื้อรังที่ได้จากการสำรวจโดยการตรวจร่างกาย(สถาบันวิจัย สาธารณสุข, 2541) พบว่า ประชากรสูงอายุเป็นโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป อีกทั้งยังเป็นหลายโรคร่วมกัน โดยพบว่า มีผู้เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8 โรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อ หัวใจตายพบประมาณร้อยละ 2 และโรคหัวใจอื่นๆประมาณร้อยละ 4 ไม่มี ความแตกต่างของอายุ อัตราความชุกของความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 15 และลดลงมากกว่าครึ่งในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่ง น่าจะสะท้อนว่า ในช่วงอายุ 60-569 ปี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครึ่งหนึ่งเกิดอาการแทรกซ้อนอันอาจ นำไปสู่การเสียชีวิต อัตราการเป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์เพิ่มขึ้นตามอายุ เช่นเดียวกับกลุ่มอาการสมอง เสื่อม พบโรคจิต- ประสาท- ซึมเศร้าประมาณร้อยละ 1 ไม่ค่อยแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ

4.2.4 การตรวจสภาพจิตผิดปกติ โดยการสอบถามอาการไม่รู้สึกรู้สิด ตัว พูดไม่ได้ ไม่ยอมพูด หรือขาดสมาธิ พบร้อยละ 2 ในกลุ่มอายุ 60-69ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.3 และ 8.0 ในกลุ่ม 70-79 ปี และ 80-89 ปีตามลำดับ อัตราผิดปกติสูงสุดในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไปพบถึงร้อยละ 12.5 ส่วนความ พิกการที่พบมากที่สุด คือ นุหนวกร้อยละ 3.1 อัมพาตครึ่งซีกร้อยละ 2.4 ตาบอดร้อยละ 1.9 และกระดูก สันหลังคดงอร้อยละ 1.1 ที่เหลือน่าจะเป็นความพิกการที่เกิดก่อนสูงอายุ เช่น แขนขาขาดด้วน พบภาวะ วิกลจริตร้อยละ 0.1

4.3 ภาวะทุพพลภาพระยะยาว

ซึ่งหมายถึงการเจ็บป่วยหรือความบกพร่องของสุขภาพที่มีมานานกว่า 6 เดือน และทำให้ผู้สูง อายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรปกติได้ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพมิติ หนึ่งที่ขยายไปจากการเจ็บป่วย และการตาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 6 เดือนมีถึงร้อยละ 19 ของผู้สูง อายุทั้งหมด(หรือประมาณ 1 ล้านคน) และหากจำแนกระดับความรุนแรงตามข้อเสนอของ Covez จะ พบว่าภาวะทุพพลภาพที่มีความรุนแรงและรุนแรงมากสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ที่มี อายุสูงสุดคือ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 5 ที่มีระดับทุพพลภาพรุนแรง ซึ่งต้องการการดูแลตลอดเวลา ส่วนสาเหตุ 10 อันดับแรกที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว ได้แก่ อุบัติเหตุ อัมพาตครึ่งซีก โรคตา หรือตาบอด ปวดเข่าและเข่าอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง นุหนวกหรือหูตึงและโรค เบาหวาน และเมื่อเปรียบเทียบลำดับความสำคัญของโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ทุพพลภาพระยะยาวในผู้ สูงอายุหญิงและชาย โดยใช้ Population Attributable risk (ต่อประชากรพัน คน) จะพบว่า ลำดับความสำคัญแตกต่างกันระหว่างชายและหญิง คือ ผู้สูงอายุชายลำดับความ สำคัญจะเป็น "อัมพาตครึ่งซีก แขน/ขาด้งอ อุบัติเหตุ แขนขาอ่อนแรง โรคตา กระดูกสันหลังโก่งหรือ

คดงอ ตาบอดข้างเดียวหรือสองข้าง หูหนวกหรือหูตึงมาก โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดที่ไม่ใช่หอบหืด โรคหัวใจอื่นๆและโรคลมชัก" สำหรับผู้สูงอายุหญิง ลำดับความสำคัญจะเป็น " ปวดเข่า/เข่าอักเสบ ตาบอดข้างเดียวหรือสองข้าง อุบัติเหตุ หูหนวกหรือหูตึงมาก กระดูกสันหลังโก่งหรือคดงอ โรคความดันโลหิตสูง โรคตา อัมพาตครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรง เบาหวาน โรคไต กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ และนิ้วมือ/นิ้วเท้าชา" (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2542)

4.4 ภาวะพึ่งพา

เป็นการประเมินด้านลบ ซึ่งตรงกันข้ามกับการวัดภาวะสุขภาพที่เน้นถึงความเป็นอิสระและไม่พึ่งพา อันเป็นหลักของสุขภาพดี แม้จะใกล้เคียงกับภาวะทุพพลภาพ แต่ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ขึ้นกับภาวะจิตใจและปัญหาทางจิต วัฒนธรรมประเพณี ความสัมพันธ์และความคาดหวังระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำนวนมากอาจเกิดการพึ่งพาอันเนื่องมาจากวัฒนธรรมมิใช่ การทุพพลภาพที่แท้จริงก็ได้ หากประเมินภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจประจำวัน ด้วยดัชนีบาร์เรล เอดีแอลและดัชนีจุฬา เอดีแอล ผลการศึกษา พบว่า ประชากรสูงอายุโดยรวมร้อยละ 2.1 (ชายร้อยละ 1.7 และหญิงร้อยละ 2.4) ที่มีระดับการพึ่งพาสูงซึ่งต้องการการดูแลใกล้ชิด ส่วนการพึ่งพาในด้านสุขลักษณะส่วนตัวพบต่ำกว่าร้อยละ 5 เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการพึ่งพาด้านนี้สูงถึงร้อยละ 20 ส่วนการพึ่งพาในการดำรงชีวิตในชุมชนโดยลำพังมีมากกว่าร้อยละ 20 ที่สำคัญคือ ผู้สูงอายुर้อยละ 45 ไม่สามารถเดินทางโดยลำพัง เป็นที่น่าสังเกตว่า ประชากรสูงอายุในเขตเทศบาล โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครมีภาวะพึ่งพาสูงกว่าเขตอื่นๆ จึงควรศึกษาปัจจัยหรือสาเหตุสำคัญของความแตกต่างเหล่านี้ เพื่อจะสามารถเสนอแนะมาตรการที่ เฉพาะเจาะจงสำหรับพื้นที่ต่อไป

4.5 กลุ่มอาการสมองเสื่อม

เป็นกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุมีความกังวลว่าจะเกิดกับตนเอง เหตุเพราะยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อีกทั้งรักษายากไม่ว่าในและต่างประเทศ จากการสำรวจโดยใช้ " แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา" พบความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมร้อยละ 3.3 (95% Confidence Interval 2.71-3.8) เพิ่มขึ้นตามอายุ คือ พบความชุกถึงร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 90-94 ปีหญิงพบมากกว่าชาย และมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาคต่างๆสูงที่สุดในกรุงเทพมหานครร้อยละ 4.8

ตารางที่ 1 แสดงอัตรา(ร้อยละ)ของการเจ็บป่วยเจ็บพลัน เป็นโรคเรื้อรัง สภาพจิตผิดปกติ ภาวะ
ทุพพลภาพระยะยาว ภาวะพึ่งพาการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตัว กลุ่มอาการสมองเสื่อม
จำแนกตามกลุ่มอายุของประชากรสูงอายุไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ.2539-2540

ปัญหาสุขภาพ	กลุ่มอายุ(ปี)เป็นอัตรา(ร้อยละ)			
	60-69	70-79	80-89	90 ขึ้นไป
เจ็บป่วยเจ็บพลันใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ	28.6	27.7	28.1	31.3
โรคเรื้อรัง	69.3	72.3	72.1	83.3
สภาพจิตผิดปกติ	1.9	3.3	8.0	12.5
ภาวะทุพพลภาพระยะยาว	14.8	21.6	32.9	
ภาวะพึ่งพาการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตัว	4.2	7.3	19.1	
กลุ่มอาการสมองเสื่อม	1.1	3.5	12.0	31.3

แหล่งข้อมูล : การศึกษาสภาวะสุขภาพประชากรสูงอายุไทย พ.ศ.2539-2540, สถาบันวิจัยสาธารณสุข (2542)

5. การตาย

จากข้อมูลการสอบสวนสาเหตุการตาย(2543) พบว่าผู้สูงอายุเกิน 75 ปีที่เสียชีวิตด้วยภาวะ
ชราภาพมักจะปรารภกับลูกหลานว่า ตนเองหมดอายุขัยแล้วและสิ้นชีวิตไปอย่างสงบ โดยไม่เคยตรวจ
พบการเจ็บป่วยที่ชัดเจนมาก่อน เมื่อศึกษาสาเหตุการตายของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป(สำนัก
นโยบายและแผนสาธารณสุข,2543) พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุตายในกลุ่ม 60-74 ปี เป็นโรคที่สะสมมา
ตั้งแต่วัยกลางคน ได้แก่ กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดเป็นอันดับแรก พบอัตราการตายสูงกว่ามะเร็งทุก
ระบบเล็กน้อย เบาหวานเป็นอันดับที่ 3 ปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเป็นอันดับที่ 4 สาเหตุส่วนใหญ่เป็นมาจากการ
การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ รวมถึงภาวะการติดเชื้อจากการที่ภูมิคุ้มกันลดถอยลง ได้แก่ วัณโรค
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคระบบปัสสาวะ โรคระบบย่อยอาหาร สำหรับอุบัติเหตุ พบอัตราการตาย
81.5 ต่อแสนประชากร

สำหรับกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด ก่อให้เกิดการตายเป็นอันดับแรกใน
อัตรา 1936.4 ต่อประชากรอายุนี้แสนคน รองลงมาคือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งทุกระบบเป็นอันดับ 3
และเบาหวานเป็นอันดับ 4 ซึ่งเป็นแบบแผนเดียวกับกลุ่มอายุ 60-74 ปี ภาวะชราภาพในอัตรา 274.2
ต่อแสนประชากร สำหรับกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกนั้น จำแนกได้

เป็น 5 โรค คือ โรคของหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง และซึ่งแสดงอาการแตกหรือตีบตัน ทำให้เกิดอัมพาต/อัมพฤกษ์หรือตายทันที รวมร้อยละ 70-80 ของการตายในกลุ่มนี้ทั้งหมด

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุตายร้อยละ 22 และ 16 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปีและ 75 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายจากมะเร็ง คล้ายกันทั้งสองกลุ่มอายุ คือ ตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากและหลอดอาหาร ที่เหลือเป็น มะเร็งเม็ดเลือดและอื่นๆ ซึ่งมีสัดส่วนต่ำกว่าร้อยละ 10 ของกลุ่มนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสูญเสียอันเกิดจากการตายในกลุ่มอายุ 60-74 ปีจะเห็นว่า 10 อันดับแรกก่อให้เกิดความสูญเสียร้อยละ 88.1 ของความสูญเสียในอายุนี้นี้ และร้อยละ 86.3 ในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 2 อัตราตายต่อแสนประชากรในกลุ่มอายุ 60-74 ปีและ 75 ปีขึ้นไป จำแนกตามสาเหตุ 10

อันดับแรก ประมาณการของประเทศไทย จากการศึกษาสาเหตุการตายในปี พ.ศ.2541

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก (อัตราต่อแสนประชากร)	60-74 ปี		75 ปีขึ้นไป	
	อัตรา	YLL	อัตรา	YLL
โรคระบบไหลเวียนเลือด	574.5	452567	1936.4	376946
มะเร็งทุกระบบ	564.4	461888	897.1	89321
เบาหวาน	213.6	178984	348.6	56542
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	209.7	159142	920.7	162844
โรคระบบทางเดินอาหาร	114.3	94674	301.5	57937
วัณโรค	82.5	64825	199.7	34810
อุบัติเหตุทั้งหมด	81.5	66088	153.8	29409
โรคระบบปัสสาวะอวัยวะสืบพันธุ์	80.4	64623	321.1	59286
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	35.5	28063	241.7	48892
ชราภาพ	0	0	274.2	51147
รวม	2219.1	1570854	6357.9	967134
ร้อยละของ YLL ต่อการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุเดียวกัน	-	88.1	-	86.3

แหล่งข้อมูล : การศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทยปี พ.ศ.2541, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข(2543)

6. อายุคาดหวังทางสุขภาพของประชากรสูงอายุ

เมื่อคำนวณความชุกของการปราศจากทุพพลภาพระยะยาวหรือทุพพลภาพทั้งหมด และความชุกของภาวะที่ช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ที่จำแนกตามกลุ่มอายุแล้วใช้วิธีคำนวณตามตารางชีพ จะได้จำนวนผู้รอดชีวิตทั้งหมดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคำนวณความยืนยาวของชีวิตเฉลี่ย ความยืนยาวของชีวิตที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว และความยืนยาวของชีวิตที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน โดยรวมจะเห็นได้ว่า อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้(ALE) จะสูงกว่าอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (LDFLE) ในทุกกลุ่มอายุและเพศ ซึ่งหมายความว่า แม้ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะทุพพลภาพระยะยาว ก็ยังสามารถดูแลตนเองได้ในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ในกลุ่มนี้หากได้รับการบริบาลที่เหมาะสม จะทำให้มีระดับการอยู่ดีเพิ่มขึ้นได้แม้จะอยู่ในสภาวะทุพพลภาพที่เป็นอยู่

เมื่อพิจารณาถึงอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ ในมิติตรงข้ามคือระยะเวลาที่ไม่สามารถจะดูแลสุขลักษณะของตนเองได้โดยเฉลี่ย ในผู้สูงอายุ 60-64 ปีจะเท่ากับ 1.64 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ในผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะพบว่ามียุทธะเวลานานถึง 2.84 ปี หรือประมาณร้อยละ 20.9 ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุแต่ละคนในกลุ่มดังกล่าวต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด สำหรับอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาวนั้น พบว่าในผู้ชายสูงอายุจะมีระยะเวลาสั้นกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่ม ซึ่งแสดงว่าระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่โดยมีภาวะทุพพลภาพจะยาวนานมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น และหญิงซึ่งอายุยืนยาวกว่าชายแต่ต้องทนทุกข์กับภาวะทุพพลภาพในเวลานานกว่าชายเช่นกัน

หากพิจารณาจำนวนปีที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะทุพพลภาพระยะยาว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติเพื่อจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ สำหรับกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปผู้ชายจะต้องประสบภาวะทุพพลภาพระยะยาวประมาณ 3 ปีและผู้สูงอายุหญิง เท่ากับ 4.9 ปีหรือ 5 ปีโดยประมาณ ซึ่งเป็นสัดส่วนร้อยละ 36 ของระยะเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่ แต่ก็ยังมีช่วงเวลาที่สามารถดูแลตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันคือ 1 ปี ในชาย และ 2 ปีในหญิงเมื่อเปรียบเทียบกับอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระหว่างภาคต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคเหนือมีสุขภาพดีที่สุด รองลงมาคือภาคใต้ ส่วนผู้สูงอายุในภาคกลางมีสถานสุขภาพด้อยที่สุด และผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจะมีชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะทุพพลภาพระยะยาวมากกว่าภาคอื่น

7. พฤติกรรมสุขภาพ

7.1 อาหารและโภชนาการ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คือ วันละ 3 มื้อและได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และให้มีอาหารหลากหลายประมาณ 30 ชนิดต่อวัน ในการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2538(สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2542) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ มีเพียงร้อยละ 1 ที่รับประทานอาหารเพียงมื้อเดียว ในภาคกลางร้อยละ 17 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 23 รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ผู้สูงอายุประมาณ 1/3 ที่รับประทานอาหารตามลำพัง ส่วนที่เหลือรับประทานร่วมกับครอบครัว และกว่า 1/3 ที่ยังปรุงอาหารด้วยตนเอง อาหารหลักประจำวัน นอกจากข้าวแล้ว คือผักและผลไม้ ถั่ว น้ำอัดลม ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการรับประทานเนื้อปลาและนมสดเพิ่มมากขึ้นและบริโภคอาหารชนิดอื่นลดลง ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางนิยมดื่มน้ำอัดลมมากกว่าภาคอื่น ไม่นิยมบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ แต่ภาคเหนือนิยมบริโภคอาหารสุกๆดิบๆมากกว่าภาคอื่น ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือดื่มน้ำฝน ส่วนภาคเหนือดื่มน้ำป่อ เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้สูงอายุไทยซึ่งนับว่ายังอยู่ในเกณฑ์ดีพอสมควร

การศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุชายได้รับพลังงานจากอาหารเฉลี่ยวันละ 2,070 กิโลแคลอรี หญิง 1,877 กิโลแคลอรีในทุกประเภทของแหล่งพลังงานชายได้รับมากกว่าหญิง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในอีก 2 แห่งก็คล้ายคลึงกัน แต่เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพลังงานที่ได้รับและปริมาณคาร์โบไฮเดรตกับดัชนีมวลน้ำหนัก (body mass index) ในผู้สูงอายุพบว่า พลังงานและคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลน้ำหนัก ส่วนหญิงพบว่าไขมันและคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แต่มิได้วิเคราะห์แหล่งอาหารของพลังงาน

7.2 การพักผ่อน ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมลดลง ต้องการอาหารน้อยลง แต่ต้องการการพักผ่อนมากขึ้น ซึ่ง หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ลักษณะการนอน วิธีการแก้ไขปัญหานอนไม่หลับ การนอนพักผ่อนเวลากลางวัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนอนหลับ 5 - 8 ชั่วโมง(ร้อยละ 66.2) รองลงมาคือ นอนตั้งแต่ 9 ถึง 12 ชั่วโมงถึงร้อยละ 29.8 ซึ่งนับว่าผู้สูงอายุมีเวลาพักผ่อนมาก เพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้นที่นอนน้อยกว่าคืนละ 4 ชั่วโมง และมีปัญหาการนอนไม่หลับเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ส่วนใหญ่ที่นอนไม่หลับก็ได้แก้ไขแต่อย่างไร(ร้อยละ 54.6) หรือแก้ไขโดยการกินยานอนหลับ การอ่านหนังสือธรรมะ การสวดมนต์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น (สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ, 2540) สำหรับการท่องเที่ยวทัศนอาทรในรอบปีนั้น พบว่า ร้อยละ 23.3 ท่องเที่ยว โดยในเขตเมืองท่องเที่ยวมากกว่าผู้ที่

หนังสือธรรมะ การสวดมนต์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2540) สำหรับการท่องเที่ยวทัศนอาจารในรอบปีนั้น พบว่า ร้อยละ 23.3 ท่องเที่ยว โดยในเขตเมืองท่องเที่ยวมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท หญิงและชายใกล้เคียงกัน ร้อยละ 6.9 มักจะท่องเที่ยวโดยลำพัง ร้อยละ 4.6 ไปกับคู่สมรส และร้อยละ 17.8 ไปกับเพื่อนฝูง และท่องเที่ยวกับคณะผ้าป่าหรือกฐินร้อยละ 3.7

7.3 การออกกำลังกาย ในที่นี้หมายถึง การว่ายน้ำ เดินเร็ว ขี่จักรยาน วิ่งเหยาะๆ เล่นกีฬา เดินรำ ทำสวน งานบ้านและอาชีพที่ต้องใช้แรงมาก เป็นพฤติกรรมชีวิตสุขภาพที่ดีที่สุด นอกจากแสดงถึงสถานสุขภาพแล้วยังสะท้อนถึงสมรรถนะของคนในสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ โดยที่จัดแบ่งการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ คือ เบา ปานกลาง และหนัก เพื่อเสนอแนะเกณฑ์ปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายตามเพศและอายุ และวัดผลของการออกกำลังกายด้วยระดับการเต้นของหัวใจ การศึกษาที่ผ่านมาสามารถจัดแบ่งวิเคราะห์เป็น 3 ส่วน คือ

7.3.1 การศึกษาการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปปี พ.ศ. 2538 พบว่าออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันร้อยละ 40.3 และหากรวมถึงการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-6 ครั้งจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 47.7 ที่ไม่ออกกำลังกายเลยร้อยละ 31.8 ในชนบทออกกำลังกายมากกว่าในเมืองและชายมากกว่าหญิง

7.3.2 กิจกรรมในบ้านของผู้สูงอายุ คือ การซื้อและประกอบอาหาร ซักผ้า ปิดกวาด เช็ดถูบ้าน การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี การเฝ้าบ้านร้าน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้ทุกวัน คือ ร้อยละ 39.7 ซื้ออาหารเองทุกวัน ร้อยละ 41.2 ทำอาหารเองทุกวัน ร้อยละ 35.1 ซักเสื้อผ้าเองทุกวัน ร้อยละ 39.1 ทำความสะอาดบ้านทุกวัน ร้อยละ 53.0 ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีเป็นประจำทุกวัน และร้อยละ 56.5 เฝ้าบ้านร้านทุกวัน กลุ่มที่ได้ปฏิบัติกิจเหล่านี้ด้วยเหตุผลคือ มีผู้อื่นปฏิบัติอยู่แล้ว หรือเป็นภาระมากเกินไป

7.3.4 การออกกำลังกายควบคู่กับการปฏิบัติทางจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมเดินเล่นเป็นประจำ(ร้อยละ 71.0) ส่วนการปฏิบัติสมาธิหรือสวดมนต์พบร้อยละ 62.8 และเมื่อจัดกลุ่มกิจกรรมที่กล่าวมาแล้วออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีกิจกรรมทางร่างกายเป็นหลัก กลุ่มที่มีกิจกรรมทางจิตใจเป็นหลัก และกลุ่มที่มีกิจกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทั้งร่างกายและจิตใจร้อยละ 57.7 กลุ่มที่ปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายมีประมาณ 1 ใน 4

อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายอายุ 50-59 ปี สูงถึงร้อยละ 63 ลดลงเหลือร้อยละ 56, 52 และ 49 ในกลุ่มอายุ 60-69, 70-79 และ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นได้ว่าบางส่วนเลิกสูบบุหรี่และบางส่วนเสียชีวิตไปแล้ว สำหรับหญิงอัตราส่วนค่อนข้างคงที่ที่ร้อยละ 10 แต่ไม่ลดลงตามอายุ สำหรับการดื่มสุรานั้น เพศชายอายุ 50-59 ปีอัตราสูงถึงร้อยละ 60 ลดลงตามอายุในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ยังคงมีการดื่มสุราในเพศชายร้อยละ 18 และหญิงร้อยละ 5.6 อัตราการดื่มสุราในเพศชายอายุ 70-79 ปีลดลงเกือบครึ่งแต่ยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิม ส่วนการเคี้ยวหมากนั้นพบในเพศหญิงมากกว่าชาย โดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุมาก มีหญิงเคี้ยวหมากถึงประมาณ 3 ใน 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบหญิงเคี้ยวหมากมากกว่าภาคอื่น

7.5 การใช้ยา การสอบถามถึงการใช้ยาเป็นประจำในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 47.3 ใช้ยาเป็นประจำทุกวัน หญิงมากกว่าชาย กลุ่มที่ใช้ยาเป็นประจำนั้น พบว่าประมาณ 2 ใน 3 บริโภคยา 1-2 ชนิด และอีก 1 ใน 3 ใช้ยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป โดยที่กรุงเทพมหานครใช้ยาวันละตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไปในสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบสัดส่วนผู้ที่ไม่ใช้ยามากกว่าภาคอื่น ชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำมากที่สุดคือ ยาระงับปวด รองลงมาคือ ยาลดความดันโลหิต วิตามิน ยาเคลือบกระเพาะอาหาร ยาควบคุมเบาหวาน ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเกือบทุกเรื่องสอดคล้องกันว่า อาการปวดข้อและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุใช้ยาระงับปวดแผนปัจจุบันเป็นประจำในสัดส่วนที่สูงที่สุด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเสนอข้อคิดเห็นว่า อาการดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นไปตามสภาวะเสื่อมถอยตามธรรมชาติของการสูงอายุซึ่งไปจำเป็นต้องใช้ยา จึงควรมีมาตรการทำความเข้าใจและหาวิธีการลดอาการเจ็บปวดด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อลดการใช้ยาระงับปวดเกินความจำเป็น

8. สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยเฉพาะที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตเป็นส่วนใหญ่ ผลการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุ พบว่า แบบของบ้านที่อยู่อาศัยแบ่งออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ เพิงพักชั่วคราว กระโจม บ้านไทยยกพื้น เรือนแถวไม้ ดึกแถว ทาวน์เฮ้าส์และบ้านเดี่ยว โดยทั่วไปอาจกล่าวได้ว่า เพิงที่พักชั่วคราวและกระโจมมักเป็นที่อยู่อาศัยของคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยที่สุด บ้านไทยยกพื้นมักเป็นที่อาศัยส่วนใหญ่ของประชากรในชนบท ซึ่งยังมีเศรษฐกิจต่ำกว่าค่าเฉลี่ย สำหรับบ้านประเภทอื่นๆนั้น ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนพอจะระบุพื้นฐานได้

โดยทั่วไป แบบบ้านที่อาศัยไม่แตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มคนที่มีอายุหรือเพศต่างกัน แต่มีความแตกต่างชัดเจนระหว่างเมืองและชนบท กล่าวคือ ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่อยู่ในเพิงพักชั่วคราว กระโจมและบ้านไทยยกพื้น ส่วนผู้สูงอายุในเมืองมักอยู่อาศัยในบ้านดึกแถว เรือนแถวไม้และ

ทางเศรษฐกิจด้อยที่สุด บ้านไทยยกพื้นมักเป็นที่อาศัยส่วนใหญ่ของประชากรในชนบท ซึ่งยังมีเศรษฐกิจฐานต่ำกว่าค่าเฉลี่ย สำหรับบ้านประเภทอื่นๆนั้น ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนพอจะระบุเศรษฐกิจฐานได้

โดยทั่วไป แบบบ้านที่อาศัยไม่แตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มคนที่มีอายุหรือเพศต่างกัน แต่มีความแตกต่างชัดเจนระหว่างเมืองและชนบท กล่าวคือ ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่อยู่ในเพิงพักชั่วคราว กระโจมและบ้านไทยยกพื้น ส่วนผู้สูงอายุในเมืองมักอยู่อาศัยในบ้านตึกแถว เรือนแถวไม้และบ้านเดี่ยว ดังนั้น สิ่งสำคัญจึงอยู่ที่การจัดสภาพภายในที่อาศัยมากกว่าแบบบ้าน ความเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุ ในส่วนของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ รวมทั้งการทรงตัว ทำให้ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและทุพพลภาพ ซึ่งข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุหกล้มพบสูงมากในผู้สูงอายุ บริเวณภายในบ้านที่พบมีการหกล้มมาก คือ ห้องน้ำห้องส้วม จึงควรดัดแปลงสภาพให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ คือ พื้นห้องน้ำต้องแห้งตลอดเวลา ไม่มีตะไคร่น้ำจับ และควรมีราวเกาะในระดับที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรย้ายห้องนอนจากชั้นบนลงมาชั้นล่างเพื่อลดความเสี่ยงจากการตกบันได หากเป็นผู้สูงอายุทุพพลภาพที่ใช้รถเข็นหรือไม้ค้ำยัน ควรมีทางลาดที่เหมาะสมให้เคลื่อนไหวได้สะดวกภายในบ้าน

จากการสังเกตสภาพภายในสถานสงเคราะห์คนชราในภาคต่างๆ ซึ่งอยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีการออกแบบและจัดเตรียมบริเวณต่างๆให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น มีราวจับในห้องน้ำห้องส้วม มีทางลาดสำหรับรถเข็น แต่ปัญหาใหญ่คือ ขาดการดูแลบูรณะให้อยู่ในสภาพให้ปลอดภัยและเหมาะสม

ส่วนบ้านดูแลผู้สูงอายุของภาคธุรกิจเอกชนหรือองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ เช่น สภากาชาดไทย โรงพยาบาลเอกชนต่างๆ พบว่า การจัดสภาพรูปแบบที่เหมาะสมและมีการบูรณะตามอายุการใช้งาน แต่เนื่องจากการลงทุนภาคธุรกิจซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวนน้อยมากที่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ นอกจากบ้านพักอาศัยแล้ว โครงสร้างทางกายภาพอื่นๆในสังคมโดยเฉพาะ โรคสร้างสาธารณะที่เอื้อต่อการสัญจรและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ยังไม่เหมาะสมและปลอดภัยเพียงพอตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า โครงสร้างพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะระบบขนส่งมวลชน เส้นทางสัญจร ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โบสถ์ในวัดพุทธมักนิยมโครงสร้างยกพื้นสูง บันไดขึ้นลงไม่มีราวเกาะ อย่างไรก็ตามพบว่า วัดส่วนใหญ่ในภาคเหนือมีโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการไปทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

10. สภาพแวดล้อมทางสังคม

การอยู่อาศัยกับครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด(ร้อยละ 98) อยู่อาศัยกับครอบครัว โดยที่ร้อยละ 71 อยู่บ้านเดียวกับบุตร ร้อยละ 4 อยู่ลำพังคนเดียว ที่เหลืออยู่กับคู่สมรสหรือญาติพี่น้องอื่นๆ ซึ่งสัดส่วนการอยู่กับบุตรลดลงจากปี พ.ศ. 2529(ร้อยละ 77) แม้สัดส่วนการอยู่กับบุตรจะลดลง หากแต่สัดส่วนการพบปะบุตรทุกวันไม่เปลี่ยนแปลง(ร้อยละ 90) ครัวเรือนที่อาศัยส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยายมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว คือ ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นอายุหรือมากกว่า คือ ตนเอง บุตรและหลาน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นอายุ(ผู้สูงอายุกับหลาน) ด้วยเหตุของการเสียชีวิตของพ่อแม่จากโรคเอดส์ และการอพยพย้ายถิ่นของหนุ่มสาวรุ่นพ่อแม่ไปทำงานทำนอกพื้นที่อีกด้วย

การเยี่ยมเยียนจากบุตร/หลาน/พี่น้องหรือญาติ ที่แม่ไม่ได้อยู่ด้วยกันก็มีสัดส่วนสูง ซึ่งความถี่ของการเยี่ยมเยียนขึ้นกับระยะทางและความคล่องตัวในการเดินทาง ส่วนการเกื้อหนุนด้านการเงินและวัตถุต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุนั้น พบว่า ในปี พ.ศ.2538 จะมีผู้สูงอายุราวร้อยละ 1.3 หรือประมาณ 60,000 คน ที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรหลานหรือครอบครัว ซึ่งต้องการการดูแลเกื้อหนุนจากสังคมภายนอก

จากการสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญหลายคนเกี่ยวกับนโยบายและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ นั้น หลายคนให้ความเห็นพ้องต้องกันว่า บริการด้านสังคมและสุขภาพที่รัฐจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานและไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะประเด็นสำคัญในเรื่องทัศนคติของภาครัฐและสังคมไทยที่อยู่บนพื้นฐานการสงเคราะห์เป็นหลัก ไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและใช้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมแทนที่จะเป็นภาระของสังคม นอกจากนี้ อุปสรรคสำคัญต่อการจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ทัศนคติในทางลบต่อการมีอายุมากขึ้นในสังคม สื่อบุคลากรวิชาชีพ มักมองว่าเป็นเรื่องหนีไม่พ้น เป็นภาระต่อสังคมในบางกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะดิก็มักพึ่งพาอาศัยสถานบริการเกินความจำเป็น สวัสดิการสำคัญที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมี 2 ประการคือ สิทธิบริการทางสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่า และโครงการเบี้ยยังชีพ ส่วนสวัสดิการด้านอื่นๆ ยังมีจำกัด เช่น การลดค่าโดยสารรถไฟ ทั้งยังขาดมาตรการทางสังคมที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรวิชาชีพ มักมองว่าเป็นเรื่องหนีไม่พ้น เป็นภาระต่อสังคมในบางกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะดีก็มักพึ่งพาอาศัยสถานบริการเกินความจำเป็น สวัสดิการสำคัญที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมี 2 ประการคือ สิทธิบริการทางสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่า และโครงการเบี้ยยังชีพ ส่วนสวัสดิการด้านอื่นๆยังมีจำกัด เช่น การลดค่าโดยสารรถไฟ ทั้งยังขาดมาตรการทางสังคมที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

11. วาระสุดท้าย

เมื่อผู้สูงอายุก้าวเดินไปสู่การตายอันเป็นไปตามกฎธรรมชาตินั้น ในทางสังคมยังมีปัญหาบางประการที่ควรพิจารณากำหนดข้อปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นการออกกฎหมายรองรับ หรือ ให้มีข้อวินิจฉัยสำหรับผู้ให้บริการต่างๆ อาทิเช่น ความต้องการของผู้ป่วยหนักที่จะตายหรือปฏิเสธการรักษา การเขียนพินัยกรรมชีวิตให้ญาติปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษาได้ และกรณีกฎหมายรองรับเพื่อการตายอย่างมีศักดิ์ศรีตามความประสงค์ของผู้สูงอายุ เหล่านี้ยังคงเป็นข้อถกเถียงที่ไม่มีข้อสรุปในสังคมไทย

บทที่ 1

บทนำ

สิบเจ็ดปีที่แล้ว องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ปี ค.ศ. 1982 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ เวลาผ่านไปเกือบสองทศวรรษ “ปีผู้สูงอายุสากล” เวียนมาถึงอีกวาระหนึ่ง เพื่อกระตุ้นประชาคมโลกให้ตระหนักถึงความสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นสัญญาณเตือนให้เตรียมรับมือกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในยุคที่สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นทั่วโลก

รายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 1996¹ ระบุว่า การมีชีวิตยืนยาวขึ้นทำให้เรื่องของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญของโลกอนาคต ปัจจุบันประเทศที่พัฒนาแล้วมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 15% ประเทศที่มีรายได้ปานกลางจะมีอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุ 200-400% ในช่วงปี ค.ศ. 1990-2025 และระบุว่า ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีบทเรียนที่เห็นได้ชัดเจนในยุโรป จากภาระอันหนักหน่วงต่อระบบบริการและงบประมาณด้านสุขภาพ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในยุคของประชากรสูงวัยสำหรับประเทศไทยจาก“การทบทวนและสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมถึงการดำเนินการที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย” โดยศ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล² สรุปได้ว่า ประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 1.2 ล้านคนในปี 2503 เป็น 5.2 ล้านคนในปัจจุบัน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนในปี 2563 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด

ตัวเลขดังกล่าวจะสร้างผลกระทบทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนการบริหารจัดการระบบบริการต่างๆอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ข้อได้เปรียบด้านแรงงานและอัตราส่วนพึ่งพา

¹ WHO . (1996). อ้างใน จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขปีที่ 4 ฉบับที่ 8(44) กุมภาพันธ์ 2542.

² สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2539). การทบทวนและสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมถึงการดำเนินการที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

โครงการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย

(ภาระของประชากรวัยทำงานจากการที่ต้องดูแลเด็กและผู้สูงอายุ) ที่เคยลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษ 2530 กำลังจะพลิกกลับเป็นข้อเสียเปรียบในเชิงเศรษฐกิจและการพัฒนาสังคมในช่วงเวลา 11 – 12 ปีข้างหน้า และหลังจากนั้นอัตราส่วนพึ่งพาในส่วนของผู้สูงอายุก็จะเพิ่มขึ้นอีก

ในทางสังคมและสาธารณสุข ประชากรกลุ่มอายุ 75-80 ปีขึ้นไป มักมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามวัย เจ็บป่วยบ่อย ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือดูแลในระดับสูง ขณะที่ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และไม่สามารถดำรงชีพในชุมชนได้โดยลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การจัดระบบบริการรองรับความต้องการด้านสุขภาพ และบ้านพักหรือสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นภาระที่หนักหน่วงขึ้นตามลำดับ

การศึกษาเรื่อง สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทยนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอสถานะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทยและแสดงภาพลักษณะของประชากรสูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้า เพื่อประกอบการเสนอแนะระบบสวัสดิการและบริการที่เหมาะสมในช่วงเวลาดังกล่าว โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งต่างๆ ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา และเติมข้อมูลที่ยังขาดด้วยการสำรวจแบบเร็วร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง

เอกสารฉบับนี้ประกอบไปด้วย

บทที่ 1 บทนำ

บทที่ 2 วิธีการศึกษา ซึ่งแบ่งเป็นสองส่วน ส่วนแรกเป็นการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในมิติสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่แตกต่างกันระหว่างชนบทและเมืองของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านและสถานสงเคราะห์ ส่วนที่สองเป็นการศึกษาเพื่อเติมข้อมูลที่ยังขาดหายไป โดยวิธีการสำรวจแบบเร็ว และการสังเคราะห์ความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องและการศึกษาข้อมูลจากข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ

บทที่ 3 สถานภาพของประชากรสูงอายุไทย ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร การคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ.2568 องค์

ประกอบที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชากรสูงอายุ ซึ่งได้แก่ สถานะสภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร การย้ายถิ่นและสถานภาพทางเศรษฐกิจ

บทที่ 4 สภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย ครอบคลุมถึงขนาดของปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะพึ่งพา อัตราตายตามสาเหตุและอายุคาดหวังทางสุขภาพ

บทที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นการศึกษาพฤติกรรมที่แต่ละบุคคลเลือกปฏิบัติเป็นประจำ เป็นวิถีชีวิต พฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรค แต่มีพฤติกรรมอีกหลายอย่างในวิถีชีวิตที่มีผลบวกต่อสุขภาพ หากสามารถกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องได้ โดยแต่ละบุคคลรับไปปฏิบัติ ประกอบกับกลไกเกื้อหนุนด้วยมาตรการทางสังคม บรรยากาศแวดล้อมหรือมาตรการด้านกฎหมาย จะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีมีคุณภาพได้ ในบทนี้ จะได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงที่ป้องกันได้ และพฤติกรรมแสวงหาบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

บทที่ 6 ภาวะแวดล้อมด้านกายภาพและสังคม ที่จำแนกเป็นเขตเมือง เขตชนบท และในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ด้วยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ล้วนเป็นผลพวงมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยหลัก 7 ประการ คือ ปัจจัยด้านประชากร ด้านการศึกษา ด้านสังคมวัฒนธรรมและศาสนา ด้านเทคโนโลยี ด้านสาธารณสุขและการแพทย์ ด้านเศรษฐกิจและการเมืองการปกครอง แต่ละปัจจัยมีอิทธิพลไม่เท่ากัน ปัจจัยหลักดังกล่าวจะทำให้เกิดภาวะแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ โดยมีผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ที่อาจให้ผลบวกหรือผลลบต่อสุขภาพ ต่อภาวะโภชนาการ ต่อความเครียด ต่อสภาวะทางชีวภาพที่มีผลต่อภูมิคุ้มกันโรค และอาจมีผลต่อพันธุกรรมได้เช่นเดียวกัน โดยมีความสัมพันธ์กันของปัจจัยดังกล่าวทั้งทางตรงและทางอ้อม

ในบทนี้ จะได้วิเคราะห์ภาวะแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่น่าจะมีผลต่อสถานะสุขภาพของความสุขของผู้สูงอายุไทย การมีสุขภาพดีอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมทั้งการมีกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี การให้สุศึกษาและข้อมูลข่าวสารเพื่อการ

เตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (Education for Technophysio evolution) ข้อมูลสำหรับส่วนนี้ ส่วนใหญ่เป็นแนวคิดจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ

บทที่ 7 ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุไทยในทศวรรษหน้า ในบทนี้จะได้สรุปถึงสภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย รวมถึงการพยากรณ์แนวโน้มในอีก 10 ปีข้างหน้าเกี่ยวกับขนาดของปัญหา การนำเสนอเส้นกราฟการมีชีวิตโดยปราศจากภาวะทุพพลภาพของประชากรไทย การเสนอภาพลักษณ์เพื่อเป็นเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ ในสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ในวัฒนธรรมไทยที่ควรดำรงอยู่หรือพัฒนาขึ้นใหม่ พร้อมกันนี้จะได้เสนอแนะถึงดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุไทย ที่สมควรนำมาศึกษาวิจัยเพื่อการนำไปใช้ในอนาคต

นิยามศัพท์

ความหลากหลายในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่มีการใช้คำจำกัดความที่แตกต่างกันไป โดยที่พบว่าการวิจัยบางเรื่องอ้างถึงประชากรสูงอายุ หมายถึงประชากรผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป หรือผู้เกษียณอายุก่อน 60 ปีหรือที่เรียกขานกันว่า "กลุ่มเลือกเส้นทางชีวิตใหม่" นอกจากนี้ได้มีนักประชากรไทย³ ใช้คำว่า "ประชากรวัยทอง" แทนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่ "วัยทอง" ของสูตินรีแพทย์ หมายถึงหญิงที่อยู่ในช่วงที่ได้ผลกระทบต่อการหมดประจำเดือน คือ กลุ่มอายุ 45 ปีถึง 55 ปีโดยประมาณ⁴

การศึกษานี้ เน้นถึงสถานะสุขภาพของประชากรสูงอายุ ซึ่งได้นิยามคำว่า "ประชากรสูงอายุ" คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ "ผู้มีอายุสูงสุด" คือ "ประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป" เพื่อให้เกิดความจำเพาะ ไม่สับสนกับการศึกษาอื่น เมื่ออ้างถึงประชากรสูงอายุ

³ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2524). ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ : ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย. การสัมมนาระดับชาติเรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข.

⁴ กอบจิตต์ ลิ้มปะพยอมและคณะ. (2540). ภาควิชาสูติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (1996). อ้างอิงในจดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขปีที่ 4 ฉบับที่ 8(44) กุมภาพันธ์ 2542.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2539). การทบทวนและสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมถึงการดำเนินการที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย.
3. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2524). ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ : ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย. การสัมมนาระดับชาติเรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.
4. กอบจิตต์ ลิ้มปะพยอมและคณะ. (2540). ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.





บทที่ 2

วิธีการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลมาจากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยในประเทศทั้งหมด ที่ดำเนินการภายในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา การนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมในมิติของสถานะและปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและสถานภาพของผู้สูงอายุไทย การศึกษานี้ได้เลือกโครงการวิจัยสำรวจระดับชาติ 5 โครงการที่ดำเนินการภายในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ได้แก่

- 1.1 การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ.2538
- 1.2 การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2539
- 1.3 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539 – 2540
- 1.4 การศึกษาสถานภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2540
- 1.5 การศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย ปี พ.ศ.2542-2543

นอกจากนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งมีรายการแนบไว้ในภาคผนวก ง

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาเพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดไปจากกรอบการศึกษาและนอกเหนือไปจากข้อมูลส่วนที่หนึ่ง เป็นข้อมูลปฐมภูมิดำเนินการโดย

- 2.1 การทำการสำรวจแบบเร็ว โดยการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงให้ได้ความความคิดเห็นรอบยอด
- 2.2 การสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับแนวคิด ประสพการณ์ การเตรียมตัวและความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการ บริการสุขภาพ รวมทั้งภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุไทยที่ควรจะเป็นในทศวรรษหน้า

2.3 การศึกษาโครงสร้างอายุและเพศของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย และการฉายภาพประชากรกลุ่มนี้ในช่วงเวลา 10-20 ปีข้างหน้า

ส่วนที่ 1 ในส่วนนี้จะได้กล่าวถึงระเบียบวิธีการสำรวจ การดำเนินการและลักษณะของประชากรที่ทำการศึกษาของแต่ละโครงการโดยสังเขป รวมถึงความคลาดเคลื่อนหรือความลำเอียงที่อาจจะเกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของโครงการเหล่านี้

1.1 การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

เป็นการสำรวจแบบตัดขวาง ครอบคลุมพื้นที่บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 เขต และกรุงเทพมหานครรวมเป็น 13 เขต สุ่มเลือกเขตละ 2 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานครเป็น 25 จังหวัด แต่ละจังหวัดสุ่มเลือก 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล แล้วสุ่มตัวอย่างครัวเรือนเขตละ 1,400 ครัวเรือน สำหรับกรุงเทพมหานครใช้วิธีสุ่มเลือกกลุ่มบ้านจากแต่ละเขตครบทุกเขตจำนวน 1,400 ครัวเรือนเช่นเดียวกัน รวมครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศ 18,000 ครัวเรือน แต่ละครัวเรือนจะสุ่มเลือกประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปเป็นตัวอย่างครัวเรือนละ 1 คน ประมาณว่าจะมีเป้าหมายในตัวอย่าง 8,000 คน

การสำรวจใช้แบบสอบถามที่ได้จัดทำขึ้นโดยเฉพาะและใช้การสังเกตในระหว่างการสัมภาษณ์ร่วมด้วย พนักงานสัมภาษณ์เป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาล มีแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านสาธารณสุขเป็นหัวหน้าพื้นที่ จำนวน 12-15 คน ทำการสำรวจเป็นรายเขต

ได้มีการเตรียมชุมชนโดยทีมสัมภาษณ์เข้าดำเนินการจัดทำแผนที่สุ่มตัวอย่างครัวเรือนและผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปให้เข้าข่ายเป็นตัวอย่าง นัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ การนัดหมายที่นัดไม่ได้ให้ทำซ้ำจนครบ 3 ครั้ง ถ้ายังไม่ได้ให้นับว่าเป็นตัวอย่างที่สัมภาษณ์ไม่ได้

แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นข้อมูลครัวเรือน ส่วนที่สอง เป็นข้อมูลผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ข้อมูลครัวเรือน ได้แก่ลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจสังคมของสมาชิกในครัวเรือน ที่จะมีส่วนสัมพันธ์กับประชากรสูงอายุในครัวเรือนนั้น ส่วนที่สอง ประกอบด้วย ภูมิหลังของผู้ให้สัมภาษณ์ ภูมิหลังของคู่สมรสของผู้ให้สัมภาษณ์ ประวัติการมีบุตร ประวัติบิดามารดาของผู้ให้สัมภาษณ์และคู่สมรส การทำงานและกิจกรรมของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสัมพันธ์ของญาติทั้งในและ

นอกครัวเรือน สุขภาพอนามัย สถานะทางเศรษฐกิจและการใช้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ความรู้ ทักษะและการใช้สิทธิรับสวัสดิการของรัฐ

ทีมสำรวจดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2538 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2539 แล้วจัดส่งแบบสอบถามที่ถูกต้องครบถ้วนแล้วให้สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อประมวลและวิเคราะห์ผล ในส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นผู้ประมวลผล

จำนวนตัวอย่างประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 7,713 คน เป็นชายร้อยละ 43.2 หญิงร้อยละ 56.8 อยู่ในเขตเมืองร้อยละ 26.1 ทุกเขตมีประชากรตัวอย่างเป็นหญิงมากกว่าชาย

การนำเสนอข้อมูล มุ่งเปรียบเทียบประชากรอายุ 50-59 และ 60 ปี ขึ้นไป โดยไม่ได้แจกแจงกลุ่มอายุ 60 ปีและที่มากกว่า แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่าง 12 เขตและกรุงเทพมหานคร

1.2 การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2539 (The Survey of the Welfare of Elderly in Thailand, SWET)

รายงานนี้ใช้ข้อมูลเดียวกันกับ “การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย พ.ศ. 2538” โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้วิเคราะห์ประมวลผลและรายงานในมิติของสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์คือ

- เพื่อเก็บข้อมูลระดับประเทศของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า สำหรับใช้เป็นฐานข้อมูลศึกษาสภาวะด้านต่างๆ (สุขภาพ ที่อยู่อาศัย รายได้ สถานะทางเศรษฐกิจ การเกื้อหนุน ฯลฯ) ของผู้สูงอายุ และผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุในประเทศไทย
- เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุครั้งก่อนๆ ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุไทย
- เพื่อใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบสภาวะของผู้สูงอายุไทยกับผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ พร้อมทั้งโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม ต่อประชากรสูงอายุในประเทศไทย (The Socio-Economic Consequences of the Ageing of the Population in Thailand, SECAPT) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ

ประชากรอาเซียนขั้นที่สาม ซึ่งได้แก่ ประเทศฟิลิปปินส์ ไต้หวัน สิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกา

1.3 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 – 2540

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากการสำรวจครั้งแรกในปี พ.ศ.2534 แต่มีรูปแบบของการดำเนินการที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะการเลือกหน่วยตัวอย่าง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เป็นการศึกษาสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาวะแวดล้อม รวมถึงความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา

การสำรวจครั้งนี้ ได้ขยายขอบเขตปัญหาสุขภาพออกไปกว้างกว่ากรอบเดิมที่มีความจำเพาะอยู่ในวงวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมักนึกถึงปัญหาโรคเป็นฐาน ขยายออกไปสู่กรอบแนวคิดที่กว้างกว่า พยายามศึกษาตัวแปรที่อาจมีผลต่อการแก้ไขปัญหาไปพร้อมๆกัน หมายถึงการพยายามศึกษาให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะปกติ สภาวะไม่ปกติ(เป็นโรค) และปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพปกติ(ป้องกัน, ส่งเสริมสุขภาพ) และปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพไม่ปกติ (ปัจจัยเสี่ยงโรค) ไปพร้อมๆ กัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ

- เพื่อศึกษาขนาดของปัญหาหรือสภาวะสุขภาพในรูปของความชุกของโรค
- เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหา หรือสภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
- เพื่อนำข้อมูลที่ได้ ไปใช้ในการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากร ในอันที่จะแก้ไขปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ตลอดจนถึงการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตด้วย

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นแบบตัดขวาง ข้อมูลที่ศึกษาเป็นทั้งข้อมูลภาคตัดขวางและเป็นข้อมูลในอดีต ในอันที่จะนำไปใช้เป็นตัวแทนระดับภาค ครอบคลุมปัจจัยหลักๆ ได้แก่ พัฒนาการเด็ก

ปฐมวัย เยาว์ปัญญาของเด็กวัยเรียน สุขภาพทั่วไปและอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยแรงงาน และภาวะทุพพลภาพตลอดจนภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ

ประชากรเป้าหมาย คือประชากรไทยในกลุ่มอายุต่างๆ และเพศ ดังได้กล่าวมาแล้ว กรอบตัวอย่างคือชุมชนอาคารหรือหมู่บ้าน หน่วยตัวอย่างคือบุคคล การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดไว้ให้สามารถสำรวจพบสภาวะหรือปัญหาที่มีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไปในแต่ละภาค (ด้วยความเชื่อมั่นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

การคัดเลือกพื้นที่ การกำหนดกรอบตัวอย่าง การทำรายชื่อบุคคลตัวอย่างและการคัดเลือกคณะเก็บข้อมูลดำเนินการโดยองค์การส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

การดำเนินการสำรวจ การคัดเลือกหน่วยตัวอย่าง ใช้บุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างแทนครัวเรือนเช่นครั้งที่แล้วมา ได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม คือ เด็กปฐมวัย (อายุไม่เกิน 6 ปี) จำนวน 3,306 คน เด็กวัยเรียน (6-12 ปี) จำนวน 4,238 คน ประชากรวัยแรงงาน (18-59 ปี) จำนวน 4,230 คน และประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 4,408 คน จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ 5,000 คนต่อกลุ่มอายุ การสำรวจที่มุ่งเป้าหมายที่ตัวบุคคลไม่ใช่ครัวเรือนน่าจะลดความเบี่ยงเบนจากลักษณะประชากรที่อยู่ในบ้านขณะที่ทำการสำรวจได้ การขอนัดเวลาที่เหมาะสมเพื่อสอบถามข้อมูล โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาร่างกาย โดยการสัมภาษณ์ที่บ้านพักหรือในชุมชนใกล้เคียงจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือเพิ่มขึ้น ทีมตรวจร่างกายประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พนักงานเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ประสานงาน ทั้งนี้ผลการตรวจจะเก็บเป็นความลับเฉพาะบุคคล และนำไปประมวลผลรวมกับผลการตรวจของผู้อื่นโดยไม่เปิดเผยชื่อ

แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบสำหรับกลุ่มประชากรสูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปใช้การสัมภาษณ์ภูมิหลังและฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ กับแบบทดสอบเพื่อวัดภาวะพึ่งพา (dependency) ภาวะทุพพลภาพ (disability) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และภาวะสมองเสื่อม (dementia)

- การวัดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุด้วยดัชนีบาร์เธล (Barthel) เอดีแอล และดัชนีจุฬาเอดีแอล ซึ่งเป็นดัชนีที่ประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องตามลำดับ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ประกอบด้วยการสัมภาษณ์กิจวัตรประจำวันรวม 10 ชนิด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องนอนหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ ส่วนดัชนีจุฬาเอดีแอลประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง 5 ชนิด ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน การทอนเงินและการใช้บริการขนส่งสาธารณะ คะแนนสูงสุดของดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและจุฬาเอดีแอลเท่ากับ 20 และ 9 คะแนนตามลำดับ รวม 2 ดัชนีเป็นคะแนนเต็ม 29 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า 12 บ่งถึงความต้องการการพึ่งพาในระดับสูง และจะต้องมีผู้อยู่ดูแลเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน
- ภาวะทุพพลภาพระยะสั้น คือ การเจ็บป่วยหรือภาวะบกพร่องของสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสองสัปดาห์ แล้วเป็นผลให้ผู้สูงอายุต้องนอนป่วยหรือหยุดทำงานหรือหยุดกิจกรรมที่ทำตามปกติ ส่วนภาวะทุพพลภาพระยะยาว หมายถึงการเจ็บป่วยหรือภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่มีมานานกว่า 6 เดือน และทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจอันเป็นปกติได้ ได้แบ่งความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพเป็น 4 ระดับ คือ ความรุนแรงน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก โดยที่ “ความรุนแรงน้อย” หมายถึง ความสามารถเคลื่อนที่ออกนอกที่พักอาศัย “ปานกลาง” หมายถึงไม่สามารถเคลื่อนที่ออกนอกที่พักอาศัยแต่ยังเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องที่อยู่ได้ “รุนแรง” หมายถึง การที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือภายในห้องแต่นั่งได้ และ “รุนแรงมาก” หมายถึง ต้องนอนตลอดเวลาและต้องการการดูแลตลอดเวลา

- แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test-(CMT) ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดย Thai Mental Status Examination (TMSE) โดยอิงกับ Mini Mental Status Examination (MMSE) มีประเด็นที่เด่นกว่าแบบอื่นคือการมุ่งที่จะลดผลกระทบจากการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ และผ่านการทดสอบแล้วโดยกลุ่มผู้มีอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุกลุ่มต่างๆ ซึ่งได้นำมาใช้ในการสำรวจครั้งนี้โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยคือ 15 ถ้าต่ำกว่า 15 คะแนนแสดงว่ามีความบกพร่องทางปัญญาแบบกว้าง (Global Cognitive Impairment) เพื่อประมาณความชุกของผู้สูงอายุที่มีปัญหาในกลุ่มอาการสมองเสื่อม

ความลำเอียง ของค่าประมาณการจากผลการศึกษานี้จะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ (1) การได้ตัวอย่างบุคคลตามที่ระบุไว้ในรายการตัวอย่าง ที่จะเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรสูงอายุ และ (2) ความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ของแบบทดสอบที่นำมาวัดภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพาและภาวะกลุ่มอาการสมองเสื่อม

1.4 สถานภาพของผู้สูงอายุไทย (The Status of Thai Elderly)

การวิเคราะห์เรื่องสถานภาพของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสถานภาพของผู้สูงอายุด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม สถานะและลักษณะการทำงานของผู้สูงอายุ เป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ทำให้ได้ข้อมูลในรายละเอียด เป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับใช้เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายและการวางแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือและบริการ การประกันสังคม การจัดสวัสดิการต่างๆ ตลอดจนการออกกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรรอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจดังกล่าวเป็นการสำรวจอย่างต่อเนื่องทุกปีเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2506 ปัจจุบันได้ทำการสำรวจปีละ 3 รอบ โดยรอบที่ 1 สำรวจในเดือนกุมภาพันธ์เป็นช่วงนอกฤดูกาลการเกษตร รอบที่ 2 ในเดือนพฤษภาคมเป็นปลายปีการศึกษาที่จะมีผู้จบการศึกษาใหม่เริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน และรอบที่ 3 ในเดือนสิงหาคมซึ่งเป็นช่วงฤดูกาลการเกษตร

ในการสำรวจสถานะการทำงานของประชากรรอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2540 ได้ทำการสำรวจในทุกจังหวัดไปพร้อมกัน โดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified two-stage

sampling ตัวอย่างชั้นที่หนึ่งคือชุมชนอาคารหรือหมู่บ้าน และจำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมด 60,672 ครัวเรือน

การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงถึงลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ สถานะและลักษณะการทำงาน สถานะและลักษณะการอยู่อาศัยในครัวเรือนของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของประชากร ทางภูมิศาสตร์และสังคมกับภาวะการทำงานของสูงอายุ แสดงด้วยแบบจำลอง 3 แบบ โดยใช้การวิเคราะห์การผันแปร (ANOVA) และการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis : MCA) พบว่า

- ผู้ชายสูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน มีสถานภาพโสดหรือสมรสและเป็นผู้ย้ายถิ่น เป็นกลุ่มที่ทำงานมากที่สุดคือร้อยละ 52
- ผู้สูงอายุที่อยู่ภาคใต้และอยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนทำงานสูงสุดคือร้อยละ 40
- ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและอยู่ครอบครัวเดี่ยว มีสัดส่วนของผู้ทำงานสูงที่สุดคือร้อยละ 43

โดยภาพรวมแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุประมาณ 1.7 ล้านคนจากจำนวน 5.1 ล้านคน ที่ยังทำงานต่อหลังจากอายุ 60 ปี แม้ว่ารายได้เฉลี่ยจะค่อนข้างต่ำ แต่มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น¹

1.5 การศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย (พ.ศ. 2541-2543)

ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา สาเหตุการตายของประเทศไทยมีปัญหา “ไม่ทราบสาเหตุ” หรือ “ill-defined cause of death” อยู่ถึงร้อยละ 40 มาโดยตลอด แม้จะได้มีการปรับปรุงอยู่หลายครั้งแล้วก็ตาม จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าการตายในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 30 ที่มีแพทย์เป็นผู้รับรองสาเหตุการตาย ที่เหลือร้อยละ 70 ตายที่บ้านหรือนอกโรงพยาบาล ที่อาจมีใบรับรองการตายแต่เขียนโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ฉะนั้นสาเหตุการตายที่ได้ระบุไว้ในมรณบัตรจึงน่าจะมี ความเชื่อถือได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ยังคงมีปัญหาความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของการจด

¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2541). สถานภาพของผู้สูงอายุไทย.

นับข้อมูลการตายอีกโสดหนึ่งด้วย นักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการศึกษาข้อมูลสาเหตุการตายทั้งระบบและข้อมูลตามที่เป็นที่ก่อกวนจริง ได้สรุปแนวทางการแก้ปัญหา ดังนี้

- การเพิ่มการรับรองสาเหตุการตายโดยแพทย์ และลดการระบุสาเหตุโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ และควรจัดทำคู่มือเขียนสาเหตุการตายอย่างถูกต้องและมีมาตรฐานสำหรับแพทย์
- การจัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ เพื่อให้ระบุสาเหตุการตายได้ถูกต้องมากขึ้น คู่มือและชุดเครื่องมือนี้จะช่วยให้บุคลากรข้างเคียงแพทย์ มีความรู้ในการสืบสวนสาเหตุการตายนอกโรงพยาบาล
- การให้ความรู้เพื่อใช้บัญชีโรคฉบับที่ 10 (ICD-10) ในการลงรหัสโรคแก่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องทั่วประเทศ
- การกำหนดในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ให้แพทย์มีความรู้ในการเขียนสาเหตุการตายอย่างถูกต้อง
- การดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบข้อมูลสาเหตุการตาย โดยพัฒนาทั้งตัวระบบ วิธีการทำงานและคุณภาพของข้อมูล โดยใช้รูปแบบของพหุภาคีมาช่วยเสนอทางเลือกที่สำคัญสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่จำเป็นด้วย

โครงการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทยเป็นโครงการระยะสั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ของสาเหตุการตาย ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนสาธารณสุขในระดับประเทศ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการศึกษาสาเหตุการตาย โดยศึกษาย้อนหลังเป็นระยะเวลา 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2540 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2541 ใน 6 จังหวัด คือจังหวัดขอนแก่น นครศรีธรรมราช น่าน ระนอง ซึ่งดำเนินการในปี 2542 จังหวัดนครสวรรค์และกรุงเทพมหานครดำเนินการในปี 2543 ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่เชื่อถือได้ตามมาตรฐานสากล อันจะนำไปปรับฐานข้อมูลการตายของประเทศ และการจัดลำดับภาระโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการคือ

- ศึกษาสาเหตุการตายทุกรายที่เกิดขึ้นกับประชากรไทย ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ ทั้งการตายที่บ้านและที่โรงพยาบาลในระยะเวลา ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2540 ถึง 30 มิถุนายน 2541 และ
- เปรียบเทียบสาเหตุการตายจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ (มรณะบัตร) ในประเด็นของความครบถ้วน (completeness of registration) และความถูกต้องในการเขียนสาเหตุการตาย

วิธีดำเนินงาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

- (1) สร้างคู่มือการเขียนและการให้รหัสสาเหตุการตายโดยแพทย์ และคู่มือการเขียนสาเหตุการตายโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ โดยคู่มือชุดหลังนี้จะใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาการตายที่บ้าน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 70 ของการตายในประเทศไทย
- (2) สร้างแบบบันทึกสรุปสาเหตุการตาย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการค้นหาสาเหตุการตายที่ถูกต้องทั้งการตายที่บ้านและในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน การจัดทำเป็น short list กำหนดกลุ่มโรคที่สำคัญและครอบคลุมทุกโรคที่เป็นสาเหตุ โดยพัฒนาให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับคู่มือการเขียนสาเหตุการตายตาม ICD-10
- (3) ทดสอบคู่มือการเขียนสาเหตุการตายและแบบบันทึกสรุปสาเหตุการตาย ทั้งการตายที่โรงพยาบาลและที่บ้าน
- (4) ทดสอบกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลการตายที่บ้านและที่โรงพยาบาล ในจังหวัดตัวอย่าง 6 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช น่าน ระนอง นครสวรรค์ และกรุงเทพมหานคร
- (5) นำเสนอวิธีการที่เหมาะสม โดยการเปรียบเทียบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลสาเหตุการตายที่จะนำไปใช้ทั่วประเทศต่อไป
- (6) ตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูลสาเหตุการตาย (Verity cause of death) ในจังหวัดตัวอย่าง การศึกษาในโครงการนี้ คาดหวังว่าจะได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่เป็นมาตรฐานและสมบูรณ์ สามารถนำไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขได้

ภายในเดือนธันวาคม 2542 และได้รูปแบบในการปรับปรุงระบบข้อมูลสาเหตุการตายของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย (1) การศึกษาโครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย (2)การสำรวจสถานการณ์สถานสงเคราะห์คนชรา (3) การสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์แนวคิด มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 การศึกษาโครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย ได้มีการศึกษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่องตลอดมา คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรับภาระการฉายภาพประชากรตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา ก่อนเริ่มแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ก็ได้มีการฉายภาพประชากรสำหรับปี พ.ศ.2543, 2553 และ 2563 ตามลำดับ แต่มีข้อสังเกตว่าฐานข้อมูลเหล่านี้เสนออายุประชากรตั้งแต่แรกเกิดจนถึง “อายุ 60 ปีและมากกว่า”หรือ “65 ปีและมากกว่า” และไม่เคยเสนอการแจกแจงอายุกลุ่มละ 5 ปีที่สูงมากกว่า 60 ปีหรือ 65 ปี

ในการวิเคราะห์สถานะและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดประมาณว่าจะมีประชากรกลุ่มอายุ60ปีและมากกว่าเพิ่มเป็นร้อยละ 80,10 และ15.2 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543, 2553 และ 2563 ตามลำดับ² การเห็นภาพของการมีผู้สูงอายุยืนยาวกว่าในอดีตจากข้อมูลอายุขัยโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรที่สูงขึ้น ผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ.2538 – 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติแสดงให้เห็นว่า อายุขัยโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้หญิงไทยเป็น 74.9 ปี และผู้ชายเป็น 69.9 ปี นอกจากนี้ ยังแสดงด้วยว่า อายุขัยโดยเฉลี่ยเมื่อประชากรมีอายุครบ 60 ปีแล้ว สำหรับผู้หญิงคือ 23.69 ปีและผู้ชายคือ 20.29 ปี ตามลำดับ³

สำหรับภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุ หลักฐานจากข้อมูลในอดีตอันใกล้ได้ระบุว่ามีความแตกต่างกันมากในประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพ เช่น ความชุกของโรค ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาตนเองได้ของประชากรอายุ 60-70 ปีกับกลุ่มอายุ 80-90 ปีและ 100 ปีขึ้นไป ประเด็นดัง

² สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2541). สถานภาพของผู้สูงอายุไทย.

³ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2541). รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2538-2539.

กล่าวนำไปสู่ความจำเป็นที่จะต้องมามีข้อมูล ที่เป็นตัวกำหนดขนาดของปัญหาสุขภาพของประชากรสูงอายุกลุ่มเหล่านี้ สำหรับสภาวะปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ซึ่งได้แสดงในรูปของ พีรามิดประชากรผู้สูงอายุ สำหรับปี พ.ศ.2543, 2553 และ 2563 ตามลำดับ

การศึกษานี้ แสดงถึงข้อมูลโครงสร้างทางอายุและเพศประชากรสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุกลุ่มละ 5 ปี ตั้งแต่อายุ 60-100 ปี โดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของสำนักทะเบียนกลาง กระทรวงมหาดไทย และเลือก Model Life Table ที่เหมาะสมเพื่อทำการฉายภาพประชากร ดำเนินการศึกษาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประชากรของไทย⁴

2.2 การสำรวจสถานการณ์สถานสงเคราะห์คนชรา (Rapid Survey)

เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นข้อมูลที่อาจไม่ทันสมัย โดยเฉพาะสภาวะหลังจากประสบภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีการทบทวนมาตรการในการให้บริการและสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งน่าจะเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจดังกล่าว จึงได้ดำเนินการให้มีการสำรวจแบบเร็วโดยสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน

การใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เลือกสถานสงเคราะห์ที่เป็นตัวอย่างจากพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ สถานสงเคราะห์ที่ได้เข้าสำรวจสภาพการทำงานและการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นสถานสงเคราะห์ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ในกรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดยะลา สำหรับสถานพยาบาลและบ้านพักผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยเอกชน ได้เข้าสำรวจเฉพาะที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร คือ สว่างคนิवास และโกลเด้นเเยร์นิรส์ซิงโฮม

นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์แนวคิดถึงนโยบายในอนาคต ในประเด็นการให้บริการทางสังคมและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุไทย ที่เป็นแนวคิดรวบยอดจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุข

⁴ ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.3 การสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์แนวลึก (Expert Opinion Survey)

การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ครอบคลุมการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย ในมิติสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในเขตเมืองและชนบท การอยู่อาศัยในบ้านหรือสถานสงเคราะห์ต่างๆ ข้อมูลที่รวบรวมมามีดังกล่าวยังขาดส่วนสำคัญที่จำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญจากผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักเศรษฐศาสตร์ นักกฎหมาย สถาปนิกและนักลงทุนเพื่อสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ ซึ่งจะได้นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อประกอบการเสนอทางเลือกในการจัดการกับปัญหาและสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป ประเด็นของการสัมภาษณ์ คือ

- (1) การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้เชี่ยวชาญและการมีส่วนร่วมในด้านจิตใจ ที่อยู่อาศัย ภาวะแวดล้อมและสังคม
- (2) บริการด้านสุขภาพและสังคมที่จำเป็น
- (3) การพยากรณ์ แนวโน้ม และเป้าหมายภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุด้านสุขภาพในทศวรรษต่อไป
- (4) กลยุทธ์การให้การศึกษาและข่าวสารเพื่อเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุและการเตรียมชุมชน สังคมเพื่อผู้สูงอายุไทย
- (5) นโยบายสาธารณะและกฎหมาย ที่น่าจะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีสวัสดิการสังคม และสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
- (6) การเลือกดัชนีวัดสุขภาพดีหรือดัชนีวัดความสุขของผู้สูงอายุ

นอกจากหัวข้อที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะขอสัมภาษณ์ความชำนาญเฉพาะตัวของผู้เชี่ยวชาญประกอบการสังเคราะห์แนวคิดด้านต่างๆ อีกสี่ข้อหนึ่งด้วย

(รายนามผู้เชี่ยวชาญอยู่ในภาคผนวก ก.)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2541) สถานภาพของผู้สูงอายุไทย.
2. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). รายงานการคาดประมาณประชากรไทย 2533-2563.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2540). รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2538-2539.
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



บทที่ 3

สถานภาพของประชากรสูงอายุ

การเพิ่มขึ้นในขนาดของประชากรสูงอายุไทย ได้รับความสนใจเป็นพิเศษในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยความตระหนักว่า ประชากรกลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะตัว เนื่องด้วยมีแบบแผนการดำรงชีวิต การเจ็บป่วย การพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างและครอบครัว ความต้องการบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่แตกต่างไปจากอายุอื่น

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรสูงอายุตามคำจำกัดความที่ใช้กันอยู่ คือนับประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ จะเห็นภาพผู้สูงอายุเพียงคร่าวๆ เท่านั้น ประชากรสูงอายุประกอบด้วยกลุ่มอายุต่างๆ ที่แตกต่างกันด้วยสังขาร สุขภาพ ความคิด ชีวิตความเป็นอยู่ เช่นกลุ่มอายุ 60 ปีต้นๆ กับคนอายุ 80 ปี หรือ 90 ปี ขึ้นไป ฉะนั้นการวินิจฉัยปัญหาผู้สูงอายุของประเทศที่ชัดเจนควรมีข้อมูลประชากรที่แบ่งตามเพศและอายุสูงจนถึงสูงที่สุดเป็นพื้นฐาน

1. การคาดประมาณประชากร

ข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ที่มีรายงานมาก่อนหน้านี้ได้แก่ รายงานการคาดประมาณโดย กองทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2538 มีการคาดประมาณถึงปี พ.ศ. 2563¹ แหล่งที่ 2 ได้แก่การคาดประมาณโดย UN ในปี พ.ศ. 2541 จนถึงปี พ.ศ. 2593 หรืออีก 50 ปีข้างหน้า² นภาพร ขโยวรรณ ได้นำข้อมูลตัวเลขจากทั้งสองแหล่งมาคำนวณเพิ่มเติม ในส่วนของประชากรสูงอายุในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป, 65 ปีขึ้นไป และ 75 ปีขึ้นไป รวมถึงลักษณะทางประชากร ซึ่งได้แก่ ร้อยละที่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2523 สัดส่วนร้อยละของ

¹ กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). รายงานการคาดประมาณประชากรไทย

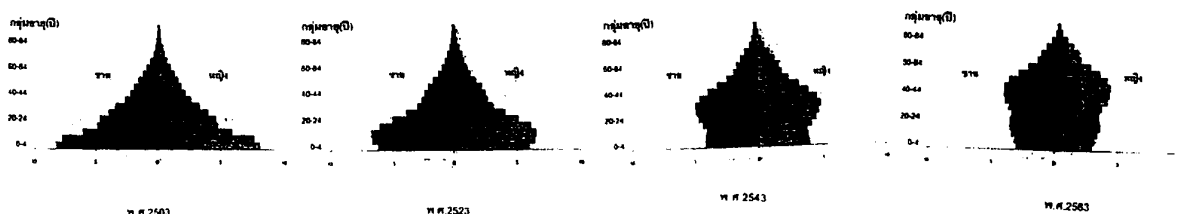
² United Nation. (1999). The Age and Sex Distribution of the World Population. the 1998 Revision pp. 784 – 785.

โครงการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย

ประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี, 60 ปี และ 65 ปี อัตราส่วนภาวะและร้อยละของเพศหญิง โดยมีผลการคาดประมาณที่ต่างกันอย่างกว้างจากการใช้ข้อสมมติของภาวะการเจริญพันธุ์และการตายที่ต่างกันไป³

“พีระมิดประชากร” ตัวเลขจากการคาดประมาณดังกล่าว ให้ภาพที่ชัดเจนคือ พีระมิดประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากรูปสามเหลี่ยมแบบพีระมิดในอียิปต์ เมื่อ พ.ศ. 2503 กลายเป็นรูปเจดีย์ของไทยในปี พ.ศ. 2523 แล้วเปลี่ยนเป็นเหมือนตัวขุนหรือตัวโคนในมหากรุกไทย ในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2563 ส่วนยอดของพีระมิดที่ขยายใหญ่ขึ้น ได้แก่ประชากรสูงอายุที่มีมากขึ้น และประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุ⁴ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2563



แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ปราสาทกุลและคณะ.(2542). โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

³ นภาพร ขโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน. การประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ 22 - 24 พฤศจิกายน. ณ โรงแรมเบิร์นส์ พาเลซ.

⁴ ปราโมทย์ ปราสาทกุล. (2543). "ว่าด้วยเรื่องคนแก่ไทย". วารสารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 20: 2: ธันวาคม 2542 – มกราคม 2543.

การศึกษา “โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย” เป็นส่วนหนึ่งของเอกสารฉบับนี้⁵ ที่ให้ความสำคัญแก่การให้ตัวเลขต่อยอดจาก 60 ปีขึ้นไปแ่งเป็นกลุ่มละ 5 ปี จนถึงอายุ 100 ปีโดยประมาณ และให้ความสำคัญต่อกลุ่มประชากรอายุสูงสุดคือ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ได้ใช้ดัชนีความมียายุเป็น 2 ระดับคือ

“ดัชนีความมียายุของประชากร” ที่ใช้โดยทั่วไป คือสัดส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ต่อประชากรทั้งหมด

“ดัชนีความมียายุสูงสุด” คือ สัดส่วนร้อยละของประชากรอายุสูงสุด (Oldest Old)⁶ 80 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมด

ดัชนีทั้งสองนี้ใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับการพัฒนาของประเทศได้ด้วย การฉายภาพประชากรจากการศึกษาค้างนี้ ได้ใช้ฐานประชากรจากข้อมูลทะเบียนราษฎรที่ได้รับการปรับตัวเลขใหม่ ใช้ตารางชีพของ Coal-Guo Model ซึ่งเป็นตารางชีพสำหรับประชากรที่มีอัตราตายต่ำ แสดงผลการฉายภาพประชากรสูงอายุไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึงปี พ.ศ. 2568 เป็นตัวเลขของประชากรตามอายุเป็นรายปี และเป็นกลุ่มอายุ (ตารางที่ 3.5)

1.1 การฉายภาพประชากรสูงอายุและประชากรสูงอายุที่สุดของประเทศไทย

ประชากรสูงอายุที่ใช้ฐานเป็นประชากรปี พ.ศ. 2541 จำนวนทั้งสิ้น 5.2 ล้านคน ประชากรจำนวนนี้ได้เพิ่มจำนวนเป็น 5.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และ 7.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 และประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 13.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และเมื่อดูสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดแล้ว จะเห็นได้ว่าสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ. 2543 และประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2568 กล่าวโดย

⁵ ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542). โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

⁶ ประชากรอายุสูงสุดหรือ Oldest Old ใช้ครั้งแรกใน World Population: the 1998 Revision

โครงการศึกษาสภาพสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย

สรุปคือ ประชากรสูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มสัดส่วนขึ้นประมาณ 2.3 เท่าตัวในระยะเวลา 27 ปี ตั้งแต่ว่า พ.ศ. 2541 ถึง 2568 (ตารางที่ 3.1 และ 3.2)

ตารางที่ 3.1 : จำนวนประชากรทั้งหมด ประชากรสูงอายุและสัดส่วนประชากรสูงอายุ พ.ศ.2503-2563

ปี พ.ศ.	ประชากรทั้งหมด	ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ
พ.ศ. 2503	26.2 ล้าน	1.2 ล้าน	4.6
พ.ศ. 2523	44.8 ล้าน	2.4 ล้าน	5.5
พ.ศ. 2543	62.0 ล้าน	5.5 ล้าน	9.0
พ.ศ. 2563	69.9 ล้าน	11.3 ล้าน	16.1

แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ปราสาทกุลและคณะ.(2542). โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

ตารางที่ 3.2 : จำนวนประชากรอายุสูงที่สุด พ.ศ. 2523-2543 และ 2563

จำนวน(หลักพัน)	2523	2543	2563
ผู้มีอายุหลัก 80 (octogenarians)	193	282	918
ผู้มีอายุหลัก 90 (nonagenarians)*	34*	77	79
ผู้มีอายุหลัก 100 (centenarians)	-	1	1
รวมผู้สูงอายุที่สุด	227	460	998

* รวมผู้มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป

แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ปราสาทกุลและคณะ.(2542). โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

สำหรับประชากรในกลุ่มสูงอายุที่สุดหรือกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Oldest old) นั้น พบว่าจำนวนของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้เพิ่มจากประมาณ 0.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2541 เป็น 0.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และเมื่อดูสัดส่วนของประชากรในกลุ่มนี้แล้ว จะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2541 ประชากรสูงอายุที่สุดมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 0.6 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นน้อยมากในปี พ.ศ. 2543 แต่สำหรับปีสุดท้ายของการฉายภาพสัดส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ. 2568 (ตารางที่ 3.5)

การกระจายของประชากรสูงอายุเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุต่างๆ แล้ว จะเห็นได้ว่าประชากรสูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี หลังจากนั้นจะลดลงอย่างรวดเร็ว จนเหลือน้อยมากในกลุ่มอายุสูงที่สุด (ตารางที่ 3.3) การกระจายตัวของประชากรสูงอายุจะมีรูปแบบของการลดสัดส่วนลงอย่างรวดเร็วทั้งสองเพศ ประชากรที่อายุ 95 - 99 ปี มีประมาณร้อยละ 0.1-0.2 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด และยิ่งประชากรที่มีอายุสูงกว่า 100 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีอยู่น้อยมาก เมื่อคิดเป็นสัดส่วนแล้วต่ำกว่าร้อยละ 0.0 ของประชากรทั้งหมดเสียอีก

ตารางที่ 3.3 : จำนวนและอัตราส่วนหญิงต่อชาย ในประชากรสูงอายุที่สุด ปี พ.ศ. 2543

จำนวน (1,000)	หญิง	ชาย	หญิง : ชาย
ผู้มีอายุหลัก 80	233	149	1.6
ผู้มีอายุหลัก 90	49	27	1.8
ผู้มีอายุหลัก 100	1	.5	2.2
รวมผู้สูงอายุที่สุด	283	176	1.6

แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ปราสาทกุลและคณะ.(2542). โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

ในส่วนโครงสร้างทางเพศของประชากรสูงอายุ พบว่า อัตราส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุและอัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนนี้จะยิ่งสูงขึ้นเมื่อประชากรมีอายุสูงขึ้น ตัวอย่างเช่นในปี พ.ศ. 2541 ประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปีมีอัตราส่วนผู้หญิง 1.1 คนต่อผู้ชาย 1 คน ได้เพิ่ม 1.3, 2.0,

3.3 และ 4.5 ในกลุ่มอายุ 70-79, 80-89, 90-99 และ 100 ขึ้นไปตามลำดับ หรือในปี พ.ศ. 2543 อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนเท่ากับ 1.1, 1.2, 1.9, 3.2 และ 4.7 ในกลุ่มอายุ 60-69, 70-79, 80-89, 90-99 และ 100 ขึ้นไปตามลำดับ อัตราส่วนนี้จะยิ่งเห็นได้ชัดขึ้นเมื่อพิจารณาตามอายุที่มากขึ้นที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ยิ่งประชากรมีอายุสูงขึ้นไป ประชากรหญิงยิ่งเหลือรอดชีพมากกว่าประชากรชาย (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 : อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนของประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามกลุ่มอายุ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ. 2541-2568

อายุ	2541	2543	2548	2553	2558	2563	2568
60-69	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
70-79	1.3	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3
80-89	2.0	1.9	1.7	1.5	1.5	1.6	1.7
90-99	3.3	3.2	3.0	2.6	2.2	2.0	2.1
100+	4.5	4.7	5.0	4.8	4.3	3.8	3.2

แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ปราสาทกุลและคณะ.(2542). โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

โดยสรุปการศึกษาครั้งนี้ พบความแตกต่างของประชากรสูงอายุ ในปัจจุบันและอนาคตกับอดีตที่ผ่านมา คือ

- ขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กระจายตามอายุในกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป จะเป็นรูปโค้งลอจิสติก (Logistic Curve) ที่ไม่ใช่เส้นตรง
- อัตราเพิ่มของประชากรอายุ 60 - 79 ปี จะเพิ่มมากขึ้นในช่วง 25 ปีข้างหน้า กลุ่มนี้จะมีจำนวนค่อนข้างคงที่ ได้แก่ กลุ่มอายุ 80 - 89, 90 - 99 และ 100 ปีขึ้นไป เนื่องจากกลุ่มอายุสูงสุดเหล่านี้มีอัตราตายที่สูงกว่า
- อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนของประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และมีอัตราส่วนเท่ากับ 3 และ 4 ในกลุ่มอายุสูงสุด ในอีก 25 ปีข้างหน้า

2. องค์ประกอบลักษณะของประชากรสูงอายุ

องค์ประกอบที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชากรสูงอายุที่จะนำมาอภิปรายในส่วนนี้ ที่อาจจะแตกต่างไปจากปัจจุบัน ได้แก่ องค์ประกอบด้านสถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตรและการย้ายถิ่น ที่ได้จากการทบทวนรายงานการศึกษา “สถานภาพของผู้สูงอายุไทย” โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2541⁷ “การสำรวจภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2539” โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁸ และ “ สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน” โดย นภาพร ชโยวรรณ ปี พ.ศ. 2542³

2.1 องค์ประกอบด้านสถานภาพสมรส

การมีคู่หรือไม่มีคู่ในวัยสูงอายุ มีผลกระทบต่อภาวะทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ และมีผลต่อรูปแบบการอยู่อาศัยและการเกื้อหนุน จากการศึกษาสถานภาพในปัจจุบัน พบว่าประชากรสูงอายุไทยเกือบทั้งหมด คือ มากกว่าร้อยละ 90 เคยสมรสมาแล้ว มีเพียงร้อยละ 2 ที่ยังโสด โดยผู้หญิงครองโสดมากกว่าผู้ชาย ประมาณ 4 : 1 และพบว่า สภาพการครองคู่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเป็นหม้ายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ^{3, 8} มีข้อน่าสังเกตว่า การสมรสใหม่ในชายสูงอายุที่เป็นหม้ายจะเกิดได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับของสังคมมากกว่าการสมรสใหม่ในหญิงสูงอายุ³ ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงหม้ายมีจำนวนมากกว่าชายหม้ายในวัยเดียวกัน

นอกจากนี้ข้อมูลจาก SWET ปี พ.ศ.2538 และการสำรวจสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2533 สามารถคาดเดาได้ว่า ประชากรสูงอายุโสดจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ในอีก 10 ปีข้างหน้า เป็นเพศหญิงร้อยละ 5 และเพศชายร้อยละ 1³

⁷ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2541). สถานภาพของผู้สูงอายุไทย.

⁸ นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). การสำรวจภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.2 องค์ประกอบด้านการศึกษา

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นเครื่องชี้วัดศักยภาพในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต การงาน อาชีพ รายได้และการเข้าถึงบริการต่างๆ นอกจากนี้การอ่านออกเขียนได้ยังเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ถือว่าอยู่ในกลุ่มด้อยโอกาส

แม้ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันจะมีการศึกษามากกว่าเมื่อ 20 ปีก่อน แต่ก็ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และผู้หญิงจะมีการศึกษาน้อยกว่าผู้ชาย พบว่าร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุไม่มีการศึกษา และมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันที่จบระดับประถมศึกษา³ อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ประมาณร้อยละ 30

แนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่จบประถมศึกษาจะลดลง และผู้ที่จบมัธยมศึกษาหรือมากกว่า จะเพิ่มขึ้นในอนาคตทั้งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้สัดส่วนของผู้หญิงสูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเร็วกว่าชายจนทำให้ความแตกต่างระหว่างเพศลดลงได้ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น อาจทำให้ความต้องการ รสนิยม และการเตรียมพร้อมสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างไปจากปัจจุบัน³

2.3 องค์ประกอบด้านจำนวนบุตร

การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม อาจทำให้ระบบครอบครัวที่เคยเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุอ่อนแอลง แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าน่าจะมีผลกระทบน้อย ส่วนหนึ่งเนื่องจาก ประเพณีการอยู่อาศัยหลังการสมรสของไทยให้บุตรคนสุดท้ายต้องหรือบุตรที่ไม่ได้สมรสอยู่กับบิดามารดา³

ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีบุตรเฉลี่ย 2.2 คนและสัดส่วนที่ไม่มีบุตรจะเพิ่มเป็นร้อยละ 5.6 ด้วยแนวคิดที่ว่า หากจำนวนบุตรที่น้อยลงคู่สมรสสามารถลงทุนเพื่อเพิ่มคุณภาพของบุตรให้ทำงานมีรายได้ดีจนสามารถเกื้อหนุนบิดามารดาได้ แนวคิดนี้เชื่อว่า การดูแลเกื้อหนุนจะอยู่ที่คุณภาพของบุตรมากกว่าปริมาณ มีข้อโต้แย้งแนวคิดนี้ว่า เมื่อบุตรมีการศึกษาสูงขึ้นมักต้องการอยู่กับคู่สมรสแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่า และต้องทำงานเลี้ยงครอบครัวตนเองมากกว่าให้การดูแลบิดามารดา ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้ จำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

2.4. การย้ายถิ่น

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุจะเป็นสภาพที่ลงตัว หมายถึง ถิ่นฐานที่อยู่ใกล้เครือข่ายการเกื้อหนุนเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยปลาย ผลการศึกษาการย้ายถิ่นของผู้สูงอายุมีจำกัด จากการวิเคราะห์ข้อมูลสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2513 และ พ.ศ. 2523 บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีการย้ายถิ่นน้อยกว่าหนุ่มสาวมาก ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2538 ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตัวเองอยู่มาตั้งแต่วัยทำงาน เกือบ 1 ใน 3 อยู่ในชุมชนมาตั้งแต่เกิด อีกกว่าครึ่งอยู่ในชุมชนมานานกว่า 20 ปี มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่เพิ่งย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยในชุมชนนั้น ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการย้ายถิ่นสูงที่สุด เหตุผลทั่วไปของการย้ายถิ่นเป็นเรื่องของอาชีพ การหางานทำ การติดตามครอบครัว มีเพียงร้อยละ 5 รายงานว่าย้ายไปอยู่กับบุตร อีกร้อยละ 3 ไปช่วยบุตรทำงานบ้าน³

โดยสรุปลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบันในองค์ประกอบหลัก ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สัดส่วนของผู้ครองโสด และเป็นหม้ายจะสูงขึ้นตามอายุ โดยเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ในประเด็นของระดับการศึกษาในปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ และเป็นหญิงมากกว่าชาย ในอนาคตมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ผู้หญิงจะได้รับการศึกษาในอัตราที่สูงกว่าชายจนกระทั่งความแตกต่างระหว่างเพศลดลง การศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้มีผู้สูงอายุมีความต้องการ มีรสนิยมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในเรื่องจำนวนบุตรที่จะลดลงจากเดิม ผู้สูงอายุจะมีบุตรเฉลี่ยประมาณ 2 คน ด้วยแนวคิดการลงทุนเพื่อเพิ่มคุณภาพของบุตรที่มีจำนวนน้อยลง จะเพิ่มคุณภาพการดูแลเกื้อหนุนบิดามารดาในยามแก่เฒ่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในความเป็นอยู่ตามวัฒนธรรมไทย

ประการสุดท้าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการย้ายถิ่นน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว การอาศัยอยู่ในถิ่นฐานหรือชุมชนมาตั้งแต่เกิดหรืออยู่มาเกิน 20 ปี พอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของไทย การพักอาศัย ตั้งถิ่นฐานอยู่ในสภาพที่ลงตัว อยู่อาศัยใกล้เคียงกับเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องที่คุ้นเคย สิ่งที่สำคัญคือเป็นฐานให้ลูกหลานที่ออกไปทำงานต่างพื้นที่ได้กลับมาบ้านที่มีพ่อแม่อยู่ได้ตลอดเวลา และเป็นแหล่งที่พวกเขาจะส่งเงินกลับมาช่วยเหลือตามธรรมเนียมของคนไทยส่วนใหญ่ด้วย

3. สถานภาพทางเศรษฐกิจ

ภาวะทางเศรษฐกิจและการมีงานทำของผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง ปัจจัยหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ความเป็นอิสระและการมีอำนาจ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตและกายเป็นอย่างมาก ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี จะส่งผลให้มีความเป็นอิสระ มีกำลังในการซื้อหรือจัดการเพื่อให้ได้บริการที่เหมาะสมได้มากกว่าผู้ที่ด้อยกว่าทางฐานะเศรษฐกิจ

การศึกษาภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะความเชื่อถือได้และตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่เคยมีการอภิปรายในการศึกษาต่างๆ มากมาย ตัวชี้วัดที่ใช้กันเสมอคือรายได้ การตีความหมายก็ยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะเมื่อใช้แบ่งเส้นความยากจน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการนำเสนอสภาวะความยากจนของประชากรไทย⁹ เพื่อการนำไปใช้ในการวางแผนต่างๆ ในปัจจุบัน

ประเด็นที่นำเสนอในรายงานนี้ คือ ภาวะความยากจนของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

จากข้อมูลที่น่าสนใจ โดย นภาพร ชโยวรรณ³ ให้ภาพค่อนข้างชัดเจนว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะยากจน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุเมื่อ 10 ปีก่อนหรือผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีรายได้ประมาณ 10,000 บาทต่อปี หรือประมาณ เดือนละ 800 กว่าบาท ซึ่งต่ำกว่าระดับเส้นความยากจน⁹ (รายได้เดือนละ 911 บาทต่อคน) อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุยากจนกว่าประชากรโดยเฉลี่ย

ผู้สูงอายุมีปัญหาการกระจายรายได้เช่นเดียวกับประชากรโดยรวม ผู้ที่ร่ำรวยก็รวยมากแต่มีสัดส่วนน้อย และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ยากจนมีจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนจากข้อมูลการกระจายรายได้ประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในข่ายต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินน่าจะอยู่ในระดับร้อยละ 5-10 คือผู้ที่ไม่มีทรัพย์สิน มีหนี้สิน และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปีและมีข้อมูลแสดงว่าผู้สูงอายุหญิง

⁹ N. Kakawani and M. Krongkeaw. (2541). "เส้นความยากจนและการใช้ประโยชน์" กองประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปีที่ 2 เล่มที่ 2: มีนาคม.

ยากจนกว่าผู้สูงอายุชายเมื่อวัดด้วยรายได้เฉลี่ย² แต่ความไม่พอใจในสภาพทางการเงินของผู้ชายมีมากกว่าผู้หญิง

ตารางที่ 3.5 จำนวนประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามอายุและเพศ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2541-2568(ต่อแสนคน)

อายุ	2541		2543		2548		2553		2558		2563		2568	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
60-64	913.6	949	922.3	979.7	981	1,071.30	1,206.90	1,346.80	1,581.80	1,769.30	1,957.10	2,134.60	2,316.60	2,479.90
65-69	736.6	783.7	769.3	823.7	799.7	896.3	853.4	986.6	1,058.80	1,249.10	1,398.00	1,650.20	1,744.50	2,002.80
70-74	458	542.5	516	595.8	610.1	703.3	636.6	773.8	687.2	861.2	864.5	1,103.50	1,155.30	1,472.10
75-79	208.3	303.4	248	342.3	354	450.4	420.9	540.5	445.8	604.9	489.9	684.8	629	894.7
80-84	75.5	141.8	87.2	155.4	135.9	212.4	197.1	286.4	239.1	351.7	259.3	403.3	291.7	468
85-89	24.6	59.5	25.1	58.7	34.1	71.2	55.4	101	82.9	140.6	103.7	117.9	115.4	210.8
90-94	7.7	23.7	6.4	19.5	6.1	17.4	9	22.3	15.4	33.1	24.1	47.8	30.8	62.8
95-99	2.4	9.2	1.5	6	0.8	3.2	0.9	3.1	1.4	4.2	2.6	6.6	4.2	10
100+	0.2	1	0.3	1.4	0.1	0.7	0.1	0.4	0.1	0.4	0.1	0.5	0.3	0.9
60+	2,427.00	2,814.00	2,576.10	2,982.60	2,921.80	3,426.10	3,380.20	4,060.80	4,112.60	5,014.40	5,099.40	6,209.40	6,288.00	7,602.10

แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

ตารางที่ 3.6 การกระจายร้อยละของประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามอายุและเพศ จากการ
ฉายภาพประชากร พ.ศ.2541-2568(ต่อแสนคน)

อายุ	2541		2543		2548		2553		2558		2563		2568	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
60-64	17.4	18.1	16.6	17.6	15.5	16.9	16.2	18.1	17.3	19.4	17.3	18.9	16.7	17.9
65-69	14.1	15	13.8	14.8	12.6	14.1	11.5	13.3	11.6	13.7	12.4	14.6	12.6	14.4
70-74	8.7	10.4	9.3	10.7	9.6	11.1	8.6	10.4	7.5	9.4	7.6	9.5	8.3	10.6
75-79	4	5.8	4.5	6.2	5.6	7.1	5.7	7.3	4.9	6.6	4.3	6.1	4.5	6.4
80-84	1.4	2.7	1.6	2.8	2.1	3.3	2.6	3.8	2.6	3.9	2.3	3.6	2.1	3.4
85-89	0.5	1.1	0.5	1.1	0.5	1.1	0.7	1.4	0.9	1.5	0.9	1.6	0.8	1.5
90-94	0.1	0.5	0.1	0.4	0.1	0.3	0.1	0.3	0.2	0.4	0.2	0.4	0.2	0.5
95-99	0	0.2	0	0.1	0	0.1	0	0	0	0	0	0.1	0	0.1
100+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60+(คน)	2,427.00	2,814.00	2,576.10	2,982.60	2,921.80	3,426.10	3,380.20	4,060.80	4,112.60	5,014.40	5,099.40	6,209.40	6,288.00	7,602.10
รวม%	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0	

แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

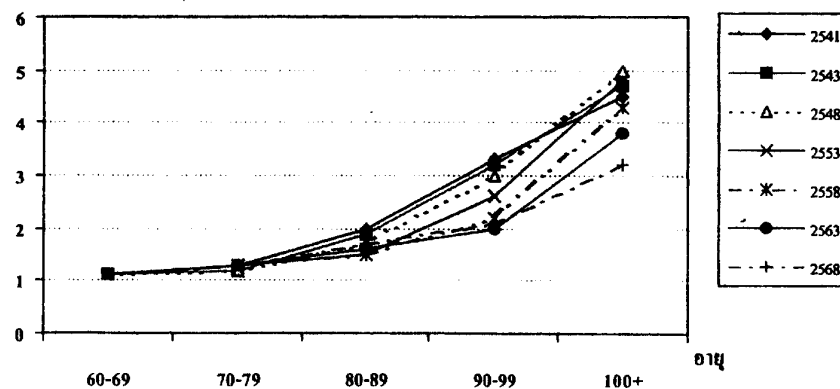
ตารางที่ 3.7 จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) และประชากรสูงอายุที่สุด(80ปีขึ้นไป) จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2541-2568(ต่อแสนคน)

	2541		2543		2548		2553		2558		2563		2568	
อายุ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประชากรทั้งหมด	60,757.00	100	62,056.20	100	64,845.20	100	67,004.10	100	68,645.90	100	69,901.00	100	70,767.90	100
60+ ปี	5,240.90	8.6	5,558.70	9	6,348.00	9.8	7,441.00	11.1	9,127.10	13.3	11,308.80	16.2	13,890.10	19.6
80+ ปี	345.8	0.6	361.6	0.6	482	0.7	675.6	1	868.9	1.3	1,026.20	1.5	1,195.10	1.7
ประชากรสูงอายุทั้งหมด	345.8	100	361.6	100	482	100	675.6	100	868.9	100	1,026.20	100	1,195.10	100
80-89	301.5	87.2	326.4	90.3	453.5	94.1	639.8	94.7	814.3	93.7	944.3	92	1,086.00	90.9
90-99	43.1	15.4	33.4	9.2	27.6	5.7	35.3	5.2	54.1	6.2	81.2	7.9	107.9	9
100+ ปี	1.2	0.3	1.8	0.5	0.9	0.2	0.5	0.1	0.5	0.1	0.7	0.1	1.2	0.1

แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย.

แผนภูมิที่ 2 อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนของประชากรสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามกลุ่มอายุ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2541-2568

อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คน



แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุไทย.

ตารางที่ 3.8 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือหมู่บ้าน และเหตุผลสำคัญของการย้ายจำแนกตามเขตที่อาศัย (SWET 2538)

	กรุงเทพ	เมืองอื่น	ชนบท	รวม
ระยะเวลา (ปี) ที่อยู่ในชุมชน				
0-4	11.1	5.4	2.7	3.7
5-9	160.6	6.7	2.5	3.6
10-14	14.2	8.9	2	3.8
15-19	11.2	9.1	2.8	4.2
20+	46.4	56.3	54.3	53.7
ตั้งแต่เกิด	6.5	13.5	35.8	31.1
รวม	100	100	100	100
เหตุผลสำคัญในการย้าย				
หางานทำ	28.4	39.3	42.7	40.5
ติดตามครอบครัว	14.8	26.1	33.9	30.6
ย้ายมาอยู่กับบุตร	13.6	6.9	3.4	5.1
มาช่วยบุตรดูแลและทำงานบ้าน	7.8	5	1.6	2.7
ซื้อ/ได้รับมรดกบ้านหรือที่ดิน	31.9	8.1	10.5	13.1
อื่นๆ	3.2	10.4	6.4	6.1
ไม่ทราบ	0.4	4.2	1.9	1.9
รวม	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล : นภาพร ชัยวรรณและจอห์น โนเดล. (2539). การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย.

ตารางที่ 3.9 รายได้เฉลี่ย รายได้มีมาตรฐานและการกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ต่อปี
สถานภาพสมรสและเพศ ปี พ.ศ.2529 และ 2538

รายได้	SECAPT (2529)				SWET (2538)			
	มีคู่สมรส	ชายไม่มีคู่	หญิงไม่มีคู่	รวม	มีคู่สมรส	ชายไม่มีคู่	หญิงไม่มีคู่	รวม
รายได้เฉลี่ย (บาท)	16,302	9,795	6,866	12,200	37,622	16,509	12,971	29,016
รายได้มีมาตรฐาน (บาท)	5,400	3,000	2,400	3,600	15,000	5,000	3,750	10,000
ไม่มีรายได้	5.5	9.5	10.8	7.8	5.5	13.55	19.4	10.1
< 2,500	26.4	37.1	42	33.2	10.6	18.8	22.1	14.5
2,500-4,999	14.8	14.9	13.5	14.3	8.6	15.4	12.5	10.2
5,000-9,999	20.2	17.4	14.4	17.8	12.9	12.8	14.3	13.3
10,000-19,999	13.5	8.7	10.6	12	17.8	14	12.5	16
20,000-29,999	7	3.5	3.6	5.4	12.8	7.5	6.5	10.6
30,000-49,999	7.2	5.2	3.3	5.6	12.7	9.5	7	10.8
50,000+	5.3	3.8	1.8	3.9	19.2	8.6	5.8	14.6
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100
จำนวนตัวอย่างไม่ถ่วงน้ำหนัก	1,460	285	1,009	2,754	2,069	370	1,554	3,993
ร้อยละที่ไม่ให้ข้อมูล	13.4	14.1	18.3	15.3	6.7	13.1	13.9	9.4
จำนวนตัวอย่างไม่ถ่วงน้ำหนัก	1,686	333	1,233	3,252	2,231	428	1,827	4,486

แหล่งข้อมูล : นภาพร ขโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน.

ตารางที่ 3.10 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามดัชนีสรุปการมีทรัพย์สิน รายได้และหนี้สิน จำแนกตามสถานภาพสมรสและเพศ

ดัชนีสรุปทางเศรษฐกิจ	มีคู่สมรส	ชายไม่มีคู่	หญิงไม่มีคู่	รวม
ไม่มีทรัพย์สินและมีรายได้ <10,000 บาทและมีหนี้	0.6	0.5	0.6	0.6
ไม่มีทรัพย์สินและมีรายได้ <10,000 บาทแต่ไม่มีหนี้	1.7	10.4	15.8	6.4
ไม่มีทรัพย์สินแต่มีรายได้ 10,000 บาท + และมีหนี้	0.5	0	0.6	0.5
ไม่มีทรัพย์สินแต่มีรายได้ 10,000 บาท+ แต่ไม่มีหนี้	2.2	3.6	4.1	2.9
มีทรัพย์สิน มีรายได้ <10,000 บาท มีหนี้	8.9	8.2	5.4	7.8
มีทรัพย์สิน มีรายได้ <10,000 บาท ไม่มีหนี้	26.4	41.5	46.5	33.2
มีทรัพย์สิน มีรายได้ 10,000 บาท + มีหนี้	23.3	7	4.5	16.7
มีทรัพย์สิน มีรายได้ 10,000 บาท+ ไม่มีหนี้	36.4	28.9	22.6	36.9
รวม	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล: นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล. (2539). การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย.

หมายเหตุ: การมีทรัพย์สิน หมายถึง การที่ตนเองและ/หรือคู่สมรสมีบ้านหรือที่ดิน หรือเงินออม/ฝาก/หุ้น * ตัวอย่าง
ไม่รวมผู้ที่ไม่รายงานรายได้ หรือไม่รายงานการมีทรัพย์สินหรือหนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). รายงานการคาดประมาณประชากรไทย 2533-2563.
2. United Nation. (1999). The Age and Sex Distribution of the World Population. the1998 Revision pp. 784 – 785.
3. นภาพร ชโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. การประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ.
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2543). “ว่าด้วยเรื่องคนแก่ไทย”, วารสารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 20: 2: ธันวาคม 2542 – มกราคม.

5. ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542). โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. ประชากรอายุสูงสุดหรือ Oldest Old ใช้ครั้งแรกใน World Population: the 1998 Revision
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.(2540). สถานภาพของผู้สูงอายุไทย.
8. นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). การสำรวจภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. N. Kakawani and M. Krongkeaw. (2541). "เส้นความยากจนและการใช้ประโยชน์" กองประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปีที่ 2 เล่มที่ 2: มีนาคม.





บทที่ 4

สภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย

เป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพประชากรที่ผ่านมา คือ การเพิ่มความยืนยาวของชีวิต ซึ่งต่อมาได้ถูกนับว่าเป็นดัชนีหนึ่งในการจัดระดับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development Indicator หรือ HDI) ในประเทศไทยได้พยายามเลื่อนเวลาของการตายก่อนเวลาอันควร ที่จะทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวกว่าเดิมและได้รับผลสำเร็จในระดับหนึ่งแล้ว ในปี พ.ศ.2541 มีข้อมูลที่แสดงถึงการมีคนไทยอายุยืนถึง 100 ปีที่ยังมีชีวิตอยู่มากกว่า 1,000 คน¹ แต่ประชากรกลุ่มนี้จะอยู่ดีมีสุขสามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นสัดส่วนเท่าใด เป็นประเด็นที่สังคมให้ความสนใจในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากนี้การวัดอัตราการเกิดโรค ความชุกของโรคและอัตราการตายนั้น ไม่น่าจะเหมาะสมในการประเมินสุขภาพของประชากรสูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มอายุสูงสุด (80 ปีขึ้นไป) จึงนำไปสู่การสร้างดัชนีใหม่ที่ใช้ประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเหล่านี้ ถึงการอยู่ได้อย่างมีอิสระ การพึ่งพาตนเองได้ การปราศจากความพิการหรือทุพพลภาพ ได้มีข้อเสนอแนะว่าการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อกำหนดโครงสร้างของนโยบายต้องมีข้อมูลฐานที่เป็นภาวะโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน มี 5 มิติในการประเมินคือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต สุขภาพกาย การทำหน้าที่ทางสังคมและทางธุรกิจ²

ในบทนี้ จะได้อภิปรายถึงปัญหาสุขภาพและสถานะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยที่ได้จากการรายงานการศึกษาวิจัยระดับชาติที่มีอยู่แล้วย้อนหลังไปไม่เกิน 5 ปีซึ่งได้แก่การสำรวจสุขภาพของประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2538³ การสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540⁴ และ โครงการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2542-2543 (รายงานผลเบื้องต้น)⁵

¹ ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

² The Nation's Health : A Strategy for the 1990S. The King's Fund Centre. New edition 1991.

³ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย พ.ศ.2538.

⁴ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2540). การสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชน โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539-2540.

⁵ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2542). โครงการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2542-2543.

ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพของประชากรสูงอายุ ที่นำเสนอในรายงานนี้ ได้แก่

1. การประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง
2. อัตราความชุกของการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บเฉียบพลัน
3. อัตราความชุกของโรคเรื้อรัง
4. อัตราความชุกของภาวะทุพพลภาพ
5. อัตราความชุกของภาวะพึ่งพา
6. อัตราความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม
7. อัตราและสาเหตุการตายตามอายุและเพศ
8. อายุคาดหวังที่พึ่งพาตนเองได้และปราศจากทุพพลภาพระยะยาว

สภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย

1. การประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง (Self perception)

ข้อมูลที่ได้เป็นการรายงานโดยผู้สูงอายุถึงการรับรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของตนเองว่า มีมุมมองในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อสุขภาพของตน ถ้าบอกว่า "แข็งแรง" ความหมายจะรวมถึงความสามารถในการพึ่งพาตนเองและเป็นการประเมินจิตใจด้วย

ตารางที่ 4.1: อัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง จำแนกตามเพศ เปรียบเทียบการสำรวจในปี พ.ศ. 2537 และปี พ.ศ. 2538

สถานะสุขภาพที่ประเมิน ด้วยตนเอง	การสำรวจปี 2537*			การสำรวจปี 2538**		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
แข็งแรงมาก	6.9	9.0	5.2	9.5	13.2	6.9
แข็งแรง	31.4	34.3	29.0	25.3	29.0	22.9
ปานกลาง	35.8	34.3	37.1	30.4	29.3	31.2
ไม่แข็งแรง	23.0	20.2	25.4	23.9	20.1	26.4
อ่อนแอ	2.9	2.2	3.3	10.8	8.2	12.5

* การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2537 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

** การสำรวจสุขภาพของประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทยปี พ.ศ. 2538 อัตราเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

จากตารางที่ 4.1 แสดงว่า ส่วนใหญ่ถึง 2 ใน 3 ที่ประเมินว่า ตนเองแข็งแรงหรือมีสุขภาพปานกลาง ผู้ที่คิดว่าตนเองไม่แข็งแรงหรืออ่อนแอมีเพียง 1 ใน 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างรายงานการสำรวจทั้งสองครั้งในปี พ.ศ. 2537 กับปี พ.ศ. 2538 พบว่า กลุ่มแรกคือแข็งแรงและปานกลาง มีสัดส่วนต่ำลงในปี พ.ศ. 2538 ซึ่งอาจจะแตกต่างกันด้วยโครงสร้างทางอายุของกลุ่มตัวอย่างและวิธีสัมภาษณ์ ด้วยข้อมูลเหล่านี้เป็นอัตราร้อยละของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หากได้แจกแจงเป็นอายุสูงกว่านี้เช่น 80 ปีขึ้นไปอาจจะได้ความชัดเจนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศจากการสำรวจทั้งสองครั้ง ข้อมูลแสดงถึงแบบแผนเดียวกันคือ ผู้สูงอายุหญิงประเมินตนเองว่าไม่แข็งแรงหรืออ่อนแอมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกประเด็น

ดัชนีการประเมินสุขภาพด้วยตนเองนี้ จะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการคาดประมาณความต้องการบริการทางสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ

การข้อสังเกตจากการสอบสวนสาเหตุการตาย ในโครงการศึกษาสาเหตุการตายของประเทศไทยในเบื้องต้นพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสถานสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุจะเป็นการพยากรณ์ที่มีความเที่ยงตรงมากต่อการตายมากกว่าการวัดด้วยวิธีอื่น ผู้ตายเป็นจำนวนมากที่มักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุสูงสุด ที่ก่อนจะตายบอกญาติลูกหลานว่า ตนเองหมดอายุขัยแล้วและสิ้นชีวิตไปอย่างสงบ⁶

2.โรคหรือภาวะบกพร่องและอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บเฉียบพลัน

ข้อมูลในส่วนของความเจ็บป่วยและอาการที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะ 2 สัปดาห์หรือ 1 เดือนก่อนการสำรวจ ส่วนใหญ่เป็นการรายงานด้วยตนเองตามความเข้าใจของตน ให้ภาพความรุนแรงมากถึงปานกลาง แต่ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการสูญเสียศักยภาพหรือการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุดูเหมือนจะให้ภาพที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพา รวมทั้งการระบุถึงชนิดของอุบัติเหตุ

อัตราร้อยละตามกลุ่มอายุของการเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539 - 2540 (ตารางที่ 4.2) จะเห็นว่า ประมาณร้อยละ 28 ของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ดังกล่าว ไม่พบความ

⁶ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2542). โครงการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2542-2543.

แตกต่างกันมากในกลุ่มอายุ 60-89 ปี แต่พบค่อนข้างมากถึงร้อยละ 31 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งน่าจะเป็นเรื่องปกติของกลุ่มอายุนี้

ตารางที่ 4.2 : อัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดโรค หรือภาวะบกพร่องที่เกิดขึ้นใหม่ ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจปี พ.ศ. 2539

กลุ่มอายุ	อัตราร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง
60-69 ปี	28.6	2,323
70-79 ปี	27.7	1,254
80-89 ปี	28.1	423
90+ ปี	31.3	48
ทุกกลุ่มอายุ	28.3	4,048

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539-2540

โรคหรือภาวะบกพร่องที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน จากการนำข้อมูลจากการสำรวจประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป พ.ศ.2538 มาเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539-2540 ตามตารางที่ 4.3 พบว่า แบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคคล้ายๆกัน เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเข่าข้ออักเสบ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูงและใช้ติดื่นื่นๆ ซึ่งการสำรวจในปี พ.ศ. 2539 จะมีอัตราร้อยละสูงกว่าข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2538 น่าจะเนื่องมาจากวิธีการในการสำรวจที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.3 : อัตราร้อยละของโรคและภาวะบกพร่องที่เกิดขึ้นใหม่ที่มีความชุกสูงในประชากรอายุ 60+ ปี

โรคและภาวะบกพร่อง	2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ 2539 ¹	4 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ 2538 ²
ไข้หวัด	36.3	27.5
ปวดศีรษะ	15.3	12.5
ปวดเข่าข้ออักเสบ	10.1	7.0
ปวดหลัง	9.3	4.5
ปวดท้อง โรคกระเพาะ	7.0	2.8
ปวดร่างกาย บริเวณอื่น ๆ	5.4	8.0
แขนขา มือเท้า อ่อนแรง	5.3	-
โรคความดันโลหิตสูง	3.8	1.6
ท้องผูก		3.4
ใช้ติดเชื้อมีอื่น ๆ	3.3	3.3
อุบัติเหตุ	6.8	-

แหล่งข้อมูล : 1. การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539 –2540 (NHES II)
2. การสำรวจสุขภาพของประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (SWET)

อุบัติเหตุ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2539-2540 ได้รวมการประสบอุบัติเหตุไว้ในกลุ่มโรคและภาวะที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ซึ่งพบถึงร้อยละ 6.8 ของตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับชนิดของอุบัติเหตุได้แสดงไว้ในตารางที่ 4.4 สังเกตได้ว่า เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในบ้านถึงร้อยละ 32.7 เป็นลำดับที่หนึ่ง รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการเดินทางและจากการทำงานร้อยละ 22.3 และ 21.8 ตามลำดับ จากการเล่นกีฬาและไฟไหม้น้ำร้อนลวกและกินยาผิดเกิดค่อนข้างน้อยกว่า แต่ก็ยังปรากฏอยู่

จะเห็นได้ว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในบ้าน มีความสำคัญมากที่สุดเหมือนกับการศึกษาอื่นๆที่ผ่านมา และยังคงเป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่จะนำไปสู่มาตรการเพื่อการป้องกัน และการทำให้มีความปลอดภัยในที่พักอาศัย บริเวณที่อยู่ของผู้สูงอายุ ที่จะนำเสนอในบทต่อไป สำหรับอุบัติเหตุจากการเดินทางและการทำงานเกิดขึ้นเป็นอันดับรองลงมา ทำให้เกิดการบาดเจ็บจนเป็นผลต่อการอยู่ดีของผู้สูงอายุในเวลาต่อมา เป็นผลสืบเนื่องอย่างมากต่อภาวะทุพพลภาพระยะยาวและภาวะพึ่งพา ดังนั้น การพัฒนามาตรการเพื่อประเมินศักยภาพทางกายและการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมน่าจะเป็นมาตรการเพื่อลดการบาดเจ็บดังกล่าวได้ทางหนึ่ง

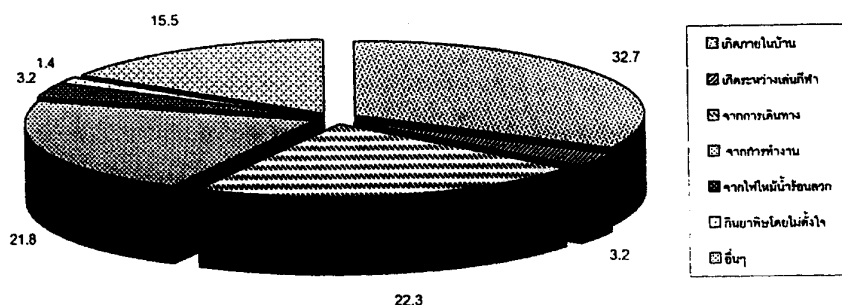
การกินยาผิด หยิบยาผิด ไฟไหม้น้ำร้อนลวก น่าจะเกี่ยวข้องกับการอ่านฉลากยา จากข้อมูลผู้สูงอายุไทยอ่านหนังสือไม่ออกถึงร้อยละ 30 หรือมองไม่เห็นอีกจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับผู้ขายยาหรือผู้ให้บริการสาธารณสุข ที่ไม่ได้อธิบายการใช้ยาแก่คนไข้ หรือในทางกลับกันผู้สูงอายุขาดการดูแล จึงเกิดอุบัติเหตุจากสาเหตุที่ป้องกันได้เหล่านี้

ตารางที่ 4.4: อัตราร้อยละของอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ปี พ.ศ. 2539-2540

ชนิดของอุบัติเหตุ	ร้อยละของผู้มีอุบัติเหตุทั้งหมด	ร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุ
เกิดภายในบ้าน	32.7	1.8
เกิดระหว่างเล่นกีฬา	3.2	0.2
จากการเดินทาง	22.3	1.2
จากการทำงาน	21.8	1.2
จากไฟไหม้น้ำร้อนลวก	3.2	0.2
กินยาพิษโดยไม่ตั้งใจ (กินยาผิด)	1.4	0.1
อื่นๆ	15.5	0.8
รวม	100	4,048

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539-2540

แผนภูมิที่ 3 อัตราการเกิดอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจ ปี พ.ศ. 2539-2540



3. โรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุ

การศึกษาครั้งแรกเกี่ยวกับความชุกและความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุ รวมถึงระดับความสำคัญของโรคหรือภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่เป็นต้นเหตุของภาวะทุพพลภาพ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ.2539-2540 ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างบุคคลแทนครัวเรือน และการวัดความชุกภาวะทุพพลภาพที่ได้มาตรฐานเพื่อนำไปใช้คาดประมาณแนวโน้มในอนาคต

ในส่วนนี้ จะได้นำเสนออัตราความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่เป็นผลจากการสำรวจดังกล่าว

3.1 อัตราความชุกของโรคเรื้อรัง

การเลือกข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายปี พ.ศ.2539-2540 เพื่อนำเสนออัตราความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรสูงอายุไทย โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 60-69, 70-79, 80-89 และ 90 ปีขึ้นไป จำแนกโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุ 20 อันดับแรก เพื่อแจกแจงอัตราความชุกของโรคต่างๆดังกล่าว ตามตารางที่ 4.5.1 ซึ่งแสดงถึงร้อยละของความชุกของโรคเรื้อรัง เพิ่มจากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปีและ 90 ปีขึ้นไป นอกจากขนาดของความชุกของแต่ละโรค ผู้สูงอายุมักป่วยด้วยโรคหลายโรคพร้อมๆ กัน

ประมาณร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจโคโรนารี หัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนโรคหัวใจอื่นๆ มีประมาณร้อยละ 4 ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ความดันโลหิตสูงร้อยละ 15 และลดลงมากกว่าครึ่งในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงน่าจะเกิดเส้นเลือดตีตันก่อนหน้านี้นี้ และพบว่า อัตราความชุกของอัมพาตครึ่งซีก ดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนภาวะความดันโลหิตสูง อาการปวดเข่าข้ออักเสบ ปวดหลัง ปวดศีรษะ เป็นอาการที่เกิดขึ้นจนเป็นปกติสำหรับผู้สูงอายุ เช่นเดียวกันกับ ตาและหูที่ผิดปกติ กลุ่มอาการสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมที่พบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบโรคซึมเศร้าและโรคจิตประสาท ในร้อยละที่ต่ำกว่า 1 และพบผู้เป็นโรคเอดส์ในกลุ่มอายุ 60-69 และ 70-79 ปี แต่ความชุกต่ำมาก

ตารางที่ 4.5.1: อัตราความชุกของโรคเรื้อรัง จำแนกตามรายโรคและกลุ่มอายุของประชากร สูงอายุ
พ.ศ. 2539-2540

รายโรค	กลุ่มอายุ(ปี)			
	60-69	70-79	80-89	90 และมากกว่า
ร้อยละความชุกของโรคเรื้อรังรายโรค	69.3	72.3	72.1	83.3
โรคหัวใจโคโรนารี หัวใจขาดเลือด	2.4	2.6	1.6	2.1
โรคหัวใจอื่นๆ	4.0	4.2	4.2	4.2
ความดันโลหิตสูง	14.9	15.0	14.6	6.2
หอบหืด	2.7	3.6	3.5	2.1
โรคปอดอื่นๆ	1.5	2.7	3.1	2.1
อัมพาตครึ่งซีก หลอดเลือดสมองตีบ แตกตัน	1.7	2.2	3.8	4.2
แขนขาอ่อนแรง	3.6	4.1	8.0	6.2
ชัก ลมบ้าหมู	0.3	0.6	0.7	0
โรคตับ	0.5	0.2	0	0
โรคไต	1.8	0.6	1.0	2.1
เบาหวาน	10.0	7.0	3.1	2.1
ปวดหัวเข่า เข่าอักเสบ	22.9	26.1	20.8	22.9
ปวดหลัง	16.5	17.9	17.7	10.4
ปวดศีรษะ	9.1	6.9	7.8	6.2
ปวด, เจ็บที่อื่น	7.0	4.8	6.1	10.4
ตาผิดปกติ	10.2	14.4	14.6	16.7
หูผิดปกติ	2.0	3.1	4.7	4.2
กลุ่มอาการสมองเสื่อม ความจำเสื่อม	1.6	2.4	3.5	1.6
โรคซึมเศร้า	0.3	0.6	0.5	0
โรคจิต/โรคประสาท	0.8	0.6	0.5	0
โรคเอดส์	0.1	0.1	0	0
โรคอื่นๆ	21.2	20.6	18.7	27.1

เมื่อพิจารณาถึงสภาพจิตของผู้สูงอายุจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ.2539-2540 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ร้อยละของกลุ่มปกติลดน้อยลง

ตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 98 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ลดลงเป็นร้อยละ 87.5 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป สำหรับลักษณะของความผิดปกตินั้น พบว่า อยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัวประมาณร้อยละ 1 พุดไม่ได้ร้อยละ 0.5 ไม่ยอมพุดร้อยละ 0.8 โดยที่ความผิดปกติเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 2 ในกลุ่มอายุสูงสุด ภาวะขาดสมาธิก็เช่นเดียวกันพบร้อยละ 3.5 และ 6.3 ในกลุ่มอายุ 80-89 และ 90 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 4.5.2) ความพิการทางกายพบมากที่สุด คือ หูหนวกมีถึงร้อยละ 3.1 อัมพาตครึ่งซีกร้อยละ 2.4 และตาบอดร้อยละ 1.9 กระดูกสันหลังคดงอร้อยละ 1.1 ที่เหลือเป็นความพิการที่น่าจะเกิดก่อนสูงอายุเป็นแขนขาขาดตัว สำหรับวิกลจริตพบร้อยละ 0.1 เท่านั้น (ตารางที่ 4.5 .3)

ประเด็นสำคัญในการวัดภาวะที่จะเกิดกับผู้สูงอายุและบริการสวัสดิการสังคม ได้แก่ อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ที่ช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุทำให้พึ่งพาตนเองได้ ตารางที่ 4.5.4 แสดงถึงร้อยละของผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)ที่ใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ จะเห็นได้ว่า เกินครึ่งใช้แว่นตา ซึ่งน่าจะเป็นร้อยละ 100 ที่ต้องใช้แว่นตาในกลุ่มอายุนี้ ถ้าไม่ต้องใช้น่าจะมีเครื่องช่วยอย่างอื่นหรือไม่ได้ใช้สายตามากนัก นอกจากสายตาที่เหลือเกือบครึ่งใช้เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอม ไม้เท้า ไม้ยัน โครงจับเวลาเดิน รถนั่งมีล้อเข็นหรือแขนขาเทียม

ตารางที่ 4.5.2 ร้อยละของสภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ(ปี)	สภาพจิต(Mental status)					
	ปกติ	ไม่ปกติ				
		ไม่รู้สีกตัว	พุดไม่ได้	ไม่ยอมพุด	ขาดสมาธิ	
60-69	98.1(2323)	0.9	0.3	0.4	0.2	0.0
70-79	96.7(1245)	1.0	0.6	1.0	0.6	0.2
80-89	92.0(423)	0.7	1.2	2.4	3.5	0.2
90 และมากกว่า	87.5(48)	2.1	2.1	2.1	6.3	0.0
รวม	96.9(4048)	0.9	0.5	0.8	0.8	0.1

หมายเหตุ ในวงเล็บคือขนาดของตัวอย่าง

แหล่งข้อมูล : วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ.2539-

ตารางที่ 4.5.3 : ร้อยละของความพิการของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของความพิการ

ประเภทของความพิการ	ร้อยละของตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป
แขนขา ขาดด้วน	0.1
นิ้วมือนิ้วเท้า ขาดด้วน	0.3
ตาบอด	1.9
หูหนวก	3.1
อัมพาตครึ่งซีก	2.4
ปากแหว่ง เพดานโหว่	0.1
แขนขาแข็งยึด	0.8
วิกลจริต	0.1
กระดูกสันหลังคด (Scoliosis)	1.1
อื่นๆ	2.5

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540

ตารางที่ 4.5.4 : ร้อยละของผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)ที่ใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ช่วยการดำเนินชีวิต

อุปกรณ์	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60+ ปี
แว่นตา	54.4
เครื่องช่วยฟัง	44.8
ฟันปลอม	51.3
ไม้เท้า	45.5
โครงจับเพื่อเพิ่มความมั่นคงเวลาเดิน	45.3
ไม้ยันของคนขาหัก	45.2
รถนั่งมีล้อเข็น	45.5
แขนขาเทียม	45.1
อื่นๆ	44.8

แหล่งข้อมูล : การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540

3.2 ภาวะทุพพลภาพ

ภาวะทุพพลภาพระยะยาว หมายถึง การเจ็บป่วยหรือภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่มีมานานกว่า 6 เดือน และทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจอันเป็นปกติได้⁴

ภาวะทุพพลภาพระยะสั้น หมายถึง การเจ็บป่วยหรือภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสองสัปดาห์ และเป็นผลให้ผู้สูงอายุต้องนอนหรือหยุดทำงานหรือหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ตามปกติ⁴

ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและระดับความรุนแรงในประชากรสูงอายุ พบว่าผู้ที่มีโรคหรือภาวะบกพร่องเรื้อรังที่เป็นมานานไม่ต่ำกว่า 6 เดือนมีอัตราความชุกร้อยละ 72.5 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวร้อยละ 19 การจำแนกระดับความรุนแรงที่ได้พัฒนาจากข้อเสนอของ Covez ตามตารางที่ 4.6 พบว่าร้อยละ 3.1 มีภาวะทุพพลภาพที่มีความรุนแรงปานกลาง (ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายนอกบ้านได้) สัดส่วนของผู้ที่มีความรุนแรงในระดับรุนแรงและรุนแรงมากคิดเป็นร้อยละ 0.7 และ 0.9 ของประชากรทั้งหมด

ตารางที่ 4.6 : อัตราร้อยละของภาวะทุพพลภาพระยะยาวและความรุนแรงในประชากรสูงอายุ

ระดับความรุนแรง	ลักษณะในการจำแนก	ร้อยละประชากรทั้งหมด	ร้อยละของผู้ทุพพลภาพ	จำนวนคน
ไม่มี	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	81.0	-	3279
น้อย	สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย	14.2	70.9	576
ปานกลาง	เคลื่อนที่ภายในบ้านได้ แต่ไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัย	3.1	16.4	126
รุนแรง	นั่งได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านได้	0.7	3.8	29
รุนแรงมาก	ต้องนอนตลอดเวลา(ต้องการการดูแลอย่างมาก)	0.9	4.9	38

แหล่งข้อมูล : ตารางที่ 8.1 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540 จำแนกความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาว

ภาวะทุพพลภาพที่มีความรุนแรงและรุนแรงมากเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น และมากกว่าร้อยละ 3 ของกลุ่มผู้มีอายุสูงสุดคือ 80 ปีขึ้นไป จะมีภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา จะเห็นได้ว่า ผู้หญิงสูงอายุมีปัญหาใหม่มากกว่าผู้ชาย และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลมีระดับความรุนแรงสูงกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 4.7)

เมื่อวิเคราะห์จำนวนโรคหรือภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีโรคร่วมกันหลายโรคกับการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว การรายงานว่าป่วยเป็นโรคมีจำนวนโรคตั้งแต่ 1 จนถึง 21 ชนิด และมีความสัมพันธ์สูงระหว่างจำนวนโรคหรือภาวะบกพร่องกับอัตราร้อยละของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ตารางที่ 4.8)

นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ⁷ เสนอผลการศึกษาถึงโรคหรือภาวะบกพร่องที่มีความสัมพันธ์สูงหรือเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับความสนใจเป็นอันดับแรกๆ ในการศึกษาหรือการบรรเทาความรุนแรงของการดำเนินของโรค การลดผลกระทบให้มากที่สุด ในเชิงนโยบาย ด้วยการพิจารณา population attributable risk หรือความเสี่ยงของประชากรต่อโรคหรือภาวะบกพร่องต่างๆ โดยการนำเอาความชุกต่อการมีปัจจัย คุณด้วย attributable risk ของปัจจัยนั้น ย่อหน้าตารางที่ 4.9 แสดงถึงการเรียงลำดับความสำคัญของโรคหรือภาวะบกพร่องที่น่าจะเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุโดยพิจารณาถึง population at risk ต่อประชากร 1,000 คนซึ่งได้แก่อุบัติเหตุ อัมพาตครึ่งซีก โรคตา/ตาบอด ปวดเข่า และเข้าอีกเสบ โรคความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง หูหนวก หูตึง และโรคเบาหวาน

นอกจากนี้ได้สรุปว่าภาวะทุพพลภาพเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย 1 ใน 4 คน จะมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุหรือประมาณ 100,000 คนในปัจจุบัน อยู่ในภาวะรุนแรงหรือรุนแรงมากที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดและนำไปสู่การเกิดปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการใช้ทรัพยากรต่างๆในอัตราที่สูง ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจที่สำคัญต่อการลดความไม่เท่าเทียมของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพคือการมีอายุสูงสุดการอ่านหนังสือไม่ได้ ความยากจนผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลาง

⁷ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ตารางที่ 4.7 : จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และระดับความรุนแรง จำแนกตามอายุ เพศ

กลุ่มอายุ	ร้อยละของผู้ที่มีภาวะ ทุพพลภาพระยะยาว	ระดับความรุนแรง				ประชากรตัว อย่าง
		น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก	
60-69	14.8	12.4	1.5	0.5	0.4	2,323
70-79	21.6	16.5	3.4	0.7	1.1	254
80-89	32.9	17.2	10.4	1.7	3.6	471
90 +*						
เพศ ชาย	17.4	13.4	2.5	0.6	0.6	1,731
หญิง	20.2	14.6	3.5	0.8	1.2	2,317
พื้นที่อาศัย						
ในเขตเทศบาล	20.5	14.2	4.1	1.1	1.1	1,914
นอกเขตเทศบาล	17.6	14.2	2.2	0.4	0.7	2,134
อายุ 70-79 ปี	21.6	16.5	3.4	0.7	1.1	1,254
80-89 ปี	32.9	17.2	10.4	1.7	3.6	471

แหล่งข้อมูล : ตารางที่ 8.2 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539 - 2540

ตารางที่ 4.8 : อัตราร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำแนกตามจำนวนโรคหรือภาวะบกพร่อง

จำนวนโรคหรือภาวะบกพร่อง	อัตราร้อยละที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว	จำนวนประชากรตัวอย่าง
0	0	1115
1	18.3	1304
2	28.2	916
3	32.7	431
4	47.8	180
5	65.1	63
6	70.8	24
7	30.3	10
8+	40.0	5

หมายเหตุ: (1) คำนวณจากรูปที่ 8.1 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540 จากจำนวนตัวอย่าง 4,048 คนที่ไม่มีโรคและไม่มีภาวะทุพพลภาพ ระยะยาวคิด เป็น $1115 \div 4048 = 27.54\%$

ตารางที่ 4.9 : ลำดับของโรคและภาวะบกพร่องที่น่าจะเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพ

ลำดับที่ (ตาม population AR)	โรคและภาวะบกพร่อง	Odd ratio	Attributable risk** per 1,000	Population AR**per 1,000
1	อุบัติเหตุ	na	421	217.2
2	อัมพาตครึ่งซีก	16.89	788	190.7
3	โรคตา	1.93	152	182.9
4	ปวดเข้า-เข้าอีกเสบ	1.81	76	179.9
5	ความดันโลหิตสูง	1.50	112	166.0
6	แขนขาอ่อนแรง	3.03	363	153.2
7	หูหนวกหูตึง	5.95	370	115.1
8	ตาบอด (ข้างเดียวและสองข้าง)	10.99	513	94.9
9	กระดูกสันหลัง (คดงอ)	17.75	549	60.9
10	เบาหวาน	1.43	88	72.6
11	กลุ่มสมองเสื่อม	2.34	283	62.8
12	โรคหัวใจ (อื่น ๆ)	1.65	132	54.5
13	แขนขาเหยียดงอไม่ได้	14.53	609	51.2
14	โรคหลอดเลือดหัวใจ	2.28	147	34.8
15	โรคไต	2.33	151	20.8
16	ชัก	3.47	340	14.3
17	นิ้วมือนิ้วเท้าขาดด้วน	8.45	382	13.4
18	แขนขาขาดด้วน	904.2	811	9.7

แหล่งข้อมูล : จาก ตารางที่ 8.4 และ 8.6 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540

* คำนวณโดยใช้ logistic analysis

** attributable risk = ความแตกต่างของอัตราเสี่ยงระหว่างผู้ที่ เป็นโรคเดียวกันที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวต่อประชากร 1000 คน

***population attributable risk =ของปัจจัยนั้นเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 1,000 คน

4.ภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ

ภาวะพึ่งพาเป็นการประเมินด้านลบ ซึ่งตรงกันข้ามกับการวัดสถานะสุขภาพที่เน้นความเป็นอิสระและไม่พึ่งพา อันเป็นหลักของสุขภาพดี ภาวะพึ่งพามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาวะทุพพลภาพแต่ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ขึ้นอยู่กับภาวะจิตใจและวัฒนธรรมประเพณี ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุตลอดจนความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย ผู้สูงอายุจำนวนมากอาจมีลักษณะพึ่งพาจากวัฒนธรรมมากกว่าจากภาวะทุพพลภาพก็ได้

การประเมินภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุได้ใช้ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL Index) และดัชนีจุฬา เอดีแอล เป็นเครื่องมือประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กิจกรรมที่ต้องทำอยู่เป็นประจำในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระในระดับที่ยอมรับได้) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติได้เพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน)

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรสูงอายุโดยรวมร้อยละ 60.9 และ 25.6 ได้คะแนนเต็มเมื่อวัดด้วยดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอลและจุฬา เอดีแอล ตามลำดับ ผู้สูงอายุร้อยละ 2.1 (ชายร้อยละ 1.7 และหญิงร้อยละ 2.4) มีระดับการพึ่งพาสูงที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

สำหรับความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขลักษณะส่วนตัว พบว่า มีความชุกต่ำกว่าร้อยละ 5 ในขณะที่การพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในชุมชนโดยลำพังมีมากกว่าร้อยละ 20 และประการสำคัญ คือ ผู้สูงอายุร้อยละ 45 ไม่สามารถเดินทางโดยลำพังได้ ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ลักษณะการพึ่งพาของประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคต่างๆ มีความแตกต่างกันประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่ 2 อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และกลุ่มที่ 3 อาศัยอยู่ในภาคกลางและภาคใต้ โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาต่อกิจวัตรประจำวันภายในบ้านต่ำ แต่ภาวะพึ่งพาของการใช้การขนส่งสาธารณะค่อนข้างสูง อาจเป็นผลจากลักษณะพื้นที่และบริการคมนาคมของชุมชนนี้ กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันและภาวะพึ่งพาการขนส่งสาธารณะค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มอื่น และกลุ่มที่ 3 อยู่ระหว่างกลางของทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 4.11) การศึกษาถึงความแตกต่างนี้เป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไป

เป็นที่น่าสังเกตว่า ประชากรสูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลโดยเฉพาะเขตกรุงเทพฯ มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะทุพพลภาพที่น่าจะมีการศึกษาต่อไปถึงปัจจัยเหตุที่สำคัญ (ตารางที่ 4.11)

ภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขลักษณะของตนเองเพิ่มขึ้นตามอายุและพบว่า เกือบร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุสูงสุด (80 ปีขึ้นไป) มีภาวะพึ่งพาในลักษณะนี้ (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.10 : อัตราการพึ่งพาในกิจกรรมประจำวันตามกลุ่มอายุ

	60-69 ปี	70-79 ปี	80 + ปี
การรับประทานอาหาร	1.3	2.6	7.4
การทำความสะอาดใบหน้า	0.9	3.1	8.5
การสวมใส่เสื้อผ้า	1.6	3.8	11.0
การอาบน้ำ	1.7	4.3	12.1
การเข้าใช้ห้องสุขา	2.8	4.6	12.1
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	2.1	4.5	16.1
การเดินภายในห้อง/บ้าน	5.5	9.0	17.4
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	6.2	12.7	34.6
การทอนเงิน	11.2	20.9	43.9
การขึ้นบันได	19.7	22.5	37.6
การทำงานบ้าน	33.7	38.8	56.5
การทำครัว/ประกอบอาหาร	37.9	49.6	74.5
การใช้การขนส่งสาธารณะ	37.9	49.9	72.2
การกลืนอุจจาระ	3.6	5.4	10.4
การกลืนปัสสาวะ	10.6	16.4	24.6

แหล่งข้อมูล : จาก ตารางที่ 9.1 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540

ตารางที่ 4.11 : อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน ตามพื้นที่อยู่อาศัย จำแนกตามค่าเฉลี่ยของคะแนน ดัชนีบาร์เรล เอ็ดดีแอล และดัชนีจุฬา เอ็ดดีแอล

	ก.ท.ม.	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออก เฉิงเหิน	ภาคใต้
การรับประทานอาหาร	4.4	2.8	1.4	1.8	2.3
การทำความสะอาดใบหน้า	4.4	2.6	1.6	1.6	2.8
การสวมใส่เสื้อผ้า	5.4	4.4	2.5	2.1	3.1
การอาบน้ำ	6.0	4.4	3.2	2.5	3.0
การเข้าใช้ห้องสุขา	7.4	4.4	3.2	3.8	3.8
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	6.1	7.0	2.9	3.2	4.1
การเดินภายในห้อง/บ้าน	13.7	3.9	8.1	6.1	8.6
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	19.8	11.6	7.9	9.3	10.7
การทอนเงิน	16.5	19.8	17.4	19.2	17.0
การขึ้นบันได	24.8	20.2	14.3	17.5	36.4
การทำงานบ้าน	42.6	34.2	31.7	38.3	43.0
การทำครัว/ประกอบอาหาร	50.7	49.0	39.7	44.2	47.1
การใช้การขนส่งสาธารณะ	33.9	41.8	56.3	54.4	38.7
การกลืนอาหาร	3.5	8.3	2.6	5.5	5.0
การกลืนปัสสาวะ	14.8	25.7	6.5	16.5	8.9

แหล่งข้อมูล : จาก ตารางที่ 9.3 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540

ตารางที่ 4.12 : อัตราร้อยละของภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสัญลักษณ์ของตนเองในประชากรสูงอายุ

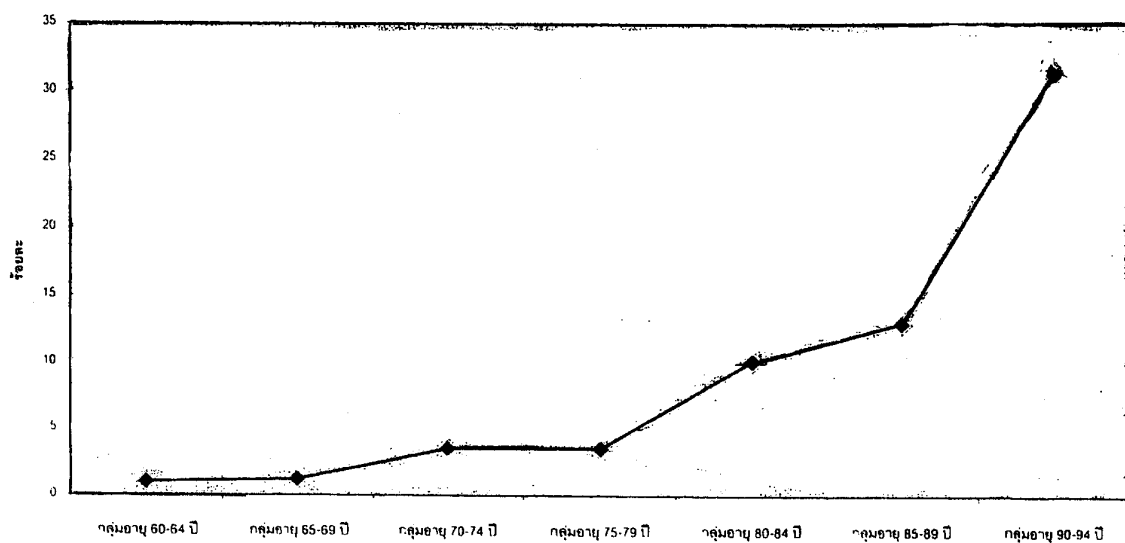
กลุ่มอายุ		ดูแลสัญลักษณ์ส่วนตัว
กลุ่มอายุ	60-69	4.2
	70-79	7.3
	80-และมากกว่า	19.1
เพศ	ชาย	5.7
	หญิง	7.9
เขตที่อยู่	เมือง	7.7
	ชนบท	6.2

แหล่งข้อมูล : จาก ตารางที่ 5.7 สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย.

5. ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม

การศึกษาโดยใช้ "แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา" กำหนดเกณฑ์วินิจฉัยความผิดปกติของ "สภาวะบกพร่องจากคะแนนน้อยกว่า 15" และ "ต้องพึงพาในการดูแลสัญลักษณ์ส่วนตัว" (ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้าและการอาบน้ำ) ซึ่งเท่ากับการคัดเฉพาะผู้ที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 3.3 สัดส่วนของผู้ที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเมื่อมีอายุมากขึ้น พบว่า มีถึงร้อยละ 30 ในประชากรอายุ 90-94 ปี (ตารางที่ 4.13) ผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชายและมีความแตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีอัตราความชุกสูงที่สุด (ร้อยละ 4.8) (ตารางที่ 4.14)

แผนภูมิที่ 4 อัตราร้อยละของความชุกกลุ่มอาการสมองเสื่อม



ตารางที่ 4.13 : ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย

กลุ่มอายุ	อัตราร้อยละของความชุกกลุ่มอาการสมองเสื่อม	
	การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย 2537*	การสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย 2540
60 – 64	3.2	1.0
65 – 69	2.8	1.2
70 – 74	6.1	3.5
75 – 79	8.9 **	3.5
80 – 84		10.1
85 – 89		13.0
90 – 94		31.3

แหล่งข้อมูล : จาก ตารางที่ 6.2 สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล.(2542).ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย.

ตารางที่ 4.14 ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย

เพศ		อัตราร้อยละของความชุกกลุ่มอาการสมองเสื่อม 2540
ชาย		2.2
หญิง		4.1
พื้นที่อาศัย		
กรุงเทพมหานคร		4.8
ภาคกลาง		4.1
ภาคเหนือ		2.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		2.9
ภาคใต้		2.9

แหล่งข้อมูล : จากตาราง 10.4 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539-2540
กลุ่มอาการสมองเสื่อมคือผู้ที่ได้คะแนน CMT ต่ำกว่า 15 และมีภาวะพึ่งพาการดูแลสัญลักษณ์ส่วนตัว

6. อัตราตายและสาเหตุการตายตามกลุ่มอายุและเพศ

อัตราตายตามอายุและเพศของประชากรไทยได้นำข้อมูลเบื้องต้น (ข้อมูลปี พ.ศ. 2540-2541) ของโครงการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทยมาปรับใช้ และได้นำเสนออัตราตายตามสาเหตุ

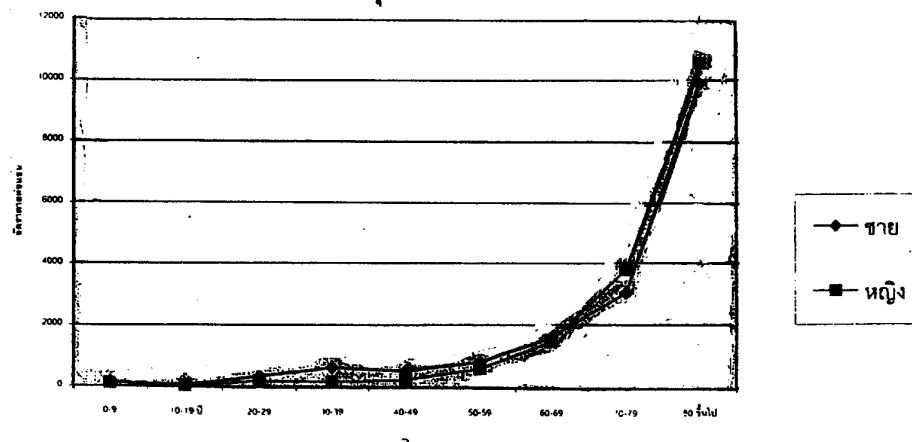
ตามข้อสังเกตของคณะผู้วิจัยการศึกษาโครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุจากข้อมูลแหล่งต่างๆ มาลากเส้นโค้งของการกระจายอายุที่น่าจะเป็น พบว่าเป็นเส้นโค้งโลจิสติก (Logistic curve) ไม่ใช่เส้นตรง ลักษณะนี้เกิดในกลุ่มผู้สูงอายุสูงสุด (80 ปีและมากกว่า) ที่มีการลดลงอย่างรวดเร็วในกลุ่ม 80-94 ปีจากนั้นเส้นจะค่อนข้างขนานกับแกนอน (ตารางที่ 4.15 และแผนภูมิที่ 5)

ตารางที่ 4.15 : อัตราตายต่อแสน จำแนกตามเพศและอายุ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541

อัตราตายต่อพัน		
อายุ	ชาย	หญิง
0-4	2.8	2.9
5-9	0.6	0.4
10-14	0.4	0.3
15-19	1.4	0.5
20-24	2.5	1.1
25-29	5.4	1.9
30-34	6.3	1.8
35-39	5.5	1.8
40-44	5.2	2.2
45-49	5.9	3.0
50-54	7.5	4.2
55-59	10.1	6.1
60-64	14.8	9.6
65-69	22.7	15.2
70-74	32.1	23.7
75-79	61.9	43.3
80-84	146.4	96.5
85-89	276.6	179.5
90+	394.1	244.8

แหล่งข้อมูล : โครงการศึกษาสาเหตุการตายของประเทศไทย พ.ศ. 2542

แผนภูมิที่ 5 อัตราตายต่อแสน จำแนกตามอายุและเพศ



ตารางที่ 4.16 สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากรสูงอายุไทยคิดเป็นอัตราตายต่อแสนของประชากรกลุ่มอายุ 60-74 และ 75 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2541

สาเหตุการตาย	60-74 ปี	75 ปีขึ้นไป
ชราภาพ (R54)	-	3,858.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด(I00-I99)	451.5	1,807.0
มะเร็งทุกระบบ(C00-C95)	417.5	724.7
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(J40-J47)	186.7	922.3
เบาหวาน(E10-E14)	145.8	272.9
วัณโรคปอด(A15-A16)	55.1	160.0
โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์(N17-N98)	56.9	272.9
อุบัติเหตุ(V01-V99, W00-W74, X00-X49)	55.1	141.2
โรคของตับ(K70-K76)	48.0	84.7
โลหิตเป็นพิษ(A40-A44)	24.9	84.7
อื่นๆ	335.7	1,082.3
รวมทุกสาเหตุ	1,776.4	9,405.8

หมายเหตุ 1. อัตราตายต่อแสนกลุ่มอายุ 60-74 และ 75 ปีขึ้นไป ปรับตามอัตราตายตามสาเหตุ โครงการศึกษาสาเหตุการตายของประเทศไทยปี พ.ศ.2541-2542 และใช้จำนวนคนตายและจำนวนประชากร ปี พ.ศ. 2541 สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

2. ในวงเล็บคือรหัส ICD -10

ข้อมูลสาเหตุการตายนี้ได้จากการศึกษาสาเหตุการตายของประเทศไทย เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่แสดงผลชัดเจน โดยแยกเป็นกลุ่มอายุ 60-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อลดการตายจาก “ไม่ทราบสาเหตุ” “หัวใจล้มเหลว” “หัวใจวาย” และ “ชราภาพ” ลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สำหรับการตายจาก “ชราภาพ” นั้นได้ให้นิยามว่าผู้ตายมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป มีอาการหลังล้มหรืออาการทางจิตก่อนเสียชีวิตตามเกณฑ์ของ ICD-10 นอกจากนี้ให้ลงสาเหตุการตายตามโรคและอาการที่ปรากฏเช่น โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ โรคหัวใจและระบบหมุนเวียนโลหิต เป็นต้น

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกคล้ายคลึงกันทั้งสองกลุ่มอายุ ยกเว้นการตายจากความชราภาพในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปพบอัตราตาย 3,858.7 ต่อแสนคน โรคที่เป็นสาเหตุการตายลำดับต่อมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งทุกระบบและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้น่าจะเป็นโรคที่สะสมมาตั้งแต่วัยกลางคนและเป็นต่อเนื่องมาจนเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่นเดียวกับโรคเบาหวานที่เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 5 ซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง สำหรับโรคและอาการที่น่าจะเกิดกับผู้สูงอายุในวัยนี้ เป็นความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ อันได้แก่ โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมกับระบบปัสสาวะ โรคตับและระบบย่อยอาหารอื่นๆ ซึ่งพบเป็นลำดับที่ 7 และที่ 9 โรคติดเชื้อที่พบได้แก่ วัณโรคปอดและโลหิตเป็นพิษโดยไม่ทราบสาเหตุ สำหรับอุบัติเหตุ พบว่าอัตราตายต่อแสนเป็น 55.1 และ 141.2 ในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มตามลำดับ

สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด (I00-I99) ที่เป็นสาเหตุการตายในประชากรสูงอายุ จำแนกได้ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 : อัตราร้อยละของการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด	60-74 ปี	75 ปีขึ้นไป
โรคหัวใจรูมาติก(I00-I89)	1.7	1.1
ความดันโลหิตสูง(I10-I13)	39.2	38.3
โรคหัวใจขาดเลือด(I20-I25)	21.8	16
โรคเส้นเลือดในสมอง(CVA) (I60-I69)	33.5	40.8
โรคหัวใจอื่นๆ(I26-I51, I77-I99)	3.8	3.8
รวม	100	100
จำนวนตาย	1,014	917

หมายเหตุ : ในวงเล็บ คือรหัส ICD - 10

จะเห็นได้ว่า โรคหัวใจมาตักเป็นสาเหตุการตายเพียงร้อยละ 1 ของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเส้นเลือดในสมองแตกติดต้นทำให้เกิดอัมพาตหรืออัมพฤกษ์หรือตายทันที อัตราการเสียชีวิตของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเส้นเลือดในสมองสูงถึงร้อยละ 70 ของการตายจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับโรคหัวใจขาดเลือดพบร้อยละ 21.8 และ 16.0 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไปตามลำดับ ซึ่งดูเหมือนจะต่ำกว่าโรคเส้นเลือดในสมอง (CVA) ทั้งสองกลุ่มอายุ การจำแนกสาเหตุการตายจากมะเร็งทุกระบบ ออกเป็นระบบต่างๆ ดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 4.18 : สาเหตุการตายจากมะเร็งของระบบต่างๆ ของกลุ่มอายุ 60-74 ปีและ 75 ปี ขึ้นไป

ลำดับที่	60-74 ปี	75 ปีขึ้นไป
1	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	มะเร็งตับและท่อน้ำดี
2	มะเร็งปอด	มะเร็งปอด
3	มะเร็งลำไส้ใหญ่, เร็คตัม	มะเร็งช่องปาก
4	มะเร็งในช่องปาก	มะเร็งลำไส้ใหญ่, เร็คตัม
5	มะเร็งไทรอยด์	มะเร็งหลอดอาหาร
6	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งต่อมลูกหมาก
7	มะเร็งกระเพาะอาหาร	มะเร็งปากมดลูก
8	มะเร็งหลอดอาหาร	Non-Hodgkin Lymphoma
9	ลิวคีเมีย	มะเร็งกระเพาะอาหาร
10	มะเร็งกล่องเสียง	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ดูเหมือนว่ามะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นสาเหตุการตายลำดับแรกในสองกลุ่มอายุที่ตายด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด อันดับต่อมา ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งในช่องปากที่พบคล้ายกันทั้งสองกลุ่มอายุ มะเร็งไทรอยด์พบเป็นอันดับที่ 5 ของกลุ่มอายุ 60-74 ปีและไม่พบในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป ที่เหลือเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหาร ลิวคีเมียและมะเร็งกล่องเสียงในกลุ่มอายุ 60-74 ปี และพบว่า มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปากมดลูก non – Hodgkin lymphoma มะเร็งกระเพาะอาหารและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบเป็นอันดับที่ 6-10 ในกลุ่ม 75 ปีขึ้นไปในอัตราร้อยละที่ต่ำกว่า 10 ของผู้ตายด้วยมะเร็งในกลุ่มอายุเดียวกัน

การตายจากอุบัติเหตุและสาเหตุภายนอก สำหรับกลุ่มอายุ 60-74 ปี จำแนกได้เป็น อุบัติเหตุจากการขนส่ง (V01-V99) ร้อยละ 64 การพลัดตกหกล้ม (W00-W19) ร้อยละ 21 จมน้ำตาย (W65-W74) ร้อยละ 12 ที่เหลือคือไฟไหม้ (X00-X09) และการเป็นพิษ (X40-X49) พบสาเหตุการตายจากฆ่าตัวตาย (X60-X84) และถูกฆ่าตาย (X85-Y09) ในร้อยละ 0.7 และ 0.6 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้

สำหรับอายุ 75 ปีขึ้นไปพบว่า การตายมีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มอยู่ถึงร้อยละ 63 อุบัติเหตุจากการขนส่งร้อยละ 31 ที่เหลือจมน้ำตายและไฟไหม้ และพบว่าสาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 0.1 ของการตายทั้งหมดในกลุ่มนี้ และถูกฆ่าตายต่ำกว่าร้อยละ 1

7. อายุคาดหวังทางสุขภาพ (Health Expectancy) โดยปลอดทุพพลภาพ และภาวะที่ดูแลตนเองได้

อายุคาดหวังทางสุขภาพ โดยคำนวณจากความชุกของการปราศจากทุพพลภาพระยะยาว หรือทุพพลภาพทั้งหมด และความชุกของภาวะอิสระในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพื่อช่วยตัวเอง โดยจำแนกตามกลุ่มอายุแล้วใช้เทคนิคการคำนวณตารางชีพ จะได้จำนวนผู้รอดชีวิตทั้งหมดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคำนวณความยืนยาวของชีวิตโดยเฉลี่ย ความยืนยาวของชีวิตที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว และความยืนยาวของชีวิตที่เป็นอิสระช่วยตัวเองได้ในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน

ข้อมูลที่ได้ให้ภาพรวมของสถานะสุขภาพของประชากรที่ยังมีชีวิตอยู่ การอยู่ในภาวะสุขภาพดี ปราศจากภาวะทุพพลภาพและยังช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ

อายุคาดหวังทางสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย มีการนำเสนอเป็นครั้งแรก โดยสุทธิชัย จิตตะพันธ์กุลและคณะ⁷ โดยใช้วิธีคำนวณของ Sullivan ร่วมกับตารางชีพจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และใช้ข้อมูลความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวและความชุกของภาวะที่ยังดูแลตนเองได้จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุชายและหญิงจะมีชีวิตอยู่ได้เมื่อมีอายุครบ 60 ปี, 65 ปี, 70 ปี, 75 ปี, 80 ปี ขึ้นไปตามลำดับ (LE) และแสดงจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่โดยปราศจากภาวะทุพพลภาพ (LDFLE) และจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (ALE)

โดยรวมจะเห็นได้ว่า อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้(ALE) จะสูงกว่าอายุคาดหวังโดยตลอดทุพพลภาพระยะยาว (LDFLE) ในทุกกลุ่มอายุและเพศ ซึ่งหมายความว่า แม้ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะทุพพลภาพระยะยาว แต่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับพื้นฐานของกิจวัตรประจำวันหากได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะทำให้มีระดับการอยู่ดี (wellness) เพิ่มขึ้นได้แม้จะอยู่ในภาวะทุพพลภาพก็ตาม

ตารางที่ 4.19 : อายุคาดหวังทางสุขภาพโดยตลอดทุพพลภาพและภาวะที่ดูแลตนเองได้

อายุ	ชาย			หญิง		
	LE	LDFLE	ALE	LE	LDFLE	ALE
60-64	20.29	16.39	18.65	23.89	18.18	21.30
65-69	17.14	13.53	15.51	20.20	14.77	17.59
70-74	14.18	10.93	12.63	16.89	11.84	14.34
75-79	11.87	8.96	10.37	14.60	9.84	12.03
80+	10.90	7.89	8.96	13.60	8.71	10.76

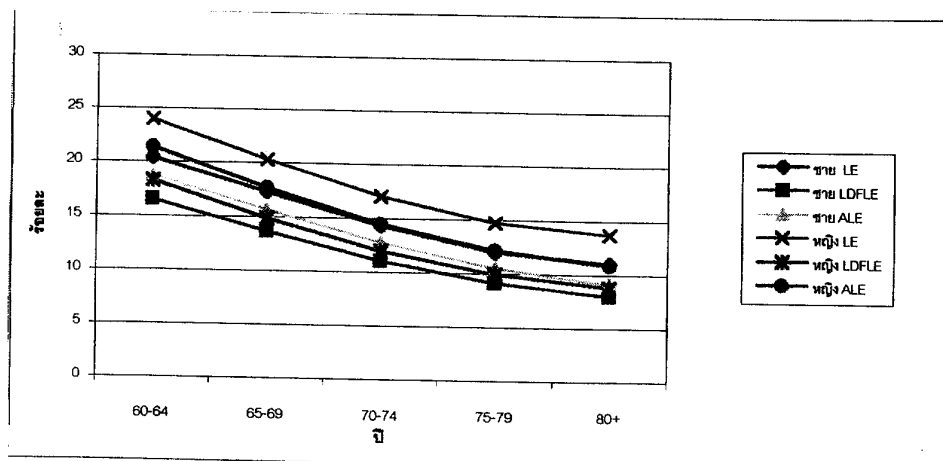
หมายเหตุ : LE = life expectancy = อายุคาดหวัง

LDFLE =total disability free life expectancy = อายุคาดหวังโดยตลอดทุพพลภาพทั้งหมด

ALE = active life expectancy = อายุคาดหวังที่ดูแลตนเองได้

แหล่งข้อมูล : จากตารางที่ 11.2 และ 11.4 สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542).ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย.

แผนภูมิที่ 6: อายุคาดหวังทางสุขภาพที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพและภาวะที่ดูแลตนเองได้ ของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง



เมื่อพิจารณาถึงอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ ในมิติตรงข้ามคือระยะเวลาที่ไม่สามารถจะดูแลลักษณะของตนเองได้โดยเฉลี่ย ในผู้สูงอายุ 60-64 ปีจะเท่ากับ 1.64 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุในผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะพบว่ามีระยะเวลานานถึง 2.84 ปี หรือประมาณร้อยละ 20.9 ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุแต่ละคนในกลุ่มดังกล่าวต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

สำหรับอายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาวนั้น พบว่าในผู้สูงอายุจะมีระยะเวลาสั้นกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจนถึงอายุ 80 ปีขึ้นไป ผลการวิเคราะห์แสดงว่า ระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่โดยมีภาวะทุพพลภาพจะยาวนานมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนปีที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะทุพพลภาพระยะยาว ซึ่งตัวเลขนี้จะนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ หรือการวางแผนกลยุทธ์เพื่อให้ระยะเวลาช่วงนี้สั้นลง หรือการเพิ่มภาวะที่เป็นอิสระพึ่งพาตนเองได้ จะเห็นว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุสูงสุดคือ 80 ปีขึ้นไปผู้ชายจะมีอายุคาดหวังเฉลี่ย 10.9 ปี ระยะเวลาที่ต้องประสบภาวะทุพพลภาพระยะยาวประมาณ 3 ปีและผู้สูงอายุหญิง เท่ากับ 4.9 ปีหรือ 5 ปีโดยประมาณ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36 ของระยะเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่ อย่างไรก็ตามถ้านำอายุคาดหวังเฉลี่ยที่ยังดูแลตนเองได้มาวิเคราะห์ต่อไป จะพบว่าในกลุ่มผู้มีอายุสูงสุดดังกล่าวที่ประสบภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะมีบางกรณีที่ยังดูแลตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันประมาณ 1 ปี ในผู้สูงอายุชาย และประมาณ 2 ปีในผู้สูงอายุหญิง

การวิเคราะห์โดยใช้อายุคาดหวังทางสุขภาพจะเป็นดัชนีที่จะนำสู่การเคลื่อนไหว เพื่อกำหนดทางเลือกในการบริการทางสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่ตรงเป้าหมายชัดเจนต่อไปได้ แต่ที่จะแสดงได้ชัดเจนกว่าคือการเสนอกฎการรอดชีวิต การมีชีวิตโดยปราศจากทุพพลภาพและการมีชีวิตที่มีภาวะพึ่งพาตนเองได้โดยใช้เทคนิค multiple decrement life tableที่จะนำเสนอในบทสรุปต่อไป

หมายเหตุ : " life expectancy" ซึ่งได้ใช้คำว่า "อายุขัยเฉลี่ย" มานานในประชากรศาสตร์และสาธารณสุข ในรายงานนี้ "อายุคาดหวังเฉลี่ย" ดูเหมือนจะเหมาะสมมากกว่าดังเสนอไว้โดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล 2541 อย่างไรก็ตาม ทั้งสองคำนี้มีความหมายเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542) โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. The Nation's Health: A Strategy for the 1990s, the King's Fund Centre, New edition, completely revised 1991.
3. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย พ.ศ.2538. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2540). การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2539-2540. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
5. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2542). โครงการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2542-2543.
6. จันทรเพ็ญชูประภาวรรณ. (2542).สัมภาษณ์ส่วนตัว.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข .



บทที่ 5

พฤติกรรมสุขภาพ

นิยามของคำว่า"สุขภาพ" ในมิติที่เป็นบวกคือ การนำเสนอถึงการดำเนินกิจกรรมและพฤติกรรมที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตมากขึ้นเพียงใด มิได้จำกัดอยู่เพียงการศึกษาปริมาณความชุกของความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพเท่านั้น แต่จะมีความครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวของทุกคนอย่างเป็นพลวัตร โดยพิจารณาถึงปัจจัยทางกาย จิตใจ สังคมแวดล้อมและจิตวิญญาณเป็นนัยสำคัญ ซึ่งแม้แต่ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง คนพิการ ก็ยังสามารถบรรลุถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ปัจจัยทางกายของสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วยลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยและสมรรถนะในการดำเนินภาระกิจการงาน

ปัจจัยทางจิตประกอบด้วยเขาวนปัญญา การตอบสนองและการจัดการกับจิตใจและอารมณ์ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทศนคติ ความเชื่อ ตลอดจนความมั่นใจในตัวเองและการมองเห็นคุณค่าของตนเอง

ปัจจัยทางสังคมได้แก่ ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคมต่างๆและพฤติกรรมประจำวัน

สำหรับปัจจัยทางจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความเชื่อในระดับของความศรัทธา อันมีผลมาจากศาสนาหรือความเชื่อในลัทธิ เป็นแนวคิดที่กำลังขยายตัวอย่างกว้างขวาง การปรับตัวให้กลมกลืนกับธรรมชาติ จึงเป็นกระบวนการที่คนที่มีผู้คนยอมรับนับถือกันมากขึ้นเรื่อยๆ ความหมายทางสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ควรกับอัตราภาพ คือ สมรรถนะที่จะพัฒนาจิตวิญญาณ

ของแต่ละคนให้เต็มศักยภาพ ซึ่งจะสะท้อนออกมาจากความสามารถที่แสดงออกถึงจุดมุ่งหมายของชีวิต จากประสบการณ์ชีวิตของตน ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวดเศร้าหมอง ความสงบและการให้ความเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต¹

นัยของคำว่า"สุขภาพ"และ"สภาวะ"ดังกล่าว ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่จะตอบสนองต่อสุขภาพของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัตร จิตสำนึกของผู้คนในสังคมที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้กำหนดสุขภาพแห่งตน และกิจวัตรประจำวันในวิถีชีวิตตามปกติเป็นรากฐานที่สำคัญ จัดเป็นดัชนีบ่งชี้ระดับสภาวะของคนในสังคมได้ นอกเหนือจากการนำเสนอสถานะสุขภาพที่เป็นผลสุดท้ายคือ การป่วยและการตาย

มีการคาดประมาณไว้ว่า ในระหว่างปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพทั้งหมด พฤติกรรมและวิถีชีวิตของประชาชนน่าจะมีอิทธิพลอยู่ถึงร้อยละ 58 ส่วนที่เหลือมาจากองค์ประกอบด้านพันธุกรรม การให้บริการสุขภาพและภาวะแวดล้อม² การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพประชาชาติจำเป็นต้องมีชุดข้อมูลของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึงสถานะปัจจุบันและสามารถประมาณภาระกิจที่จะต้องดำเนินการ หากจะกำหนดเป้าหมายที่ประเมินผลสำเร็จโดยใช้วิธีการทางสถิติ เช่น เป้าหมายการลดผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ลดปริมาณบริโภคไขมัน ลดปริมาณบริโภคแอลกอฮอล์ เพิ่มการออกกำลังกายในอายุต่างๆ หรือการลดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย³

การนำเสนอพฤติกรรมสุขภาพของประชากรสูงอายุในบทนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมและงานศึกษาวิจัยในประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเฉพาะกรณีกับกลุ่มประชากรขนาดเล็ก สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และเลือกศึกษาในประเด็นย่อยของพฤติกรรมสุขภาพ มีการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างระดับประเทศ ที่เป็นการสำรวจที่ครอบคลุมทุกพฤติกรรมสุขภาพเพียงโครงการเดียวที่นำมาเสนอรวมกับการวิจัยอื่น คือ การสำรวจสุขภาพ

¹ ประเวศ วะสี.(2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ : อกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, พฤษภาคม.

² Donatelle R., Davis L., (1993). Defining Health and Illness : Access to Health, Prentice Hall Inc, pp.2-6.

³ Jones and Basilef, (1992). Healthy People 2000 : The National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for the United States.

ของประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ.2538 เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ในปัจจุบัน ยังไม่มีการวิจัยติดตามผลระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงชุดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการ ลดปัญหาสุขภาพหรือส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่น่าจะเป็นพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ติดตัวมาเมื่อยังอยู่ในวัยทำงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในระดับต้น(60-79 ปีโดยประมาณ) อาจจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเข้าสู่กลุ่มอายุสูงสุด(80 ปีขึ้นไป) เมื่อเริ่มมีพยาธิสภาพ ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาเกิดขึ้น

ในบทนี้ จะได้เสนอถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพ ที่เป็นข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในผู้ใหญ่ คือ รับประทาน อาหารวันละ 3 มื้อและได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และให้มีอาหารหลากหลายชนิด ให้กระจาย ได้ประมาณ 30 ชนิดต่อวัน⁴ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่สำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับ รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน มีเพียงร้อยละ 1 ที่รับประทานอาหารเพียงมื้อเดียว ผู้สูงอายุในภาค กลางร้อยละ 17 และร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่รับประทานอาหาร เพียง 2 มื้อ⁵

มีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ที่รับประทานอาหารตามลำพัง ส่วนที่เหลือรับประทานร่วมกับ ครอบครัว และกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างนี้ ยังทำหน้าที่ปรุงอาหารด้วยตนเอง

อาหารหลักประจำวัน นอกเหนือจากข้าว คือ ผักและผลไม้ รองลงมาคืออาหารประเภท ถั่วและน้ำอัดลม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ 50-59 ปีและ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ในกลุ่มตัว อย่างอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการรับประทานเนื้อปลาและนมสดเพิ่มมากกว่ากลุ่มอายุ 50-59

⁴ ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. (2542) สัมภาษณ์ส่วนตัว.

⁵ สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการศึกษา ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในภาคกลาง. กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปี แต่อย่างอื่นรับประทานน้อยลงกว่าเดิม (ตารางที่ 5.1) และพบว่าประชากรสูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางนิยมบริโภคน้ำอัดลมสูงกว่าภาคอื่น จากพฤติกรรม การบริโภคดังกล่าวนี้พบว่า ประชากรในวัยสูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม⁶

สำหรับการบริโภคอาหารทะเล พบว่า อัตราส่วนผู้ไม่บริโภคอาหารทะเลในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคกลาง อาหารสุกๆดิบๆนั้นผู้สูงอายุบริโภคในสัดส่วนที่น้อยกว่าน้อย แต่เมื่อเปรียบเทียบแล้วพบว่า ผู้สูงอายุในภาคเหนือบริโภคมากกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ ผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือดื่มน้ำฝน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในภาคเหนือดื่มน้ำจากบ่อ⁵ ซึ่งน่าจะสะท้อนถึงความแพร่หลายของประเภทอาหารและน้ำดื่ม รวมถึงค่านิยมของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในแต่ละภาคของประเทศ

ตารางที่ 5.1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป กับประเภทอาหารที่ได้รับประทานทุกวันหรือเกือบทุกวัน จำแนกตามเพศ และอายุ

ประเภทอาหารที่ได้รับประทานเกือบทุกวัน/ อายุ	อัตราร้อยละ(ประเทศ *)	
	50-59 ปี	60 ปีขึ้นไป
ผัก	76.3	70.6
ผลไม้	41.3	39.2
เนื้อสัตว์	30.6	28.2
เนื้อปลา	35.0	28.2
นมสด	17.1	20.1
ถั่ว	4.4	4.0
กาแฟ ชา	13.2	10.7
น้ำอัดลม	4.2	3.1

* อัตราของประเทศเป็นอัตราที่ปรับด้วยฐานประชากรของประเทศแล้ว

แหล่งข้อมูล : ตารางที่ 38 การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย พ.ศ.2538

6 จันทร์เพ็ญ รูปะภาวรรณและคณะ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ.2538. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

นอกจากปริมาณพลังงานที่ได้รับต้องเพียงพอเหมาะสมแล้ว สัดส่วนของพลังงานที่ได้จากโปรตีน ไขมันและคาร์โบไฮเดรตก็มีความสำคัญต่อสุขภาพ WHO Study Group on Diet, Nutrition and Prevention of Non communicable Disease⁷ ได้เสนอแนะสัดส่วนของพลังงานจากอาหารที่ควรบริโภคไว้ดังนี้

ตารางที่ 5.2 : ร้อยละของพลังงานจากสารอาหารที่บริโภค

สารอาหาร	ร้อยละของพลังงานทั้งหมด
โปรตีน	10 – 15
ไขมัน	15 – 30
คาร์โบไฮเดรต	55 – 75

สัดส่วนนี้ จะเหมาะสมกับคนไทยหรือไม่นั้น ควรพิจารณาอย่างรอบคอบต่อไป

การศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุชายได้รับพลังงานจากอาหารที่รับประทานเฉลี่ยวันละ 2,070 กิโลแคลอรี เมื่อเทียบกับ 1,877 กิโลแคลอรีที่ผู้สูงอายุหญิงได้รับ โดยแบ่งเป็นพลังงานจากไขมัน 72.9 กรัมเทียบกับ 67.7 กรัม คาร์โบไฮเดรต 278.9 กรัมเทียบกับ 251.6 กรัม และจากโปรตีน 75.6 กรัม เทียบกับ 66.5 กรัมในผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ⁸

⁷ WHO Technical Report Series 1990; 297 : 1-203

⁸ มาลี ภัทรสุพรรณาคาร. (2536). การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์.

ตารางที่ 5.3 : การเปรียบเทียบปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ กับผู้ใหญ่ในกรุงเทพมหานครและอุบลราชธานี

จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง		พลังงานที่ได้รับ (กิโลแคลอรีต่อวัน)	สัดส่วนของพลังงานคิดเป็นร้อยละ		
	จำนวน	เพศ		โปรตีน	ไขมัน	คาร์โบไฮเดรต
นครสวรรค์ ⁸	50 คน	ชาย 60+	2,070	17.7	17.1	65.2
		หญิง 60+	1,877	17.5	17.5	65.2
กรุงเทพฯ ⁹	15 คน	ชายผู้ใหญ่	2,013	12.5	29.5	58.0
	15 คน	หญิงผู้ใหญ่	1,547	14.9	30.3	54.8
อุบลราชธานี ⁹	21 คน	ชายผู้ใหญ่	1,462	14.5	9.0	77.5
	21 คน	หญิงผู้ใหญ่	1,292	14.6	7.7	77.7

หากพิจารณาถึงปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวัน ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงจากอำเภอเมืองนครสวรรค์ได้รับสูงกว่าผู้ใหญ่จากกรุงเทพฯและอุบลราชธานี นอกจากนี้ยังได้รับสัดส่วนของพลังงานที่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เมื่อใช้เกณฑ์ที่ WHO Study group ได้เสนอไว้⁹

แต่เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพลังงานที่ได้รับและปริมาณคาร์โบไฮเดรตกับดัชนีมวลกาย หรือดัชนีมวลกาย (body mass index)¹⁰ ในผู้สูงอายุพบว่า พลังงานและคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ($\alpha = 0.1$) ในผู้สูงอายุหญิงพบว่าพลังงานที่ได้รับเมื่อมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่ระดับ 0.1 และไขมันและคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)⁸ การศึกษานี้มิได้วิเคราะห์ถึงแหล่งของโปรตีน ไขมันและคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับ

⁹ Tanphaichit V. et al. Carnitine status in Thai adults, Am J Clin Nutr 1980, 33:876-80

¹⁰ ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) กำลังสอง

2. การพักผ่อน

ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมลดลง ต้องการอาหารน้อยลง แต่ต้องการการพักผ่อนมากขึ้น การพักผ่อนในรายงานฉบับนี้⁵ หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ลักษณะการนอน วิธีการแก้ไข ปัญหาหากนอนไม่หลับ การนอนพักผ่อนเวลากลางวัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนอนหลับ 5 - 8 ชั่วโมง(ร้อยละ 66.2) รองลงมาคือ นอนตั้งแต่ 9 ถึง 12 ชั่วโมงถึงร้อยละ 29.8 ซึ่งนับว่าผู้สูงอายุมีเวลาพักผ่อนมาก มีเพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้นที่นอนน้อยกว่าคืนละ 4 ชั่วโมง ปัญหาการนอนไม่หลับเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น (ตารางที่ 5.4) ส่วนใหญ่ที่มีปัญหานอนไม่ค่อยหลับนั้นจะไม่มีวิธีการแก้ไขใดๆเลย(ร้อยละ 54.6) หรือแก้ไขโดยการกินยานอนหลับ การอ่านหนังสือธรรมะ การสวดมนต์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ตารางที่ 5.4 : การพักผ่อน

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับตอนกลางคืน		
1-4 ชั่วโมง	32	4.1
5-8 ชั่วโมง	510	66.2
9-12 ชั่วโมง	229	29.7
ลักษณะการนอน		
นอนหลับดี	515	66.8
นอนไม่ค่อยหลับ	248	32.2
นอนไม่หลับเลย	8	1.0
กรณีที่ไม่นอนไม่หลับสนิทแก้ไขโดย		
อ่านหนังสือหรือสวดมนต์	54	7.0
กินยานอนหลับ	64	8.3
กินอาหาร	2	0.2
ดื่มสุรา	1	0.1
สูบบุหรี่	12	1.5
ไม่ทำอะไรเลย	412	54.6
ทำหลายๆอย่างรวมกัน	120	15.5
การนอนหลับกลางวัน		
นอนทุกวัน	155	20.1
นอนเป็นบางวัน	349	45.3
ไม่เคยนอน	267	34.6

แหล่งข้อมูล : จากตารางที่ 24 สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในภาคกลาง. กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำหรับการพักผ่อนด้วยการท่องเที่ยวและทัศนอาจรในรอบปีที่ผ่านมา⁶ พบว่า ร้อยละ 23.3 ของผู้สูงอายุท่องเที่ยว ผู้อาศัยในเขตเมืองท่องเที่ยวทัศนอาจรมากกว่าในเขตชนบท สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงและชายใกล้เคียงกัน ร้อยละ 6.9 มักจะท่องเที่ยวโดยลำพัง ร้อยละ 4.6 ไปกับ

คู่สมรส และร้อยละ 17.8 ไปกับเพื่อนฝูงซึ่งสูงกว่าไปตามลำพังหรือไปกับคู่สมรส ไปท่องเที่ยว กับคณะผ้าป่าหรือกลุ่มร้อยละ 3.7

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเครื่องชี้วัดสุขภาพได้ดีที่สุด นอกจาก แสดงถึงสถานะสุขภาพของบุคคล ยังสะท้อนถึงสมรรถนะของคนในสังคม ที่พยายามเสริม สร้างสุขภาพทางกายของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์ การออกกำลังกายจนเป็นนิสัยติดตัวชั่วชีวิต เป็นประเด็นหลักที่ควรห่อหุ้มตั้งแต่เด็กต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ การสร้างค่านิยมและ ศรัทธาต่อการออกกำลังกาย เป็นพื้นฐานเบื้องต้นที่จะสร้างเสริมให้แต่ละชุมชนมีการ รวมตัว สร้างวัฒนธรรมการออกกำลังกายขึ้น

กิจกรรมการออกกำลังกาย รวมถึงการว่ายน้ำ ขี่จักรยาน วิ่ง กีฬาที่ใช้แรงเกิด เดิน เต้นรำ ทำสวนและสนาม งานบ้านและงานอาชีพที่ต้องใช้แรงมาก และการละเล่นต่างๆ ที่เล่น มาตั้งแต่เด็ก นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ คือ เบา ปานกลาง และ หนัก แต่ละระดับของกิจกรรมได้ออกแบบให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ เช่น เพื่อสุขภาพหรือ เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การมีเกณฑ์ปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายตามเพศ และอายุ ที่วัดโดยความหนักเบาของกิจกรรมการออกกำลังกายปฏิบัติ ความถี่ ความสม่ำเสมอ ที่ จะส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ (maximum heart beat) ที่กำหนดไว้¹¹

การทบทวนเอกสารการวิจัยเรื่องการออกกำลังกายของคนไทยที่ผ่านมา ทำให้เกิด ความคิดว่า ผลที่ได้จากการสำรวจต่างๆ น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงด้วยเหตุผลที่ว่า การตั้งคำถามในเรื่องนี้ มีคำถามว่า "ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีกิจกรรมออกกำลังกายหรือไม่" และ ให้ระบุความถี่ สัปดาห์ละกี่ครั้ง¹² คำตอบที่ได้เป็นความเข้าใจของผู้ตอบเองว่า ได้มีกิจกรรมออก กายหรือไม่ ซึ่งบนพื้นฐานของผู้ที่ใช้กำลังกายในงานอาชีพอาจจะเข้าใจว่าตนมิได้ออก

¹¹ Carole A. Chvala and Roger J. Bulger, Editors, Leading Health Indicators for Healthy People 2101, Final Report, National Academy Press, Washington D.C. 1999.

¹² สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). การสำรวจสถานะสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540.

กำลังกายก็ได้ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาในประเด็นของการตั้งคำถามสำหรับการศึกษาในอนาคตในเรื่องนี้

สำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจนับตั้งแต่อายุ 55 ปีขึ้นไป มีคำแนะนำสำหรับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้เพิ่งเริ่มต้นออกกำลังกายควรปรึกษาแพทย์ก่อน โดยเฉพาะการทำงานของหัวใจ กิจกรรมที่ออกกำลังกายอยู่ในระดับ “เบา” เช่นการเดิน การวิ่งเหยาะๆ การรำมวยจีน ภายบริหารประกอบดนตรี การฝึกจักรยานอยู่กับที่ ภายบริหารในน้ำ ไม่ควรเลือกวิธีออกกำลังกายที่ใช้แรงมากในช่วงระยะเวลานั้นๆ¹³

ในส่วนของการออกกำลังกายจะวิเคราะห์ออกเป็นส่วย่อย 5 ส่วนด้วยกันคือ

3.1 การออกกำลังกาย

ผลของการศึกษาในกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย¹⁴ แต่ผลของการสำรวจสุขภาพประชาชนวัย 50 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2538⁶ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันร้อยละ 40.3 และหากรวมถึงการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-6 ครั้งซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่จะช่วยเสริมความแข็งแรงของสุขภาพเข้าไปด้วยแล้วพบถึงร้อยละ 47.7 ส่วนผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเลยพบร้อยละ 31.8 กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชนบทมีการออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเมือง และผู้สูงอายุชายออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

3.2 กิจกรรมที่เป็นงานบ้าน

กิจกรรมที่เป็นงานบ้าน ได้แก่ การซื้ออาหาร ประกอบอาหาร ซักผ้า ปิดกวาดเช็ดถูบ้าน การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี การเฝ้าบ้านหรือเฝ้าร้าน ความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมและเหตุผลหากมิได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกกิจกรรมทุกวัน คือ ร้อยละ 39.7 ซึ่ง

¹³ คู่มือประชาชน. (2542). การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่

¹⁴ 7. สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2532). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อาหารเองทุกวัน ร้อยละ 41.2 ทำอาหารเองทุกวัน ร้อยละ 35.1 ซักเสื้อผ้าเองทุกวัน ร้อยละ 39.1 ทำความสะอาดบ้านทุกวัน ร้อยละ 53.0 ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีเป็นประจำทุกวัน และ ร้อยละ 56.5 ฝากบ้าน/ร้านทุกวัน ส่วนที่มีได้ซื้ออาหารด้วยตนเองร้อยละ 25.8 มีได้ปรุงอาหารด้วยตนเองร้อยละ 27.6 ไม่ซักเสื้อผ้าเองร้อยละ 30.5 ไม่ได้ปิดกวาดเช็ดดูบ้านร้อยละ 13.9 ด้วยเหตุผลส่วนใหญ่ที่มีได้ปฏิบัติเกือบทุกกิจกรรมคือ มีผู้อื่นปฏิบัติกิจกรรมนั้นแล้ว ยกเว้นการไม่ได้ฝากบ้าน/ร้านด้วยเหตุผลส่วนใหญ่คือ เป็นภาระมากเกินไป⁶

3.3 การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวันเป็นพื้นฐานที่จะยังความอิสระไม่พึ่งพาแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินไปในบ้าน การกินอาหาร การอาบน้ำ ใส่เสื้อผ้าและการเข้าส้วม พบว่า กิจวัตรประจำวันที่มีปัญหาสูงสุดคือ การเดินไปมาในบ้าน ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาสูงกว่าชาย ส่วนกิจวัตรอื่นมีปัญหามากถึงมีปัญหบ้างในระดับที่ใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 3.2 ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ระดับการมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทุกกิจกรรมเพิ่มตามอายุ แต่การวิเคราะห์เป็นชุดของกิจกรรมไม่ชัดเจนนัก จนกระทั่งในปี พ.ศ.2542 ได้มีการนำเสนอดัชนีร้อยละของภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพของตนเองในประชากรสูงอายุ ที่ได้นำเสนอไว้ในส่วนที่ 4 ของบทที่ 4 ในรายงานฉบับนี้ ระดับการพึ่งพาดังกล่าวนี้อาจนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตั้งเป้าหมายเพื่อลดระดับการพึ่งพาในประชากรสูงอายุและสูงอายุที่สุด เพื่อเพิ่มระดับสุขภาพและขนาดของปัญหาความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้อื่น

3.4 การออกกำลังกายควบคู่กับการปฏิบัติทางจิตใจ⁶

พบว่า นอกเหนือจากการออกกำลังกายแล้ว การมีกิจกรรมเดินเล่นเป็นประจำในอัตราสูง กล่าวคือ กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเดินเล่นทุกวันร้อยละ 71.0 กลุ่มที่ไม่เคยเดินเล่นเลยมีเพียงร้อยละ 13.3

สำหรับการปฏิบัติด้านจิตใจ คือ สวดมนต์ หรือทำสมาธิ นั้น พบว่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปปฏิบัติทุกวันร้อยละ 62.8 และกลุ่มไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 12.9

หากจัดกิจกรรมทั้ง 3 ประเภทคือการออกกำลังกาย การเดินเล่นและการปฏิบัติด้านจิตใจ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีกิจกรรมทางร่างกายเป็นหลัก กลุ่มที่มีกิจกรรมทางจิตใจเป็นหลัก และกลุ่มที่มีกิจกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจร่วมกัน พบว่า กลุ่มที่มีทั้งกิจกรรมทางร่างกายและจิตใจร่วมกันมีร้อยละ 57.7 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ไม่ได้ทำอะไรเลยมีร้อยละ 8.3 กลุ่มที่มีกิจกรรมทางร่างกายเป็นหลักมีประมาณ 1 ใน 4 ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทางจิตใจมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า โดยเฉพาะเพศหญิงจะเน้นที่การปฏิบัติกิจกรรมทางจิตใจ ส่วนเพศชายจะเน้นการปฏิบัติทางร่างกายมากกว่า

ตารางที่ 5.5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำแนกตามลักษณะการออกกำลังกายและการปฏิบัติทางจิตใจ แยกตามเขต อายุ เพศ

ลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติประจำ	เขตเมือง				เขตชนบท				รวม	
	50-59 ปี		60 ปีขึ้นไป		50-59 ปี		60 ปีขึ้นไป		50-59 ปี	60 ปีขึ้นไป
● ไม่มีเลย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	8.6	8.3
● ออกกำลังกาย	12.3	12.3	13.6	11.3	8.2	6.9	6.6	7.2		
● ฝึกจิตใจ	32.4	18.9	28.2	14.9	39.5	26.4	26.7	21.2		
● ร่างกายและจิตใจ	11.2	13.6	9.8	15.7	7.1	9.3	6.2	12.6		
	44.1	55.3	48.4	58.0	45.2	58.6	55.4	59.0	50.4	57.7

แหล่งข้อมูล : จากตารางที่ 40 การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

สังเกตว่า การออกกำลังกายน่าจะเป็นกิจกรรมต่อเนื่องมาจากวัยหนุ่มสาวหรือวัยผู้ใหญ่ เมื่อสูงอายุขึ้นจะเพิ่มการฝึกจิตใจรวมกับการออกกำลังกาย โดยผู้ที่ออกกำลังกายอย่างเดียวและไม่เคยทำอะไรเลยจะมีสัดส่วนลดลง ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากสภาพทางกายที่เสื่อมลงตามความมีอายุ

3.5 ระบบภูมิคุ้มกันและการออกกำลังกาย

เมื่อพูดถึงการออกกำลังกาย คนส่วนใหญ่จะนึกถึงการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ การเผาผลาญพลังงานของร่างกายเพื่อรีดไขมันส่วนเกินออก หรือมักจะพูดถึงการเต้นของหัวใจซึ่งต้องเร็วถึง $(220 - \text{อายุ}) \times 60\%$ เพื่อมิให้เส้นเลือดตีบตันก่อนเวลาอันสมควร หรือเพื่อทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง เป็นต้น แต่มีอีกสิ่งหนึ่ง ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีแล้วจะมีความสำคัญมาก และเป็นผลโดยตรงจากการออกกำลังกายที่พอเหมาะและสม่ำเสมอ สิ่งนั้นก็คือผลของการออกกำลังกายหรือการบริหารที่มีต่อ "ระบบน้ำเหลือง" ซึ่งเป็นระบบกำจัดของเสียของร่างกาย

การขับเคลื่อนของน้ำเหลืองอาจเกิดได้จากการกระตุ้นโดยตรงต่อผนังของท่อน้ำเหลืองจากการเคลื่อนไหวโดยทั่วไปของร่างกาย จากการหดตัวของกล้ามเนื้อ จากการยืดเหยียดของส่วนต่างๆ ของร่างกาย จากการบีบนิ้ว จากการเคลื่อนไหวหนักแน่นถ่วงของโลก เช่น การโยกตัวหรือการกระโดดขึ้นลง จากแรงเหวี่ยง เช่น การแกว่งแขน เหวี่ยงแขน เป็นต้น ตามปกติ น้ำเหลืองจะขับเคลื่อนได้ในความเร็วประมาณ 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง แต่ในการออกกำลังกายที่พอเหมาะ การขับเคลื่อนของน้ำเหลืองอาจจะไปได้เร็วถึง 10-15 เท่าของความเร็วปกติ การมีสมาธิและจิตสงบมากก็จะทำให้การขับเคลื่อนของน้ำเหลืองเร็วขึ้นด้วย จากการศึกษาวิจัย พบว่า การบริหารร่างกายขนาดปานกลางและสม่ำเสมอ จะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น (เม็ดเลือดขาวบางชนิดเพิ่ม, การเจ็บป่วยน้อยลง) ขณะที่การบริหารร่างกายหนักๆ หรือรุนแรง อาจจะทำให้เซลล์บางส่วนของร่างกายชอกช้ำและทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงได้

การออกกำลังกายแบบซี้กง มีปัจจัยในการชักจูงให้ระบบน้ำเหลืองไหลเวียนได้เร็วหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น การหดของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง การเคลื่อนไหวเหยียดยืดของข้อต่อและส่วนต่างๆ ทั่วร่างกาย การกระโดดและการโยกตัว การเหวี่ยงแขนและสมาธิ ซึ่งเป็นประโยชน์มากสำหรับวัยกลางคนและผู้สูงอายุ¹⁵

¹⁵ นิกร ดุลิตสิน. (2542). ระบบภูมิคุ้มกันกับการออกกำลังกาย. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 18-19 พฤศจิกายน.

ในวัยสูงอายุ ความจำเป็นที่ต้องมีความเคลื่อนไหวร่างกายมีมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอาชีพนั่งโต๊ะเป็นประจำ การออกกำลังกายควรเป็นหนึ่งกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกาย จะเป็นการเดินออกกำลังกาย ปลุกต้นไม้ ทำสวน หรือกิจกรรมที่ทำเป็นกลุ่มก็ได้ แต่ต้องไม่ใช่กิจกรรมที่ต้องผิร่างกาย¹⁶

4. การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการกินหมาก

การวิจัยที่ผ่านมายืนยันว่าการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการกินหมากมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลและสมาชิกในครัวเรือน ข้อมูลจากโครงการ SWET ที่รวบรวมมา¹⁷ เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทั้ง 3 อย่างดังกล่าว (ตารางที่ 5.6) พบว่า สัดส่วนของการสูบบุหรี่และดื่มสุราลดลงตามอายุที่มากขึ้นทั้งชายและหญิงซึ่งตรงข้ามกับการกินหมาก ที่ดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และมีร้อยละของผู้ที่กินหมากสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 3 เท่า

ผู้ชายที่สูบบุหรี่ในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (50-59 ปี) สูงถึงร้อยละ 63 ได้ลดลงเป็นร้อยละ 56 และ 52 ในกลุ่มอายุ 60-69 และ 70-79 ปี แล้วลดลงเหลือร้อยละ 49 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจจะเป็นการลดลงจริง หรือผู้ที่สูบบุหรี่ได้จากไปเสียก่อนเมื่อมีอายุมากขึ้นก็ได้ สำหรับผู้หญิง สัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ค่อนข้างต่ำอยู่ในร้อยละ 10 แต่ไม่พบการลดลงตามอายุเหมือนผู้ชาย

การดื่มสุรา ร้อยละของผู้ชายที่ดื่มสุราในกลุ่มอายุ 50-59 ปีสูงถึงร้อยละ 60 ได้ลดลงเมื่อเข้าวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้สูงอายุสูงสุด (80+ ปี) มีรายงานว่าดื่มสุรายังถึงร้อยละ 18 ในผู้หญิงมีแบบแผนคล้ายกับผู้ชาย แต่มีสัดส่วนน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง รวมถึงผู้หญิงในกลุ่มอายุสูงสุดด้วยที่ยังดื่มสุรายังร้อยละ 5.6 แบบแผนการกินหมากที่เพิ่มขึ้นตามอายุทั้งชายหญิง ผู้หญิงกินหมากมากกว่าผู้ชายและเพิ่มจนถึง 3 ใน 4 ของผู้หญิงในกลุ่มอายุสูงสุด ผู้หญิงนิยมเคี้ยวหมากมากกว่าผู้ชาย 3-6 เท่า ดูเหมือนว่าผู้สูงอายุที่เริ่มกินหมากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีมากกว่าผู้เลิกกินหมาก และน่าจะสอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมในปี 2540 พบว่าผู้กินหมากกับ

¹⁶ การวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ. (2542).

ผู้เลิกกินหมากมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน และพบว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กินหมากมีสัดส่วนมากกว่าผู้ไม่กินหมาก สำหรับภาคเหนือมีอัตราส่วนผู้ไม่กินหมากสูงกว่าผู้กินหมากประมาณเท่าตัว¹⁷

อายุที่เริ่มเคี้ยวหมาก จะคล้ายคลึงกับการสูบบุหรี่ คือในช่วงวัยรุ่น 11-30 ปี แล้วมีการหยุดกินหมากในวัยผู้ใหญ่ การดื่มสุราจะเริ่มในช่วงอายุที่มากกว่าการสูบบุหรี่คือส่วนใหญ่เริ่มในช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาคเหนือมีสัดส่วนผู้เริ่มดื่มสุราเมื่ออายุต่ำสุดที่ 13 ปีโดยประมาณ

ข้อมูลที่รายงานถึงการเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และกินหมากจากกลุ่มผู้ที่โดยปฏิบัติเมื่ออยู่ในวัยก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5.6 พบว่าประมาณร้อยละ 36 หยุดสูบบุหรี่จากกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 43 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมากกว่าชาวชนบท ผู้ที่รายงานว่าเลิกดื่มสุรามีแบบแผนคล้ายกับการหยุดสูบบุหรี่แต่มีสัดส่วนสูงกว่า มีการเลิกกินหมากร้อยละ 16 เท่าๆ กันในกลุ่มอายุทั้งสอง ผู้ชายเลิกมากกว่าผู้หญิง 3 เท่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองเลิกกินหมากมากกว่าผู้ที่อยู่ในชนบทเกือบ 2 เท่า ที่ต้องค้นหาคือกิจกรรมเหล่านี้เพื่อสังคมหรือ กลายเป็นวิถีชีวิตดัชนีของการติดสุราคือ การดื่มคนเดียวในบ้าน ผู้หญิงดื่มเหล้าคนเดียวว่ามีอยู่เท่าไร ในผู้ที่บอกว่าดื่มสุรา อัตราการดื่มสุราลดลงเกือบครึ่งในชายอายุ 70-79 ปี แต่ยังสูบบุหรี่เท่าเดิม ในกลุ่มอายุสูงสุด คือ 80 ปีขึ้นไป แม้ว่าจะมีสัดส่วนผู้ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราอยู่มาก ผู้ที่ยังดื่มสุราก็ยังพบถึงร้อยละ 18 ในผู้ชายและร้อยละ 5.6 ในผู้หญิง นอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุนี้นดูเหมือนจะกินหมากกันมาก มากที่สุดในกลุ่มผู้หญิงจึงไม่น่าแปลกใจที่เห็นหมากและพลูขายอยู่ในตลาดอย่างต่อเนื่องจนทุกวันนี้

¹⁷ นภาพร ขยอวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โครงการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย

ตารางที่ 5.6 : อัตราร้อยละของผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และกินหมาก

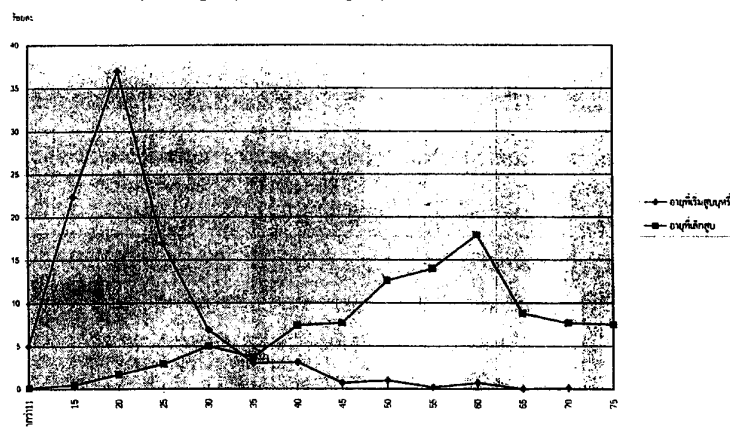
อายุ(ปี)	สูบบุหรี่		ดื่มสุรา		กินหมาก	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
50-59	63.1	11.1	58.0	21.3	6.7	34.6
60-69	56.5	11.6	48.1	14.4	7.5	48.1
70-79	52.5	8.3	22.5	12.1	16.2	65.6
80+	48.8	10.8	18.0	5.6	28.9	78.5

ตารางที่ 5.7 : ร้อยละของ(ผู้ที่เคยปฏิบัติ) ผู้ที่เลิก

		สูบบุหรี่	ดื่มสุรา	กินหมาก
อายุ	60-69	36.3	41.1	16.8
	70+	43.3	67.0	16.7
เพศ	ชาย	36.9	49.7	37.0
	หญิง	45.8	51.5	11.8
ที่อยู่อาศัย	เมือง	51.8	53.9	27.7
	ชนบท	36.6	49.7	15.7

แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

แผนภูมิที่ 7: ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันหยุดสูบไปแล้ว
จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่



แหล่งข้อมูล : รูปที่ 30 การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ.2538

5. การบริโภคยา

การสอบถามถึงพฤติกรรมการรับประทานยาเป็นประจำนั้น พบว่า ในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจ กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งที่ให้ประวัติว่ารับประทานยาเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีผู้รับประทานยาเป็นประจำทุกวันถึงร้อยละ 47.3 เป็นเพศหญิงจำมากกว่าเพศชายในทั้งสองกลุ่มอายุ ในกลุ่มที่รับประทานยาเป็นประจำนั้น พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 บริโภค 1-2 ชนิด และอีก 1 ใน 3 รับประทานยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป เมื่อจำแนกรายภาคแล้ว พบว่า ในกรุงเทพมหานครรับประทานยาวันละตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไปในสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ที่ไม่รับประทานยาเลยในสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดเตรียมยาไว้รับประทานเองมีเพียงร้อยละ 3.0 ที่ต้องให้ผู้อื่นจัดเตรียม และป้อนยาให้ ชนิดของยาที่ใช้เป็นประจำมากที่สุดคือ ยาระงับปวด รองลงมาคือ ยาลดความดันโลหิต วิตามิน ยาเคลือบกระเพาะอาหาร ยารักษาเบาหวาน⁶

ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดสอดคล้องกันว่า อาการปวดข้อและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุ จึงพบว่า ผู้สูงอายุมีการแก้ปัญหาด้วยการรับประทานยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน โดยผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีการใช้ยาแก้ปวดในอัตราที่ใกล้เคียงกัน⁵ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้เสนอข้อคิดเห็นว่า อาการดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นสภาวะตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ ไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาแก้ปวด ซึ่งต้องใช้เวลาและคำอธิบายเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง¹⁶ แล้วหาทางเลือกอื่นเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวแทนจะทำให้การใช้ยาแก้ปวดลดลงได้

ตารางที่ 5.8 ร้อยละของประเภทยาที่ใช้เป็นประจำมากที่สุด ในกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และอายุ

ชนิดของยาที่บริโภคประจำ	ประเทศ	
	50-59 ปี	60 ปีขึ้นไป
ระงับปวด	42.7	34.4
ลดความดัน	10.2	11.6
วิตามิน	8.7	11.8
เคลือบกระเพาะ	7.3	5.7
เบาหวาน	5.5	4.7
แก้ลม	4.8	10.3
ระบายท้อง	2.8	3.2
แก้หวัด	2.7	1.9
ปฏิชีวนะ	1.7	2.0
หอบหืด	1.7	1.8
หัวใจ	1.6	2.1

แหล่งข้อมูล : จากตาราง 39 การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

ในส่วนของการกินยาชุดแก้ปวดเมื่อยหรือยาคลายเส้น การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในภาคกลาง⁵ พบเพียงร้อยละ 37.1 และใช้มานานกว่า 10 ปีพบมากที่สุดถึงร้อยละ 71.7 อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ไ้ยาแก้ปวดจะใช้นานๆครั้ง และกินภายหลังที่กินอาหารแล้วเป็นส่วนมาก มีเพียงร้อยละ 35.3 ที่กินทันทีที่มีอาการปวดเมื่อย และไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย หากเปรียบเทียบในรายภาค⁶ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคกลางกินยาชุดในอัตราส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การกินยาชุดแก้ปวด ยังคงพบในผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ก็กินมาแล้วประมาณ 10 ปี ก่อนหน้าจะเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่สำหรับยาประเภทบำรุงกำลังมีผู้ดื่มจำนวนน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา⁵ ที่พบเพียงร้อยละ 14.3 ที่จะดื่มทุกวัน

6. พฤติกรรมทางเพศ

กิจกรรมทางเพศหรือเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ แต่มักไม่ค่อยมีการกล่าวถึงด้วยลักษณะของวัฒนธรรมไทยที่เห็นว่า เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนตัว การเก็บข้อมูลในเรื่องนี้ จึงมักประสบปัญหาการปฏิเสธหรือให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การวิจัยพบว่า การถามเรื่องเพศสัมพันธ์ แม้จะมีปัญหาบ้างแต่ก็อยู่ในวิสัยที่ทำได้ โครงการ SWET ได้ทดสอบคำถามต่างๆเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พบว่า

ความเข้มข้นในเรื่องเพศ (Sexually Active) ซึ่งวัดด้วยการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเดือนก่อนการสำรวจ และระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย แตกต่างกันตามอายุ สถานภาพ เพศ เขตที่อาศัยและลักษณะภูมิหลังอื่น พบว่าความเข้มข้นในทางเพศลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ เปรียบเทียบกับประมาณ 1 ใน 5 ของกลุ่มสูงอายุมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเดือนก่อนการสำรวจ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วงหนึ่งเดือนก่อนการสำรวจของกลุ่ม 60-69 ปีสูงกว่ากลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป 2 เท่า (ร้อยละ 27 เปรียบเทียบกับร้อยละ 8) เช่นเดียวกัน ความสำเร็จของการมีเพศสัมพันธ์ก็ลดลงตามวัยอย่างชัดเจน กลุ่มผู้เข้าสู่วัยสูงอายุมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 1.4 ครั้งต่อเดือน ขณะที่กลุ่มสูงอายุมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 0.4 ครั้งต่อเดือน ชายสูงอายุที่มีคู่สมรมีร้อยละที่มีเพศสัมพันธ์ และความสำเร็จของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงหนึ่งเดือนก่อนการสำรวจสูงกว่าชายที่ไม่มีคู่สมรสและหญิงสมรส ความแตกต่างของร้อยละในการมีเพศสัมพันธ์และความถี่ระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทมีน้อย โดยมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีระดับการมีเพศสัมพันธ์ต่ำกว่าผู้สูงอายุในเมืองอื่นและชนบท ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการมีเพศสัมพันธ์

ระยะเวลา (จำนวนเดือนที่ผ่านมา) ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย เป็นดัชนีอีกตัวหนึ่งที่สะท้อนถึงความเข้มข้นทางเพศของประชากรที่ศึกษา คำตอบเกี่ยวกับจำนวนเดือนที่ผ่านมาตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย พบว่า ยังมีอายุมากขึ้น ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายจะ

นานขึ้น กล่าวคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่(ร้อยละ 80) ของกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปเปรียบเทียบกับร้อยละ 48 ของกลุ่มอายุ 60-69 ปีมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเมื่อกว่า 1 ปีมาแล้ว

นอกจากข้อมูลเกี่ยวกับความแข็งแรงทางเพศของประชากรที่ศึกษา โครงการ SWET ต้องการทราบปัญหาความต้องการทางเพศของผู้สูงอายุ พบว่า ยิ่งอายุมากขึ้น ความบ่อยครั้งของความรู้สึกต้องการทางเพศจะลดลง ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 5 ของกลุ่มอายุ 60-69 ปีและร้อยละ 2 ของกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป รายงานว่ามีความรู้สึกต้องการทางเพศทุกสัปดาห์ โดยที่ส่วนใหญ่ของกลุ่มหลังจะตอบว่า ไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว เพศหญิงรู้สึกต้องการทางเพศบ่อยครั้งน้อยกว่าเพศชาย ความแตกต่างในความบ่อยครั้งของความรู้สึกทางเพศระหว่างคนในเขตเมืองอื่นและชนบทมีน้อยมาก โดยมีแนวโน้มว่าผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ มีร้อยละที่รู้สึกต้องการทางเพศทุกสัปดาห์ต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในเมืองอื่นและชนบท (ตารางที่ 5.9) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพทางเพศที่พบได้เสมอเช่นเดียวกับการมีสมรรถภาพทางเพศลดลง เพศชายประมาณร้อยละ 38 เป็นเรื่องการหลั่งน้ำอสุจิเร็ว รองลงมาคือการหลั่งช้า สำหรับฝ่ายหญิงคือความเบื่อหน่ายในการร่วมเพศ¹⁸

¹⁸ เขมิกา ยามะรัต. (2542). สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2542, 18-19 พฤศจิกายน.

ตารางที่ 5.9 การกระจายร้อยละของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่า ตามความบ่อยครั้งของความต้องการทางเพศ จำแนกตามลักษณะภูมิหลังบางประการและกลุ่มอายุ

ลักษณะภูมิหลัง	ความบ่อยครั้งของความต้องการทางเพศ				จำนวนตัวอย่าง ถ่วงน้ำหนัก
	ทุกสัปดาห์	ทุกเดือน	นานๆครั้ง	ไม่เลย	
อายุ 50 – 59 ปี	13.6	17.7	37.2	31.4	2,074
สถานภาพสมรส					
สมรส ชาย	23.0	24.2	39.8	13.0	1,360
สมรส หญิง	3.5	10.7	33.6	52.2	1,241
อื่นๆ(ชาย)	12.1	16.0	49.3	22.6	74
เขตที่อาศัย					
กรุงเทพมหานคร	5.8	9.5	50.3	34.3	232
เมืองอื่น	15.6	11.6	35.7	37.1	253
ชนบท	14.3	19.3	36.0	30.5	2,189
อายุ 60-69 ปี	4.9	10.9	34.1	50.1	2,076
อายุ 70 ปีขึ้นไป	1.9	3.9	15.1	79.1	965
สถานภาพสมรส					
สมรส ชาย	6.3	13.2	36.6	43.9	1,652
สมรส หญิง	0.6	3.2	17.2	79.1	1,059
อื่นๆ(ชาย)	3.2	3.7	20.3	72.9	330
เขตที่อาศัย					
กรุงเทพมหานคร	1.7	5.8	31.9	60.5	258
เมืองอื่น	5.0	6.7	30.7	57.6	215
ชนบท	4.1	9.1	27.5	59.3	2,568

แหล่งข้อมูล : จากตารางที่ 7.14 รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย 2539

7. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและบทบาททางสังคม

การเป็นสมาชิกกลุ่มและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ในหมู่บ้านของประชากรที่สำรวจส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ในชนบทมีกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านมากกว่าในเมือง เมื่อสอบถามถึงการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมภายในหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่แล้วไม่ได้เป็นสมาชิก และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าร่วมกิจกรรมภายในหมู่บ้านน้อยกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี

กิจกรรมที่ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม¹⁶ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพูดคุยกับคนในบ้านและกับเพื่อนบ้าน ไปร่วมงานสังคมนาและงานประเพณีในท้องถิ่น เช่น งานศพ งานบวช มากกว่าที่จะไปเยี่ยมญาติมิตร การให้คำปรึกษาหรือการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมต่างๆในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุชายทำกิจกรรมประเภทนี้มากกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกๆเรื่อง ส่วนของกิจกรรมที่พัฒนาจิตใจและเชาว์ปัญญา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ไส้บาตร ไปวัดฟังธรรม และการทำบุญวันพระหรือดูโทรทัศน์ การสนทนาปัญหาบ้านเมืองผู้สูงอายุชายจะเข้าร่วมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนผู้สูงอายุหญิงสนใจทำกิจกรรมทางศาสนามากกว่าผู้สูงอายุชาย

ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท ชอบเขตของความสัมพันธ์กับคนภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุแคบกว่าคนในวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับคนในวัยเดียวกันหรือคนอื่นๆในบริเวณใกล้เคียงที่อยู่อาศัยเท่านั้นการเข้าไปมีบทบาททางสังคมกับชุมชนภายนอกน้อยมาก กิจกรรมที่เข้าไปมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ กิจกรรมทางศาสนา

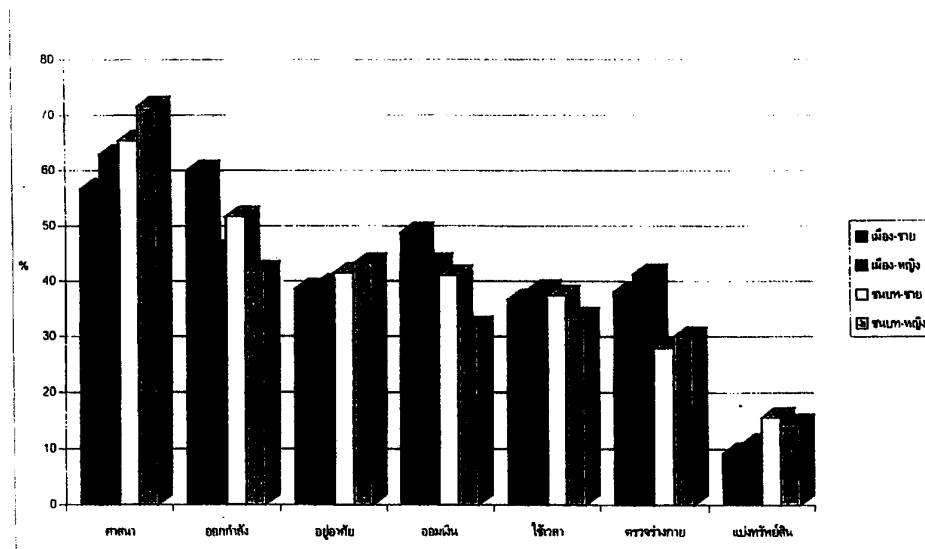
¹⁹ เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์และคณะ. (2537). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

8. การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

ประเด็นอยู่ที่ว่า ควรจะเตรียมตัวเมื่อไรและจะเริ่มทำอะไรบ้างนั้น ด้วยความจริงที่แต่เดิมคิดว่า ความสูงอายุเริ่มเมื่ออายุ 60 ปีซึ่งกลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม แต่ในปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าเดิม การเตรียมตัวเพื่อให้ผู้ที่มีสุขในภาวะที่มีอายุสูงสุดหรือเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป จำเป็นต้องมีการวางแผน เช่น การวางแผนปรับปรุงที่อยู่อาศัยที่จะได้กล่าวต่อไป ซึ่งได้มีการเสนอแนะให้มีการเตรียมตัวเมื่ออายุ 40 ปีหรือ 50 ปี¹⁶ ในประเด็นที่น่าจะเป็นปัญหาเมื่อเข้าสู่ความมีอายุ

การเตรียมตัวของผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุก่อนวัย 60 ปีในประเด็นของที่อยู่อาศัย การออมเงิน การใช้เวลาว่าง การแบ่งทรัพย์สิน การตรวจร่างกาย การปฏิบัติกิจทางศาสนา ผลของการสำรวจความคิดและการปฏิบัติจริงของกลุ่มตัวอย่าง อายุ 50-59 ปี⁶ พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดและเตรียมตัวมากที่สุด คือ การปฏิบัติทางศาสนา มีผู้ที่ได้ปฏิบัติจริงร้อยละ 66.4 รองลงมาคือ การออกกำลังกายร้อยละ 48.0 การเตรียมตัวในเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 41.5 การเก็บออมเงินร้อยละ 38.8 การใช้เวลาว่างเมื่อต้องเกษียณอายุร้อยละ 36.0 การเข้าตรวจร่างกายร้อยละ 31.8 และน้อยที่สุดคือ การแบ่งปันทรัพย์สิน ได้กระทำจริงเพียงร้อยละ 13.7 เท่านั้น ประชากรในชนบทมีการเตรียมตัวด้านจิตใจคือปฏิบัติกิจทางศาสนากับการอยู่อาศัยมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง นอกนั้นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองจะมีการเตรียมตัวมากกว่า นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ยังมีความเห็นว่า แม้จะสูงอายุหรือถึงวัยเกษียณอายุแล้ว ก็ไม่ควรหยุดทำงาน มีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 8.6 ที่เห็นว่าควรหยุดทำงาน และอีกประมาณร้อยละ 10 ที่เห็นว่าขึ้นอยู่กับสถานการณ์

แผนภูมิที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุ 50-59 ปีที่คิดและปฏิบัติจริงเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ จำแนกตามเขตอาศัย และเพศ



แหล่งข้อมูล : รูปที่ 69 การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

8.1 การตรวจสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ ส่วนน้อยที่เข้ารับการตรวจร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะอุจจาระ ทวารหนัก การฉายรังสี ตรวจฟัน โดยเฉพาะในเพศหญิงในเรื่องการตรวจเต้านมและตรวจภายใน การตรวจวัดความดันโลหิต เป็นบริการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด⁶ คือ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ข้อมูลส่วนนี้สะท้อนให้เห็นว่า บริการทางการแพทย์พื้นฐานในเรื่องการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การตรวจคัดกรองต่างๆ เพื่อให้การดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มป่วย ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรสูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบท ซึ่งภาครัฐควรพิจารณาหาวิธีการให้บริการคัดกรองต่างๆ เข้าถึงประชาชนในวัยนี้ให้มากขึ้น เพื่อลดภาระการรักษาพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง ซึ่งเป็นที่ทราบดีว่าทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวม

ส่วนของการตรวจสุขภาพในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีการตรวจความดันโลหิตมากที่สุด คือ ร้อยละ 43.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือการตรวจเลือด (ร้อยละ 16.1) และตรวจปัสสาวะ (ร้อยละ 13.3) ที่มีการตรวจน้อยที่สุด คือ การตรวจทวารหนัก (ร้อยละ 0.9) แม้แต่การตรวจฟันก็มีเพียงร้อยละ 10.1 เท่านั้นที่เคยเข้ารับบริการ ในการตรวจบางประเภทนั้น กลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปีรับการตรวจมากกว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มที่สำรวจเข้ารับการตรวจสุขภาพน้อยกว่าที่ควรจะเป็นมาก รวมทั้งเพศหญิงที่มีการตรวจเต้านมและตรวจภายในน้อยมาก โดยเฉพาะในเขตชนบทจะเข้ารับการตรวจเต้านมและภายในต่ำกว่าในเมืองประมาณ 2 เท่า⁶

8.2 ที่อยู่อาศัย

การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยให้พร้อมก่อนที่จะเกษียณอายุ โดยเตรียมการสะสมทรัพย์สินเพื่อปรับปรุงบ้าน ซ่อมหรือปลูกสร้างที่อยู่อาศัย เตรียมหาบ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายของตนเอง เตรียมตัวเตรียมใจที่จะหานุคคลซึ่งอาจจะเป็นลูกหลานที่จะมาอยู่ด้วย ถ้าหากจะพักอาศัยในบ้านสงเคราะห์คนชรา ควรที่จะศึกษาสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไว้ล่วงหน้า

การศึกษากลุ่มข้าราชการตำรวจในกรุงเทพมหานคร พบว่า การเตรียมตัวในด้านที่อยู่อาศัยสำหรับช่วงเกษียณอายุ ส่วนใหญ่ไม่คิดที่จะซื้อที่อยู่อาศัยต้องการปรับปรุงบ้านเดิม ส่วนน้อยที่ซื้อที่อยู่อาศัยเนื่องจากไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง²⁰

8.3 การใช้เวลาว่าง

การใช้เวลาว่างในรายงานนี้ หมายถึง การเลือกทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจจากภายในของบุคคลอย่างแท้จริงและช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองและบุคคลอื่น แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการตามใจตนเองอย่างปราศจากความรับผิดชอบหากหมายถึง การรู้จักเติมคุณค่าและความเพลิดเพลินให้แก่ชีวิตตนเอง ซึ่งจะแตกต่างจากการใช้เวลาให้หมดอย่างไร้สาระ

²⁰ สุทธิพงษ์ บุญฤทธิ์.(2538). ความต้องการที่อยู่อาศัยเมื่อถึงวัยเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เมื่อวัยผ่านเข้าสู่ระยะเกษียณอายุการงาน เวลาที่มีมากขึ้นและหาได้ง่ายขึ้น กิจกรรมยามว่างไม่ว่าเพื่อสันทนาการหรือการเรียนรู้สิ่งใหม่หรือการให้บริการผู้อื่น เป็นเรื่องสำคัญที่จะนำความพึงพอใจมาทำให้มีชีวิตชีวาและความหมาย²¹

8.4 การออมทรัพย์

ปัจจุบันมีกองทุนสำหรับผู้สูงอายุที่จัดโดยธนาคารต่างๆ กบข. สำหรับข้าราชการ กองทุนออมทรัพย์ในชุมชน

ผู้เชี่ยวชาญ¹⁶ มีความคิดเห็นว่าการสะสมเงินให้มีเพียงพอกับค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพอย่างเหมาะสมกับสภาพทางร่างกายในช่วงปลายของชีวิตเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่ง ด้วยเหตุผลที่ระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการของรัฐยังไม่เพียงพอและครอบคลุม หากอยู่ในฐานะที่จะช่วยตัวเองได้ เป็นความคิดเห็นในแง่ปัจเจกบุคคล ส่วนรูปแบบของกองทุนภายในชุมชน หากสามารถทำได้ก็จะเป็นผลดีต่อประชากรสูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ชุมชนเป็นส่วนที่ใกล้ชิดที่สุดที่เขาควรจะได้รับความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การมีอาหารที่มีคุณค่าและมีกินครบ 3 มื้อ การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การมีเงินพอเพียงกับการดำรงชีวิตอยู่ในแต่ละวัน หรือการมีค่ารถ ค่ารักษาพยาบาลจากเงินกองทุนในชุมชน เป็นความหวังที่อยากให้เกิดทั่วทั้งประเทศ ในปัจจุบันก็พอจะมีอยู่บ้าง เช่น สหกรณ์คลองเปี้ยะ จังหวัดสงขลา เป็นความพยายามอย่างหนึ่งของการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้

9. การให้ความสำคัญและให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุ

การศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย²² โดยจัดแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มตามความสัมพันธ์ที่มีต่อคนหนุ่มสาว คือ บิดามารดาที่สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดกับคนหนุ่มสาวและผู้สูงอายุทั่วไป การดูแลบิดา/มารดาที่สูงอายุ

²¹ บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. (2531). รายงานการวิจัยการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืน. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

²² ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พบว่า คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่เคยให้การดูแลเลี้ยงดูบิดา/มารดาที่สูงอายุ รูปแบบของการให้การดูแลเลี้ยงดูเกี่ยวกับการพักอาศัยอยู่ด้วยกัน การให้เงิน การให้อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการเยี่ยมเยียนบิดามารดาที่สูงอายุ มีความแตกต่างกันในกลุ่มคนหนุ่มสาวที่มีคุณลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมต่างกัน คุณลักษณะส่วนบุคคลนับเป็นปัจจัยอันเป็นตัวกำหนดอย่างสำคัญต่อการได้รับการดูแลเลี้ยงดูจากคนหนุ่มสาว และเห็นด้วยกับการจัดให้มีชมรมหรือกลุ่มที่ตั้งขึ้น เพื่อปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาและเขตที่พักของคนหนุ่มสาวนับเป็นปัจจัยที่มีบทบาทต่อความแตกต่างของพฤติกรรมและทัศนคติของคนหนุ่มสาวที่มีต่อการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกล่าวว่า คนหนุ่มสาวในปัจจุบันไม่ค่อยให้ความเคารพนับถือ แต่จากดัชนีต่างๆที่ใช้วัดบทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว ความเป็นเจ้าของบ้าน การเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว การเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆในบ้าน การเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องในครอบครัว และการได้รับการขอคำปรึกษาจากลูกหลาน เป็นต้น ช่วยยืนยันได้เป็นอย่างดีว่า ผู้สูงอายุไทยยังคงมีความสำคัญและคุณค่าต่อครอบครัวไทย²²

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แต่รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ²³

²³ กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.

นอกเหนือจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุให้แก่บุตรหลานญาติ ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุให้แก่เพื่อน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อน ก็มีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ²⁴

โดยสรุป ผลการวิจัยทั้งในและนอกประเทศ พบว่าแนวทางหนึ่งที่จะช่วยขจัดเชยความสูญเสียต่างๆ อันเกิดจากความชราภาพและช่วยการปรับตัวของผู้สูงอายุ คือการมีกิจกรรม ถ้ามีกิจกรรมได้เต็มเวลาจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องบทบาทใหม่ ความสัมพันธ์ใหม่ งานอดิเรก และความสนใจใหม่ ๆ ของผู้สูงอายุที่จะมาทดแทนกิจกรรมเดิม²⁵

10. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในวัฒนธรรมไทยที่ควรสงวนให้ดำรงอยู่และวัฒนธรรมที่น่าจะพัฒนาขึ้นใหม่สำหรับคนไทย

การศึกษาถึงผลกระทบของความเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในชนบทอีสาน²⁶ โดยทำการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยเอ็ดและชัยภูมิ พบว่า สภาพปัจจุบันของครอบครัวในชนบทอีสานได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหลายด้าน จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขนาดของครอบครัวเล็กลง อาชีพเปลี่ยนจากการทำนาอย่างเดียวเป็นทำหลายอาชีพ ไปทำงานต่างถิ่นมากขึ้น บรรยากาศในครอบครัวที่เคยอบอุ่นมีสมาชิกอยู่พร้อมเพรียงกันกลับเงียบเหงา เหลือแต่ผู้สูงอายุกับเด็ก ความเคร่งครัดในศีลธรรมและขนบธรรมเนียมลดระดับลง ความเชื่ออารีต่อกันในระหว่างครอบครัวเพื่อนบ้านมีข้อจำกัดมากขึ้น

²⁴ นภาพร ชโยวรรณ จอห์น โนเดลและศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ครอบครัวอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและบุตร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

²⁵ นางลักษณ บุญไทย.(2539). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

²⁶ ทวี ถาวโร. (2539). ผลกระทบของความเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในชนบทอีสาน. สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

แม้ว่าครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงพึงพอใจกับวิถีชีวิตในวัฒนธรรมดั้งเดิมอยู่ การปรับตัวเปลี่ยนแปลงมีน้อยมาก จึงได้รับผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบในเชิงลบมากกว่าเชิงบวก **กลุ่มใหญ่ที่สุด**ของผู้สูงอายุเห็นว่าในอนาคตภาวะเศรษฐกิจจะตึงตัวมากขึ้น การไปทำงานใกล้บ้านจะมีมากขึ้น สมาชิกของครอบครัวจะกระจัดกระจายและเกิดความห่างเหินต่อผู้สูงอายุมากขึ้น **กลุ่มรองลง**มาเห็นว่าสถานการณ์จะเป็นเช่นไรก็ตาม วัฒนธรรมท้องถิ่นที่ยึดถือความสำคัญของระบบเครือญาติจะเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกของครอบครัวกับผู้สูงอายุให้คงอยู่ต่อไป และ**กลุ่มที่น้อยสุด** คาดหมายว่า นโยบายการกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค จะทำให้มีแหล่งงานในภูมิภาคมากขึ้น สมาชิกของครอบครัวสามารถทำงานใกล้บ้าน การเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุก็จะทำได้สะดวกขึ้น

วัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนและการเกื้อหนุน ในสังคมไทยระบบครอบครัวเป็นหลักในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุ รูปแบบของการเกื้อหนุนครอบคลุมตั้งแต่ การอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน จนถึง การแลกเปลี่ยนด้านวัตถุและบริการต่างๆ ในหมู่เครือญาติ โดยเฉพาะระหว่างบิดามารดาและบุตร โดยทั่วไปมักจะมองว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นฝ่ายรับการดูแลเกื้อหนุน แต่ในความเป็นจริงมีผู้สูงอายุไม่น้อยที่ไม่ได้รับผิตชอบเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นผู้ให้การดูแลเกื้อหนุนบุตรและญาติอื่นๆ ด้วยเช่นกัน

แม้ว่าการสำรวจที่ผ่านมาจะแสดงถึง การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยที่ส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว อย่างไรก็ตามเมื่อประเทศมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น มีแนวโน้มว่าครอบครัวอาจไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีเหมือนแต่ก่อน ขณะเดียวกันผู้สูงอายุในอนาคตก็อาจไม่ต้องการเป็นภาระหรืออยู่กับครอบครัว ต้องการเป็นอิสระ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ข้อมูลในส่วนนี้ช่วยสนับสนุน

11. พฤติกรรมแสวงหาบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

11.1 การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

การซื้อยากินเองเป็นวิธีการรักษาที่ทั้งประชากรสูงอายุและประชากรใกล้เคียงสูงอายุของประเทศไทยใช้กันมากเป็นอันดับหนึ่งเมื่อประสบกับการเจ็บป่วย⁶ (ร้อยละ 48 และร้อยละ 54 ตามลำดับ) และในทั้งสองกลุ่มอายุ เพศชายนิยมซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศหญิง การซื้อยากินเองปฏิบัติกันมากที่สุดในกรุงเทพฯ รองลงมาคือเมืองอื่นและต่ำสุดคือผู้สูงอายุในเขตชนบท

วิธีที่นิยมมากเป็นอันดับสองคือ การไปสถานีนอนามัย(ร้อยละ 21 สำหรับกลุ่มผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุและร้อยละ 24 สำหรับกลุ่มสูงอายุ) โดยเพศชายมีแนวโน้มเลือกใช้สถานีนอนามัยมากกว่าเพศหญิง การใช้สถานีนอนามัยเป็นแหล่งที่ผู้อยู่ในชนบทเลือกใช้กันมากในทั้งสองกลุ่มอายุประมาณ 1 ใน 4 ของคนชนบท เปรียบเทียบกับร้อยละ 1-3 ของคนในเมืองไปสถานีนอนามัยเพื่อรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

นอกเหนือจากการซื้อยากินเองและไปสถานีนอนามัยแล้ว แหล่งอื่นๆที่ผู้สูงอายุและผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยมีสัดส่วนต่ำ และเป็นที่น่าสังเกตว่า เกือบไม่มีผู้สูงอายุและผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุไทยไปรับการรักษาจากหมอแผนโบราณ, พระหรือหมอตุ๋ม

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุริย์ กาญจนวงศ์และคณะ¹⁸ ที่พบว่า เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แหล่งบริการสุขภาพ 3 แหล่งสำคัญที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ ได้แก่ การซื้อยากินเอง การใช้บริการจากสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เป็นที่น่าสังเกตว่า ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เช่น เป็นหวัด ก็จะซื้อยากินเองเป็นส่วนใหญ่ ถ้าเป็นโรคปวดเข่า ปวดข้อ กล้ามเนื้ออักเสบ จะไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน แต่ถ้าเป็นโรคหัวใจ เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ก็จะใช้บริการที่สถานีนอนามัยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ทั้งนี้ ลำดับขั้นในการใช้บริการส่วนหนึ่ง อาจเนื่องมาจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยและลักษณะความรุนแรงของโรค

11.2 ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละโรคที่สำคัญ

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยร้อยละ 48.2 จ่ายค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่า 200 บาท ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มอายุ 50-59 ปี โดยที่ผู้เจ็บป่วยเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองมากที่สุด รองลงมาคือคู่สมรสและบุตร ค่ารักษาพยาบาลนี้ ผู้จ่ายเงินร้อยละ 32.8 สามารถขอคืนได้เต็มจำนวน ได้คืนเป็นบางส่วนร้อยละ 1.3 และไม่ได้คืนเลยร้อยละ 65.6 และในเมืองได้รับเงินคืนในสัดส่วนสูงกว่าในชนบท มีผู้ที่เบิกค่ารักษาคืนไม่ได้ถึงร้อยละ 65.6 สูงที่สุดในกรุงเทพฯ ถึงร้อยละ 83.7 ส่วนผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้สูงอายุมีสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 52.6 ต่ำสุดในกรุงเทพฯ ร้อยละ 47.4 และเพียงร้อยละ 9.7 เท่านั้นที่ใช้บริการด้วยบัตรสุขภาพ

ในจำนวนผู้เข้ารักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 39.8 ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนผู้ที่จ่ายค่ารักษานั้นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลอยู่ระหว่างต่ำกว่า 1,000 บาทถึงสูงกว่า 100,000 บาท ผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลคือ บุตรร้อยละ 40.8 รองลงมาคือผู้ป่วยเองร้อยละ 37.5 และคู่สมสร้อยละ 10.0 แหล่งการเบิกค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มนี้แตกต่างไปจากกลุ่มแรกคือ เบิกจากสวัสดิการข้าราชการในสัดส่วนสูงกว่ารักษาฟรีผู้สูงอายุ และได้จากบัตรผู้มีรายได้ น้อยมากกว่าการใช้บัตรสุขภาพ เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในเมืองทั้งสองกลุ่ม ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลอยู่ระหว่าง 2,501 – 10,000 บาทสูงที่สุด ส่วนกลุ่มที่อยู่ในชนบทส่วนใหญ่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่า 2,500 บาท⁶

11.3 การรับรู้และการใช้สิทธิสวัสดิการต่างๆทางสังคม

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ⁶ พบว่า แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำรวจส่วนใหญ่จะรู้จักหรือเคยได้ยินเรื่องบัตรสุขภาพ แต่ปรากฏว่ามีเพียงประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่มีบัตรสุขภาพไว้ใช้ แต่สำหรับสิทธิรักษาฟรีของผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 80 รู้จักและใช้บริการนี้ อย่างไรก็ตาม เมื่อดูข้อมูลการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มที่สำรวจเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง บางส่วนใช้สิทธิของบุตร ในกลุ่มผู้สูงอายุมีการใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีผู้สูงอายุ

เพียงประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น ในกรุงเทพมหานครมีผู้ใช้สิทธิน้อยมากเพียงร้อยละ 10.7 แต่ส่วนใหญ่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ มีผู้ใช้บัตรสุขภาพ บัตรผู้มีรายได้น้อยและประกันสุขภาพชนิดอื่น ๆ น้อยมาก ข้อมูลในส่วนนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า ประชากรส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุยังไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ ตนเองและครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองเป็นหลัก

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ¹⁸ ที่พบว่าเรื่องบัตรสุขภาพ และบัตรผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ทราบเรื่องโครงการบัตรสุขภาพและไม่มีบัตร รู้แต่เรื่องบัตรผู้สูงอายุและส่วนใหญ่มีบัตรผู้สูงอายุ

ข้อมูลในส่วนนี้อาจไม่ค่อยทันสมัย ด้วยมีการเร่งรัดการประกันสุขภาพด้วยมาตรการต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในปี 2539 ทำให้การมีหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุมีความครอบคลุมมากขึ้น มีผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยบัตรสุขภาพและบัตรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากเดิม แต่ยังคงอยู่ในระหว่างการประเมินโดยสำนักงานประกันสุขภาพ จึงไม่สามารถแสดงเป็นตัวเลขที่ชัดเจนได้

แนวทางที่ควรปฏิบัติคือ

1. การไม่บริโภคอาหารที่เค็มจัด คือ ลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ควรนำไปรณรงค์ด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อันมีส่วนสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ซึ่งจะมีอุบัติการณ์สูงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก่อน นอกจากนั้นควรรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารสูงและลดการบริโภคอาหารที่หวานจัดลง ควรบริโภคปลาและเนื้อสัตว์ที่สุกแล้วเพื่อป้องกันโรคพยาธิและโรคติดต่อบางชนิด
2. การออกกำลังกายเป็นประจำ สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้งๆ ละประมาณ 30 นาที ตามสภาพของร่างกายที่ทำได้ เช่น การร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายตามชมรมผู้สูงอายุใกล้บ้าน
3. การรักษาระดับน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ(BMI 20-25)
4. การรักษาระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. การรักษาอารมณ์ให้ปราศจากความเครียด ด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การอ่าน เขียนหนังสือ ทำสวน รดน้ำต้นไม้ กิจกรรมทางศาสนา ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เพื่อเป็นการฝึกสมองทั้งทางด้านความคิดและความจำและเป็นการป้องกันโรคซึมเศร้าด้วย
6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก ฯลฯ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมพอง มะเร็งของตับ ปอด ในช่องปาก ถุงลมพองและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง

แหล่ง : ศรีจิตรา บุนนาคและสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542).

ตารางที่ 5.10 : ปัจจัยก่อความเครียดกับการจัดการเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัจจัยก่อความเครียด	พฤติกรรมเพื่อสุขภาพทางจิต
• เปลี่ยนแปลงในสรีระ รูปร่าง • กลัวความแก่ • การเกษียณอายุ • เปลี่ยนแปลงในกามารมณ์ • เปลี่ยนแปลงทางการเงิน • เปลี่ยนที่อยู่ • การคิดล่วงหน้าถึงความมีอายุ	• มีความเป็นอิสระและพอเพียง • เรียนรู้ที่จะทำให้เกิดสุขภาพในความมีอายุ • บอกกล่าวผู้เป็นที่รักถึงการเปลี่ยนแปลงของตน • รับรู้ถึงความรักและความผูกพันจากครอบครัวและผู้เป็นที่รัก • นำประสบการณ์ชีวิตของตนเองมาประยุกต์ใช้กับชีวิตวันนี้ • มีงานทำและมีกิจกรรมการใช้เวลาว่างอย่างต่อเนื่อง

แหล่ง : J.H. kanzari and J.K. Haward. Psychosocial Development and Mental wellness Throughout the life cycle. 1981

เอกสารอ้างอิง

- 1 ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ: ภูมิทัศน์ชีวิตและสังคม. สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน 1 พฤษภาคม 2541.
- 2 Donatelle R., Davis L., (1993). Defining Health and Illness : Access to Health, Prentice Hall Inc, 1993 : pp.2-6
- 3 Jones and Baslett, (1992). Healthy People 2000 : The National Health Promotion and Disease Prevention Objectives of the United States.
- 4 ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. (2542). สัมภาษณ์.
- 5 สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในภาคกลาง. กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 6 จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปีพ.ศ.2538. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- 7 WHO Technical Report Series 1990; 297 : 1-203
- 8 มาลี ภัทรสุพรรณาคาร. (2536). การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์ ภาควิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- 9 Tanphaichit V. et al. Carnitine status in Thai adults, Am J Clin Nutr 1980, 33:876-80
- 10 ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) กำลังสอง
- 11 Carole A. Chryala and Roger J. Bulger, Editors, 1999, Leading Health Indicators for Healthy People 2101. Final Report, National Academy Press, Washington, D.C.

- 12 สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540.
- 13 คู่มือประชาชน. (2542). การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิต. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 7 พฤษภาคม.
- 14 สุลี ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2532). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 15 นิกร ดุสิตสิน. (2542). ระบบภูมิคุ้มกันกับการออกกำลังกาย. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ, 18-19 พฤศจิกายน.
- 16 การวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ. (2542).
- 17 นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 18 เขมิกา ยามะรัต. (2542). สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 18-19 พฤศจิกายน.
- 19 เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์และคณะ. (2537). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 20 สุทธิพงษ์ บุญฤทธิ์.(2538). ความต้องการที่อยู่อาศัยเมื่อถึงวัยเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 21 บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. (2531). รายงานการวิจัยการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืน. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- 22 ศิริวรรณ ศิริบุญ.(2535)ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย.สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- 23 กมลพรรณ หอมน่าน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 24 นภาพร ชัยวรรณ จอห์น โนเดลและ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ครอบคลุมอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและบุตร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 25 นางลักษณ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 26 ทวี ถาวโร. (2539). ผลกระทบของความเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในชนบทอีสาน. สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



บทที่ 6

ภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

ในบทนี้ ได้แบ่งภาวะแวดล้อมออกเป็นสองส่วนใหญ่ๆ คือ ภาวะแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน ซึ่งในความเป็นจริงทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันชนิดแยกไม่ออกเลยทีเดียว โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมประเพณีของแต่ละสังคม ซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงไปบ้างจากการรับวัฒนธรรมใหม่ๆ โดยไม่รู้ตัว ตามสภาพทางสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบันและอนาคต

ภาวะแวดล้อมทางกายภาพในบทนี้ เป็นการวิเคราะห์ ที่อยู่อาศัย ชุมชนที่อยู่อาศัย การจัดสภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโครงสร้างทางสาธารณะ เส้นทางสัญจร และสถานที่ประกอบกิจกรรมทางสังคม ศาสนา หรือการออกกำลังกาย สำหรับภาวะแวดล้อมทางสังคมได้แก่ ปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตในบ้านปลายอย่างมีความสุข และปลอดภัยจากสภาพเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการส่งเสริมความมีอิสระ ลดการพึ่งพา โดยสมาชิกในครอบครัว ชุมชน สังคมและรัฐ ซึ่งจะได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับการอยู่กับครอบครัว การดูแลเกื้อหนุนโดยครอบครัวและการเยี่ยมเยียน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการ รวมทั้งนโยบายสาธารณะและกฎหมายเพื่อความปลอดภัยและเท่าเทียมในสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

ภาวะแวดล้อมทางกายภาพ

ในส่วนของภาวะแวดล้อมทางกายภาพ จะวิเคราะห์ในประเด็นต่อไปนี้ คือ

1. ที่อยู่อาศัย

ได้แก่ บ้าน สถานสงเคราะห์และที่อยู่อาศัยที่เป็นสถาบันอื่นๆที่ไม่ใช่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่กับครอบครัว ลูกหลาน หรือสถานสงเคราะห์ หรือสถานเลี้ยงดู(Nursing Home) จุดประสงค์ที่สำคัญก็เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในบ้านปลายอย่างมีความสุข และปลอดภัยจากอันตรายที่อาจจะเกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ

1.1 ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัย

ผลจากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยของนาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล¹ พบว่า แบบของบ้านที่อยู่อาศัยแบ่งออกเป็น 7 แบบ ได้แก่ เพิงที่ปักชั่วคราว กระโจม บ้านไทยยกพื้น เรือนแถวไม้ ตึกแถว ทาวน์เฮ้าส์และบ้านเดี่ยว โดยทั่วไปอาจกล่าวได้ว่า เพิงที่ปักชั่วคราวและกระโจมมักเป็นที่อยู่อาศัยของผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยที่สุด บ้านไทยยกพื้นมักเป็นที่อาศัยของคนส่วนใหญ่ในชนบท ซึ่งยังมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าค่าเฉลี่ย โดยวัดจากรายได้ครัวเรือนและสิ่งของเครื่องใช้ในครัวเรือน สำหรับแบบบ้านอื่นๆที่เหลือนั้น ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนพอที่จะระบุได้ว่า กลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจใดมักอยู่อาศัย

โดยทั่วไป แบบของบ้านที่อาศัยไม่แตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มคนที่มีอายุต่างกัน หรือเพศต่างกัน แต่แตกต่างระหว่างเมืองและชนบท เพิงที่ปักชั่วคราว กระโจมและบ้านไทยยกพื้นเป็นแบบบ้านที่คนชนบทมักอยู่อาศัยมากกว่าคนในกรุงเทพฯและเมืองอื่น ตรงกันข้าม ทั้งผู้สูงอายุและผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุในกรุงเทพมหานครและเมืองอื่น มีสัดส่วนที่อยู่บ้านตึกแถว เรือนแถวไม้และบ้านเดี่ยวสูงกว่าในชนบท ซึ่งเป็นลักษณะของบ้านโดยทั่วไปของชาวเมืองและชาวชนบท ฉะนั้นสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้พิการ การจัดสภาพภายในที่อยู่อาศัยจะมีความสำคัญมากกว่าแบบบ้าน

¹ นาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล. (2542). การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การจัดสภาพภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ควรคำนึงถึงด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. **ด้านการมองเห็น** ผู้สูงอายุสายตาจะเสื่อมสมรรถภาพในการปรับระยะภาพ สายตายาว ตาฝ้าฟาง ดังนั้นการจัดสภาพที่ช่วยในการมองของผู้สูงอายุ เช่น การมีแสงสว่าง ตัวหนังสือของสลากยาหรือเครื่องอุปโภค เช่น เกลือ น้ำตาล ควรปิดชื่อตัวใหญ่ให้ผู้สูงอายุหยิบใช้สอยได้สะดวกและถูกต้อง
2. **ด้านการได้ยิน** ผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยิน เช่น หูตึงหรือได้ยินไม่ชัดเจน การจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยกำจัดเสียงรบกวนต่างๆให้ลดลงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น เสียงดังของเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น
3. **ด้านการไถ่กลืน** ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะสูญเสียการไถ่กลืน โดยเฉพาะกลืนแก๊ส ดังนั้นอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับแก๊ส เช่น เตา ต้องมีระบบป้องกันเป็นอย่างดี
4. **ด้านกล้ามเนื้อ** ผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อจะเสื่อมสภาพลง ไม่ว่าจะเป็นกล้ามเนื้อแขน ขา ดังนั้น หากเป็นไปได้ไม่ควรต้องให้ผู้สูงอายุได้ใช้กล้ามเนื้อทำงานหนัก เช่น ที่พักควรจัดให้อยู่ชั้นล่าง เพราะหากผู้สูงอายุต้องเดินขึ้นบันไดหลายชั้น กล้ามเนื้อเขาจะทำงานหนักกว่าปกติ ทำให้กล้ามเนื้อเสื่อมสภาพเร็วยิ่งขึ้น
5. **ด้านกระดูกและข้อต่างๆ** ผู้สูงอายุจะมีแคลเซียมในร่างกายน้อย ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย เมื่อหักแล้วจะต่อให้เหมือนเดิมเป็นเรื่องยาก ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมต้องคำนึงถึงด้วย เช่น พื้นห้องนอน พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่นเพื่อป้องกันการหกล้มหรือเครื่องใช้ต่างๆต้องจัดเก็บให้เป็นที่เป็นที่ เพื่อไม่ให้สะดุดล้ม เป็นต้น
6. **ด้านการทรงตัว** ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดีเท่าคนวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับการทรงตัว เช่น ทางเดินต้องกว้างพอ เดินได้สะดวก มีราวสำหรับผู้สูงอายุได้เกาะยึดและ ทางเดินไม่คดเคี้ยว เป็นต้น²

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังมุ่งหวังให้ผู้คนหันมาให้ความสนใจในการออกแบบ หรือปรับปรุงอาคาร โดยคำนึงถึงการใช้สอยของผู้สูงอายุและผู้พิการ และได้หยิบยกกรณีศึกษาการออกแบบบ้านของผู้พิการมาเป็นตัวอย่าง ซึ่งประเภทของผู้พิการที่นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการออกแบบในครั้งนี้ คือ ผู้พิการทางด้านร่างกายที่ต้องนั่งรถเข็นและผู้พิการทางสายตา ประเภทตาบอดเลือนลาง เนื่องจากผู้พิการทั้งสองประเภทนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการใช้พื้นที่ใช้สอยในอาคารมากที่สุด สิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการออกแบบคือ เรื่องความสะดวกในการ

² สุรกุล เจนอมรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. ภาควิชาการศึกษาของโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สัญจร ระยะการใช้สอยและระดับสายตาที่อยู่ต่ำกว่าคนปกติ (Circulation) ในอาคารควรเรียบง่ายและโล่งจัด เพอร์มิเจอร์ให้ติดผนังเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนที่ของเก้าอี้ล้อเลื่อน พื้นผิวที่เหมาะสมกับรถเข็นคือ พื้นผิวที่ไม่ขรุขระแข็งเรียบเสมอกันไม่มีสิ่งกีดขวาง การออกแบบคำนึงถึงหลักการของสถาปัตยกรรมและข้อกำหนดของผู้พิการ คือ ทิศทางแดดและลม (Orientation) ความน่าอยู่และความสวยงาม ความปลอดภัย การจัดแสงสว่างและสีที่เหมาะสม การเข้าถึงอาคารและการสัญจรภายใน การจัดพื้นที่ใช้สอย (Function) โดยเน้นพื้นที่ใช้สอยพื้นฐานที่จำเป็น อันได้แก่ ห้องรับแขก ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหาร ห้องครัว ห้องนอนและห้องน้ำ (แบบบ้านในภาคผนวก ข)

1.2 การจัดสภาพภายในที่อยู่อาศัย

ความเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุ ในส่วนของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ รวมทั้งการทรงตัว ประกอบกับข้อมูลการประสพอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากการบาดเจ็บและทุพพลภาพที่ตามมา ในบางกรณีอาจจะถึงกับการเสียชีวิตจากการหกล้มในห้องน้ำ มาตรการการป้องกันอุบัติเหตุดังกล่าว คือ การจัดสภาพภายในที่อยู่อาศัยให้มีลักษณะทางกายภาพที่เหมาะสม ถึงแม้ไม่สามารถสร้างบ้านใหม่ได้ ก็อาจดัดแปลงสภาพให้เหมาะสมกับสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน ส่วนที่สำคัญ คือ พื้นห้องน้ำต้องแห้ง ไม่ลื่น มีราวเกาะในห้องน้ำ บันไดและทางลาด(สำหรับรถเข็น) การย้ายห้องนอนจากชั้นบนลงมาชั้นล่างเพื่อป้องกันการตกบันได ในส่วนของการมองเห็น การได้ยินและการได้กลิ่น แม้จะเป็นสิ่งสำคัญรองลงมา ถ้าทำได้ก็ควรต้องมีระบบการป้องกันต่างๆ ตามความจำเป็น

การดัดแปลงสภาพภายในบ้านเมื่อมีผู้สูงอายุหรือเมื่อมีอายุสูงมากขึ้นนั้น ได้มีการวิจัยในสหรัฐอเมริกา³ ที่ระบุถึงการดัดแปลงสภาพภายในบ้านที่สัมพันธ์กับความคุ้มทุน สำหรับบ้านเดี่ยวจะขึ้นอยู่กับเศรษฐฐานะโดยตรง แต่จะมีสัดส่วนน้อยกว่าการดัดแปลงสภาพภายในสำหรับผู้สูงอายุในอาคารชุดที่มีสัดส่วนการลงทุนโดยเฉลี่ยที่ต่ำกว่า ปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุจะ

³ Proceedings International Association of Homes and Services for the Ageing's. The Third International Conference ". (1999). Ageing Societies in a New Millenium: Global Trends in Care and Services" June 27 - 30.

เป็นตัวกำหนดให้มีการดัดแปลงสภาพภายในที่อยู่อาศัย เช่น เมื่อผู้อยู่อาศัยอายุ 70 ปีจะมีการดัดแปลงในสัดส่วนที่ต่ำกว่าเมื่อผู้อยู่อาศัยมีอายุ 85 ปี เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

- ควรอยู่บ้านชั้นเดียว มีบริเวณเดินออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ
- ถ้าเป็นบ้าน 2 ชั้น แนะนำให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างเพื่อป้องกันการตกบันได
- รื้อถอนธรณีประตูเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม หรือเพื่อความสะดวกในการใช้รถเข็น
- บันไดต้องมีราวเกาะ หรืออาจทำทางลาดพร้อมราวเกาะสำหรับจับ
- ปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมให้มีความเหมาะสมกับการใช้สอย เช่น ปูกระเบื้องที่ไม่ลื่น พื้นห้องน้ำต้องแห้งอยู่เสมอเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม
- ปรับปรุงส้วมแบบนั่งยองๆ เป็นชักโครก หรือมีม้านั่งต่อขาที่ใช้ครอบส้วมแบบเดิม ผู้สูงอายุจะได้ลุกนั่งโดยสะดวก หากปรับไม่ได้ ควรทำราวสำหรับยึดเกาะเวลาจะลุกขึ้นยืน
- เตียงนอน ต้องมีระดับพอเหมาะไม่สูงจนเกินไป ที่นอนไม่นิ่มเกินไปจะปวดหลังได้ง่าย
- ในห้องมีแสงสว่างเพียงพอในห้อง ทางเดินในบ้าน จัดที่นั่งพักตามจุดต่างๆ ของทางเดินภายในและภายนอกบ้าน เพื่อจะได้หยุดพักได้ตามจุดต่างๆ⁴

ข้อมูลจากการสังเกตการณ์สถานสงเคราะห์คนชราในภาคต่างๆ ที่อยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า ได้มีการเตรียมแบบบ้านพักและบริเวณให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้อยู่อาศัย มีราวจับในห้องน้ำและห้องส้วม มีทางลาดสำหรับเข็นรถขึ้นลง แต่ขาดการบูรณะให้คงสภาพใช้การได้ ซึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้ดูแลไม่เข้าใจในแนวคิดในการป้องกันอุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มของผู้สูงอายุ และการทิ้งงบประมาณไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลและรักษาสภาพให้ใช้ได้ดี⁵

บ้านดูแลผู้สูงอายุและที่อยู่อาศัย ที่จัดบริการโดยภาคธุรกิจเอกชนหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ เช่น สภาภาคไทย, Nursing Home และโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ

⁴ การสำรวจอย่างเร็วและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ, 2542

⁵ การสำรวจอย่างเร็ว, 2542

ต่างๆ การจัดสภาพภายในเป็นรูปแบบที่เหมาะสมและมีการบูรณะตามอายุการใช้งาน แม้จะมีบางจุดยังไม่สมบูรณ์ แต่ด้วยสภาพที่มีผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดจึงไม่น่าต้องเป็นห่วง อย่างไรก็ตามที่อยู่อาศัยเหล่านี้เป็นการลงทุนทางธุรกิจสำหรับผู้ที่มีความสามารถจ่ายได้ จำนวนสถานบริการเช่นนี้ยังมีอยู่น้อยมากในประเทศไทยในปัจจุบันเมื่อคิดเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีความต้องการ

1.3 ประเด็นการสร้างความตระหนักในสังคมถึงความสำคัญของการเตรียมที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่อายุมาก

ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาดีกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน ความต้องการด้านต่างๆและการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นผู้สูงอายุ น่าจะแตกต่างไปจากผู้สูงอายุในปัจจุบัน คุณลักษณะของผู้สูงอายุในอนาคต เป็นประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการวางนโยบายและแผนสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายการอยู่อาศัยกับครอบครัวแม้จะยังเป็นแนวทางหลัก แต่สำหรับผู้ที่ไม่มียุติ ซึ่งจะมีมากขึ้นในอนาคต และคนกลุ่มนี้น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีการศึกษาและรายได้สูงมากกว่า นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุควรให้มีทางเลือกหลายรูปแบบ ผู้สูงอายุที่มีบุตรบางส่วนอาจไม่ต้องการอยู่กับบุตร อาจต้องการความเป็นส่วนตัว ขณะเดียวกันต้องการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆเมื่อมีความจำเป็น การอยู่บ้านตนเองซึ่งใกล้กับบุตรหรือญาติอาจเป็นที่พึงใจของทั้งสองฝ่ายมากกว่าการอยู่ด้วยกัน รูปแบบการดูแลครอบครัวอาจต้องปรับเปลี่ยนไปตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม บ้านดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home) อาจต้องมีมากขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพอนามัยของประชากรในอนาคตจะมีผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้มากขึ้นและมีอายุยืนขึ้น⁶

อย่างไรก็ตาม รัฐไม่จำเป็นต้องเข้ามาแบกรับภาระทั้งหมดในการจัดบริการด้านนี้ แต่ควรมีการสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยรัฐต้องมีมาตรการควบคุมดูแลให้มีบริการที่ได้มาตรฐาน ค่าบริการไม่เอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคจนเกินไป เอกชนที่จัดบริการนี้ในเชิงธุรกิจต้องมีการขออนุญาตเป็นทางการ มีการตรวจสอบบริการเป็นระยะๆ ผู้สูงอายุใน

⁶ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร. และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อนาคตน่าจะมีบางส่วนที่ต้องการบริการนี้และอยู่ในวิสัยที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ หรือมีบุตรหลานช่วยกันเป็นภาระ ทดแทนกับการไม่ต้องดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองในบ้าน นอกจากนี้ การจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน น่าจะเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการให้การดูแลผู้สูงอายุ และควรมีการเตรียมบุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ รัฐเป็นผู้กำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพของการดูแล การคุ้มครองผู้สูงอายุไม่ให้ถูกเอารัดเอาเปรียบ⁴

2. รูปแบบของชุมชนผู้สูงอายุในอนาคต

ต่อเนื่องจากเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และการยึดแนวคิดในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ในชุมชนเดิมนั้น ได้มีการขยายแนวคิดออกไปถึงการส่งเสริมให้มีชุมชนผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการวิจัยในปี พ.ศ.2539 ที่ระบุถึงความคิดเห็นในเรื่องนี้ จากผู้ทำงานในบริษัทชั้นนำในกรุงเทพมหานคร⁷ และข้าราชการตำรวจ⁸ ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะมีการจัดสร้างชุมชนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะและคิดว่าจะไปอยู่ถ้ามีชุมชนที่ตนเองมีความพึงพอใจ โดยมีข้อพิจารณาเรียงตามลำดับ ได้แก่ การดูแลสุขภาพโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ การได้ใช้ชีวิตร่วมกับคนในวัยเดียวกันจะได้ไม่เหงา การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบสุขและปลอดภัย เป็นการแบ่งเบาภาระของบุตรหลาน และเป็นที่พึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ราคาค่าบ้านและค่าบริการที่สมเหตุสมผล ลักษณะของบ้านควรเป็นบ้านกลุ่มชั้นเดียว อยู่ในเขตบริเวณพล ควรซื้อเป็นกรรมสิทธิ์และอยู่คนเดียวโดยไม่มีผู้อาศัยร่วม ควรมีบริการด้านการแพทย์ พยาบาล อาหาร การทำความสะอาด การซักผ้าและเสื้อผ้า และบริการรถรับ-ส่งไปที่ต่างๆ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ควรมีได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก สวนสุขภาพ ศูนย์กายภาพบำบัด ส่วนพักผ่อนและสถานที่ปฏิบัติธรรม

⁷ บัญชา นูรณสิงห์. (2539). ความต้องการที่อยู่อาศัยในวัยสูงอายุของผู้ที่ทำงานบริษัทชั้นนำในกรุงเทพมหานคร. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

⁸ สุทธิพงษ์ บุญฤทธิ์. (2538). ความต้องการที่อยู่อาศัยเมื่อถึงวัยเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ⁹ ได้เสนอแนวคิด การให้บริการผู้สูงอายุแบบ Retired Village ของต่างประเทศ ซึ่งมีบริการครบวงจรสำหรับผู้ที่ยังแข็งแรง ต้องการอาศัยในสภาพแวดล้อมที่มีบรรยากาศดีและไม่ห่างไกลจากลูกหลาน ถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพจะได้บริการดูแลรักษา แต่ถ้าดูแลตัวเองได้ไม่ดีจะย้ายเข้ามาอยู่ใน Hostel ที่มีคนทำความสะอาดห้องให้ ทำอาหารให้ มีผู้ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เมื่อดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวันไม่ได้มากขึ้น ก็จะย้ายมาอยู่ที่ Nursing Home ซึ่งน่าจะเป็นช่วงบั้นปลายของชีวิต

ลักษณะชุมชนเช่นนี้ จะประกอบด้วยอาคารหลายหลังในบริเวณเดียวกัน ลักษณะเป็นคอนโดมีเนียม มี Nursing Home อยู่ชั้นล่าง ชั้นบนเป็นที่พักอาศัย อาคารที่ติดกันสำหรับการตรวจร่างกาย การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพ ในขณะที่อีกอาคารหนึ่งจะเป็น Hostel unit สำหรับผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงดีสามารถดูแลตัวเองได้ โครงการเช่นนี้น่าจะเกิดขึ้นในกรุงเทพฯ และจังหวัดที่มีประชากรจำนวนมาก

ประเด็นสำคัญของการดำเนินการชุมชนลักษณะนี้ คือ การจัดระบบการเงินและการไหลเวียนของผู้สูงอายุที่เข้าสู่วงจรของชุมชน อาทิเช่น บ้านจะต้องขายต่อได้ ผู้ที่จะเข้ามาอยู่ใหม่ต้องมีเงินซื้อบ้าน ในขณะเดียวกันเมื่อมีความจำเป็นก็จะย้ายไปอยู่ในสถานที่ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ นั่นคือ การขายบ้าน ทำให้เกิดการหมุนเวียนของผู้อยู่อาศัยและผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้เงินอีก การมีผู้สูงอายุรายใหม่เข้ามาอยู่ในชุมชน สมาชิกวัยเก่าที่สภาพร่างกายไม่ไหวก็ย้ายเข้าไปอยู่ใน Nursing Home จนเสียชีวิต

ในต่างประเทศ¹⁰ การมีกองทุนสำหรับผู้สูงอายุที่จะเข้ามาอยู่ใน Retired Village เมื่อสภาพร่างกายไม่พร้อมที่จะอยู่ในชุมชนแล้ว สามารถดึงเงินซึ่งได้จ่ายเป็นค่าบ้านออกมาใช้จ่ายได้อีก เพราะฉะนั้นจึงมองว่ากลไกสำคัญที่จะเกิดระบบตรงนี้ได้ ต้องมีระบบการเงินรองรับด้วยต่างประเทศมีระบบนี้ได้เพราะการมีรัฐสวัสดิการ การดำเนินกิจการ Nursing Home ของต่างประเทศจะได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ รัฐควบคุมเรื่องคุณภาพ ประเทศออสเตรเลียควบคุม

⁹ การวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ.(2542).

¹⁰ Bunnag SC, Tamthai P. Day care Center for the elderly. In: Care of Dementia's Patients. Center for Education, Research and Clinical Centre for Geriatric Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 1990.

จำนวนเตียงของ Nursing Home แต่ในขณะเดียวกันรัฐก็ให้เงินสนับสนุนกับผู้ดำเนินงาน Nursing Home ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเอกชน รัฐส่งเสริมให้เอกชนทำแต่รัฐจะควบคุมมาตรฐานของบริการและสนับสนุนบางอย่างให้ เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้ถ้าอยู่โรงพยาบาล จะอยู่นานมาก ก็จะได้ไม่เป็นภาระกับโรงพยาบาล ผู้สูงอายุไม่ได้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง เพียงแต่ต้องการคนดูแล กิจกรรมประจำวันเรื่องขับถ่าย เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การทำความสะอาดบ้าน และเสื้อผ้า ฯลฯ

แนวคิดที่กล่าวมานี้ สังคมไทยอาจจะรับไม่ได้ สิ่งที่น่าจะทำได้คือ การดูแล day care ให้บริการช่วงกลางวันก่อน ตอนเย็นกลับไปอยู่กับลูกหลานได้ ซึ่งสุจิตรา บุญนาค¹⁰ ได้ศึกษาไว้ โดยเน้นถึง การทำให้สังคมยอมรับ ซึ่งในลักษณะของสังคมเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร น่าจะมีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ความต้องการของตลาดน่าจะมีความ

การดำเนินงานชุมชนในลักษณะนี้ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ เกิดเป็นคลังปัญญา เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีความสุขบางอย่างร่วมกัน เป็นการใช้ชีวิตในบ้านปลายอย่างมีคุณค่า

3. การจัดสภาพแวดล้อม

การจัดสภาพแวดล้อม เป็นการเตรียมโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะที่เอื้อต่อการสัญจร และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ทุพพลภาพ เส้นทางสัญจร สถานประกอบกิจการ ศาสนา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นให้สังคมตระหนักในการจัดการให้มีสิ่งต่างๆเหล่านี้

Diane Y. Carstens (1991, อ้างใน สุทธิพงษ์ บุญฤทธิ¹¹) ได้กล่าวถึงการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกว่า ควรมีพื้นที่สำหรับปฏิสังสรรค์ทางสังคม มีพื้นที่สำหรับการชื่นชมธรรมชาติ พื้นที่สำหรับสุขภาพและการออกกำลังกาย และพื้นที่ส่วนต่อเนืองระหว่างภายนอกและภายในอาคาร โดยมีส่วนประกอบต่างๆ เช่น ระเบียงทั้งที่เป็นส่วนที่มีหลังคาและไม่มีหลังคา มุขเจดียง สวนบนหลังคา(สำหรับอาคารสูง) สวนและพื้นที่ธรรมชาติ พื้นที่ส่วนในของที่อยู่อาศัย ทางเดินเท้า และทางรถจักรยาน พื้นที่สนามสำหรับสันทนาการและพื้นที่สำหรับเด็ก

3.1 โครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณะ เส้นทางสัญจร

ในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ⁹ โครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริการขนส่งมวลชน เส้นทางสัญจร ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าหลายหน่วยงานจะพยายามผลักดัน แต่เป็นเรื่องยากยิ่ง ด้วยผังเมืองของประเทศไทย ไม่มีแนวคิดของการจัดการเพื่อผู้สูงอายุและคนพิการ จะเห็นได้จาก โครงการต่างๆ ล่าสุดก็คือ โครงการรถไฟฟ้ากรุงเทพมหานคร เมื่อมีการเรียกร้องจากผู้สูงอายุและคนพิการ จึงได้มีการติดตั้งลิฟท์ขึ้นลงตามสถานีรถไฟฟ้า ในบางจุดที่มีคนขึ้นลงจำนวนมาก

3.2 สถานที่ประกอบกิจทางศาสนา

วัดของชาวพุทธเป็นที่รวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เหมาะสมที่สุด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปวัดเพื่อแสวงหาธรรมให้เกิดความสบายใจจากความเลื่อมใสศรัทธา การมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โครงสร้างของโบสถ์และศาลาการเปรียญควรเหมาะสมกับการไปเยือนของผู้สูงอายุ ควรหลีกเลี่ยงการมีธรณีประตูสูง ภาวະที่ต้งนั่งพับเพียบเป็นเวลานาน การมีสิ่งของที่อาจทำให้สะดุดหกล้ม นอกจากนี้ พบว่า โบสถ์ที่สร้างใหม่นิยมโครงสร้างที่ยกพื้นสูง บันไดสำหรับขึ้นลงไม่มีราวเกาะ เนื่องจากต้องการให้มีความสว่างงาม และพบว่า วัดส่วนใหญ่โดยเฉพาะในภาคเหนือตอนบน จะมีโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการไปชุมนุมกันของผู้สูงอายุ³

การสังเกตเห็นว่า โบสถ์ในคริสต์ศาสนามีสภาพทางกายภาพที่เหมาะสมต่อประชากรทุกวัย ซึ่งรวมถึงความเรียบง่าย สะอาด โปร่ง มีเก้าอี้นั่งและไม่มีข้าวของเกะกะ

การจัดให้มีสวนหย่อม สวนสาธารณะและสถานที่ออกกำลังกายให้เอื้อต่อผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท เป็นเรื่องที่รัฐควรให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

3.3 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดหนึ่งของผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการ อย่างไรก็ตาม พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุ

มีความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการด้านสุขภาพค่อนข้างมากกว่าความรู้ด้านสวัสดิการด้านสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่(ร้อยละ 84.4) เคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการรักษาฟรีสำหรับผู้สูงอายุ แม้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย(ร้อยละ 62) เคยได้ยินเกี่ยวกับบ้านพักคนชรา แต่มีเพียงร้อยละ 36.5 เท่านั้นที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุในเมืองและชนบทมีความแตกต่างกันในความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความรู้เกี่ยวกับโครงการบ้านพักคนชรามากกว่าผู้สูงอายุในอดีต สัดส่วนที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโครงการบ้านพักคนชราเพิ่มจากร้อยละ 41 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 62 ในปี 2538 โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทมีจำนวนการรับรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความคิดที่จะไปอยู่บ้านพักคนชราระหว่างปี 2529 – 2537 เกือบไม่เปลี่ยนแปลง คือ อยู่ในระดับร้อยละ 9 โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มที่คิดจะไปอยู่บ้านคนชรามากกว่าผู้สูงอายุในชนบท¹

นอกจากการอ่านไม่ออกแล้วปัญหาการมองเห็นก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร ดังผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้ว่ายังเป็นส่วนหนึ่งของยุคปัจจุบัน หากผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ต้องนำ book on tape มาใช้และใช้ช่องทางอื่นที่เหมาะสม เฉพาะส่วนที่ไม่อยากอ่านหนังสือหรืออ่านหนังสือไม่ออก ยังดูโทรทัศน์ได้หรือฟังวิทยุได้ เป็นต้น

3.4 การกระตุ้นให้สังคมตระหนักในการจัดการให้มีสิ่งต่างๆ เหล่านี้สำหรับผู้สูงอายุ

การนำเอาแนวคิดประชาสังคมมาปรับใช้ในบริบทไทย เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชน ซึ่งหมายถึงทุกๆ ส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐและประชาชนได้เข้ามาดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมแล้วตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การก่อจิตสำนึกร่วมกัน เกิดการรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชนหรือประชาชน ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนกัน ทุกคนมีฐานะเท่าเทียมกัน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ด้วยความรัก สมานฉันท์ ความเชื่ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบการจัดการที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย

การเกิดประชาสังคมตามธรรมชาติในสังคมไทย พอมีให้เห็นอยู่บ้าง ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของชุมชน สหกรณ์หรือกลุ่มต่างๆ แต่เนื่องจากความสำเร็จในการจัดตั้งหรือการรักษาสภาพ มักจะเป็นเรื่องของบุคคล และขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้นำเป็นสำคัญ ทำให้ประชาสังคมตามธรรมชาติไม่สามารถเกิดได้ทั่วไป

ภาวะแวดล้อมทางสังคม

ในส่วนของประเด็นภาวะแวดล้อมทางสังคม จะวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่กับครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ ดัชนีชี้วัดภาวะแวดล้อมที่พึงประสงค์ด้านกายภาพและสังคมที่จำเพาะ นโยบายสาธารณะและกฎหมาย เพื่อให้มีสวัสดิการสังคมและสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียม

1. การอยู่กับครอบครัว วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด ครอบครัวจะให้ตำแหน่ง ชื่อและสกุล ซึ่งเป็นเครื่องบอกสถานภาพและบทบาทในสังคมตลอดจนสิทธิหน้าที่ที่สมาชิกมีต่อกันและต่อสังคม

เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ อิทธิพลของหลักธรรมทางพุทธศาสนาที่ให้ความสำคัญต่อความเคารพนับถือบิดามารดา ได้ช่วยเหลือหลอมจิตใจคนไทยให้มีความผูกพันและยกย่องนับถือบิดามารดาในระดับที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับค่านิยมในเรื่องเดียวกันนี้กับประเทศในซีกโลกตะวันตก พุทธศาสนาถือว่า บิดามารดาเป็นพรหมของบุตร เพราะเป็นผู้ให้ชีวิตเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนให้บุตรธิดาของตนเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม ซึ่งบุตรธิดาจะต้องเลี้ยงดูบิดามารดาในวัยชราเป็นการตอบแทน¹¹

¹¹ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2. ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษาถึงการแบบของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยโดยใช้ข้อมูล ปี พ.ศ. 2538 พบว่า เกือบทั้งหมด(ร้อยละ 98) ของผู้สูงอายุไทยอยู่กับครอบครัว ที่เหลือร้อยละ 2 อยู่ในครัวเรือนกลุ่มบุคคลหรือสถาบัน ซึ่งส่วนใหญ่คือวัด ในผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนบุคคล ร้อยละ 71 อยู่บ้านเดียวกับบุตร ร้อยละ 4 อยู่คนเดียว ที่เหลืออยู่กับคู่สมรสหรือญาติหรือคนอื่น พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรลดลงจากปีพ.ศ. 2529 ซึ่งอยู่ในระดับร้อยละ 77 อย่างไรก็ตามการลดลงของระดับการอยู่กับบุตร น่าจะเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยและการดูแลเกื้อหนุนมากกว่าการทอดทิ้งบิดามารดาสูงอายุ พบว่า ถ้ารวมร้อยละที่อยู่กับบุตร เข้ากับร้อยละที่อยู่บ้านติดกับบุตรหรือพบปะบุตรทุกวัน(การอยู่บ้านติดกับบุตรหรือได้พบบุตรทุกวัน สะท้อนถึงการเข้าถึงรูปแบบการดูแลที่เสมือนหนึ่งอยู่ด้วยกัน) สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหรือพบปะบุตรทุกวันในปีพ.ศ. 2529 และ 2538 ไม่แตกต่างกันนัก คือร้อยละ 91 และร้อยละ 90 ตามลำดับ¹

สัดส่วนที่อยู่คนเดียวของผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2529 และ 2538 ไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับร้อยละ 4.3 แต่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่อยู่คนเดียวสูงกว่าชาย(ร้อยละ 5.5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 2.9¹

ตารางที่ 6.1 : การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2529 – 2538

	2529	2537	2538
ในผู้สูงอายุทั้งหมด			
% ไม่มีบุตร	3.5	3.5	4.4
% อยู่คนเดียว	4.3	3.6	4.3
% อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	6.7	11.6	11.9
% อยู่กับบุตร	76.9	72.8	70.9
% อยู่ในครัวเรือน 3 รุ่นอายุ	X	X	47.0
% อยู่กับบุตรสมรส	X	X	50.7
% อยู่ในครัวเรือนขยาย	62.4	X	X
ในผู้สูงอายุที่มีบุตร			
% อยู่คนเดียว	-	-	1.5
% อยู่บ้านเดียวกับบุตร	79.7	-	74.2
% อยู่บ้านเดียวกับบุตรหรือติดกับบุตร	-	-	84.0
% ที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรหรือพบปะบุตรทุกวัน	90.7	-	89.8

แหล่งข้อมูล : นภาพร ขยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน.

ผู้สูงอายุไทยอยู่ในครัวเรือนที่จัดว่าเป็นครัวเรือนขยายมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว (ตารางที่ 9.1) กล่าวคือ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยอยู่ในครัวเรือนที่ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นอายุ หรือมากกว่า โดยองค์ประกอบของครัวเรือน 3 รุ่นอายุนี้เป็นการอยู่กับบุตรและหลานเกือบทั้งหมด อีกประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุในครัวเรือน 2 รุ่นอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยาย คือ ประกอบด้วยบุตรที่สมรสกับหลานอีกส่วนหนึ่ง และอีกประมาณ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 1 รุ่นอายุ ซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นครัวเรือนเดี่ยวทั้งสิ้น ดังนั้นประเด็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้นและผู้สูงอายุต้องอยู่กันเองตามลำพังมากขึ้น ยังเป็นเรื่องที่ต้องมีการศึกษาติดตามหาข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกเหนือจากนี้ยังมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ แนวโน้มการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นอายุ(skip generation นิยามว่าเป็น การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุกับ

หลานเท่านั้น) ซึ่งพบว่ามียู่ถึงประมาณร้อยละ 8.2 ในปีพ.ศ.2538 แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของอัตรา การตายจากเอดส์ น่าจะส่งผลกระทบให้สัดส่วนการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต

ตารางที่ 6.2 : องค์ประกอบของครัวเรือนของผู้สูงอายุ

	ร้อยละ
1. รุ่นอายุ	19.6
2. รุ่นอายุ	32.7
อยู่กับบิดามารดา	0.4
อยู่กับบุตร	24.2
อยู่กับหลาน	8.2
3. รุ่นอายุหรือมากกว่า	47.6
อยู่กับบุตรและหลาน	45.9
อยู่กับบิดามารดาและบุตร	0.9
3 รุ่นอายุอื่นๆและ 4 รุ่นอายุ +	0.8

แหล่งข้อมูล : นภาพร ขโยวรรณและจอห์น โนเดล. (2539). การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย.

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น บุตรที่ไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุก็นำมาสู่การเกื้อหนุนในรูปแบบอื่น เช่น การเยี่ยมเยียน ซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นการเกื้อหนุนทางใจหรือจิตวิทยาที่สำคัญ นอกเหนือจากร้อยละ 71 ของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรแล้ว อีกร้อยละ 15 ได้พบปะบุตรทุกวัน การแลกเปลี่ยนการ เยี่ยมเยียนระหว่างบุตรที่อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน ทำได้ง่ายกว่ากรณีที่บุตรและผู้สูงอายุ อยู่ต่างชุมชน¹² พบว่า ความสำเร็จของการเยี่ยมเยียนขึ้นอยู่กับระยะทาง และผู้สูงอายุมีการติดต่อ พบปะกับพี่น้องน้อยกว่าการพบหลาน ส่วนหนึ่งเนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพี่น้องมีชีวิตมี ต่ำกว่าหลาน นอกจากนี้ ความคล่องตัวในการเดินทางหรือเคลื่อนย้ายร่างกายที่เพิ่มขึ้นตาม วัย นับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการติดต่อพบปะพี่น้องซึ่งน่าจะอยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน ส่วน

¹² นภาพร ขโยวรรณและจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ใหญ่ของผู้สูงอายุได้พบปะหลานเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ไม่ได้พบปะหลานเป็นประจำ

การเกื้อหนุนด้านการเงินหรือวัตถุ การประเมินสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาจไม่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานหรือครอบครัวโดยใช้ข้อมูลปีพ.ศ. 2538 พบว่า น่าจะอยู่ในระดับร้อยละ 1.3 หรือประมาณ 60,000 คนจากผู้สูงอายุทั้งหมดในปี พ.ศ. 2538

3. การเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์

ประมาณร้อยละ 10-15 ผู้สูงอายุไทยยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจหลังจากเข้าสู่วัยสูงอายุหรืออายุ 60 ปีแล้ว การที่ผู้สูงอายุไทยยังมีระดับการทำงานสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันรายได้ยามสูงอายุ ไม่มีเงินออมจากวัยทำงาน ทำให้ส่วนใหญ่ตกอยู่ในภาวะยากจนในช่วงวัยสูงอายุจึงต้องทำงานต่อ มีแนวโน้มว่า ผู้สูงอายุไทยทำงานมากขึ้น ไม่ว่าจะวัดด้วยการทำงานในรอบสัปดาห์หรือรอบปีที่ทำการสำรวจ เพิ่มจากร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 38 ในปี พ.ศ.2538¹²

นอกเหนือจากการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ โดยการมีส่วนหารายได้เลี้ยงตนเองหรือครอบครัวแล้ว ผู้สูงอายุอาจมีส่วนให้แก่ครอบครัวได้โดยทางอ้อม เช่น การช่วยงานบ้านหลายๆ อย่าง เอื้อให้บุตรหลานไปทำงานนอกบ้านได้ นอกจากนี้ก็อาจให้ที่อยู่อาศัยแก่ลูกหลานด้วย เพราะถ้าบ้านที่อยู่นั้นผู้สูงอายุเองเป็นเจ้าของ อาจถือได้ว่า ผู้สูงอายุได้ให้ความช่วยเหลือบุตรด้านเศรษฐกิจ เรื่องแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ นับว่าสอดคล้องกับหลักการ 5 ประการขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ คือ ความเป็นอิสระ(Independence) การมีส่วนร่วม(Participation) การห่วงใยดูแล(Care) ความพึงพอใจในตนเอง(Self Fulfillment) และ ความมีศักดิ์ศรี(Dignity)¹³

¹³ นภาพร ขียววรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ 22-24 พฤศจิกายน.

ความรับผิดชอบกิจกรรมในครัวเรือน ผู้สูงอายุหญิงทำมากกว่าผู้สูงอายุชายอย่างชัดเจนในทุกกิจกรรม(ประมาณร้อยละ 38-40 เปรียบเทียบกับร้อยละ 10-13 ในเพศชาย)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุไทยมีส่วนในการให้แก่ครอบครัวและบุตรในรูปแบบต่างๆไม่ได้เป็นผู้รับแต่ฝ่ายเดียว¹²

4. ดัชนีชี้วัดภาวะแวดล้อมที่พึงประสงค์ด้านกายภาพและสังคมที่จำเพาะ³

ในเขตเมือง การอาศัยอยู่ในบ้านที่มีบริเวณสำหรับการเดินออกกำลังกาย ปลุกต้นไม้ หรือทำกิจกรรมได้ ถ้าเป็นไปได้ควรอยู่บ้านชั้นเดียวหรืออาศัยอยู่ชั้นล่าง กรณีที่เป็นบ้าน 2 ชั้น เพื่อความสะดวกและลดอุบัติเหตุจากการหกล้มหรือตกบันได การมีส่วนร่วมสาธารณะกระจายอยู่ในที่ต่างๆ อย่างเพียงพอ เพื่อให้เป็นสถานที่พักผ่อนและออกกำลังกาย การมีที่นั่งพักในสวนสาธารณะและตามพุดบาทต่างๆ ตามความเหมาะสม การคมนาคมสะดวกจะเอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะตกเป็นเหยื่อของมิจฉาชีพและถูกทำร้ายได้ง่าย

ในเขตชนบท การอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน และญาติมิตรที่สามารถไปมาหาสู่กันได้ สามารถขอความช่วยเหลือได้ง่าย มีสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้านหรือเดินทางไปรับบริการได้สะดวก รวดเร็ว มีศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรือสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย ซึ่งอาจจะมีเครื่องมือออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆ ด้วย

5. นโยบายสาธารณะและกฎหมายเพื่อให้มีสวัสดิการสังคมและสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล⁵ ได้ประเมินนโยบายและมาตรการ ดังนี้คือ การที่รัฐบาลไทยเลือกแนวทางการจัดสวัสดิการโดยรัฐ ดำเนินการโดยกรมประชาสงเคราะห์เป็นหลัก เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการคนชราให้บริการดูแลช่วงเวลากลางวันและเป็นแหล่งที่พักกรณีฉุกเฉิน หน่วยบริการชุมชนเคลื่อนที่ โครงการอุดหนุนต่างๆและกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน(หรือโครงการเบี้ยยังชีพ)

ในช่วงเวลาประมาณสิบปีที่ผ่านมา การเริ่มมีแนวคิดให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเอง การมีโครงการนำร่องโดยการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน และการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุโดยสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ ก็ยังดำเนินการได้ในขอบเขตจำกัดและมีอุปสรรคมากมาย¹⁴

การให้บริการสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก มีการตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกและชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และใน ปี พ.ศ.2535 มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการให้บริการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศที่ไม่ได้รับสวัสดิการนี้จากแหล่งใดๆ และต่อมากรมการแพทย์ได้จัดตั้งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นมาเพื่อรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

แม้การดำเนินนโยบายในแนวทางรัฐสวัสดิการ แต่รัฐบาลไทยเปิดกว้างให้ภาคอื่นๆ ได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการต่อผู้สูงอายุ ซึ่งภาคเอกชนที่ไม่มุ่งผลกำไร เช่น สภาอากาศไทย มูลนิธิ องค์การพัฒนาเอกชน ตลอดจนองค์กรทางศาสนาต่างๆ ได้เข้ามามีบทบาทช่วยเสริมและแบ่งเบาภาระของรัฐได้บ้าง แต่การให้บริการก็ยังคงจำกัดอยู่ทั้งด้านพื้นที่และขอบเขตที่สามารถให้บริการได้ ส่วนภาคธุรกิจเพิ่งแสดงบทบาทมากขึ้นในช่วงไม่กี่ปีมานี้ โดยจัดบริการในรูปแบบ Nursing Home สถานบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง ซึ่งรวมการบริการแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพแต่มีปัญหาครอบครัวได้ด้วย

สิ่งสำคัญที่อาจจะคาดหวังได้ในระยะต่อไปก็คือ การบังคับใช้กรณีชราภาพ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งจะครอบคลุมบำนาญในวัยเกษียณอายุสำหรับลูกจ้างที่ส่งเงินเข้ากองทุนตามเงื่อนไข ซึ่งแม้จะเอื้อประโยชน์เฉพาะผู้ที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ ซึ่งมีจำนวนไม่เกิน 6 ล้านคน แต่ก็เป็นการเริ่มต้นที่ดี ส่วนประชาชนส่วนใหญ่ในภาคเกษตรกรรมที่ยังขาดหลักประกัน ยังต้องรอพระราชบัญญัติประกันชราภาพต่อไปโดยไม่มีกำหนด

¹⁴ ระพีพรรณ คำหอมและคณะ. (2542). การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

จากการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น เห็นว่า สวัสดิการสำคัญที่รัฐมอบให้ประชากรสูงอายุทุกคน มีเพียงสองประการที่มีการปฏิบัติเป็นรูปธรรม คือ สิทธิการรับบริการทางสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่าและโครงการเบี้ยยังชีพ แต่การใช้งบประมาณในสองส่วนนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนสร้างความกังวลต่อความสามารถในการจัดสรรงบประมาณในอนาคต

สำหรับสวัสดิการอื่นๆนอกจากที่กล่าวมานี้ ยังดำเนินการได้ในขอบเขตจำกัด หรือดำเนินการได้ครึ่งๆกลางๆ เช่น การลดค่าบริการเมื่อเดินทางโดยรถไฟ ที่จำกัดทั้งชั้นที่นั่งและระยะเวลาที่ใช้สิทธิได้ ในขณะที่มาตรการสร้างแรงจูงใจให้มีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ยังไม่ปรากฏให้เห็น เช่นเดียวกับการจัดและขยายบริการสาธารณะที่เอื้อต่อการพึ่งพาตัวเองของคนชรา

นักวิชาการหลายคนมีความเห็นพ้องกันว่า บริการด้านสังคมและสุขภาพที่รัฐจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุไทยเท่าที่ผ่านมา ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานและครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆได้เท่าที่ควร การจัดสรรทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ และประเด็นเกี่ยวเนื่องที่สำคัญ คือ ทิศนคติต่อผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานบนการสงเคราะห์เป็นหลัก ไม่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคม หรือการไม่เป็นภาระต่อสังคมมากเกินไป

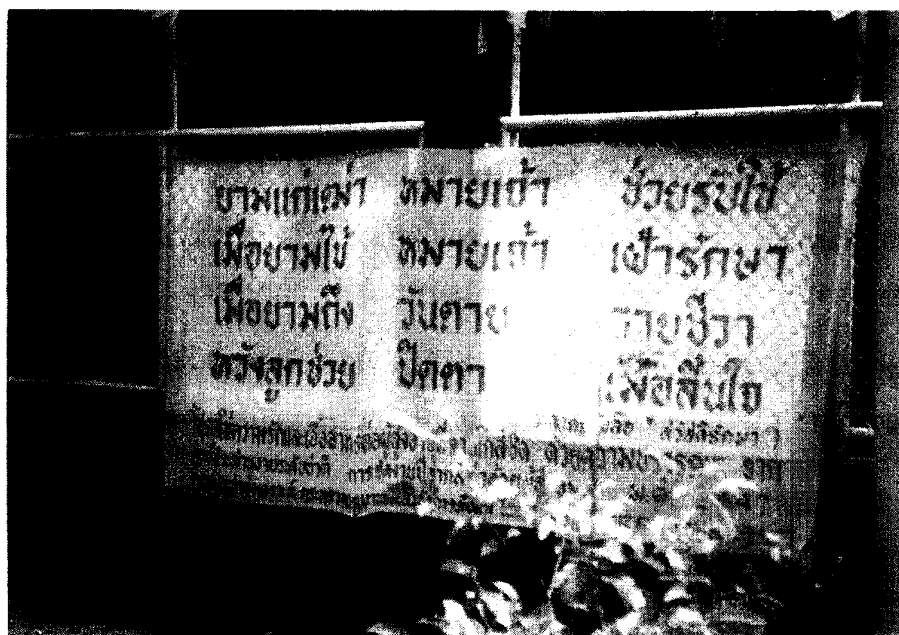
ผู้เชี่ยวชาญ¹⁰ ได้กล่าวถึง นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ คิดว่าอุปสรรคใหญ่ที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ ทิศนคติในทางลบต่อการมีอายุมากขึ้นในสังคม สื่อและบุคลากรวิชาชีพ ไม่เพียงแต่การเข้าสู่วัยสูงอายุถูกมองว่าเป็นช่วงเวลาของการตกต่ำที่ไม่พ้นคำจำกัดความที่ใช้ในการอธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุก็มักเป็นไปในทางลบหรือเหยียดหยาม ซึ่งควรมีการศึกษาถึงบทบาทของรัฐในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการสูญเสียศักยภาพในการทำงานโดยไม่จำเป็น การรักษาคุณภาพชีวิตโดยการป้องกันอาการที่สามารถป้องกันได้ และการละเว้นการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกันความพิการ การสร้างเครือข่ายการดูแลแบบไม่เป็นทางการโดยเฉพาะในครอบครัว และเป็นการป้องกันโรคหมอกทำ รวมทั้งความสูญเสียที่มาจากการใช้มาตรการทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล. (2542). การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. Proceedings International Association of Homes and Services for the Ageing's The Third International Conference "Ageing Societies in a New Millenium: Global Trends in Care and Services" June 27 - 30, 1999 U.S.A.
4. การสำรวจอย่างรวดเร็วและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ. (2542).
5. การสำรวจอย่างรวดเร็ว. (2542).
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
7. บัญชา บุณสิงห์. (2539). ความต้องการที่อยู่อาศัยในวัยสูงอายุของผู้ที่ทำงานบริษัทชั้นนำในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิตสาขาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. สุทธิพงษ์ บุญฤทธิ์. (2538). ความต้องการที่อยู่อาศัยเมื่อถึงวัยเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิตสาขาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. การวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ. (2542).
10. Bunnag SC, Tamthai P. Day care Center for the elderly. In: Care of Dementia's Patients. Center for Education, Research and Clinical Centre for Geriatric Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 1990.

11. ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. นภาพร ชโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. การประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ 22-24 พฤศจิกายน.
14. ระพีพรรณ คำหอมและคณะ. (2542). การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.





บทที่ 7

ภาพลักษณ์ประชากรสูงอายุในทศวรรษหน้า

ในบทนี้ จะสรุปสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เพื่อให้เห็นแนวโน้มขนาดของปัญหาการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พร้อมทั้งการนำเสนอด้วยแผนภูมิแสดงสัดส่วนการรอดชีพที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ

ในส่วนภาพลักษณ์ประชากรสูงอายุในอนาคตจะเป็นอย่างไร รายงานนี้ได้นำเสนอความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเรื่อง ดัชนีวัดความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ การคิดล่วงหน้าในเรื่องของวัฒนธรรมไทยที่ควรจรรโลงให้คงอยู่และต้องสร้างขึ้นใหม่ได้แยกเป็นส่วนๆดังนี้คือ

- วัฒนธรรมการให้ความสำคัญและให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุ
- บทบาทของผู้สูงอายุ
- กลไกการถ่ายทอดวัฒนธรรมแก่ชนรุ่นหลัง
- ประชาสังคม
- การรณรงค์เรื่องที่อยู่อาศัย

การศึกษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มคุณค่าและใช้เวลาในช่วงบั้นปลายของชีวิตอย่างสมหวังตามความตั้งใจของผู้สูงอายุ การได้ทำในสิ่งที่ตัวเองอยากทำในช่วงสุดท้ายของชีวิตนอกจากนี้แล้ว จะนำเสนอความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง เพื่อการปรับเปลี่ยนกฎหมาย นโยบายหรือมาตรการบางอย่างให้เอื้อต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวกว่าของผู้สูงอายุหญิง ในช่วงท้ายของรายงานมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยที่ควรได้รับการพิจารณาของผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ภาพลักษณ์ประชากรสูงอายุในทศวรรษหน้า

1. แนวโน้มของปัญหาสุขภาพ

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายของผู้สูงอายุ จะเป็นแบบแผนเดียวกับผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานตอนปลาย ด้วยเป็นการสะสมมาตลอดชีวิต นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของไทยไม่มีการย้ายถิ่นฐาน จึงเป็นการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมแบบเดิมมาตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ สำหรับแนวโน้มของปัญหาสุขภาพและการจัดลำดับความสำคัญ ในรายงานการสำรวจของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ¹ และรายงานปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ² ซึ่งรายงานฉบับนี้ได้คาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุไทยที่มีภาวะทุพพลภาพทั้งหมด ภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพวิทยาของตนเอง การใช้ข้อมูลจากรายงานปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย² และใช้ข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - 2568³ จำแนกตามอายุและเพศโดยแบ่งกลุ่มอายุเป็น 60-64, 65-69, 70-74, 75-79 และกลุ่มอายุสูงสุดคือ 80 ปีขึ้นไป เพื่อแสดงถึงขนาดของภาวะในวัยสูงอายุตอนต้นและวัยสูงอายุตอนปลาย ดังตารางที่ 3.7

โดยรวมผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีผู้ทุพพลภาพระยะยาวทั้งหมดประมาณ 1 ล้านในปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มเป็นประมาณ 1.4 ล้านในปี พ.ศ. 2553 คืออีก 10 ปีข้างหน้า โดยมีผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงที่ต้องดูแลใกล้ชิดทั้งหมดประมาณ 80,000 คน ในปี 2543 และจะเพิ่มเป็น 118,000 คนในปี พ.ศ. 2553 สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในกิจวัตรประจำวันจะเพิ่มจาก 340,000 คนในปี 2543 เป็น 490,000 คนในปี 2553

สำหรับการคาดประมาณขนาดของภาวะด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ กระจายตามที่อยู่อาศัย เป็นรายภาค และชนบท/เมืองนั้น ผู้วิจัยขอสงวนไว้ก่อน เพราะถึงแม้ว่าการคำนวณจะทำได้ง่าย แต่เนื่องจากสัดส่วนประชากรตามรายภาคและเขตเทศบาลยังไม่ชัดเจนและไม่ลงตัวจากการแบ่งส่วนราชการการปกครองท้องถิ่นในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการคาดประมาณเหล่านี้สามารถปรับปรุงได้ตลอดเวลา

¹ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ. (2538). การสำรวจประชากรสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย พ.ศ. 2538.

² สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

³ ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตารางที่ 7.1 : การคาดประมาณประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ประเทศไทย
พ.ศ. 2543-2563

อายุ	2543			2548			2553			2558			2563		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
60-64	136,508	145,001	281,509	145,193	158,457	303,740	178,621	199,323	377,944	234,105	261,852	495,957	289,644	315,919	605,563
65-69	113,863	121,907	235,770	118,350	132,657	251,007	126,300	148,014	272,314	156,702	184,866	341,568	206,905	244,224	451,129
70-74	111,463	128,689	240,152	131,777	151,902	283,679	137,508	167,142	304,650	148,445	186,011	334,456	186,725	238,365	425,090
75-79	53,546	73,940	127,486	76,456	97,279	173,735	90,911	116,740	207,650	96,303	130,664	226,967	105,828	147,928	253,757
80+	39,650	79,306	118,955	58,268	100,318	158,586	86,344	135,932	222,276	111,514	174,364	285,878	128,286	209,325	337,611
รวม	455,029	548,842	1,003,871	530,044	640,704	1,170,747	619,684	765,150	1,384,834	747,069	937,757	1,684,826	917,388	1,155,762	2,073,150

2. ภาวะทุพพลภาพระยะยาวระดับรุนแรง

อายุ	2543			2548			2553			2558			2563		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
60-64	8,301	8,818	17,119	8,829	9,641	18,471	10,862	12,121	22,983	14,236	15,923	30,160	17,614	19,211	36,825
65-69	6,924	7,413	14,337	7,197	8,067	15,264	7,680	8,879	16,560	9,529	11,242	20,771	12,582	14,851	27,434
70-74	9,289	10,724	20,013	10,981	12,659	23,640	11,459	13,928	25,387	12,370	15,501	27,871	15,560	19,864	35,424
75-79	4,462	6,162	10,624	6,371	8,107	14,478	7,576	9,728	17,304	8,025	10,889	18,914	8,819	12,327	21,146
80+	6,387	12,776	19,163	9,387	16,161	25,547	13,909	21,898	35,807	17,964	28,089	46,053	20,666	33,721	54,387
รวม	35,363	45,892	81,256	42,766	54,634	97,400	51,487	66,555	118,042	62,125	81,644	143,769	75,241	99,975	175,216

ตารางที่ 7.2 : การคาดประมาณประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพ

ส่วนตน ประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563

อายุ	2543			2548			2553			2558			2563		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
60-64	38,739	41,149	79,888	41,203	44,993	86,196	50,690	56,565	107,254	66,435	74,309	140,745	82,196	89,653	171,849
65-69	32,313	34,595	66,908	33,586	37,646	71,232	35,842	41,436	77,278	44,469	52,462	96,931	58,716	69,307	128,023
70-74	37,670	43,492	81,162	44,536	51,337	95,873	46,473	56,488	102,960	50,169	62,865	113,034	63,106	80,559	143,665
75-79	18,097	24,989	43,085	25,839	32,877	58,716	30,724	39,454	70,178	32,547	44,160	76,706	35,766	49,994	85,760
80+	23,019	46,041	69,059	33,827	58,240	92,067	50,127	78,915	129,042	64,739	101,227	165,966	74,476	121,523	195,999
รวม	149,837	190,266	340,102	178,991	225,093	404,084	213,855	272,857	486,713	258,360	335,022	593,382	314,261	411,036	725,296

ตารางที่ 7.3 ร้อยละของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ

อายุ (ปี)	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	ภาวะทุพพลภาพระยะยาว	
		ทั้งหมด	ระดับรุนแรง
60-64	85.2	14.8	0.9
65-69	85.2	14.8	0.9
70-74	78.4	21.6	1.8
75-79	78.4	21.6	1.8
80 ปีขึ้นไป	67.1	32.9	5.3

ตารางที่ 7.4 ร้อยละของภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพส่วนตน

อายุ (ปี)	ภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพส่วนตน	
	ไม่มีภาวะพึ่งพา	มีภาวะพึ่งพา
60-64	95.8	4.2
65-69	95.8	4.2
70-74	92.7	7.3
75-79	92.7	7.3
80 ปีขึ้นไป	80.9	19.1

ข้อสมมติ

ในการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพส่วนตน มีสมมุติฐาน คือ

1. สัดส่วนระหว่างหญิงและชายเท่ากัน
2. ข้อมูลที่มีอยู่เป็นรายกลุ่ม 10 ปี จึงสมมุติให้
 - สัดส่วนของกลุ่ม 60-64, 65-69 เท่ากับสัดส่วนของกลุ่มอายุ 60-69
 - สัดส่วนของกลุ่ม 70-74, 75-79 เท่ากับสัดส่วนของกลุ่มอายุ 70-79
3. สัดส่วนนี้เท่ากันในทุกช่วงปีตลอดการคาดประมาณ

2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก คือ โรคชราภาพ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ เนื้องอก ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ โลหิตเป็นพิษ การทำร้ายตัวเอง โรคตับ สมองพิการและกลุ่มอาการอัมพาตและอุบัติเหตุ (ตารางที่ 4.3)

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะให้ภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพาและชนิดของอุบัติเหตุ (ตารางที่ 4.4)

อุบัติเหตุสำคัญ ได้แก่ อุบัติเหตุที่เกิดภายในบ้าน มีความสำคัญมากที่สุดที่จะนำสู่มาตรการการป้องกันและความปลอดภัยในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ สำหรับอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬาที่มีสัดส่วนสูงเช่นเดียวกัน ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บตามมา การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความสามารถในการทรงตัวที่ด้อยลง ความเสื่อมของกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น

นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ² ได้เสนอผลการศึกษาดังโรคหรือภาวะบกพร่องที่มีความสัมพันธ์สูง หรือเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับความสนใจเป็นอันดับแรก การศึกษาเพื่อบรรเทาความรุนแรงของการดำเนินของโรคและลดผลกระทบให้มากที่สุด ในเชิงนโยบายด้วยการพิจารณา population attributable risk หรือความเสี่ยงของประชากรต่อโรคหรือภาวะบกพร่องต่างๆ ซึ่งได้แก่ อุบัติเหตุ อัมพาตครึ่งซีก โรคตา/ตาบอด ปวดเข่าและเข่าอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง หูหนวก หูตึง และโรคเบาหวาน

อัตราการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยง จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั่วประเทศ (NHES-1)² ดังแสดงในตารางที่ 7.5 พบว่า ปัญหาปวดข้อและปวดหลังเป็นปัญหาสำคัญ และมีความชุกมากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนั้นเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญต่างๆ ที่มีความชุกค่อนข้างสูง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูง สิ่งที่เห็นได้ชัดคือ ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโรคเหล่านี้สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทอย่างชัดเจน ผลของการสำรวจในปี พ.ศ.2538 (SWET)⁴ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานใกล้เคียงกัน แต่ความชุกของโรคความดัน

⁴ นภาพร ขียววรรณและจอห์น โนเดล, (2539). การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าเดิม(ตารางที่ 7.6) โรคที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าอยู่ในภาวะพึ่งพาอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก²

ตารางที่ 7.5 อัตราการเจ็บป่วยที่สำคัญคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุไทยจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

	ชาย			หญิง		
	60-64	65-69	70+	60-64	65-69	70+
• โรคเบาหวาน*	4.1	4.3	4.2	4.4	6.8	5.5
• โรคความดันโลหิตสูง**	8.1	8.2	15.7	12.6	10.8	16.5
• โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง***	4.3	5.3	7.9	3.4	4.6	5.0
• โรคหลอดเลือดหัวใจ****	1.8	4.3	2.6	1.3	2.5	2.5
• โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูง #	15.1	13.9	11.8	25.5	25.1	21.4
• อาการปวดข้อระยะยาว@	51.9	52.5	55.7	64.5	69.4	64.9
• อาการปวดหลังระยะยาว@	49.5	53.7	50.2	52.6	52.6	54.7

* ระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

** ความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท

*** peak flow rate น้อยกว่าร้อยละ 80 ของการคาดการณ์ รวมกับประวัติการเจ็บป่วย

**** ใช้เกณฑ์วินิจฉัยจากการตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ระดับโคเลสเตอรอลในซีรัมสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

@ มีอาการต่อเนื่องมานานกว่า 6 สัปดาห์

แหล่งข้อมูล : สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ 2539, จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พ.ศ.2534-2535 (NHES-1)

ตารางที่ 7.6 โรคในประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละในเขตเมืองและเขตชนบท

	ชาย		หญิง	
	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท
• โรคความดันโลหิตสูง	19.2	12.9	29.9	17.1
• โรคข้อเสื่อม	12.9	12.7	24.2	18.0
• โรคหัวใจ(รวมทั้งหลอดเลือดหัวใจ)	8.1	3.8	12.1	8.5
• โรคเบาหวาน	11.0	2.3	12.7	4.6
• อัมพาต/อัมพฤกษ์	6.1	2.1	2.8	1.2

แหล่งข้อมูล : นภาพร ขโยวรรณและจอห์น โนเดล, 2539 การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย สถาบันประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7.7 สรุปโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

สรุปโรคในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปนี้ที่สาเหตุของความเจ็บป่วยและทุพพลภาพระยะยาว		
2534-2535 NHES-I	2538 SWET	2539-2540 NHES-II
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูง อาการปวดข้อ/ปวดหลัง	โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต	อุบัติเหตุ อัมพาตครึ่งซีก โรคตา ปวดเข่า/เข่าอักเสบ ความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง หูหนวก, หูตึง ตาบอด กระดูกสันหลังคดงอ โรคเบาหวาน

- หมายเหตุ : 1. ข้อมูลจาก NHES I มีการกระจายตามอายุจนถึง 70 ปีและมากกว่าและจำแนกตามเพศชายและหญิง ตารางที่ 7.1
2. ข้อมูลจาก SWET จำแนกเป็นเขตเมือง-ชนบท และชาย-หญิง เลือกเฉพาะโรคที่สำคัญที่มีความชุกสูง 5 โรค ตารางที่ 7.2
3. NHES –II 2539-2540 เรียงโรคตามขนาดของ population attributable risk 10 อันดับแรก

จากตารางสรุปโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ ในการสำรวจทั้งสามครั้ง ดูเหมือนว่ามีความคล้ายกันอยู่มาก หมายความว่าในระยะเวลา 5-6 ปีที่ผ่านมา กลุ่มประชากรสูงอายุจะเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น แต่สำหรับภาวะทุพพลภาพจะมีภาวะความพิการทางกายเช่น ตาบอด หูหนวก แขนขาอ่อนแรง เข้ามาร่วมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพด้วย สำหรับอาการปวดข้อ ปวดหลัง ข้ออักเสบนั้นเป็นอาการประจำของผู้สูงอายุ อาจเป็นเรื่องสภาพร่างกายที่ไม่ใช่โรคก็ได้

โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายที่มีความชุกค่อนข้างสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังและโรคเมะเร็ง สำหรับอัมพาตครึ่งซีกมีความชุกสูง ในประชากรสูงอายุไปมีอัตราส่วนของความชุกสูงกว่าโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งแตกต่างจากประสบการณ์ของประเทศตะวันตก อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดในสมองตีบตัน ส่วนใหญ่เป็นผลของภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุทำให้เกิดการแตกหักของกระดูก ที่อาจทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้เป็นเวลานาน จะเกิดภาวะหดหู่และอาจทำให้มีการเสียชีวิตเร็วกว่าที่ควร ความห้อยเหี่ยว เคร่า ซึมของผู้สูงอายุในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้กำลังมีการศึกษาวิจัยกันอยู่ในปัจจุบัน

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีลักษณะต้องการบริการสุขภาพเป็นระยะยาว ควรมีการช่วยเหลือบรรเทาอาการให้หนักเป็นเบาและมีความเป็นอยู่ที่ดีกว่าเดิมเป็นหลัก ซึ่งต้องดำเนินการร่วมกับบริการทางสังคมโดยรัฐและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว นอกจากบริการเหล่านี้ การใช้สารานุกรมศึกษาและข่าวสาร ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความรู้แตกฉานในสุขภาพของตน เป็นมาตรการที่จะลดปัญหาจากวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้

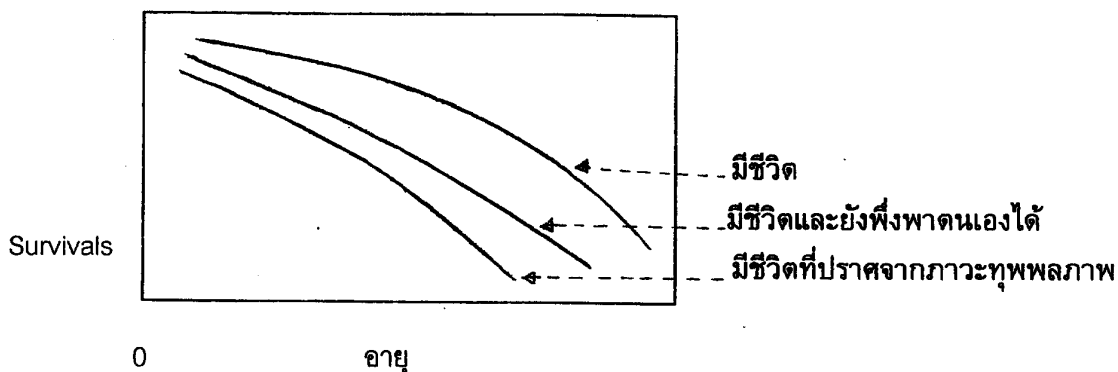
ดังนั้น การแก้ไขปัญหาด้วยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ควรพิจารณาถึงการขจัดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ อุบัติเหตุ จากภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและการจัดระบบสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อประชากรทุกวัย โดยเริ่มตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์เป็นต้นไป

3. แผนภูมิการรอดชีพและการรอดชีพโดยปลอดทุพพลภาพ

นอกจากแนวโน้มขนาดปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ได้มีความพยายามนำเสนอแผนภูมิสัดส่วนการรอดชีพที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือโดยปลอดภาวะทุพพลภาพ และมีสัดส่วนการรอดชีพที่พึ่งพาตนเองได้ตามวัยอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางหลักในการตั้งเป้าหมายเพื่อ “ความอยู่ดี” (wellness) ของผู้ที่มีชีวิตอยู่โดยลดอัตราทุพพลภาพ และเพิ่มอัตราการเป็นอิสระ (ลดอัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน) ของประชากรสูงอายุ เป็นต้น

ในการตั้งเป้าหมายเพื่อพัฒนาสุขภาพประชากรชาติของสหราชอาณาจักรอังกฤษ ปี ค.ศ. 1990⁵ โดยมีการนำเสนอแผนภูมิที่แสดงด้วยกราฟ 3 เส้น (แผนภูมิที่ 9) โดยเส้นที่ 1 แสดงถึงพื้นที่ใต้เส้นโค้งที่เท่ากับสัดส่วนผู้รอดชีพในอุดมคติ ตั้งแต่เกิดถึงอายุสูงสุด เส้นที่สองแสดงถึงสัดส่วนผู้รอดชีพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน และเส้นที่สามแสดงถึงสัดส่วนผู้รอดชีพโดยปลอดทุพพลภาพ ช่องว่างระหว่างเส้นทั้งสามคือส่วนที่ควรจะทำให้แคบลงได้ เพื่อเพิ่มประชากร “ผู้อยู่ดี” ปลอดทุพพลภาพและพึ่งพาตนเองได้เป็นอิสระ

แผนภูมิที่ 9 แสดงสัดส่วนการรอดชีพและการรอดชีพโดยปลอดทุพพลภาพ

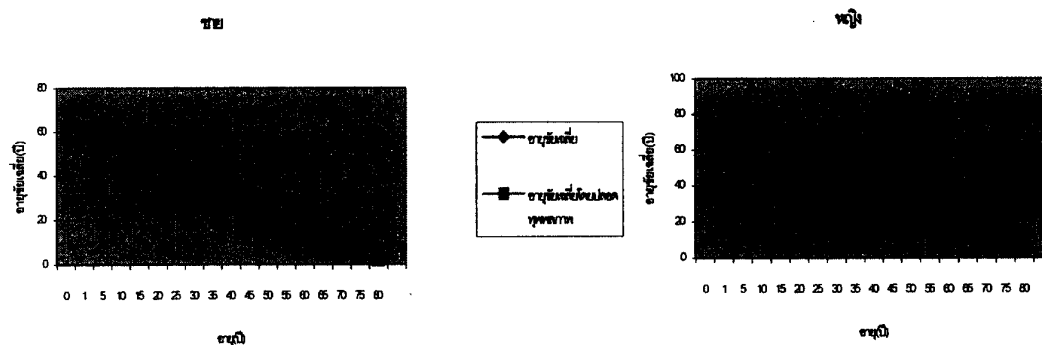


⁵ The Nation's Health : A Strategy for 1990S. The King Fund Center. New Edition. 1991.

สำหรับในประเทศไทย ได้มีนักประชากรศาสตร์⁶ พยายามสร้าง “ตารางชีพแบบลดลงพหุ” (Multiple decrement life table) ซึ่งเป็นตารางชีพที่มีสมาชิก “ลดลง” หรือ “หลุด” ออกไปจาก cohort โดยมีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ เพื่อเป็นตัวอย่างให้เห็นแนวคิดที่เป็นรูปธรรม ตารางชีพนี้มีผลลัพธ์เป็น “อายุขัยเฉลี่ยโดยปลอดทุพพลภาพ” (disability-free life expectancy) เนื่องจากอัตราทุพพลภาพรายอายุของประเทศไทยยังไม่มี จึงได้ขอยืมอัตราทุพพลภาพของประชากรในประเทศฝรั่งเศสที่สำรวจในปี ค.ศ. 1991 มาใช้กับประชากรไทย⁷ แสดงผลในแผนภูมิที่ 10 ข้างล่างนี้

“อายุขัยเฉลี่ยโดยปลอดทุพพลภาพ” คือจำนวนปีเฉลี่ยที่คนจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหลังอายุ x ปี โดยปราศจากความพิการหรือทุพพลภาพ

แผนภูมิที่ 10 อายุขัยเฉลี่ยและอายุขัยเฉลี่ยโดยปลอดทุพพลภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2540



แหล่งข้อมูล : ตารางที่ 7.6 และภาคผนวก จ. ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2543) ประชากรศาสตร์ : สารคดีศึกษา เรื่องประชากรมนุษย์.

⁶ ปราโมทย์ ประสาทกุล.(2543). ประชากรศาสตร์ : สารคดีศึกษา เรื่องประชากรมนุษย์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

⁷ Jaggec, c (1999). Health expectancy Calculation by the Sullivan Method อ้างใน ปราโมทย์ ประสาทกุล.

4. ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้า

ผู้เชี่ยวชาญ⁸ ให้ความเห็นตรงกันว่าในอนาคตอยากเห็นผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้ มีความเป็นอิสระที่จะไม่พึ่งพาผู้อื่น มีการเรียนรู้และเตรียมตัวเอง พยายามรักษาสุขภาพ ดูแลตนเองเรื่องอาหารและความเป็นอยู่ อยู่ในภาวะแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งรบกวนทางกายและใจ

การเตรียมตัวเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการคลายเครียด (mental relaxation) เป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุสูงสุดควรทำให้ได้ พฤติกรรมที่กล่าวมาจะเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมอื่นๆ ให้มีการปรับเปลี่ยนทางสรีระที่จะทำให้สุขภาพดีหรือรู้สึกดี มีความสุข บรรเทาอาการกำเริบของโรคที่เป็นได้ ในประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดว่า⁹ ให้กินอาหารหลากหลายชนิด 30 อย่างต่อวัน เดินวันละหมื่นก้าวและทำสมาธิหรือคลายเครียดวันละ 30 นาที เป็นเป้าหมายกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ เรื่องเงิน ต้องเตรียมเงินให้พอเพียงเพื่อการพึ่งพาตนเอง ซึ่งมีหลายวิธีแต่ต้องคิดเตรียมการไว้ล่วงหน้า ถ้าไม่สามารถเตรียมการได้ก็ต้องเตรียมใจรับผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต การเตรียมเงินนอกจากจะเตรียมไว้ให้ตนเองเพื่อใช้จ่ายในด้านสุขภาพแล้ว ยังต้องวางแผนเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ วิธีคิดแบบนี้จะทำให้อยู่ได้อย่างมีอิสระ เพราะสิ่งที่ต้องการจากลูกหลานคือความสัมพันธ์

การเตรียมตัวควรเริ่มตั้งแต่อายุ 45-50 ปี ในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุต้องพึ่งตนเอง เนื่องจากสภาพของ

ครอบครัวที่อยู่กันห่างไกลมากยิ่งขึ้นทำให้การดูแลยากยิ่งขึ้น การเก็บออมในรูปแบบของประกันสุขภาพ/ประกันชีวิตน่าจะเป็นทางออกอย่างหนึ่ง หรือรูปแบบของการออมทรัพย์ตั้งแต่เริ่มทำงานจนเกษียณอายุ จะได้รับการประกันสุขภาพและสวัสดิการจากรัฐเช่นเดียวกับประเทศสิงคโปร์ ซึ่งน่าจะนำมาพิจารณาสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองและมีอาชีพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองถ้าไม่มีเงินและทรัพย์สินน่าจะอยู่อย่างลำบาก แต่ในชนบทน่าจะอยู่ได้ดีกว่า ทั้งจากค่าครองชีพและเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่⁵

⁸ การวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ. (2542).

⁹ ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. (2542). การสัมภาษณ์.

การเตรียมที่อยู่อาศัยให้พร้อมที่จะอยู่ได้ในภาวะแวดล้อมที่ตนเองปรารถนา และการเลือกงานที่ต้องการจะทำด้วย เป็นประเด็นที่จะต้องเตรียมการตามอายุที่สูงขึ้น หมายความว่า ในช่วงอายุ 60 ปีอาจต้องการภาวะแวดล้อมแบบใดแบบหนึ่ง เพราะร่างกายยังแข็งแรงสามารถทำงานได้ เมื่ออายุ 75 ปี การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและผู้คนแวดล้อมอาจเปลี่ยนไป ทำให้ต้องเตรียมตัวใหม่ตามสภาพทางร่างกายและภาวะแวดล้อม การวิเคราะห์ตนเองและภาวะแวดล้อมตลอดเวลา แล้วเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตัวตนเราและเป็นไปได้มากที่สุด เช่น การพิจารณาเพื่อนบ้านใกล้เคียงญาติมิตรที่จะพบปะสังสรรค์ได้ การหางานใหม่เพื่อเพิ่มรายได้หรือเพื่อสังคมที่จะทำให้มีกิจกรรมและมีเพื่อน นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม ควรมีการวางแผน ลดงานหรือลดบทบาทหน้าที่และเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่มีพลังมากกว่าเข้ามาดำเนินการแทน⁵

5. ดัชนีวัดความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญ⁵ ให้ความหมายของดัชนีวัดความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับภาพลักษณ์ คือ สุขภาพกายและสุขภาพใจต้องไปด้วยกันและเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อม สุขภาพกายคือการไม่เจ็บป่วยที่ทรมาน ซึ่งคงต้องมีความเจ็บป่วยอยู่บ้างเป็นเรื่องธรรมดาของสังขาร แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจนถึงกับช่วยตัวเองไม่ได้ หรืออยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ดัชนีสำหรับสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ คือ ภาวะความเป็นอิสระที่ช่วยตัวเองได้ การวัดความสุขทางใจขึ้นอยู่กับความคาดหวัง ถ้าคาดหวังไว้พอดีจะมีความสุข หากป่วยไข้ก็สามารถปรับตัวปรับใจให้อยู่กับโรคภัยได้ ไม่เป็นทุกข์ คือการปรับตัวและเข้าใจสภาพของความเป็นผู้สูงอายุ

ในกรณีที่มีความคาดหวังพอดี สามารถปรับตัวและทำความเข้าใจต่อสภาพของความเป็นผู้สูงอายุได้ การมีคนรอบข้างในครอบครัวและสังคมแวดล้อมที่เข้าใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสิ่งที่ต้องสะสมมาตลอดชีวิต ต้องทำมานานและต้องคิดล่วงหน้า⁶

6. การคิดล่วงหน้าของผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญ⁵ ได้ให้ความเห็นเรื่องการคิดล่วงหน้าว่า ประเด็นสำคัญที่ควรเผยแพร่ให้ผู้สูงอายุไทยเกิดความตระหนัก เพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อมและการอยู่อย่างมีความสุข คือ เรื่องสุขภาพกาย การออกกำลังกายเป็นเรื่องต้องสะสม การออกกำลังกายตั้งแต่หนุ่มสาวจะช่วยเรื่องกระดูกไขข้อต่างๆ การกินอาหารที่มีแคลเซียมจะช่วยเรื่องกระดูกพรุน การคิดการปรับตัวเอง การเข้า

ใจสภาพต่างๆ ต้องมีการเรียนรู้บางอย่างมาก่อน การให้การศึกษาเพื่อเตรียมการล่วงหน้าสำหรับผู้ที่จะย่างเข้าสู่วัยสูงอายุในยุคปัจจุบันมีความจำเป็น สมัยก่อนนั้นวิถีชีวิตของคนไทยมีความผูกพันครอบครัวมีความผูกพัน เรื่องบางอย่างสามารถเรียนรู้จากสภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากช่วงชีวิตของเราได้ แต่ชีวิตในปัจจุบันได้แยกคนต่างวัยออกจากกัน ทำให้เด็กไม่เห็นสภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความผูกพันกันก็น้อยลง สภาพชีวิตสังคมโดยรวมทำให้เกิดปัญหา การให้ศึกษาก็จะช่วยบรรเทาปัญหา แต่จะทำให้มีวิถีชีวิตเป็นแบบเดิมนั้น คงไม่สามารถทำได้หรือทำได้แต่ก็จะไม่เหมือนเดิม

เนื่องด้วยร่างกายและจิตใจต้องไปพร้อมกัน ผู้สูงอายุสมัยก่อนมีเรื่องธรรมะ ศาสนา มาหล่อเลี้ยงตลอดเวลา การถูกกล่อมเกลามาตลอดชีวิต คนในปัจจุบันนี้มีความรู้ด้านการศึกษา แต่ความลึกซึ้งเรื่องศาสนา คุณธรรม การใช้ชีวิต ยังเป็นจุดด้อยอยู่มาก เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุในยุคเก่า ผู้สูงอายุในสมัยนั้นมีการกล่อมเกลามาจนทำได้แล้ว ซึ่งแตกต่างกับคนในยุคนี้มาก

ถ้าจะเตรียมตัวกันคงต้องเตรียมกันทั้งสังคม แม้ว่าปัจจุบันจะมีคนสนใจเรื่องศาสนา วัฒนธรรมมากขึ้น แต่รูปแบบก็เปลี่ยนไป พบว่า คนไทยก็ยังแสวงหาเรื่องพวกนี้อยู่เสมอ แต่ข้อมูลที่เข้ามา สิ่งต่างๆ ที่เข้ามาไม่พอหรือไม่ดีพอหรือการเข้าไม่ถึง รูปแบบที่เข้าถึงก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ฉะนั้นเรื่องศาสนา วัด ที่พึงทางใจ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการเตรียมการ วัดเป็นสังคมของผู้คนในชนบท แต่วัดในเมืองไม่มีภาพของสังคม⁵

7. วัฒนธรรมไทยที่ควรจรรโลงให้คงอยู่และที่ต้องสร้างเสริมขึ้นใหม่ เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยอยู่ได้อย่างเป็นสุข และมีผลผลิตเหมาะสมกับสภาพที่ต้องการ

7.1 วัฒนธรรมการให้ความสำคัญและให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุ

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่เคยให้การดูแลเลี้ยงดูบิดา/มารดาที่สูงอายุ รูปแบบของการให้การดูแลเลี้ยงดูในเรื่องที่เกี่ยวกับการพักอาศัยอยู่ด้วยกัน การให้เงิน การให้อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการเย็บเยียนบิดา/มารดาที่สูงอายุ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ นับเป็นปัจจัยสำคัญอันเป็นตัวกำหนดต่อการได้รับการดูแลเลี้ยงดู ในปัจจุบันความเคร่งครัดในศีลธรรมและขนบธรรมเนียมลดระดับลง แต่ความเอื้ออารีต่อกัน วัฒนธรรมที่ยึดถือความสำคัญของระบบเครือญาติจะเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกของครอบครัวกับผู้สูงอายุให้คงอยู่ต่อไป คาดหมายว่า

นโยบายการกระจายความเจริญสู่ภูมิภาคและการสนับสนุนการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมของรัฐบาล จะทำให้มีแหล่งงานในภูมิภาคมากขึ้น สมาชิกของครอบครัวสามารถทำงานใกล้บ้าน การเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุก็จะทำได้สะดวกขึ้น

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกล่าวว่า คนหนุ่มสาวในปัจจุบันไม่ค่อยให้ความเคารพนับถือ แต่จากดัชนีต่างๆที่ใช้วัดบทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว ความเป็นเจ้าของบ้าน การเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว การเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆในบ้าน การเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องในครอบครัว และการได้รับการขอคำปรึกษาจากลูกหลาน เป็นต้น แสดงให้เห็นถึงความเคารพนับถือที่คนหนุ่มสาวมีต่อผู้สูงอายุ¹⁰

7.2 บทบาทของผู้สูงอายุ

บทบาทของผู้สูงอายุที่ควรจรรโลงให้คงอยู่ ได้แก่ บทบาทในการเป็นผู้ถ่ายทอดขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมแก่ชนรุ่นหลัง การส่งเสริมความเป็นครอบครัวขยายและการสร้างวัฒนธรรมการรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีอาวุโสน้อยกว่า หรือการที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรังเกียจเมื่อมีผู้เสนอแนวคิดที่ตนเองไม่เห็นด้วย บทบาทเหล่านี้จะทำให้คนรุ่นหลังรู้ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ⁷

7.3 กลไกการถ่ายทอดวัฒนธรรมแก่ชนรุ่นหลัง

การถ่ายทอดวัฒนธรรมแก่ชนรุ่นหลังต้องอาศัยความร่วมมือกันขององค์กรหลากหลาย เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ประชาคมและรัฐ รวมทั้งตัวผู้สูงอายุเองด้วย ด้วยความสัมพันธ์ในครอบครัวต้องสร้างสะสมมาตลอดชีวิต อย่างต่อเนื่องและต้องทำมาก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ⁵ ในขณะเดียวกัน สังคมรอบข้างก็มีความเข้าใจและมีทัศนคติทางบวกต่อการเป็นผู้สูงอายุ

การถ่ายทอดภูมิปัญญา เพื่อให้รุ่นลูกรุ่นหลานได้ตระหนักถึงคุณค่าทางปัญญาของผู้สูงอายุได้

วัฒนธรรมอย่างหนึ่งของคนไทย คือ การไม่ชอบเขียน ไม่ชอบบันทึก ภูมิปัญญาต่างๆ จึงสูญหายไปพร้อมกับตัวบุคคล ไม่ได้ตกทอดมาถึงรุ่นลูกหลาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องดนตรี ทำอาหาร

¹⁰ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ขนม การทอดผ้า งานประดิษฐ์ประดอยต่างๆ รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลายและทรงคุณค่าด้านต่างๆ ช่องทางหนึ่งที่น่าจะทำได้คือ การทำรายการโทรทัศน์ที่ไม่เป็นวิชาการ มีการนำเสนอกะทัดรัด ใช้ภาษาง่ายๆ ทำให้เข้าใจชัดเจน ในทำนองเดียวกันกับรายการภาษาไทยวันละคำ⁹

อีกช่องทางหนึ่ง คือ การสร้างแกนประสานงาน อาจเป็นรูปแบบของการวิจัยหรือการมีหน่วยงานของรัฐเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นทรัพย์สินทางปัญญา มีการสานต่อ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มาพบกัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ⁵ เสนอแนะให้มีการเรียบเรียงข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุ อาจรวบรวมเป็นกรณีศึกษาเฉพาะเพื่อแสดงออกถึงความลึกซึ้งในบางประสบการณ์ แล้วนำเสนอในรูปแบบของการสัมภาษณ์หรือวิดีโอ

ปัจจุบันได้มีการก่อตั้ง “ สมาคมคลังปัญญาอาวุโส ” โดยคุณหญิงสมศรี กันทะมาลา มีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีประสบการณ์หลากหลายสาขาวิชา สมาคมมีวัตถุประสงค์ที่จะรวบรวมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ถ่ายทอดให้ลูกหลาน การทำวารสารของสมาคมเผยแพร่ให้เฉพาะสมาชิก ซึ่งน่าจะได้รับการเผยแพร่ต่อสาธารณชนด้วย ผู้เชี่ยวชาญ⁵ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความรู้มากกว่า มีประสบการณ์มากกว่า เช่น เรื่องบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ฯลฯ

กลไกในการถ่ายทอดวัฒนธรรม ประกอบไปด้วยหลายส่วนและหลายกลไก ส่วนประกอบเหล่านี้ต้องผสมผสานและไปด้วยกัน สัดส่วนขององค์ประกอบในแต่ละสภาพแวดล้อมย่อมแตกต่างกัน ซึ่งบุคคลที่อยู่ภายในสังคมนั้นๆจะเป็นผู้คิด ทำ ผสมผสานได้ดีที่สุด กลไกต่างๆ คือ

7.3.1 ภายในครอบครัว

เริ่มตั้งแต่สถาบันครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่ยังเด็ก การเลี้ยงป่มให้มีวินัย มีความกตัญญู การเคารพความคิดเห็นของผู้อื่น การเห็นคุณค่าของคนไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย การให้เกียรติซึ่งกันและกัน รวมทั้งความอบอุ่นในครอบครัว พื้นฐานการเลี้ยงดูเหมาะกับสภาพของแต่ละบุคคล ในส่วนของชุมชน คือ โรงเรียนและสังคมรอบข้าง ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เมื่อเจริญเติบโตขึ้นการเห็นผู้สูงอายุทำประโยชน์ให้สังคม มีการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ ภูมิปัญญาให้แก่ลูกหลาน ก็จะก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่นขึ้น กลไกอีกอย่างหนึ่งคือ การจัดตั้งศูนย์บริการของผู้สูงอายุและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้อยู่ใกล้กัน การจัดกิจกรรมให้ทั้งสองฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความใกล้ชิดและเข้าใจกันและกัน ก็จะช่วยซึมซับจิตใจ

ทำให้เกิดภาพลักษณ์ในจิตใจ กลไกในการสอดแทรกลงในหลักสูตรการศึกษา หรือการเรียนรู้จากชุมชนโดยตรงก็จะช่วยให้เด็กซึมซับและเข้าใจ เกิดการสืบทอดการช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน⁵

7.3.2 การเป็นครอบครัวขยาย

การอยู่ในครอบครัวขยาย เด็กๆ จะได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ได้มีประสบการณ์ต่อรูปแบบชีวิตที่หลากหลายของผู้ใหญ่ ในขณะที่เดียวกันกับเด็กที่จะได้เห็นการใช้ชีวิตและการทำงานของผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่เองจะมีความสดชื่น มีโอกาสได้อยู่กับเด็ก เห็นพัฒนาการความก้าวหน้า จึงได้มีการส่งเสริมการอยู่ด้วยกันในครอบครัว 3 รุ่นเหมือนแต่ก่อน ประเทศในแถบตะวันตกพยายามส่งเสริมการอยู่แบบครอบครัวขยายเช่นนี้เช่นกัน

สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันมีความจำกัดมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถอยู่ในครอบครัวเดียวกันได้ หากสามารถจัดที่อยู่อาศัยแบบคอนโดมิเนียมหรือตึกแถว ให้แต่ละครอบครัวในแต่ละรุ่นอายุสามารถติดต่อกันได้ง่าย มาตรการนี้เป็นแนวทางที่รัฐบาลสิงคโปร์ทำมานานหลายสิบปีและได้ออกเป็นกฎหมาย เพื่อให้ลูกหลานได้อยู่ดูแลบิดามารดาในรูปแบบนี้

7.3.3 สำหรับชุมชนและสังคม

การปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในสังคมและตัวผู้สูงอายุเอง ให้ยอมรับว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นอีกช่วงหนึ่งของชีวิต ไม่จำเป็นต้องมาพร้อมโรคและความเจ็บป่วย เป็นกลุ่มที่มีความต้องการในเรื่องต่างๆ เช่น การพิทักษ์สิทธิของตนเอง ความเคารพในความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ เช่นกัน ไม่ใช่วัยที่มีแต่การพึ่งพา แต่เป็นภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพ และยังสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมต่อไปได้อีกนาน⁵

การส่งเสริมให้เกิดชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลกันเองโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินการ การร่วมทุน จะทำให้บริการและสวัสดิการเหล่านี้ สนองตอบต่อความต้องการของผู้สูงอายุและสามารถดำรงอยู่ได้ยั่งยืน

ในสภาพความเป็นจริงแล้ว การที่เด็กได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เด็กจะได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ มากมาย แต่เด็กอาจจะรู้สึกว่าเป็นเรื่องไร้สาระ ถ้าเป็นไปได้การให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนช่วยดูแลเด็กเล็กในช่วงที่พ่อแม่ไปทำงาน โดยที่เด็กเล็กไม่จำเป็นต้องเป็นลูกหลานโดยตรงก็ได้ ที่สวางคนิวาจะทำโครงการ day care เด็ก โดยผู้สูงอายุจะเป็นผู้ลงมาทำกิจกรรมดูแลเด็กในช่วงกลางวัน

เมื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสม พบว่า ประการแรกคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประการที่สอง อายุของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพิ่งเกษียณอายุ การมีโอกาสดำทำอะไรให้กับสังคมบ้าง แม้จะทำกับคนที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องก็ช่วยทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง⁶

7.4 ประชาคม

กฎหมาย การยกเว้นภาษีต่างๆ ในการลงทุนเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (เช่น การประกอบกิจการสถานดูแลผู้สูงอายุ การผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน)

การมีหน่วยงานที่คอยตรวจสอบมาตรฐานในการให้การพยาบาลหรือการบริการแก่ผู้สูงอายุ การคุ้มครองผู้บริโภคโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันมีการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารบำรุง อาหารเสริมแก่ผู้สูงอายุมากมาย ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องตกเป็นเหยื่อของนักฉวยโอกาส การขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนเป็นสิ่งที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงเกษียณอายุดีขึ้น แม้จะไม่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุได้ทั้งหมดก็ตาม ในส่วนของการพิจารณาลดภาษีให้ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นกลไกหนึ่ง ซึ่งควรนำมาพิจารณาและออกกฎหมายมารองรับ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีผลต่อจิตใจ เป็นการลดค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นจากการไปอยู่ Nursing home ยกเว้นในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ควรมีสถานที่จะให้ผู้ป่วยเรื้อรังไปพัก (respite care) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นของตัวเองบ้าง เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล

7.5 ผู้สูงอายุควรจะอยู่อย่างไร

การอยู่กับครอบครัวดั้งเดิมเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ครอบครัวที่อยู่ด้วยกันหลายรุ่นอายุช่วยเป็นสิ่งที่สวยงามและดีที่สุดสำหรับสังคมไทย แต่เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น ตัวผู้สูงอายุเอง หน้าที่การงานของลูกหลาน ฐานะเศรษฐกิจ ฯลฯ รวมทั้งการมีทางเลือกที่หลากหลายในเรื่องที่อยู่อาศัยทำให้ผู้สูงอายุคิดว่า จะอยู่ได้อย่างอิสระ มีเกียรติมีศักดิ์ศรี เหตุผลที่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว อาจเป็นเพราะไม่มีทางเลือกที่สามารถไปอยู่ได้อย่างอิสระ หรือเป็นข้อกำหนดของสังคม ว่าการไม่อยู่กับลูกหลานเป็นเพราะลูกหลานไม่ดีหรือผู้สูงอายุไม่ดีลูกหลานจึงไม่เลี้ยงดู สังคมจะประณามหรือตำหนิเอาได้ หรืออาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความสุขและพอใจกับสภาพครอบครัวที่เป็นอยู่แล้วก็ได้ แต่จากการได้สัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต่างๆในการศึกษารั้วนี้ กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จะเป็นเพราะตัวผู้สูงอายุเองเลือกที่จะอยู่อย่างนี้ กับอีกส่วนหนึ่งเพราะขัดแย้งกับลูกหลานเลยปลีกตัวออก

มา กลุ่มหลังนี้จะกลับไปอยู่กับลูกหลานบ้าง คือนานๆ ได้สัมผัสกันก็จะมีความรู้สึกหวานชื่น ถ้าอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง เห็นกันทุกวันตลอด 365 วัน ก็จะต้องการกระทบกระทั่งกันบ้าง

การรณรงค์ด้านที่อยู่อาศัย ให้มีโครงสร้างที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบ้าน (มีราวเกาะ พื้นไม่ลื่น ไม่มีขั้นบันไดหลายชั้น อากาศโปร่ง บริเวณโล่งสบาย) การดัดแปลงบ้านทั้งภายในและภายนอกให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

รัฐบาลควรกำหนดมาตรการควบคุมโครงสร้างภายในที่อยู่อาศัย ที่เป็นสถานสงเคราะห์ คอนโดมิเนียมและสถานบริการอื่นๆของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและเชื้อต่อการเดิน การจราจรของผู้สูงอายุและผู้ดูแลสภาพ โดยน่าจะมีกลไกการตรวจสอบ การแนะนำเพื่อการปรับปรุง สำหรับบ้านในชนบทขอเสนอแนะราวสำหรับเกาะในห้องน้ำห้องส้วม โดยเฉพาะส้วมแบบนั่งยองๆ และบริเวณที่มีน้ำเปียกและอาจลื่นได้ง่าย

การดัดแปลงสภาพภายในบ้าน ควรให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย บางครั้งลูกหลานมีความปรารถนาดี อยากให้ผู้สูงอายุได้อยู่อย่างสบาย แต่อาจจะไม่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุได้ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ ควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพความคุ้นเคยและความต้องการทางร่างกายของผู้สูงอายุ โดยระมัดระวังเรื่องความอ่อนไหวทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เช่น การปรับโถส้วม พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องปวดเข่าเมื่อนั่งยองๆ แต่บางคนนั่งชักโครกแล้วถ่ายอุจจาระไม่ออก⁵

8. การศึกษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว การศึกษาต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุข การศึกษาเพื่อการทำกิจกรรมใหม่และงานใหม่ น่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับงานที่จะทำเป็นงานอดิเรก การบริหารจัดการเงินของตนเอง และความรู้เรื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีใหม่สำหรับทศวรรษนี้

มีผู้เชี่ยวชาญ⁵ ได้เสนอว่า ผู้ที่มีการใช้สมองตลอดเวลา เช่น การค้าขาย การคิดกำไรขาดทุน หรือการเล่นไพ่เป็นประจำ จะชะลอความเสื่อมของสมองได้นานกว่าผู้ที่ไม่ได้คิดเลขเลย

8.1 การบริหารจัดการเงิน

การสอนให้ผู้สูงอายุบริหารจัดการเงินของตนเองให้เหมาะสมกับความต้องการของตัวเอง การแบ่งเงินในการลงทุนต่างๆ เช่นเดียวกับการแบ่งไขในตะกร้า แทนที่จะเอาความเสี่ยงด้วยการฝากเงินออมทรัพย์ไว้กับธนาคารเพียงอย่างเดียว ก็ให้แบ่งสัดส่วนแล้วมีทางเลือกที่หลากหลายว่าจะเอาเงินไปลงทุนอย่างไรที่คิดว่าจะมีประโยชน์มากกว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องนี้ยังครบถ้วนและรอบด้านเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ดังนั้นคนที่เข้ามาให้ข้อมูลต้องมีความจริงใจ น่าจะมี consultant targeting สำหรับผู้สูงอายุว่าจะใช้เงินอย่างไรให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของตัวเองและได้เงินคืน เงินของคนวัยทำงานหมดแล้วยังมีโอกาสหาใหม่ได้ แต่เงินของผู้สูงอายุหมดแล้วไม่สามารถหากกลับมาได้อีก⁵

8.2 ความรู้เรื่องคอมพิวเตอร์

การท่องเที่ยวไปกับอินเทอร์เน็ต ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาจจะมีความ ต้องการ ซึ่งคงเป็นกลุ่มที่มีความรู้ มีพื้นฐานระดับพอ ได้มีการทำ homepage ที่ชื่อว่า WWW. Happy Toppo.com สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนตัวเองกับวิทยาการใหม่ๆ เรื่อง information technology เป็นทางเลือกหนึ่งของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร นอกเหนือจากการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือหรือฟังวิทยุ⁵

8.3 การเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง

การมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง การไม่ต้องเป็นภาระของใคร จะเพิ่มความภาคภูมิใจในตัวเองของผู้สูงอายุ และจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มักจะมองว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่เต็มไปด้วยโรคภัยไข้เจ็บและความอ่อนแอ⁵

หลักการของการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง เริ่มจากการป้องกันก่อนเกิดอาการป่วย เมื่อเป็นโรคหรือมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น ต้องเรียนรู้ที่จะป้องกันการลุกลามหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และทำให้ตนเองมีความสุขให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้สภาพ การปรับตัว ปรับใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงบางอย่าง นอกจากนี้ยังต้องแสวงหาความรู้เพื่อการรับบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ⁵

- **อาการปวดเมื่อย** พบได้เสมอในผู้สูงอายุตั้ง 65 ปีขึ้นไป ทำให้เกิดความไม่สบายกายอย่างมาก แต่ไม่ใช่โรค ไม่จำเป็นต้องรักษา เป็นสภาพของร่างกาย นับว่าจำเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมผู้สูงอายุให้เข้าใจสภาพพื้นฐานของร่างกายว่า อาการปวดเมื่อยเป็นสภาวะปกติ⁵ ในปัจจุบันการวางแผนโบราณแพร่หลายมาก ทั้งบริการในระบบของรัฐและบริการของธุรกิจเอกชน การนัดที่ถูกต้องเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับบรรเทาอาการปวดเมื่อย เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น พร้อมทั้งราคาไม่แพงและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังลดการบริโภคยาแก้ปวดได้อีกโสดหนึ่งด้วย
 - **การออกกำลังกาย** ควรเริ่มเมื่ออายุ 40 ปี หากทำเมื่ออายุมากขึ้น สภาพร่างกายเสื่อมแล้วก็จะเจ็บปวด จนทำให้ต้องเลิกออกกำลังกาย ในเชิงสรีระเมื่ออายุเข้า 40 ปีจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นช่วงเวลาที่น่าจะเริ่มต้น ไม่ว่าเรื่องการออกกำลังกายหรือพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร ในช่วงอายุ 50 ปีก็เป็นช่วงที่มีการปรับฮอร์โมนทั้งหญิงและชาย ดังนั้น การออกกำลังกายไม่ควรเริ่มเมื่ออายุ 50 - 60 ปี เพราะร่างกายจะปรับตัวไม่ทัน⁵
 - **การป้องกันโรคเบาหวาน** หากมีพันธุกรรมอยู่แล้ว การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน และการควบคุมการบริโภคอาหาร หมั่นออกกำลังกาย หากยังควบคุมน้ำตาลไม่ได้ก็ให้ใช้ยา การควบคุมระดับน้ำตาลจะป้องกันอาการของโรคแทรกซ้อนได้ ดังคำที่ว่า การป้องกันตั้งแต่บัดนี้คือการรักษา (Prevention means intervention now) หากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วง 125-126 มม.ปรอทก็นับว่าเป็นเบาหวานแล้ว⁵
- ปัญหาเรื่องโรคเบาหวาน** คาดว่าคนไทยจะเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น⁵ เนื่องจากมีความเป็นอยู่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นตะวันตกมากขึ้น คืออาหารที่มีพลังงานสูงหรืออาหารที่มีประโยชน์น้อย เช่น แม็คโดนัลด์หรือ KFC ประกอบกับออกกำลังกายน้อยลง เกิดพลังงานสะสม จนทำให้อ้วน เมื่อมีความเครียดหรือมีความดันโลหิตสูงและอายุมากขึ้นจะเพิ่มโอกาสเป็นเบาหวานมากขึ้นด้วย
- **ภาวะกระดูกพรุน** คนไทยสมัยก่อนได้รับแคลเซียมจากการบริโภคปลาเล็กปลาน้อย กะปิ ปลาร้า น้ำบูดู จึงไม่มีความจำเป็นต้องดื่มนม ผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่คุ้นเคยกับการดื่มนมหรืออาจจะไม่มีน้ำย่อยสำหรับย่อยนม จึงควรแนะนำให้รับประทานเต้านูซึ่งมีส่วนประกอบของแคลเซียมคาร์บอเนตแทนการดื่มนม เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน

- **การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง** ในช่วงอายุ 30 - 40 ปี ควรควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 135/85 มิลลิเมตรปรอท หากมีพันธุกรรม⁵ ควรปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร งดอาหารหวานจัดและเค็มจัด รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเส้นเลือดไม่ให้เกิน 200 mg/dl ระดับ HDL ต้องเกิน 100 mg/dl ความดันโลหิตไม่เกิน 160/95 มิลลิเมตรปรอท หากควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงโดยการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่ได้ ก็จำเป็นต้องให้ยา
- **Stroke** เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงหรือการที่เส้นเลือดตีบตันเนื่องจากมีไขมันเกาะ การป้องกันไม่ให้มีไขมันในเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดไม่ตีบตัน การควบคุมความดันโลหิตและการไม่เพิ่มความดัน เช่น การเบ่งถ่ายเมื่อท้องผูกหรือการเล่นกีฬาที่ผิดร่างกายมากเกินไป อาจจะทำให้ความดันโลหิตสูงมากจนเส้นเลือดแตกได้ โดยเฉพาะอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ในผู้ป่วยเบาหวานมักไม่ค่อยเจ็บด้วย
- เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ควรศึกษาหารายละเอียด⁶ เพื่อให้มีความรู้ในโรคที่เป็นอย่างถ่องแท้ และเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการปรับตัวก่อนป่วย หรือเมื่อป่วยแล้วมีการปรับตัว มีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ป้องกันอาการแทรกซ้อนหรือการเกิดโรคอื่นตามมา แต่ที่สำคัญคือการทำความเข้าใจยอมรับสภาพว่าเป็นคนป่วยแล้ว จะทำให้เกิดการเรียนรู้สุขภาพ สามารถปรับตัว ปรับใจและปฏิบัติตัวได้ดียิ่งขึ้น²
- **ฟันของผู้สูงอายุ** ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้เคยให้ความเห็นไว้ว่า ฟันเป็นปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต การไม่มีฟัน การบดเคี้ยวอาหารได้ไม่ดีก็จะทำให้มีชีวิตอยู่ได้ไม่นานนัก ฟันจึงเป็นอวัยวะสำคัญที่ต้องรักษาไว้เพื่อสุขภาพ แต่ดูเหมือนว่าอายุขัยโดยเฉลี่ยของฟันจะสั้นกว่าตัวมนุษย์ ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุถูกถอนฟันออกไปก่อนที่จะตายหลายปี เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นอกจากการทำฟันปลอมแล้วยังมีการปลูกฟันเพื่อทดแทนฟันกรามที่ต้องถอนออกไป ดูเหมือนว่าการปลูกฟันใหม่จะได้รับความนิยมมากในอนาคต แต่มีข้อจำกัดที่ราคาค่อนข้างแพง ไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีฐานะยากจน

ผู้เชี่ยวชาญ⁵ ได้เสนอว่า พันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทุกคน อย่างน้อยผู้สูงอายุที่มีปัญหาการบดเคี้ยวอาหารควรมีฟันปลอมใช้ สวัสดิการของรัฐที่จะเอื้อต่อผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นแว่นตา หรือฟันปลอมกับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้ให้ครอบคลุมทั้งประเทศได้ก็พอใจแล้ว

9. ความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในมิติต่าง ๆ

โครงสร้างทางเพศของประชากรสูงอายุ พบว่า อัตราส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ และอัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชาย 1 คนจะยิ่งสูงขึ้นเมื่อประชากรมีอายุสูงขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่า ยิ่งประชากรมีอายุสูงขึ้น ประชากรหญิงยิ่งเหลือรอดชีพมากกว่าประชากรชาย ในอีก 25 ปีข้างหน้า อัตราส่วนผู้สูงอายุหญิงจะเท่ากับ 3 ใน 4 ของกลุ่มประชากรสูงอายุ (แผนภูมิที่ 2) และในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงก็จะเป็นกลุ่มที่เป็นหม้ายและโสดมากกว่าผู้สูงอายุชาย

ผู้สูงอายุในปัจจุบันประมาณร้อยละ 30 ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จะเป็นหญิงมากกว่าชาย แต่ก็มีแนวโน้มว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุหญิงในอนาคตจะเพิ่มขึ้น จนทำให้ความแตกต่างระหว่างเพศในด้านการศึกษาลดลง

สถานภาพทางเศรษฐกิจ จากข้อมูลของนาพร ชโยวรรณ¹¹ ผู้สูงอายุไทยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 800 กว่าบาทต่อคน ซึ่งต่ำกว่าระดับที่เป็นกลุ่มยากจนของประเทศ (เดือนละ 911 บาทต่อคน) และผู้สูงอายุหญิงยากจนกว่าผู้สูงอายุชายเมื่อวัดด้วยรายได้เฉลี่ย

ในส่วนของภาวะทุพพลภาพระยะยาวและระดับความรุนแรง พบว่าผู้สูงอายุหญิงอยู่ในภาวะทุพพลภาพในระยะยาวมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้สูงอายุชาย(ตารางที่ 4.7) ภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขภาพของตนเองก็มากกว่า(ตารางที่ 4.12) ร้อยละของความชุกกลุ่มอาการสมองเสื่อมก็มากกว่า (ตารางที่ 4.13) ในส่วนของอายุคาดหวังทางสุขภาพที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพและภาวะที่ดูแลตนเองได้ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีอายุคาดหวังทางสุขภาพ อายุคาดหวังที่ปราศจากทุพพลภาพสูงกว่า แต่อายุที่คาดหวังที่ดูแลตนเองได้ต่ำกว่า ซึ่งเป็นภาวะที่น่าจะหมายถึงผู้สูงอายุหญิงมีอายุยืน

¹¹ นาพร ชโยวรรณ, 2542 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ วันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2542 ณ โรงแรมปรีชาเสนา

กว่า มีภาวะทุพพลภาพน้อยกว่าแต่การดูแลตนเองได้ไม่ดี ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด(ตารางที่ 4.16)

ด้วยข้อมูลที่กำลังข้างต้นมานี้ น่าจะส่งผลต่อรูปแบบการอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนดูแลความต้องการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม รวมทั้งการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรหากลยุทธ์การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมจำเพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุหญิง เพื่อเพิ่มความสามารถที่จะอยู่ได้อย่างดีมีความสุขตามสภาพของตน⁵

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญ⁵ ให้ข้อเสนอแนะที่น่าจะเป็นมาตรการเพิ่มความมั่นคงในรายได้ของผู้สูงอายุหญิงที่ค่อนข้างจะเป็นผู้ด้อยโอกาส กล่าวคือ เนื่องจากผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะมีการศึกษาต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย บางรายเป็นแม่บ้านมาตลอดชีวิต ดังนั้นรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากสามี ถ้าสามีเป็นข้าราชการเมื่อเสียชีวิตลง ภรรยาและลูกจะได้บำเหน็จตกทอด ดังนั้นควรมีการพิจารณาให้เงินบำนาญแก่ภรรยาต่อไปมากกว่าจะเป็นเงินบำเหน็จ

ในรายได้หย่าร้างกันในช่วงสูงอายุ ภรรยาควรได้รับเงินชดเชยจากสามีที่รับราชการหรือมีรายได้ประจำด้วย หรือควรได้รับส่วนแบ่งจากเงินบำเหน็จบำนาญของสามี เนื่องจากภรรยาบางคนต้องออกจากงานในวัยทำงานเพื่อดูแลลูกและครอบครัว ทำให้หมดโอกาสที่จะทำงาน ขาดความมั่นคงทางการเงินและรายได้ของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อเมื่อสูงอายุด้วย

ความแตกต่างระหว่างชายและหญิงสูงอายุในมิติต่างๆ ดังกล่าวมานี้ จึงน่าจะนำมาพิจารณาให้เกิดความชัดเจน ในการผลักดันเป็นมาตรการที่จะนำไปสู่ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุหญิง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุสูงสุด ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของไทยทั้งในชุมชนเมืองและชนบทต่อไป

10. การปรับเปลี่ยนกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุ

10.1 การตายอย่างมีศักดิ์ศรี

ในวาระสุดท้ายที่ผู้ป่วยต้องการที่จะตายหรือปฏิเสธการรักษาแล้วขอให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ ผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมาย⁵ เห็นว่า สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีกฎหมายรองรับ เพราะการที่คนใช้ปฏิเสธการรักษา แพทย์ก็ไม่มีสิทธิรักษาอยู่แล้ว การตีความในส่วนของนักกฎหมายเองก็มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ต้องมีการพิจารณาเป็นรายๆ ไป

ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้ ต้องมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งขึ้นอยู่กับญาติว่ายอมรับคำสั่งนั้นหรือไม่ แพทย์จำเป็นต้องทำตามญาติ ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายพินัยกรรมชีวิต (living will) ซึ่งไม่ใช่พินัยกรรมเนื่องจากผู้เขียนยังไม่ตาย หมายความว่า คนที่เกี่ยวข้องไม่ทำตามที่เขาเขียนไว้ก็ได้ จำเป็นต้องมีกฎหมายหรือไม่ ยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ในสังคมไทย

ในประเด็นว่า ควรมีกฎหมายรองรับเพื่อการตายอย่างมีศักดิ์ศรีหรือไม่นั้น ผู้เชี่ยวชาญ⁵ เห็นว่า ควรมี แต่คนในสังคมยังไม่พร้อม คงต้องศึกษาในรายละเอียดและต้องการเวลาเพื่อการเตรียมการสำหรับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสื่อสารกับญาติของผู้สูงอายุให้มีความเข้าใจตรงกัน ในขณะเดียวกันก็ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงการตายตามธรรมชาติ ถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และการปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ ในกรณีผู้ป่วยเข้าข่ายที่จะตายตามธรรมชาติ

อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ญาติหรือผู้ใกล้ชิดควรตัดสินใจอย่างไร ดูเหมือนจะไม่มีข้อสงสัยเลยว่า ผู้ใกล้ชิดกับเหตุการณ์จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ว่าตัวผู้ป่วยเองจะต้องการอย่างไร การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการขั้นสุดท้าย มักเพิ่มความเสี่ยงในการใช้มาตรการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นหรือเกินจำเป็น รวมทั้งการขาดความรู้สึกเอื้ออาทรของผู้รักษา แต่การเลือกพักรักษาที่บ้านก็อาจจะเป็นสาเหตุการตายจากการดูแลที่ไม่พอเพียงหรือการช่วยเหลือไม่เหมาะสม ในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ⁵ แพทย์ไทยในปัจจุบันดูเหมือนยังมีประสบการณ์ไม่เพียงพอที่จะบอกได้ว่าควรปฏิบัติอย่างไร และให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการเพิ่มทักษะในการสื่อสารและการให้คำปรึกษาในภาวะวิกฤติดังกล่าวแก่นักวิชาการทางการแพทย์ด้วย

10.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีความเห็นพ้องต้องกัน โดยเฉพาะคณะกรรมการกฤษฎีกาว่าด้วยผู้สูงอายุ เห็นควรที่จะมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดนโยบายเกี่ยวกับบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ที่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้เป็นแกนร่างพระราชบัญญัติ แล้วนำเสนอกระบวนการประชาพิจารณ์ นำส่งคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา ขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นตอนของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา⁵

10.3 นโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการลงทุนทางธุรกิจเพื่อผู้สูงอายุ

ในเชิงธุรกิจ ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น แต่การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยาก ต้องการผู้ดูแลที่มีความอดทนสูง มีใจรักงานบริการ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีอัตราสูง เอาแต่ใจตัวเอง ไม่ฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ไม่ยอมปรับตัว การทำธุรกิจด้านนี้ไม่เหมือนการทำธุรกิจแบบอื่น ไม่ใช่มองว่าเป็นโอกาส จะหวังเอากำไรมาก ก็จะดำเนินการยาก ธุรกิจลักษณะนี้ต้องได้เงินคืนช้า (return on investment pay back) ดังนั้น ความเป็นไปได้ในการทำโครงการเสนอผู้ธนาคารเป็นไปได้น้อย ต้องใช้เงินส่วนบุคคลเป็นหลัก จะผู้ธนาคารได้เป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น

การใช้อาคาร ตึกคอนโดมิเนียมที่ขายไม่ได้ ทำเป็นที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ⁵ คิดว่าไม่สามารถทำได้ ความสำคัญของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ อยู่ที่กิจกรรมและการบริการที่รองรับ หากสภาพบ้านไม่ได้ออกแบบมาเพื่อผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา การย้ายเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลจะอย่างไร โครงการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุแบบครบวงจร รัฐหรือองค์กรสาธารณกุศลน่าจะมาเป็นแบบอย่าง เพื่อการเรียนรู้และเป็นการเตรียมการวางแผนรองรับเรื่องนี้ในอนาคต และควรมีการประชุม/สัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและบทเรียนระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ทำแบบเดียวกัน

ในแง่กฎหมายเกี่ยวกับการลงทุน โรงพยาบาลจำนวนมากที่ได้ BOI ในการทำธุรกิจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่การทำธุรกิจลักษณะนี้ มีขั้นตอนหลายขั้นตอน การเสนอโครงการแบบมีเตียงสำหรับนอนพักรักษา กระทรวงสาธารณสุขก็มองว่า หากเป็นโรงพยาบาลก็ต้องมีส่วนประกอบเช่นเดียวกับโรงพยาบาล เช่น มีห้องฉุกเฉิน การกำหนดเช่นนี้ก็เป็นปัญหาอย่างหนึ่ง หากมองว่าเป็นการดูแลในระยะยาว (long term care) ซึ่งไม่มีความจำเป็นต้องมีห้องฉุกเฉิน ก็น่าจะผ่อนผันได้ หากสถานบริการประเภทนี้ต้องการบริการรักษาแบบฉุกเฉิน ก็ส่งต่อหรือ subcontract ไปยังโรงพยาบาลใกล้ๆ ได้ การกำหนดมาตรฐานต่างๆ ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาลอาจจะเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติ จึงควรมีการทำประชาพิจารณ์ในช่วงการร่างกฎหมาย สถานบริการลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นอีกมากในอนาคต การออกกฎหมายให้เอื้ออำนวยและส่งเสริมทำให้การลงทุนมีประสิทธิภาพมากขึ้น การได้รับการส่งเสริมการลงทุนจาก BOI ก็จะช่วยเรื่องภาษีได้ในระดับหนึ่ง

ในส่วนของกระทรวงพาณิชย์ หากมองเรื่องสุขภาพในเชิงพาณิชย์ (Health care industry) การมองว่าบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นสินค้าส่งออกอย่างหนึ่ง ประเทศไทยเป็นหนึ่งในเอเชียที่ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศในเรื่องมาตรฐานบริการสุขภาพ เป็นเรื่องที่ทำได้ดีอยู่แล้ว ไม่ต้องสร้างขึ้นมาใหม่ เป็นการสร้างรายได้เข้าประเทศ คนต่างชาติจากประเทศพม่า ภูฐาน เวียดนามต้องเข้ามาใช้บริการของไทย

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คิดว่าสามารถรองรับได้ ถ้าขยายบริการเป็นแบบ long stay, long term care ก็จะทำรายได้เข้าประเทศอีกมาก อาจจะทำในรูปของรัฐบาลต่อรัฐบาล เช่น ประเทศไทยกับประเทศญี่ปุ่น หากสังคมไทยยอมรับได้ว่า ชาวญี่ปุ่นไม่ใช่มนุษย์ต่างดาว แต่คิดว่าเขาคือลูกค้าส่วนเราคือผู้ให้บริการ อาณาเขตที่เขาอยู่เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งไม่น่าจะแตกต่างกับการที่ชาวต่างชาติเข้ามาลงทุนทำโรงงานอุตสาหกรรม เป็นการส่งเสริม SMEs อย่างหนึ่ง ยกตัวอย่างเช่นโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ให้บริการตรวจร่างกายและสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ เป็นการหารายได้เข้าประเทศเช่นเดียวกับการท่องเที่ยว ในด้านของผู้ให้บริการเองก็เป็นโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ ทักษะของตนเองให้สูงขึ้นด้วย

กลไกของรัฐที่ไม่เอื้ออำนวย ที่สำคัญคือการขอวีซ่าเข้าประเทศ โดยเฉพาะการตรวจคนเข้าเมือง เจ้าหน้าที่ไม่พร้อมในการให้บริการ มีขั้นตอนมากและใช้เวลานาน ทำให้ไม่สะดวก จึงไม่เอื้อต่อการทำธุรกิจ

ผู้ที่จะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการลงทุนบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คือ กระทรวงสาธารณสุข เข้ามาควบคุมดูแลมาตรฐาน กระทรวงพาณิชย์ส่งเสริมให้ลูกค้าเข้ามาใช้บริการ กระทรวงการต่างประเทศเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าประเทศและการขอวีซ่า

10.4 แนวคิดการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

แนวคิดของการพัฒนาหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ช่วยเหลือสังคมได้และกลุ่มที่ด้อยโอกาส กลุ่มที่อยู่ตรงกลางคือกลุ่มที่บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน มีรายได้พอเพียงที่จะจ่ายไม่มีผู้ดูแล หากจะใช้พยาบาลวิชาชีพมาดูแลคิดว่าพยาบาลยังขาดแคลน ไม่เพียงพอและควรไปดูแลพยาบาลผู้ป่วยมากกว่าผู้สูงอายุ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุในเรื่องชีวิตประจำวันหรือความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จึงเกิดความคิดที่จะผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมากกว่าที่เป็นอยู่

ประกอบกับช่วงนั้นมีพลังผลักดันที่จะต่อต้านการตกเฉียว หรือผู้ที่เป็นหญิงบริการแล้วกลับใจ จึงเกิดความร่วมมือระหว่างสภาสตรีกับกรมประชาสัมพันธ์และโรงพยาบาล รับนักเรียนที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เรียนภาคฤดูร้อน 6 เดือนและภาคปฏิบัติ 6 เดือน มีพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ตามความจำเป็นและการฝึกปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้รู้เท่าที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ ผลผลิตปีละ 20-25 คน ได้ดำเนินการมา 5-6 ปี ในแต่ละปีผลิตได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของตลาด ปัจจุบันเป็นงานของกรมประชาสัมพันธ์และโรงพยาบาลที่จะผลิตมาใช้ในโรงพยาบาลเอง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ในส่วนนี้เป็นผลมาจากการทบทวนรายงานการศึกษาและการได้มีการแลกเปลี่ยนกับผู้เชี่ยวชาญ เจ้าของธุรกิจการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต่างๆ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ดังประเด็นต่อไปนี้ คือ

1. การเข้าถึงการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ อาจจะแบ่งเป็น 3 ทางคือ นโยบายทางสังคมและการประกันสุขภาพ การส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่ดีที่มีสุขภาพดี และนโยบายการดูแลสุขภาพ ทั้ง 3 วิธีการเข้าถึงนี้ มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนและเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรประชาชน ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาวิจัยในรายงานฉบับนี้ ยังไม่มีภาพให้เห็นถึงปรากฏการณ์ดังกล่าว น่าจะได้มีการทบทวนนโยบาย แนวทางการปฏิบัติและการวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบความสำเร็จของการผสมผสานการป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสภาพในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุไทย
2. การส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่ดีที่มีสุขภาพดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต สุขภาพดีในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บเมื่อยังมีอายุน้อยอยู่ การหาดัชนีชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อการลดการสูบบุหรี่และการกระตุ้นให้มีการกินเพื่อสุขภาพที่ดี การดื่มพอควรและการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งรายงานฉบับนี้ เสนอให้มีการเตรียมการตั้งแต่อายุ 40-50 ปี ควรจะได้มีการศึกษาถึงการสำรวจการเฝ้าระวังทางพฤติกรรมของประชากรวัยต่างๆ และมีการติดตามผลของการมีพฤติกรรมต่างๆด้วย(cohort study)
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในสภาพแวดล้อมของครอบครัว ญาติและเพื่อน เป็นความท้าทายขององค์กรชุมชน รัฐและเอกชน ในการค้นหาความสมดุลของกิจกรรมที่จะออกแบบมาเพื่อสนับสนุนความพยายามของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเอง โดย

ไม่ลืมเรื่องสวัสดิการทางสังคมที่ผู้สูงอายุต้องการ หรือความเป็นไปได้ของการปรับลดภาษีให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. การปรับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนว่า รัฐควรทำอะไร แคไหน และอย่างไร เช่น การควบคุมกำกับดูแล ตรวจสอบและการกำหนดมาตรฐานในการดูแลและบริการต่างๆของภาคธุรกิจเอกชน การปรับกฎหมายที่ไม่เอื้อต่อการประกอบธุรกิจ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุชาวต่างชาติ เรื่อง การส่งเสริมการลงทุน การขอวีซ่าเข้าประเทศ มาตรฐานที่จำเป็นและเหมาะสม หรือการส่งเสริมในทางพาณิชย์ให้เป็นสินค้าส่งออกประเภทหนึ่ง (SMEs) การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสในชุมชนด้วยการเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันความพิการและการส่งเสริมภาวะไม่ต้องพึ่งพาโดยเฉพาะกลุ่มอายุสูงสุด การปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ หรือการศึกษาต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ
5. การให้สาธารณศึกษา เพื่อการเตรียมตัวและการสร้างความตระหนักให้กับสังคม ในด้านการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การจรรโลงวัฒนธรรมไทยที่ควรคงอยู่ ซึ่งน่าจะมีบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อปลูกฝังในเยาวชนรุ่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ. (2538). การสำรวจประชากรสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย พ.ศ.2538.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
3. ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. นภาพร ขียววรรณและจอห์น โนเดล. (2539). การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
6. ปราโมทย์ ปราสาทกุล.(2543). ประชากรศาสตร์ : สารัตถศึกษา เรื่องประชากรมนุษย์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. Jagqec, C(1999). Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method อ้างใน ปราโมทย์ ปราสาทกุล.
8. การวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ. (2542).
9. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. (2542). การสัมภาษณ์.
10. ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. นภาพร ขโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญและประเด็นในการสัมภาษณ์

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. ศาสตราจารย์ นพ.วิฑูร อึ้งประพันธ์ : นักกฎหมายสาธารณสุข

- ความเป็นไปได้ของกฎหมายที่จะตายได้อย่างมีศักดิ์ศรี การชะลอความตาย ควรทำจนถึงเมื่อใด ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดหรือไม่

2. คุณพิชัย วาสนาส่ง : สถาปนิก

- การเตรียมพร้อมที่จะอยู่ในบ้านที่มีการออกแบบเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ที่อาจเจ็บป่วยได้ ป่วยด้วย "ความมีอายุ"
- การเริ่มวางแผนชีวิตสำหรับความมีอายุ ควรเริ่มตั้งแต่อายุเท่าใด และในแง่ส่วนตัวได้ทำอะไรบ้าง (ในด้านกายภาพ บ้านที่อยู่อาศัย สังคมแวดล้อม การออกกำลังกาย การเข้าสมาคม การมีสังคม การทำงานหรืออาชีพ)
- การเจ็บป่วย การรับบริการหลายแห่ง แห่งละโรค เช่นนี้ คิดว่าน่าจะทำให้เป็นระบบได้อย่างไร สำหรับประชากรสูงอายุโดยรวม
- วิธีการให้การศึกษาเพื่อเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ และเตรียมพร้อมที่จะตายได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- ตัวชี้วัดสำหรับการอยู่อย่างเป็นสุข Well Being
- ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้า จะมีการช่วยตัวเองได้มากน้อยเพียงใด รัฐควรให้บริการสุขภาพ/สังคมอย่างไร ผู้สูงอายุควรอยู่ในบ้านหรือสถานที่เฉพาะของตนเอง

3. พันเอกหญิง(พิเศษ)อัสนี เสาวภาค : วุฒิสมาชิก/ประธานสภาสตรี

- ข้อมูลประชากรสูงอายุไทย บ่งชี้ว่า จะมีผู้หญิงสูงอายุที่อยู่ได้นานมาก เป็นหม้ายและอยู่คนเดียวมากขึ้น พบว่า มีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 4 เท่าในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอัตราทุพพลภาพในระดับรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ที่ต้องการการดูแลทั้งทางสุขภาพและสวัสดิการสังคม ท่านคิดว่าจะต้องช่วยเหลือกลุ่มนี้อย่างไร เพื่อให้มีชีวิตที่อยู่มากขึ้นได้อย่างเหมาะสม
- ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้าที่จะอยู่ดีมีสุขได้น่าจะเป็นอย่างไร ทั้งชายและหญิง ให้มีความเสมอภาคกัน
- ดัชนีชี้วัดสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ด้านกายภาพและสังคมที่จำเพาะสำหรับเขตเมืองและชนบท
- วัฒนธรรมไทยที่ควรจรรโลงให้คงอยู่ และที่ต้องสร้างเสริมขึ้นใหม่ เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยจะอยู่ได้อย่างเป็นสุขและมีผลผลิตที่เหมาะสมกับสภาพที่เป็นที่ต้องการ
- การประชาสัมพันธ์ กฎหมาย การยกเว้นภาษีต่างๆ ในการลงทุนเพื่อเกื้อกูลผู้สูงอายุ(เช่น การประกอบการสถานดูแลผู้สูงอายุ การผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน)
- การรณรงค์ด้านที่อยู่อาศัยให้มีโครงสร้างที่เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน(มีราวเกาะ พื้นไม่ลื่น ไม่มีขั้นมากมาย อากาศโปร่ง) การดัดแปลงบ้านทั้งในและนอกบ้านให้เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

4. อาจารย์ขวัญดวง อติโพธิ : สถาปนิก/นักประชาสัมพันธ์

- การวางผังเมืองและผังบ้าน
- การเดินทางสัญจรของผู้สูงอายุในบ้าน
- การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้มี social movement/social sanction ให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ทั้งด้านกายภาพและสังคม ในบริบทของวัฒนธรรมไทยที่ควรยังคงอยู่หรือที่จะสร้างขึ้นใหม่
- กลยุทธ์ในการให้การศึกษาเพื่อเตรียมสังคมที่จะมีผู้สูงอายุมากขึ้นและมีชีวิตยืนนานมากกว่าเดิม

5. นพ.บรรลุ ศิริพานิช : ประธานสภาผู้สูงอายุ

- ผู้สูงอายุในสายตา โดยเฉพาะผู้หญิง ควรมีภาพลักษณ์อย่างไรในสังคมวัฒนธรรมไทย
- การประกันสังคม/สุขภาพที่ทั่วถึงและเสมอภาคตามสิทธิ
- เรื่องพิน
- กลยุทธ์การเตรียมตัว
- ดัชนีวัดความสุขหรือความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ(wellness)

6. ดร.สิรินทร์ พิบูลนิยม : ผู้บริหาร

- กลยุทธ์เพื่อการเตรียมตัว/หลักประกันเพื่อความเป็นอิสระต่อการพึ่งพา
- อาหารสำหรับผู้สูงอายุวัยต่างๆที่จะนำเสนอและวิธีการจัดการให้มีพฤติกรรมมารับประทานที่เหมาะสม มีทักษะส่วนบุคคลตามต้องการ
- เรื่องพินของผู้สูงอายุ
- ประารณาเห็นผู้สูงอายุหญิงเป็นอย่างไรทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

7. ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม กรมประชาสงเคราะห์

- แผนอนาคตสำหรับการสงเคราะห์

8. ศาสตราจารย์นายแพทย์สุนทร ตันตะนันท์ : ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน

- ปัญหาเรื่องโรคเบาหวาน ปัญหาหลอดเลือดแดง
- การป้องกัน การควบคุม การจัดการ เกี่ยวกับโรคเรื้อรังทั้งหลายที่มีปัจจัยมาจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง

9. พญ.สุพัตรา ศรีวนิชชากร : ผู้ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- บริการสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ
- ดัชนีวัดความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ/ความสุขของผู้สูงอายุ
- กลยุทธ์ในการให้การศึกษาเพื่อเตรียมสังคมที่จะมีผู้สูงอายุมากขึ้นและมีชีวิตยืนนานมากกว่าเดิม

- การประกันสังคม/สุขภาพที่ทั่วถึงและเสมอภาคตามสิทธิ

10. เจ้าของโกลเด้นเยียร์เนิสริ่งโฮม : นักธุรกิจ

- การลงทุน/ความคุ้มทุน/บริการที่ให้
- กลไก กฎหมาย ระเบียบ การจัดเก็บภาษี ที่เอื้อและไม่เอื้อต่อการลงทุน
- ในวัฒนธรรมไทย ผู้สูงอายุควรจะอยู่อย่างไร จะจรรโลงวัฒนธรรมในเขาอยู่ได้ ใน 3 บริบท คือ สุขภาพ สังคม กิจกรรมภายในครอบครัว

11. พญ.นาฏ พงษ์สมุทร : ผู้จัดการอาคารสรวงคนิเวศ

- การลงทุน/ความคุ้มทุน/บริการที่ให้
- กลไก กฎหมาย ระเบียบ การจัดเก็บภาษี ที่เอื้อและไม่เอื้อต่อการลงทุน
- ในวัฒนธรรมไทย ผู้สูงอายุควรจะอยู่อย่างไร จะจรรโลงวัฒนธรรมในเขาอยู่ได้ ใน 3 บริบท คือ สุขภาพ สังคม กิจกรรมภายในครอบครัว
- การรณรงค์ด้านที่อยู่อาศัยให้มีโครงสร้างที่เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน(มีราวเกาะ พื้นไม่ลื่น ไม่มีขั้นมากมาย อากาศโปร่ง) การดัดแปลงบ้านทั้งในและนอกบ้านให้เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
- กลยุทธ์ในการให้การศึกษาเพื่อเตรียมสังคมที่จะมีผู้สูงอายุมากขึ้นและมีชีวิตยืนนานมากกว่าเดิม
- ชุมชนผู้สูงอายุ

12. ศาสตราจารย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ : นักโภชนาการ

- การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการ
- การเตรียมตัวประกัน(การเงิน ที่อยู่อาศัย) เพื่อความเป็นอิสระต่อการพึ่งพา
- กลยุทธ์ในการให้การศึกษาเพื่อเตรียมตัวของ"ความมีอายุ" แก่บุตรหลาน แก่ตัวผู้สูงอายุเอง และสังคม/ชุมชน
- วัฒนธรรมไทยที่ผู้สูงอายุจะอยู่ได้อย่างสบาย
- บทบาทของรัฐ ในประเด็นของบริการทางสุขภาพและสังคม

13. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี จำนวน 10 คน

14. สมาชิกศูนย์บริการทางสังคม จังหวัดขอนแก่น จำนวน 5 คน
15. ผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ วาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 10 คน

ประเด็นในการสัมภาษณ์ทั่วไป

1. การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของตนเองและมีส่วนร่วมในด้านจิตใจ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม และสังคม
2. บริการด้านสุขภาพและสังคมที่จำเป็น
3. การพยากรณ์ แนวโน้ม และตั้งเป้าหมายภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุด้านสุขภาพในทศวรรษต่อไป
4. กลยุทธ์การให้การศึกษาเพื่อเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุและเตรียมชุมชน สังคมเพื่อผู้สูงอายุไทย
5. นโยบายสาธารณะและกฎหมายที่น่าจะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีสวัสดิการสังคมและสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม หรือการมีกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี
6. การเลือกดัชนีวัดสุขภาพดีหรือดัชนีวัดความสุขของผู้สูงอายุ

นอกจากหัวข้อที่ได้กล่าวข้างต้น จะสัมภาษณ์ข้อมูลที่เป็นความชำนาญส่วนตัว และ ความคิดเห็นในแง่ปัจเจกบุคคลด้วย

โครงการวิจัยสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทย

ภาคผนวก ข

แบบบ้านโครงการลานตะวันยิ้ม บริษัทแปลอน อาชีเทค

จุดประสงค์หลักของการทำบ้านใช้สอย

1. เพื่อต้องการเสนอรูปแบบการใช้สอยที่เอื้อให้เกิดการร่วมกันของผู้พิการ คนสูงอายุ และคนปกติ โดยผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ทั้งยังมุ่งหวังให้ผู้คนหันมาให้ความสนใจในการออกแบบหรือปรับปรุงอาคาร โดยคำนึงถึงการใช้สอยของผู้พิการ
2. ประเภทของผู้พิการที่นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการออกแบบในครั้งนี้เป็นหลัก คือ ผู้พิการทางร่างกายที่ต้องนั่งรถเข็น และผู้พิการทางสายตาประเภทตาบอดเคลื่อนกลาง เนื่องจากผู้พิการทั้งสองประเภทนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการใช้พื้นที่ใช้สอยในอาคารมากที่สุดและมีข้อจำกัดที่สามารถนำมาใช้ในการออกแบบร่วมกันในครั้งนี้ได้

ผู้พิการทางร่างกายที่ต้องใช้เก้าอี้ล้อเลื่อน คือผู้พิการที่ไม่สามารถเดินได้เป็นหลัก จึงทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันต้องอยู่บนเก้าอี้ล้อเลื่อนเกือบตลอดทั้งวันสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการออกแบบคือ เรื่องความสะดวกในการสัญจร ระยะการใช้สอย และระดับสายตาที่อยู่ต่ำกว่าคนปกติ Circulation ในอาคารควรจะเรียบง่ายและโล่งจัดเพื่อให้อิสระให้คิดคำนึงเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนที่ของเก้าอี้ล้อเลื่อน พื้นผิวที่เหมาะสมกับรถเข็นคือ พื้นผิวที่ไม่ขรุขระแข็งเรียบเสมอกัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง

ผู้พิการประเภทตาบอดเคลื่อนกลาง สีและแสงสว่าง ใช้สีสดใสในตำแหน่งที่สำคัญของการสัญจร ในอาคาร เช่น เสาที่ขนานทางเดิน จุดเปลี่ยนของการใช้สอย หรือตำแหน่งการเข้าออกอาคาร เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับรู้ทิศทาง และเพื่อป้องกันอันตรายใช้สีอ่อนเป็นสีหลักในอาคารเพราะสีอ่อนเป็นสีที่สว่างและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการมองเห็นได้ดีขึ้นแสงสว่างเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้พิการทางสายตาคงจะรับรู้ในเรื่องของแสงสว่างได้ดีกว่าสายตา ในอาคารจะออกแบบไม่ให้เกิดจุดอับแสงและการติดไปส่องสว่างในตำแหน่งที่เป็นทางเดินทางลาดและพื้นที่ใช้สอยอย่างเพียงพอ

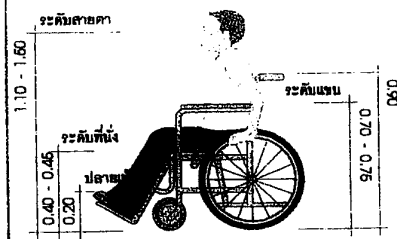
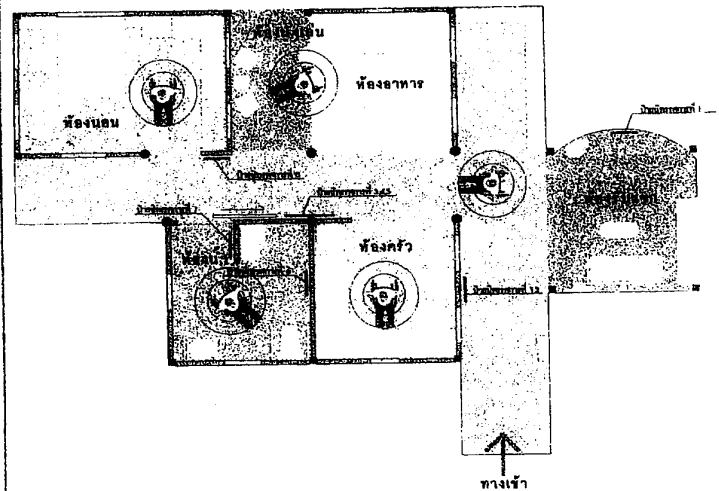
การใช้ผิวสัมผัส แบ่งพื้นที่ใช้สอย ออกถึงตำแหน่งทางเข้าออก การใช้ประสาทการรับรู้เพื่อการรับรู้ถึงระยะทางและทิศทางของวัตถุ การใช้เสียงเพื่อเป็นตัวแทนของการใช้พื้นที่หนึ่งๆ เช่น เสียงก้องและเสียงสะท้อน เสียงเพลงจากทิวเพลงเบาๆ แทนห้องนอน เสียงโน้มนายแทนกระดิ่งแทนตำแหน่งของประตู เป็นต้น

การใช้ประสาทรูกลิ่น โดยใช้กลิ่นของต้นไม้หรือสิ่งอื่น ๆ แทนตำแหน่งพื้นที่ใช้สอย เช่น กลิ่นดอกราตรีแทนห้องนอน กลิ่นผักสวนครัวแทนตำแหน่งครัว เป็นต้น

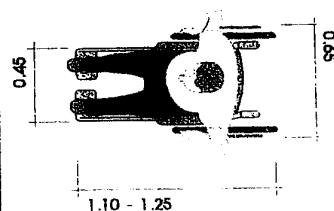
3. การออกแบบคำนึงถึงหลักการของสถาปัตยกรรม และข้อกำหนดของผู้พิการ คือ
 - 3.1 ทิศทางแดดและลม (Orientation)
 - 3.2 ความน่าอยู่และความสวยงาม
 - 3.3 ความปลอดภัย
 - 3.4 การจัดแสงสว่าง และสีที่เหมาะสม

3.5 การเข้าถึงอาคารและการสัญจรภายใน
 3.6 การจัดพื้นที่ใช้สอย (function) โดยเป็นพื้นที่ใช้สอยพื้นฐานที่จำเป็น อันได้แก่ ห้องรับแขก ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหาร ห้องครัว ห้องนอน และห้องน้ำ

ผังแสดงการเข้าถึงอาคาร การสัญจรภายใน และการจัดพื้นที่ใช้สอย



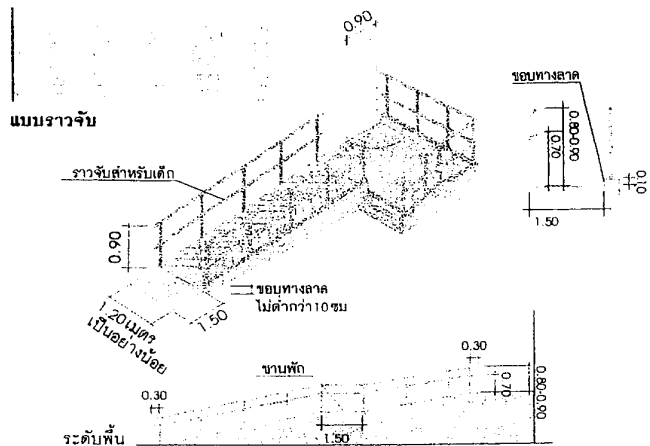
ขนาดและรายละเอียดเก้าอี้ล้อเลื่อน



การเข้าออกอาคารและการสัญจรภายใน

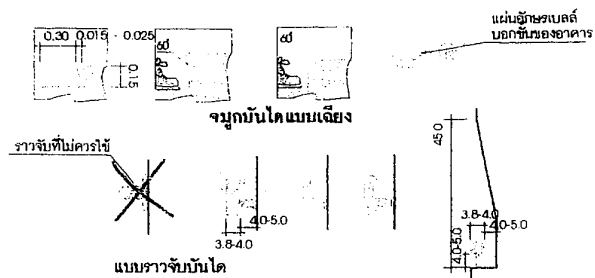
ทางลาด

1. การเปลี่ยนระดับจะต้องใช้ทางลาดเท่านั้นถ้าระดับสูงมากต้องใช้ลิฟท์
2. ทางลาดจะต้องมีความลาดไม่เกิน 1 : 12 (8.33%) เพราะทางลาดที่ชันมากและระยะยาวจะเกิดอันตรายได้ความกว้างจะต้องกว้างอย่างน้อย 1.20 เมตรและควรจะเป็นทางตรงเพราะการเปลี่ยนทิศทางขณะลงทางลาดเป็นไปได้น้อย แต่ถ้าพื้นที่ไม่พอในการที่จะเปลี่ยนทิศทางต้องมีขานพักเพื่อไถ่กลับตัวได้อย่างปลอดภัยขานพักควรมีพื้นที่อย่างน้อย 1.50 x 1.20 เมตร
3. ตลอดทางลาดจะต้องมีราวจับขนานไปกับทางลาดทั้ง 2 ด้าน โดยต้องติดเป็นอันเดียวกับตลอดและมีความยาวมากกว่าทางลาดด้านละ 30 ซม. ระดับความสูงของราวจับคือ 75 ซม.
4. ราวจับควรห่างจากผนัง 4.5 ซม. และเป็นแบบกลมหรือรี เส้นผ่าศูนย์กลางที่เหมาะสมคือ 4.5 - 5.0 ซม. หรือถ้าเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้าควรวางไม่เกิน 6.5 ซม.
5. ผิวของทางลาดจะต้องไม่ขรุขระมากและควรมีขอบสูงไม่ต่ำกว่า 10 ซม. เพื่อช่วยไม่ให้ตกลงไปจากทางลาด และช่วยหยุดล้อในกรณีฉุกเฉิน



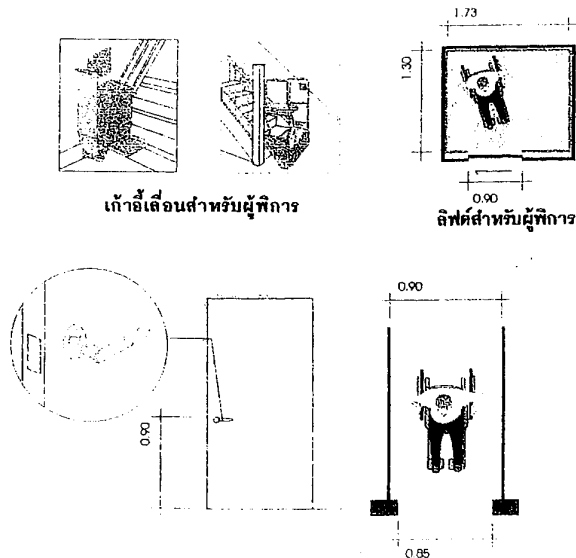
บันได

1. ความกว้างของบันไดไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร ความสูงไม่เกิน 2.00 เมตร โดยจัดให้มีขานพักทุกระยะ จมูกบันไดมนเรียบและใช้วัสดุกันลื่น
2. มีราวจับบันไดทั้ง 2 ข้าง ความกว้างของราวจับบันได 4.5 - 5.0 ซม. และสูงจากพื้น 90 ซม.
3. จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของราวจับบันไดมีลักษณะบรรลุนกขัณฑ์และทาสี หรือติดสติ๊กเกอร์ให้เด่นชัด
4. บันไดลูกตั้งต้องมีขนาดสูงไม่เกิน 15 ซม. และลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 30 ซม.



ประตูเข้าออก

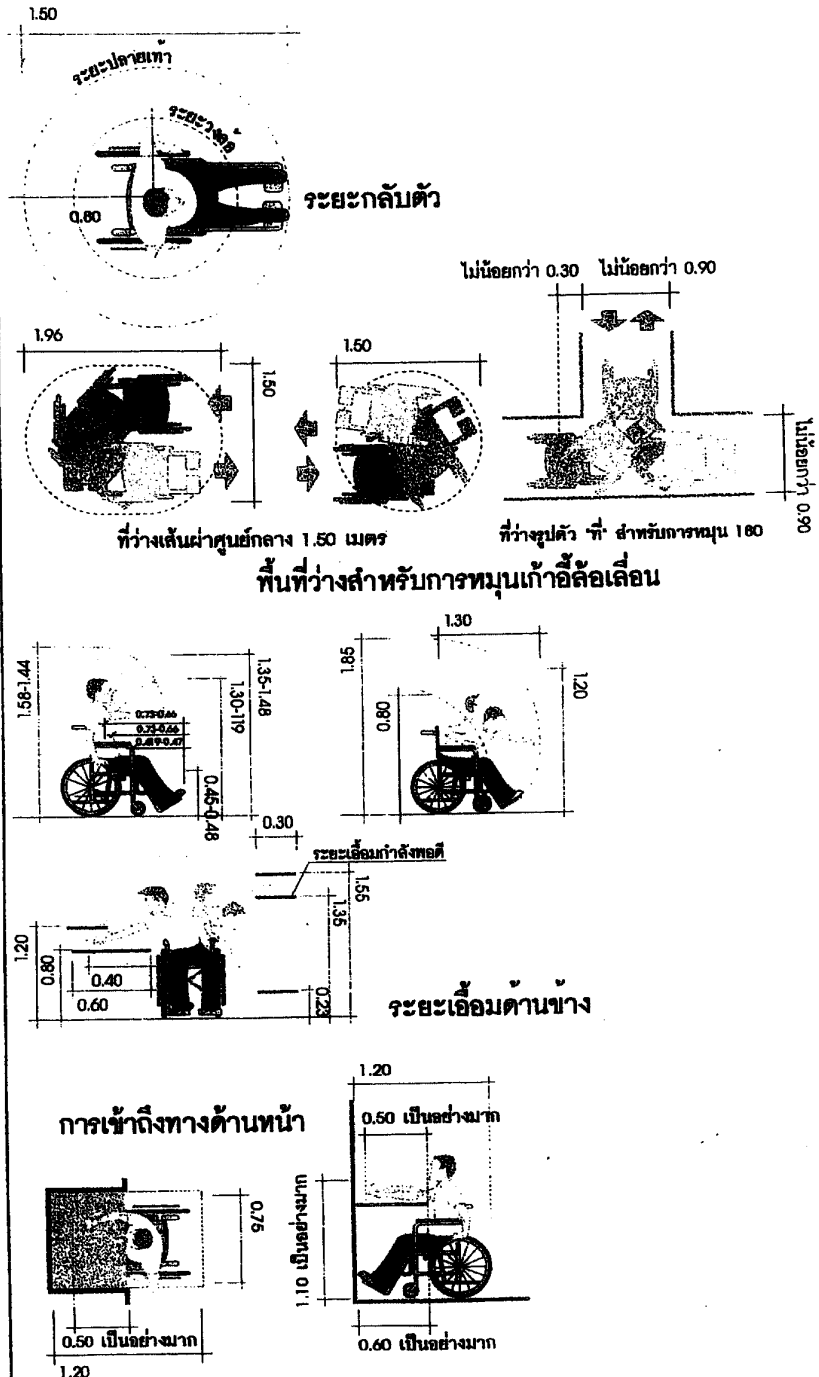
1. ควรมีความกว้างอย่างน้อย 80 ซม. เพื่อให้เก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถผ่านได้สะดวกและพอที่จะบังคับเก้าอี้ล้อเลื่อนรวมทั้งแขนและมือให้ผ่านไปได้ อีกทั้งยังมีพื้นที่พอที่จะกลับเก้าอี้ล้อเลื่อนได้เมื่อต้องการ
2. สำหรับประตูที่มี 2 บาน แล่นบานจะต้องกว้างพอเมื่อเวลาเปิดออกเพียงบานเดียวเก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถผ่านได้
3. สำหรับประตูภายนอกควรมีช่องให้สามารถเห็นภายนอกได้
4. ลูกบิดควรเป็นแบบก้านยื่นยาวออกมา และมีราวจับที่ประตูเพื่อเปิดปิดสะดวก
5. ประตูไม่ควรหนักจนเกินไปประตูที่เหมาะสมที่สุดคือ ประตูบานเลื่อน
6. ถ้าเป็นแบบผลักเข้า-ออกให้เปิดได้กว้างหากเปิดออกสู่ทางเดิน หรือระเบียงจะไม่เกิดขวางทางสัญจร
7. กรณีประตู หากจำเป็นจะต้องมีให้ทำขอบทั้งสองด้านให้มีความลาดเอียง เพื่อสะดวกในการขึ้นเก้าอี้ล้อเลื่อนของคนพิการ
8. ทางเข้า-ออกประตูที่อยู่ติดกับทางลาดควรเป็นพื้นราบไม่ลาดเอียง และมีขนาดความกว้างมากกว่าทางลาดเพื่อช่วยในการทรงตัวของเก้าอี้ล้อเลื่อน ในขณะที่เปิด-ปิดประตู



- พื้นที่ไร้อยของ
ผู้พิการที่นั่งเก้าอี้ล้อเลื่อน
ขนาดมาตรฐาน
จะต้องมีเนื้อที่อย่างน้อยๆ
ประมาณ 166 x 177 เมตร
มากกว่าคนปกติที่ใช้พื้นที่
ประมาณ 66 x 30 เมตร
หรือมากกว่าคนปกติ 8.8 เท่า
ถ้าใช้เก้าอี้ล้อเลื่อนที่มี
ขนาดใหญ่กว่านี้
หรือต้องการคนช่วยเหลือ
เวลาเคลื่อนที่ก็ต้องการ
พื้นที่มากขึ้น



ស្ថាបនាស្ថាបនា
 ២០០០ ឆ្នាំ



4. การจัดพื้นที่ใช้สอย

การจัดห้องนั่งเล่น

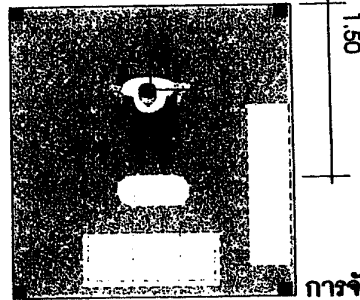
1. ล้อเลื่อนได้และหมุนรอบ 180° (ดูจากภาพ A)
2. หน้าต่างที่ต่ำพอสำหรับบุคคลที่ใช้เก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถมองออกไปภายนอกได้
3. เฟอร์นิเจอร์ควรเป็นแบบที่สลับเปลี่ยนและเรียนรู้ง่าย

การจัดห้องรับประทานอาหาร

1. ใต้ควรมีความกว้างอย่างน้อย 90 ซม. สำหรับผู้พิการที่เดินได้ ใต้โต๊ะสูงจากพื้นประมาณ 70 ซม. และผู้พิการที่นั่งเก้าอี้ล้อเลื่อน ใต้โต๊ะสูงจากพื้นอย่างน้อย 67 ซม. เพื่อให้สามารถสอดเก้าอี้ล้อเลื่อนเข้าไปได้ หรือขึ้นอยู่กับขนาดของเก้าอี้ล้อเลื่อน
2. ใต้โต๊ะเป็นแบบที่มีขาอยู่ตรงกลางและสมบูรณ์
3. พื้นที่อยู่ใต้โต๊ะถึงผนังประมาณ 1 เมตร
4. ใต้โต๊ะหน้าควรตั้งติดผนัง ในกรณีที่มีผู้พิการไม่สามารถพยุงตัวให้ตั้งตรงได้

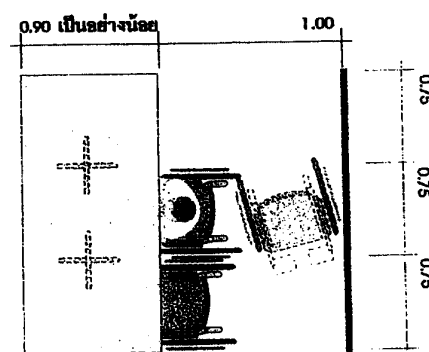
การจัดห้องครัว

1. เคาน์เตอร์ครัว ควรสูงจากพื้นประมาณ 80 ซม.
2. ก๊อกน้ำ ควรเป็นก๊อกแบบทางปลา เพื่อสะดวกในการเปิด-ปิด
3. ท่อระบายน้ำของอ่างล้างจาน ควรอยู่ด้านนอกใกล้มือ เพื่อให้ผู้พิการ สามารถหยิบเศษอาหารออกมาได้ง่าย ไม่ต้องเอื้อมมาก
4. ลิ้นชักตู้เก็บของ ควรมีที่ว่างจากพื้นเล็กน้อยเพื่อไม่ให้เท้าเกะอึดระเข้น และควรสูงจากพื้น 20 ซม.
5. ชั้นวางของ ไม่ควรสูงเกิน 1.30 เมตร และสำหรับผู้พิการ ที่ต้องใช้เก้าอี้ล้อเลื่อนไม่ควรต่ำกว่า 40 ซม.
6. พื้นที่ใช้สอยในห้องครัว ควรให้เก้าอี้รถเข็นหมุนได้รอบ
7. ใต้และชั้นวางของ หรือตะแกรงวางของควรเป็นแบบเลื่อนหรือหมุนออกมาได้ หรือติดกับประตูด้านใน



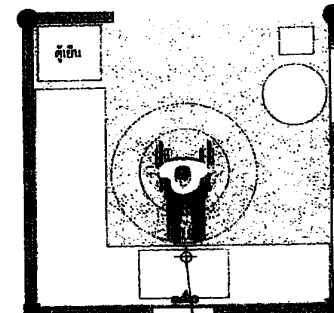
การจัดห้องนั่งเล่น

ภาพ A



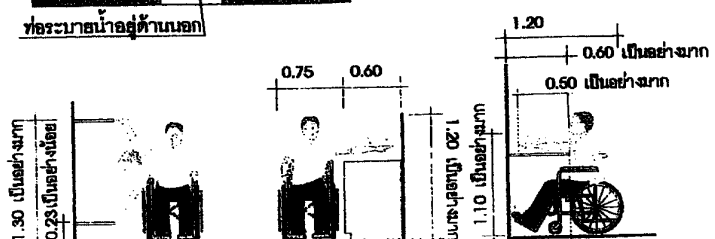
การจัดห้องรับประทานอาหาร

การจัดห้องครัว



ท่อระบายน้ำอยู่ด้านนอก

ระยะสูงสุดของการเข้าถึง
ด้านหน้าเหนือสิ่งกีดขวาง



การจัดห้องน้ำ

ขนาดพื้นที่ห้องน้ำ

ควรมีขนาดกว้างพอให้เก้าอี้ล้อเลื่อนหมุนตัว
ในการเปิด-ปิดประตู และให้มีพื้นที่ว่างบริเวณ
ที่อาบน้ำให้เก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถกลับตัวได้
ภายในพื้นที่ ๆ มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.50 เมตร
พื้นที่ห้องน้ำควรเป็นระดับเดียวกับประตูห้องน้ำ

ประตูห้องน้ำ

กว้างไม่น้อยกว่า 85 ซม.
ไม่มีธรณีประตูเป็นบานเลื่อนหรือ
บานพับ ถ้าเป็นบานพับให้เปิดออก
ด้านนอก และที่ล็อกควรเปิดออกจาก
ภายนอกได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

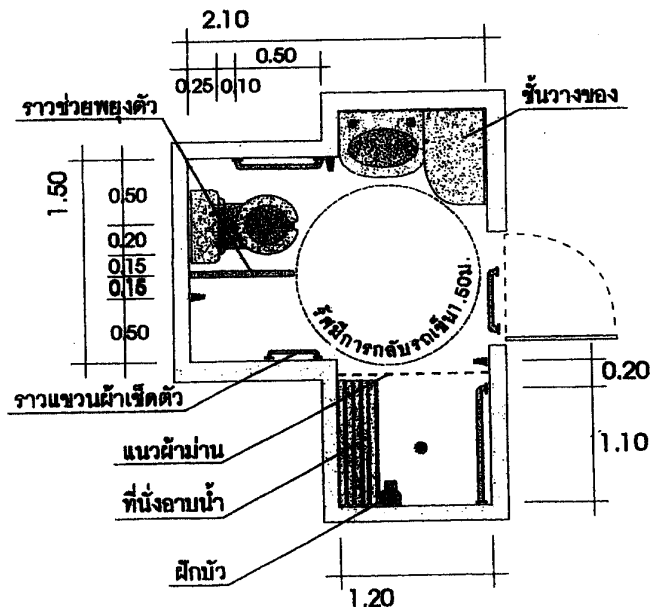
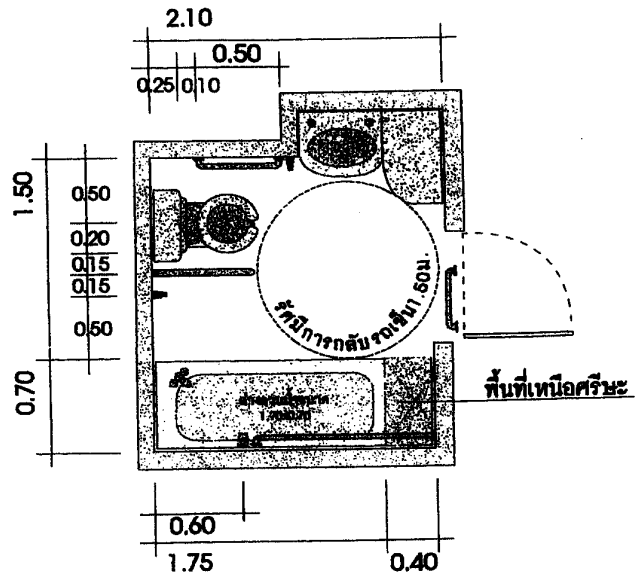
ควรคิดสัญญาณ

เตือนไฟหรือเรียกหา

ในระหว่างที่ผู้พิการทางการได้ยินอยู่ในห้องน้ำ

ส่วนสำคัญของห้องน้ำ

- บริเวณอ่างล้างมือ
- โถส้วม
- ส่วนอาบน้ำ
- อ่างอาบน้ำชนิดใช้อ่าง
- อ่างอาบน้ำชนิดใช้ฝักบัว



ส่วนที่สำคัญของห้องน้ำ

บริเวณอ่างล้างมือ

1. อ่างล้างมือ ควรเป็นแบบลอยตัว หรือเป็นแบบเคาน์เตอร์ด้านล่างโล่ง สามารถลอดรถเข็นได้ และมีราวจับ 2 ข้าง ถัดจากควรเป็นก๊อกแบบหยดน้ำ เพื่อสะดวกในการเปิด-ปิด ติดอยู่ด้านข้างตามเคาน์เตอร์อ่าง และสำหรับผู้พิการทางสายตา ควรมีเสียงเตือน หรือมีอักษรเบรลล์สัมผัสได้
2. กระຈก ควรติดตั้งให้ต่ำพอที่ผู้พิการที่นั่งเก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถมองเห็นคือประมาณ 75 ซม. สำหรับผู้พิการที่เดินได้ ควรติดตั้งระหว่าง 1.30 - 1.80 เมตรจากพื้น อาจทำเป็น 2 ระดับ หรืออาจติดตั้งเป็นกระຈกยาว
3. ราวค้ำยัน ควรติดตั้งในที่ที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้พิการ และอยู่สูงพอที่ผู้พิการที่นั่งเก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถเอื้อมมือถึงได้ คือสูงประมาณ 80 เมตร

บริเวณโถส้วม

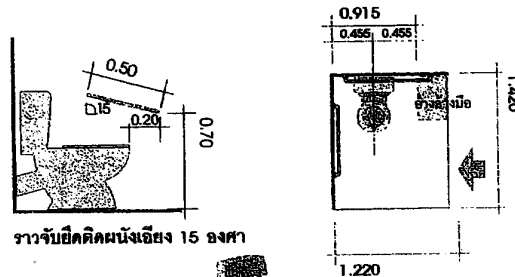
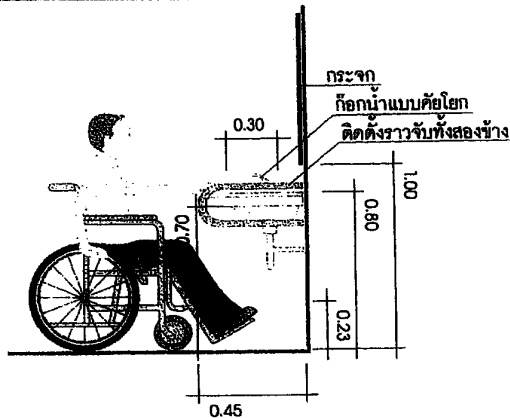
โถส้วม ที่เหมาะสมควรมีอยู่ในระดับต่ำ โดยสูงจากที่นั่งโถส้วม 25 - 30 ซม. และที่นั่งสูง 0.475 เมตรจากพื้น ระดับน้ำในโถส้วมควรอยู่ห่างจากที่นั่งระหว่าง 20 - 30 ซม. หากที่นั่งโถส้วมเป็นแบบนั่งยอง อาจดัดแปลงทำเป็นที่นั่งสูงขึ้นเล็กน้อยไปคร่อมเมื่อต้องการใช้ ในกรณีที่ทำได้เพื่อให้ผู้พิการที่นั่งเก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถเข้าได้สะดวกและที่ก้นโถส้วมควรติดกับผนังห้องน้ำ สำหรับผู้พิการทางสายตาที่นั่งอาจใช้สีเข้มกว่าโถส้วม

ราวจับ

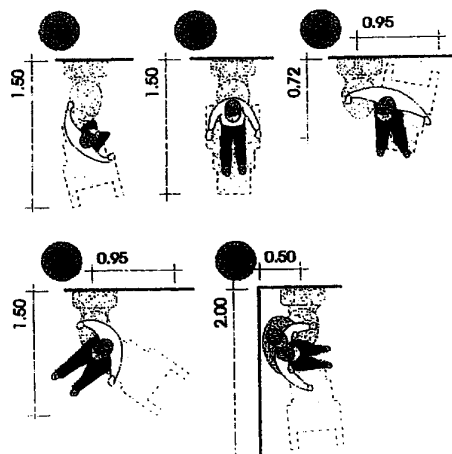
1. ราวจับด้านหลังของโถส้วมควรสูงจากโถส้วม 28 ซม. หรือต่ำกว่า 70 ซม.
2. ราวจับด้านข้างที่ติดกับผนัง ควรมีความสูงต่ำกว่า 70 ซม. และเอียง 15° เพื่อช่วยให้ผู้พิการนั่งเก้าอี้ล้อเลื่อนเข้าได้สะดวกเมื่อออกจากที่นั่งโถส้วมในระดับที่ต่ำกัน ตามความสูงของผู้พิการ มีความยาวไม่น้อยกว่า 50 ซม. และระยะห่างจากปลายสุดของที่นั่งถึงปลายสุดของราวจับด้านล่าง ไม่น้อยกว่า 20 ซม. และระยะห่างจากผนังถึงโถส้วม 40 ซม.
3. ราวช่วยพยุงตัว สูงจากพื้น 80 - 85 ซม. และห่างจากด้านข้างโถส้วม 15 - 20 ซม. หรืออาจใช้ราวจับที่พับได้ เมื่อเวลาจะใช้ก็ดึงออกมา

การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้รถเข็นมายังโถส้วม

- การเคลื่อนย้ายจากด้านหน้า สำหรับผู้พิการที่ใช้เก้าอี้ล้อเลื่อนแต่สามารถยืนได้
- การเคลื่อนย้ายจากด้านหลัง โดยผู้พิการจะดันตัวออกจากด้านหลังเก้าอี้ไปนั่งที่โถส้วม ผนังเก้าอี้จะมีรูปเปิด-ปิด เพื่อดันตัวเองออกหรือถอดพนักพิงหลังทั้งอัน ความยาวของห้องประมาณ 1.60 เมตร
- การเคลื่อนย้ายจากด้านข้าง สำหรับผู้พิการที่ใช้เก้าอี้ล้อเลื่อน และมีแขนแข็งแรงไม่สามารถยืนได้ มักใช้วิธียกตัวออกจากเก้าอี้ไปยังโถส้วม ที่ก้นแขนของเก้าอี้ล้อเลื่อนจะถอดได้และใช้กระดานพาดระหว่างที่นั่งรถเข็นไปยังโถส้วม เพื่อให้เป็นสะพานเชื่อมในการกระโดดด้วยความกว้างของห้องน้ำจากศูนย์กลางถึงน้ำไปถึงผนังห้องน้ำด้านข้างควรกว้างอย่างน้อย 95 ซม. และยาวจากผนังห้องน้ำด้านหลังถึงผนังด้านหน้าโถส้วม 72 ซม.
- การเคลื่อนย้ายด้านทะแยง สำหรับผู้พิการที่สามารถลงน้ำหนักบนเท้าได้บ้างแต่ยืนไม่ได้ โดยจะยืงตัวไปด้านหน้าของเก้าอี้ล้อเลื่อน แล้วยืงตัวขึ้นบนโถส้วมความกว้างของห้องน้ำจากศูนย์กลางถึงน้ำไปถึงผนังห้องน้ำด้านข้างกว้างประมาณ 0.95 - 1.10 เมตร และความยาวจากผนังห้องน้ำด้านหลังถึงผนังด้านหน้าประมาณ 1.50 - 1.80 เมตร
- การเคลื่อนย้ายโดยมีผู้ช่วย ผู้ช่วยจะยืนด้านหลังผู้พิการ และช่วยยกตัวผู้พิการจากโถส้วม ห้องน้ำจะต้องมีความกว้างจากศูนย์กลางถึงน้ำไปถึงผนังด้านข้างที่ผู้ช่วยยืน 50 เมตร และความยาวจากผนังห้องน้ำด้านหลังถึงผนังด้านหน้า 2.00 เมตร



ลักษณะส้วมที่เหมาะสมกับบุคคลพิการ





ส่วนที่อาบน้ำ มี 2 แบบคือ ที่อาบน้ำชนิดอ่าง

1. อ่างอาบน้ำมีขนาดกว้าง 76 ซม.

ยาว 1.70 เมตร ลึก 40 ซม.

กันอ่างควรแบนราบ เพื่อลดอุบัติเหตุ
เนื่องจากความลื่น อาจไถ้ผ่านยางปูกันลื่น

2. ส่วนที่นั่งต่อจากทางด้านศีรษะ

ของอ่างอาบน้ำ เพื่อสะดวกในการ
เคลื่อนย้ายผู้พิการที่ไร้เก้าอี้ล้อเลื่อนลงอ่าง

3. จาวจับ ในแนวนอนควรอยู่สูง

จากขอบอ่าง 1 เมตร มีความยาว

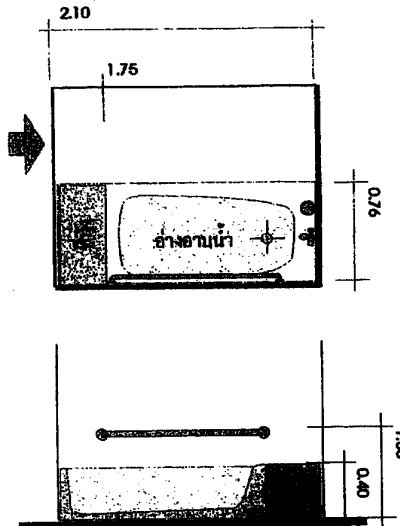
จากด้านศีรษะของอ่าง 1.00 เมตร

ทำมุมเอียง 1.3 องศา ในกรณี

ที่มีที่นั่งด้านศีรษะ เพิ่ม

ความยาวเป็น 1.40 เมตร

ทำมุมโดยประมาณ 10 องศา



อ่างอาบน้ำแบบมีที่นั่งเหนืออ่าง

ที่อาบน้ำชนิดฝักบัว

ทั่วไปควรมีขนาดอย่างน้อย

เส้นผ่าศูนย์กลาง 150 ซม. ควรมีราวจับ

สำหรับนั่งอาบหรือยืนอาบ หากนั่งอาบ

ควรเป็นชนิดที่มีบานพับยึดติดกับผนัง

ด้านข้างด้านหนึ่งสูงจากพื้น 45 ซม.

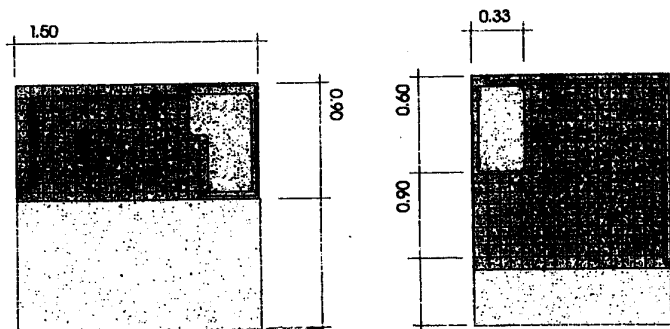
ก๊อกร้าควรเป็นชนิดที่มีที่จับยาวอันเดียว

และสามารถปรับความแรงและอุณหภูมิ

ของน้ำตรงที่เปิด-ปิดเพียงที่เดียว

ฝักบัวควรเป็นประเภทที่มี

มือจับยาว โดยไม่ยึดติดกับผนัง



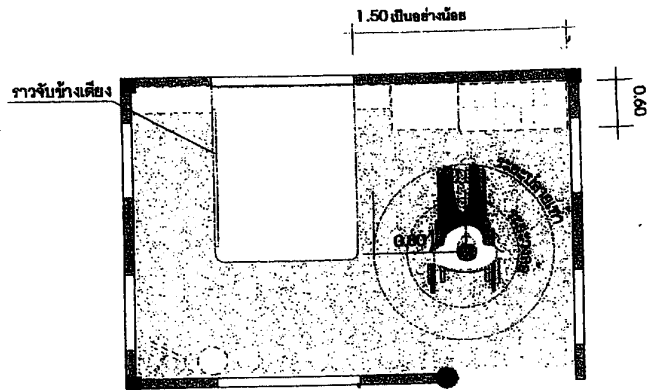
อ่างอาบน้ำแบบชนิดฝักบัว



8. ห้องนอน

เตียงนอน

1. ที่นอนสำหรับผู้พิการที่ต้องนั่งเก้าอี้ล้อเลื่อนควรอยู่ระดับเดียวกับเก้าอี้คือประมาณ 48 ซม. และระดับความสูงนี้สะดวกต่อผู้พิการที่เดินได้ด้วยเพราะเป็นระดับความสูงที่พอจะดันตัวลุกขึ้นอยู่ในท่ายืนได้ง่าย ที่นอนไม่ควรยุบยวบจนเกินไป และไม่ควรมีแรงจนเกินไปเพราะจะทำให้เกิดผลกดทับได้ง่าย
2. โคนเตียงควรเป็นพื้นที่โล่ง เพื่อให้เท้าของผู้พิการจะไม่ชน
3. ในกรณีที่มีผู้พิการช่วยเหลือตัวเองลุกขึ้นไม่ได้ เตียงนอนด้านข้างควรมีราวที่สามารถยกขึ้นยกลงได้เพื่อช่วยในการพลิกตัว
4. ข้างเตียงด้านใดด้านหนึ่งควรมีพื้นที่กว้างอย่างน้อย 1.50 เพื่อให้ผู้พิการสามารถยกขึ้นขึ้นเตียงได้สะดวก และมีพื้นที่ที่พอสำหรับเก้าอี้ล้อเลื่อนในกรณีที่มีพื้นที่ข้างพอให้หัวพื้นที่ข้างเตียงมี 2 ด้าน



ตู้เสื้อผ้า

ที่เก็บเสื้อผ้า ตู้เสื้อผ้าที่ใช้แขวนควรมีความกว้าง 60 ซม. สำหรับความสูงของราวแขวนผ้าเป็นเสื้อ, กระโปรงราวควรสูง 1.05 เมตรจากพื้นแคบตู้เสื้อผ้าที่ยาวกว่านั้น เช่น กางเกง เสื้อชุด ราวควรสูง ประมาณ 1.30 เมตร

โต๊ะแต่งตัว

1. โต๊ะควรมีความยาวไม่น้อยกว่า 75 ซม. และควรสูงจากพื้นประมาณ 75 ซม. ให้ผู้พิการสอดเก้าอี้ล้อเลื่อนเข้าไปได้
2. กระจากแต่งตัว ควรติดตั้งให้ผู้พิการที่นั่งเก้าอี้ล้อเลื่อนสามารถมองเห็นได้ คือประมาณ 75 ซม. หรืออาจเป็นกระจกติดตั้งยาว

ที่วาง

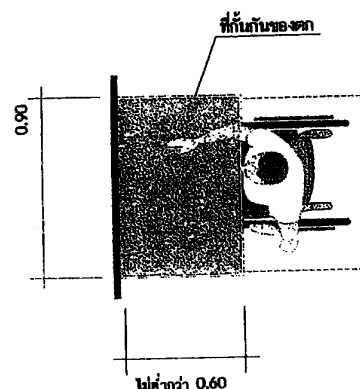
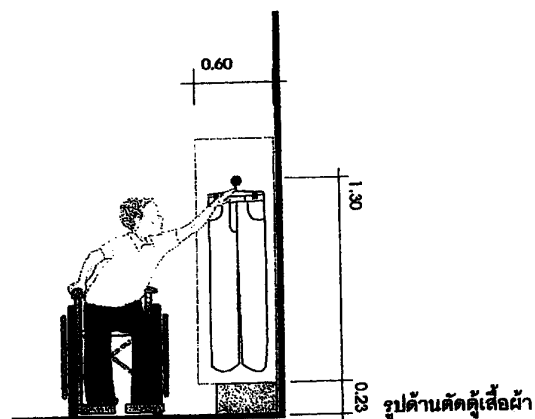
1. ควรมีที่วางพอสำหรับผู้พิการที่ต้องใช้เก้าอี้ล้อเลื่อนไปไว้ในตู้เสื้อผ้า เช่น โต๊ะตู้เสื้อผ้า, โต๊ะเขียนหนังสือเป็นต้นและมีที่วางพอสำหรับหมอนเก้าอี้ล้อเลื่อนได้ คือประมาณ 1.50 เมตร
2. หน้าต่างห้องนอน ควรอยู่ในระดับที่ผู้พิการสามารถมองออกไปได้ และมีระบบถ่ายเทอากาศได้เป็นอย่างดี
3. ที่เก็บเก้าอี้ล้อเลื่อน ควรมีขนาดไม่น้อยกว่า 1.20 x 1.70 เมตร และอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เกิดขวาง

ที่เก็บของ

ที่เก็บของ ควรมีที่เคียนออกจากใช้เก็บเสื้อผ้ายังใช้เก็บอุปกรณ์เขียนต่าง ๆ ได้ด้วยหรืออาจทำเป็นตะขอที่ผนังใกล้เคียงเพื่อให้ผู้พิการแขวนไม้เท้าหรือทำลิ้นชักใต้เตียงสำหรับผู้พิการที่ต้องแต่งตัวขณะนั่งหรือนอนอยู่บนเตียง

มุมทำงาน

1. โต๊ะทำงาน ควรมีความยาวไม่ต่ำกว่า 90 ซม. ความลึกไม่ต่ำกว่า 60 ซม. และควรมีตัวขอบโต๊ะกั้นของตกหล่นเพื่อช่วยผู้พิการในการหยิบจับของบนโต๊ะไม่ให้ตกหล่น
2. ชั้นวางหนังสือ ระยะเอียงอยู่ประมาณ 40 - 130 ซม.



ภาคผนวก ค

การสำรวจอย่างรวดเร็ว

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ทำการสำรวจสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์จำนวน 3 แห่ง คือ (1)สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2) สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านหักศิณ จังหวัดยะลา และ(3)สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ และศูนย์บริการทางสังคม จำนวน 1 แห่งคือ ศูนย์บริการทางสังคม จังหวัดขอนแก่น ในส่วนของบ้านพักของเอกชน ได้ทำการสำรวจที่สรวงคณิเวศ และได้ทำการสำรวจ Nursing Home 1 แห่งคือ Golden Year Nursing Home มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ คือ

1. สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ไร้ญาติ ขาดผู้อุปการะ มีฐานะยากจน ประสบปัญหาในด้านต่างๆหรือผู้สูงอายุที่เดือดร้อน อยู่กับครอบครัวแล้วไม่มีความสุข โดยให้บริการด้านปัจจัยสี่ การรักษาพยาบาลและกายภาพบำบัด การจัดกิจกรรมนันทนาการ การทำกิจกรรมส่งเสริมรายได้ กิจกรรมวันสำคัญทางศาสนาและวันสำคัญต่างๆ และเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตก็ให้บริการในด้านฌาปนกิจศพ พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สาเหตุการเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์เนื่องด้วยไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะและอยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา อาชีพรับจ้างและเป็นหม้าย

2. สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านหักศิณ จังหวัดยะลา พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีกิจกรรมหารายได้ เช่น ทำดอกไม้ ทำตุ๊กตา ฝักเสื้อผ้า ฯลฯ ได้มีโอกาสพูดคุยกับบางคน บอกว่า ชอบอยู่ที่นี้ เพราะมีเพื่อนร่วมวัย ไม่เหงา จากการสังเกตหน้าตาท่าทางสดชื่น ผู้สูงอายุชายมีกิจกรรมน้อยกว่า มักจะทำสวน ตัด ตกแต่งต้นไม้ ในส่วนของ"บ้านหลัง" มีมุ้งลวดกันทุกห้อง มักจะหลงพร้อมกับมีอาการป่วย ไม่มีสิ่งที่จะช่วยในการเดิน รวเกาะ พื้นห้องน้ำที่ไม่ลื่น การมีกิจกรรมในการสร้างสมดุล การออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคมสำหรับกลุ่มนี้ พร้อมทั้งไม่มีทางลาดสำหรับการเดิน

3. สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานสงเคราะห์ให้บริการผู้สูงอายุ 3 ประเภท ดังนี้

- โครงการหมู่บ้านวัยทองนิเวศน์ ให้ผู้สูงอายุปลูกสร้างเอง ลักษณะบ้านพักเป็นบ้านเดี่ยว เนื้อที่ใช้สอย 45 ตารางเมตร ราคา 350,000 บาทและบ้านปฏิบัติธรรม เนื้อที่ใช้สอย 15 ตารางเมตร ราคา 150,000 บาทและค่าใช้จ่ายรายเดือนๆละ 500 บาท สิทธิในการครอบครองบ้านแก่ผู้สูงอายุและทายาท(บุตร)ที่ระบุไว้ในสัญญาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับเจ้าของคือ อายุ 55 ปี
- ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ
- ให้บริการอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสที่ประสบปัญหาทางสังคม ประเภท สามัญ

4. สววงคณิเวศ ลักษณะบ้านพักเป็นห้องพักบนอาคารสูง 8 ชั้น เนื้อที่ใช้สอย 33 ตารางเมตร ราคา 700,000 บาท สำหรับเจ้าหน้าที่สภากาชาดไทย เจ้าหน้าที่คณะแพทยศาสตร์ สมาชิกเหล่ากาชาดจังหวัดหรืออาสาสมัคร จะได้รับส่วนลด 5% ตั้งอยู่ในบริเวณเดียวกับสถานพักฟื้น สววงคณิเวศ สภากาชาดไทยและสถานีกาชาดที่ 5 และศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ทันสมัย บริการที่ให้มีห้องสมุด ห้องออกกำลังกาย ห้องดูทีวีและคาราโอเกะ ห้องปฐมพยาบาล มีแพทย์เยี่ยมเยียนให้คำปรึกษา ตรวจสุขภาพพื้นฐานปีละครั้ง ส่วนของบริการที่คิดค่าบริการมี อาหารตามสั่ง ซักรีด ทำความสะอาด โทรศัพท์ภายนอก โทรศัพท์สาธารณะ ค่าบริการรายเดือนอีกเดือนละ 1,000 บาท

5. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เป็นการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การหาอาชีพเสริม การจัดหน่วยไปเยี่ยมผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน การออกไปจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เพื่อตรวจสุขภาพและตัดผม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่ศูนย์ฯ การออกกำลังกาย ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน

6. โกลเด้นเฮียร์เนิร์สซิงโฮม มีจำนวนเตียงประมาณ 100 เตียง ราคาประมาณ 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน มีการอบรมผู้ดูแลและเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของนักศึกษาพยาบาล เป็นที่ฝึกงานของนักศึกษาสถาบันราชภัฏ เนื่องด้วยมีการผลิตบุคลากรอย่างต่อเนื่องและเจ้าหน้าที่มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ไม่พบปัญหาจากการขาดแคลนบุคลากร

ภาคผนวก ง

บรรณานุกรม

เนื่องจากมีจำนวนหน้ามากเกินไป ได้รวบรวมเป็นเล่ม แยกจากรายงานการวิจัย