



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้
และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบาย
และการวิจัย”

โดย

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ

กันยายน 2544

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน
องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจน
ข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย”

คณะผู้วิจัย

สังกัด

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ.ดร.นภาพร ชโยวรรณ | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. อ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 5. รศ.ดร.ประคอง อินทรสมบัติ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 6. รศ.ดร.มัทนา พนานิรามัย | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 7. อ.นนุช สุนทรชวกานต์ | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. อ.ศิริวรรณ ศิริบุญ | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. รศ.มาลินี วงษ์สิทธิ์ | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. ผศ.เล็ก สมบัติ | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำ

การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุได้มีการทำขึ้นหลายครั้ง แต่จะเป็นการทบทวนในแง่มุมใดแง่มุมหนึ่งหรือเป็นการทบทวนในภาพกว้างๆเท่านั้น และจะเป็นการทำโดยผู้ทบทวนเพียง 1-2 คน สำหรับการทบทวนครั้งนี้เป็นการทบทวนที่บูรณาการมากกว่าที่เคยมีมา โดยครอบคลุมทั้งด้านประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ (ครอบครัว-ผู้ดูแล-ชุมชน) สุขภาพ เศรษฐศาสตร์ ระบบสวัสดิการ-บริการ และแนวคิดด้านการวิจัย และเป็นการทบทวนโดยนักวิชาการในศาสตร์ต่างๆซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในประเด็นที่ชำนาญและทำการศึกษาวิจัยมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม การทบทวนในหนังสือเล่มนี้ ไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกเรื่องทุกงานวิจัย งานวิจัยที่สำคัญและน่าเชื่อถือจะถูกทบทวนและนำมาร้อยเรียงกันเข้าในประเด็นสำคัญที่จะให้ภาพสถานะของแง่มุมหรือมิติต่างๆในวัยสูงอายุโดยบรรจุไว้อย่างสัมพันธ์กันใน 10 บท

จากองค์ความรู้ต่างๆที่มีอยู่โดยเฉพาะที่ได้ทบทวนไว้ในหนังสือเล่มนี้ สามารถให้ **มโนทัศน์ทางนโยบายระดับชาติด้านผู้สูงอายุและวัยสูงอายุ** ได้ 3 ประการ คือ ประการแรก- ประเด็นผู้สูงอายุและวัยสูงอายุเป็นเรื่องของความมั่นคงของสังคม การดำเนินการนอกจากจะต้องพิจารณาในมิติต่างๆให้ครบถ้วนอาทิ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้นแล้ว ยังต้องพิจารณาในลักษณะของวงจรชีวิตตั้งแต่วัยต้นของชีวิตที่จะต้องมีการเตรียมการสร้างหลักประกันมิติต่างๆเหล่านั้น(Life-long preparation) โดยการดำเนินการเพื่อความมั่นคงดังกล่าวเป็นสิ่งที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน จะต้องเป็นแกนสำคัญในการดำเนินการตามลำดับ และรัฐจะเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการต่างๆ ประการที่สอง- ผู้สูงอายุสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม ไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ว่าระดับประเทศ โดยจำเป็นจะต้องมีกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคมอย่างสมเหตุสมผล อย่างภาคภูมิ และอย่างต่อเนื่อง ประการที่สาม- ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะพึ่งพาหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นส่วนสำคัญในการเกื้อหนุน โดยรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนและการเป็นตาข่ายความปลอดภัยสุดท้าย

เป็นที่น่ายินดีที่องค์ความรู้และมโนทัศน์ที่ได้จากการทบทวนในหนังสือเล่มนี้ ได้ถูกใช้ประกอบในการจัดทำ “ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ” ซึ่งแผนฉบับนี้จะครอบคลุมระยะเวลา 20 ปี (พ.ศ.2545-2564) นอกจากนั้นเนื้อหาต่างๆในหนังสือเล่มนี้ยังได้รับการใช้เป็นฐานข้อมูลเริ่มต้นในการจัดทำชุดโครงการวิจัยภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) 2 ชุดโครงการ คือ ชุดโครงการ “ผู้สูงอายุศึกษาด้านสุขภาพ” และชุดโครงการ “การศึกษาเพื่อการพัฒนา นโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ”

คณะบรรณาธิการและผู้ทบทวนทุกคนมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและนำไปสู่ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและสังคมโดยรวมต่อไป

คณะบรรณาธิการ

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล

รศ.ดร.นภาพร ชัยวรรณ

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

สารบัญ

บทที่

หน้า

1 มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ

- มโนทัศน์ของวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ 1-1
- ช่วงวัยในวงจรชีวิต 1-2
- พัฒนาการของชีวิต - กระบวนการชราและผลต่อบทบาท 1-3
- ความไม่เท่าเทียมกัน - ความจริงในประชากรสูงอายุไทย 1-5
- ศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ กับ หน้าที่ของสังคม 1-6
- หลักประกันในวงจรชีวิตของมนุษย์ 1-6
- ผู้สูงอายุกับการพัฒนา 1-8
- บรรณานุกรม 1-9

2 ประชากรสูงอายุไทย

- คำนำ 2-1
- การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยจากอดีตสู่อนาคต 2-1
 - การเปลี่ยนแปลงด้านขนาดและโครงสร้างทางอายุ 2-1
 - ปัจจัยทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดและโครงสร้างประชากร 2-5
 - การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบประชากร 2-11
- ความเร็วของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร 2-16
- การเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากขึ้น 2-18
- ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรต่อสัดส่วนการพึ่งพา 2-19
- สภาพที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภค – สาธารณูปการ 2-21
- การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบทางสังคม 2-22
- ปัญหาและผลกระทบจากเอดส์ 2-24
- งานวิจัยที่ควรมี 2-25
- ภาคผนวก 2-27
- บรรณานุกรม 2-39

3 ครอบครัวและผู้สูงอายุ

- ครอบครัว ครุฑเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 3-2
- สถานภาพ และบทบาทผู้สูงอายุในอดีต 3-5
- การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ และบทบาทของผู้สูงอายุ 3-5

สารบัญ

บทที่	หน้า
➢ บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน 3-7 ➢ บทบาทและการเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน 3-8 ➢ ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 3-11 - คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ 3-13 ➢ การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ 3-14 ➢ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 3-14 ➢ แนวคิดการพัฒนาครอบครัว 3-15 ➢ ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป 3-17 ➢ บรรณานุกรม 3-19	
4 สุขภาพกับผู้สูงอายุ	
➢ ความสำคัญของสุขภาพต่อวัยสูงอายุ 4-1 ➢ โรคและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย 4-2 - สถานะการเสียชีวิต 4-4 - ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย 4-5 - ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย 4-16 - ภาพรวมโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุ 4-23 ➢ ดัชนีสุขภาพในประชากรสูงอายุ 4-24 ➢ พฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพ 4-25 ➢ ภาระต่อระบบบริการสุขภาพและการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ 4-27 ➢ การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4-27 ➢ ระบบบริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน 4-28 ➢ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4-29 ➢ ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป 4-31 ➢ บรรณานุกรม 4-34	
5 เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ	
➢ การเงินของผู้สูงอายุ และครอบครัว 5-2 ➢ ความยากจนในประชากรสูงอายุ และครอบครัว 5-4 ➢ สถานภาพการทำงาน การเกษียณ และปัญหา 5-7 ➢ งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้ม 5-10	

สารบัญ

บทที่	หน้า
➢ หลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ 5-14 ➢ มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหา 5-19 ➢ ข้อเสนอเพื่อการศึกษาต่อไป 5-22 ➢ บรรณานุกรม 5-23	
6 ผู้ดูแล	
➢ ใครคือผู้ดูแล 6-2 ➢ จำนวนผู้ดูแลในปัจจุบันและประมาณการความต้องการผู้ดูแลในอนาคต 6-2 ➢ ขนาดของปัญหาในการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแล – ครอบครัว-ชุมชน และประเทศ 6-6 ➢ ความทุกข์ยากของผู้ดูแล 6-9 ➢ เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ 6-10 - เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว 6-11 - เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน 6-14 ➢ ทางออกหรือการสนับสนุน 6-16 ➢ งานวิจัยที่ควรมี 6-18 ➢ บรรณานุกรม 6-19	
7 ชุมชนและผู้สูงอายุ	
➢ สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน 7-1 - ความหมายของชุมชน 7-1 - สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน 7-1 - สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน 7-3 ➢ บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน 7-5 - บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชน 7-5 - ปัญหาและอุปสรรคของการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ 7-8 ➢ บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ 7-9 - การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ 7-9 - การสร้างเครือข่ายทางสังคมอย่างกึ่งทางการ 7-11 ➢ วัฒนธรรมชุมชน/ พื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 7-14 - การเคารพผู้สูงอายุ 7-15 - พิธีกรรมและประเพณี 7-15	

สารบัญ

บทที่	หน้า
- สำนักนสฤภษิต และคำพิงเพย	7-15
> แนวคิดในการพัฒนาชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ	7-16
> งานวิจัยที่ควรมี	7-18
> บรรณานุกรม	7-19
8 การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ	
> ความนำ	8-1
> พัฒนาการของการบริหารจัดการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน	8-1
> การดำเนินการของภาคเอกชน	8-12
> ปัญหาของกลไกการบริหารจัดการ	8-13
> แนวคิดของการพัฒนา	8-15
> งานวิจัยที่ควรศึกษาเพิ่มเติม	8-16
> บรรณานุกรม	8-18
9 ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต	
> ทบทวนระบบงานการศึกษาและบทความความคิดเห็นด้านระบบเพื่อผู้สูงอายุ	9-1
- รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการ-สวัสดิการ หรือรายงานการศึกษาที่ใช้ผลจากการวิจัยอนาคตศึกษาเป็นองค์ประกอบในการศึกษา (4 รายงาน)	9-1
- รายงานความคิดเห็นด้านระบบจากบุคคลหรือคณะบุคคลที่ทำการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ และ/หรือดำเนินการวิจัย และใช้เป็นแนวทางรองรับความคิดเห็นหรือเป็นรายงาน หรือบทในตำราของบุคคลหรือคณะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ (22 รายงาน)	9-11
- รายงานการวิจัยรูปแบบการบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย (7 รายงาน)	9-25
> ระบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต	9-31
> ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลที่จะเกิดขึ้นต่อรูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต	9-35
> ข้อเสนอแนะกลไกเพื่อการพัฒนาบบสวัสดิการและบริการสำหรับผู้สูงอายุ	9-42
> การศึกษาวิจัยที่ควรมีในอนาคต	9-43
> บรรณานุกรม	9-44

สารบัญ

บทที่		หน้า
10	ระบบวิจัยและแนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย	
	➢ ปรัชญาด้านการวิจัย	10-1
	➢ วิสัยทัศน์ทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุ	10-1
	➢ แนวทางการวิจัยด้านผู้สูงอายุและกรอบประเด็นวิจัยที่เหมาะสมกับประเทศไทย	10-2
	➢ สภาพของกลไกและโครงสร้างด้านการสร้างความรู้/ การวิจัยด้านผู้สูงอายุในปัจจุบัน ของประเทศไทย	10-3
	➢ สภาพของกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุในต่างประเทศ	10-5
	➢ ข้อเสนอโครงสร้างและกลไกการวิจัยด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย	10-5
	➢ บรรณานุกรม	10-7

สารบัญรูป

บทที่	รูปที่	หน้า
1	1 การดำเนินธรรมชาติของสมรรถภาพในมนุษย์และอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ	1-4
	2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานะภาพจากที่เป็นอิสระสู่ระยะพึ่งพา	1-5
2	1 จำนวนประชากรรวม(ต่อ 1000) และประชากรอายุ 60 ⁺ ปี ของประเทศไทย ปี พ.ศ.2513-พ.ศ.2593	2-2
	2 สัดส่วนประชากร < 15 และสัดส่วนประชากร 60 ⁺ ปี พ.ศ.2513-พ.ศ.2593	2-3
	3 ปริมาณประชากรไทย ปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2593	2-4
	4 อัตราเพิ่มประชากรรวมและประชากรอายุ 60 ⁺ ปีพ.ศ.2533-พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2563-พ.ศ.2568	2-6
	5 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอดพ.ศ.2507-พ.ศ.2508 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573	2-6
	6 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 60 ปี จำแนกตามเพศ	2-8
	7 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดที่คาดประมาณของเพศชายและหญิง พ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2568-พ.ศ.2573	2-8
	8 ปริมาณประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2538-พ.ศ.2568	2-12
	9 ร้อยละของประชากรอายุ 60-64, 80-84 และ 60 ⁺ ปี ที่เป็นเพศหญิง	2-13
	10 สถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุแยกตามเพศ พ.ศ.2529 และพ.ศ.2538	2-14
	11 สัดส่วนที่อ่านออกเขียนได้ของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523-พ.ศ.2563	2-14
	12 ระดับการศึกษาที่คาดประมาณของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523-พ.ศ.2563	2-15
	13 การกระจายจำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้สูงอายุในปัจจุบันและที่คาดหมายของผู้สูงอายุในอนาคต	2-16
	14 อัตราส่วนการรวม อัตราส่วนการที่เป็นเด็ก และอัตราส่วนการที่เป็นผู้สูงอายุ พ.ศ.2523-พ.ศ.2593	2-20
4	1 กราฟรอดชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยในประชากร	4-2
	2 DALYs ของกลุ่มโรคในประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือมากกว่า ในปีพ.ศ.2530 และพ.ศ.2536 จำแนกตามกลุ่มโรค	4-4
	3 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของภาวะทุพพลภาพระยะยาวตามกลุ่มอายุและเพศ	4-17

สารบัญรูป

บทที่	รูปที่	หน้า
4	4 ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพโดยพิจารณาจากความชุกของภาวะทุพพลภาพในกลุ่มประชาชนย่อยจำแนกตามสถานะทางการเงินและการเขียนหนังสือ	4-21
6	1 องค์ประกอบสำคัญที่เป็นตัวกำหนดการดูแลและจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ	6-3
9	1 โครงสร้างระบบบริการและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุ	9-13
	2 โครงสร้างระบบบริการการบริการด้านสุขภาพของประเทศ : เน้นโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐาน	9-27
	3 โครงสร้างการบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในโครงการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย	9-28

สารบัญตาราง

บทที่	ตารางที่	หน้า
2	1 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน) ที่คาดประมาณระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.22543 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573	2-7
	2 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573 จากแหล่งข้อมูลที่คาดประมาณต่างๆ	2-10
	3 ปีพุทธศักราชที่สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 7 และร้อยละ 14 ในประเทศต่างๆ	2-18
	ก จำนวนประชากรรวม ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ	2-27- 2-29
	ข จำนวนประชากร (x 1000) จำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2563	2-30
	ค การกระจายร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2563	2-31
	ง อัตราเพิ่มประชากรรวมและอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ	2-32
	จ อัตราเกิดหยาบ และอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน)	2-32
	ฉ อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิด อัตราตายหยาบ(ต่อพัน) และอัตราตายทารก(ต่อพัน)	2-33
	ช จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-34
	ช จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-35
	ณ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (หน่วย : พันคน) จำแนกตามอายุ และเพศ จากการคาดประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-36
	ญ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ จากการฉายภาพประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-37
	ฎ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุจากการประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-37
	ฎ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1000 คน) จำแนกตามอายุ จากการคาดประมาณประชากร พ.ศ.2543-พ.ศ.2568	2-38
4	1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย	4-7

สารบัญตาราง

บทที่	ตารางที่	หน้า
4	2 อัตราการเจ็บป่วยที่สำคัญคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย พ.ศ.2534-พ.ศ.2535 (NHES-1) จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ	4-8
	3 อัตราร้อยละของภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์จากการสำรวจในปีพ.ศ.2538	4-9
	4 สัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะบกพร่องประเภทต่างๆในประชากรสูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง	4-12
	5 อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 15 อันดับแรกของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย	4-13
	6 ร้อยละของอาการนำ/โรค 20 อันดับแรก ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย	4-14
	7 ความชุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทย	4-15
	8 ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ	4-18
	9 อัตราความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรต่างๆ	4-19
	10 ความชุกและภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ	4-20
	11 ลำดับความสำคัญของโรค และความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวในผู้สูงอายุชายและหญิงโดยอาศัย population attributable risk factions	4-22
	12 โรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆโดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน	4-23
	13 อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (Longterm-Disability Free Life Expectancy; LDFLE) และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (Active Life Expectancy; ALE)	4-24
	14 สัดส่วน (ร้อยละ) ระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพ (DFLE, ALE) กับอายุคาดหวัง (LE) ของประชากรสูงอายุ จำแนกตามสุขภาพและเพศ	4-25
	15 โรคที่ควรตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทย และกลวิธีที่แนะนำ	4-28

สารบัญตาราง

บทที่	ตารางที่	หน้า
9	1	เปรียบเทียบสวัสดิการในรายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า” กับที่เสนอแนะในรายงานอื่นๆ และที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติพ.ศ.2525-2544” และ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว(พ.ศ.2535-พ.ศ.2554)”
		9-37 - 9-38
	2	เปรียบเทียบบริการในรายงานการศึกษา “ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า” กับที่เสนอแนะในรายงานอื่นๆ และที่ปรากฏใน “แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติพ.ศ.2525-2544” และ “สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว(พ.ศ.2535-พ.ศ.2554)”
		9-39 - 9-41

บทที่ 1: มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

“ใครๆก็อยากเติบโตใหญ่ แต่ไม่มีใครอยากแก่”

“ใครๆก็อยากไปสวรรค์ แต่ไม่มีใครอยากตาย”

ข้อความในประโยคทั้งสองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตมนุษย์ ถึงแม้ไม่ปรารถนาจะแก่ ไม่ปรารถนาจะตายแต่ก็ไม่มีใครสมปรารถนา ระยะเวลาของชีวิตก่อนที่จะถึงความตาย มนุษย์ส่วนใหญ่จะตกอยู่ในสภาวะของความชราในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า “ความชราเป็นวิถีในชีวิต” คำว่า “ชรา” ที่หมายถึงความแก่ ความซำหุดทรุดโทรม ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งทางกาย จิตใจ เกิดความหดหู่และสิ้นหวัง ดังนั้นคำว่า “ผู้สูงอายุ” ที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่าทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ เกียรติและศักดิ์ศรี จึงถูกนำมาใช้แทนตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ผ่านมา⁽¹⁾ การทำความเข้าใจกับคำสองคำนี้ในบริบทของสังคมไทยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งที่จะต้องศึกษาทบทวนและแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวงจรชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคง และเข้าสู่วงจรสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

มโนทัศน์ของวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่คนส่วนใหญ่เข้าใจว่ากำหนดขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจ ถึงแม้ว่าการมองวัยนี้จะสัมพันธ์กับอายุและกระบวนการชราแต่การกำหนดเส้นแบ่งว่าผู้ใดเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับอิทธิพลจากกรอบความคิดทางสังคมเป็นหลัก⁽²⁾ ในสังคมเดิมซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมอายุของประชากรไม่ยืนยาวนัก ผู้ที่มีอายุสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในสังคมนั้นจะได้รับการกล่าวขานว่าเป็นผู้อาวุโสหรือผู้เฒ่า (อายุเปรียบเทียบ) นอกจากนั้นภายในสังคมเดิมจะมีระบบของการเกื้อกูลกันภายในครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็ง ทำให้สังคมแบบเดิมซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมจึงไม่มีความจำเป็นในการจำแนกบุคคลว่าเป็นผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์อายุสัมบูรณ์

แนวความคิดของวัยสูงอายุได้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยได้เริ่มขึ้นภายหลังจากมีการเปลี่ยนเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรม ซึ่งระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมได้เน้นประสิทธิภาพเป็นหลัก โดยคนส่วนใหญ่อยู่ในฐานะลูกจ้างและมีอายุนาน เมื่อทำงานถึงวัยหนึ่งที่ประสิทธิภาพลดลง ผู้รับจ้างก็จะถูกให้ออกจากงานไม่ว่าจะมีเงินชดเชยให้หรือไม่ก็ตาม ดังนั้นเมื่อถึงอายุหนึ่งความสามารถและโอกาสในการหางานทำก็จะลดลงกลายเป็นผู้ด้อยโอกาสและเกิดปัญหาในสังคมขึ้น นอกจากนั้นผู้ที่มีอายุมากเหล่านี้จะมีความเจ็บป่วยและทุพพลภาพ เกิดความจำเป็นต้องพึ่งพาและรับการดูแลอย่างมาก ในขณะที่

เดียวกันการพัฒนาทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่ครอบครัวชุมชนและสังคมไม่สามารถจัดการได้ตามที่ควรจะเป็น และนั่นคือจุดเปลี่ยนที่สังคมในประเทศทางตะวันตกเข้ามาพิจารณาและให้ความสำคัญกับการเป็นผู้สูงอายุ การดำเนินการที่เกิดขึ้นคือ การให้การช่วยเหลือ การให้สวัสดิการและการบริการ จนถึงการทำบำนาญ จึงมีความจำเป็นจะต้องกำหนดเส้นแบ่งและตั้งนิยามให้กับบุคคลที่มีวัยเข้าสู่ระยะที่จะมีสิทธิได้รับสวัสดิการ-บริการ-สิทธิประโยชน์ต่างๆ และนั่นจึงเป็นที่มาแห่ง “วัยผู้สูงอายุ” ด้วยเหตุนี้เส้นแบ่งที่ใช้ในแต่ละสังคม (ประเทศ) จึงอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของโครงสร้างประชากร-สังคมเศรษฐกิจและความพร้อมของสังคมนั้นๆ ดังนั้นเมื่อแนวความคิดเรื่องวัยและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุได้แพร่เข้าสู่สังคมไทย (เริ่มตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ 24) จึงเกิดการดำเนินการต่างๆต่อเนื่องและพัฒนาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ และในสังคมไทยผู้ที่มีความเข้าใจถึงมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในบริบทแห่งสังคมไทยอย่างแท้จริงกลับมีอยู่ไม่มากนัก

สังคมไทยในพุทธศตวรรษที่ 25 เป็นสังคมเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ แนวนอนว่ามีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรมและระบบเศรษฐกิจแห่งการจ้างงานมากขึ้นเป็นลำดับ แต่ด้วยสถานการณ์ในปัจจุบันทั้งในระดับประเทศและในระดับโลกคงเป็นที่เข้าใจกันดีว่าโอกาสที่สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรมเป็นหลักนั้นคงใช้เวลาอีกยาวนานหรืออาจไม่มีโอกาสเกิดขึ้นเลยก็เป็นได้ เป็นที่แน่นอนว่าถึงแม้จะผ่านเลยถึงพุทธศตวรรษที่ 25 ไปแล้วระบบเศรษฐกิจของไทยก็ยังคงมีลักษณะของสังคมเกษตรกรรมที่เป็นอาชีพหลักของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และหมายความว่ากรอบความคิดหรือกลวิธีการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อที่จะรักษาความสงบสุขของสังคมของประเทศไทยไม่อาจใช้แนวทางที่คัดลอกมาจากต่างประเทศซึ่งเป็นสังคมอุตสาหกรรมและการจ้างงานได้ทั้งดุ้น ดังนั้นประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องคิดไตร่ตรองกันอย่างละเอียดรอบคอบ

ช่วงวัยในวงจรชีวิต

ในความจริงของชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนตายสามารถจำแนกช่วงหรือระยะของชีวิตออกได้เป็น 4 วัยโดยอาศัยสถานะของความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นอิสระ ซึ่งไม่ได้ขึ้นกับเกณฑ์ตัวเลขของอายุแต่อย่างใด⁽³⁾ ช่วงชีวิตทั้งสี่ประกอบไปด้วย

วัยที่หนึ่ง : เริ่มตั้งแต่แรกเกิดและอยู่ในระยะของพัฒนา เป็นวัยที่ต้องการการดูแล ต้องพึ่งพา และยังไม่สามารถดำรงอยู่โดยลำพังในสังคมได้ ดังนั้นวัยนี้จึงเป็นวัยของเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตามเด็กหรือวัยรุ่นนี้สามารถแยกไปมีชีวิตตามลำพังได้อย่างเหมาะสมก็จะเปลี่ยนเข้าสู่วัยที่สอง

วัยที่สอง : เป็นวัยที่สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในสังคม ทำงานและรับผิดชอบดูแลตนเองได้ อาจสมรสมีครอบครัวหรือเป็นโสดก็ได้ และยังสามารถอาศัยร่วมชายคาเดียวกับบุพพการีได้เช่นกัน วัยนี้สอดคล้องกับสิ่งที่เรียกอยู่ทั่วไปว่าวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน

วัยที่สาม : เป็นวัยที่สามารถอยู่อย่างเป็นอิสระ แต่สามารถหยุดจากงานที่ต้องทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ เนื่องจากได้รับสวัสดิการ มีเงินออมเพียงพอ หรือได้รับการอุปถัมภ์จากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นวัยนี้จึงเป็นวัยที่สามารถมีเวลาเป็นของตนเอง สามารถเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ จึงมีผู้กล่าวว่าวัยนี้เป็นวัยทองหรือวัยวัฒนา เมื่อพิจารณาจะเห็นว่าคนจำนวนไม่น้อยที่เข้าสู่วัยนี้ได้ก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ผู้สูงอายุ) จำนวนมากไม่ได้อยู่ในวัยที่สาม แต่ยังคงติดในวัยที่สองโดยต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุที่ยังอยู่ในวัยที่สองมักเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม

วัยที่สี่ : เป็นวัยที่ต้องกลับมาพึ่งพาอีกครั้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากปัญหาทางสุขภาพ ไม่สามารถดำรงชีพในชุมชนอย่างเป็นอิสระได้ ต้องมีผู้ดูแล บุคคลในวัยนี้คือวัยชราที่แท้จริง คนบางคนเข้าสู่วัยชราตั้งแต่อายุ 60 ปี บางคนเข้าเมื่อวัยสูงอายุต้นๆ แต่โดยทั่วไปจะเข้าสู่วัยนี้ที่อายุราว 75-80 ปี

สำหรับประเทศไทยได้ถือนิยาม “ผู้สูงอายุ” ว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป⁽⁴⁾ ซึ่งเมื่อมองในภาพรวมคนจำนวนมากในสังคมไทยจะมองเห็นแต่เพียงว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่อยู่ในวัยที่สามเป็นส่วนใหญ่ และอยู่ในวัยที่สี่หรือวัยชราเป็นส่วนน้อย ทั้งที่ในความจริงของประเทศไทยผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุเป็นผู้ที่ยังอยู่ในวัยที่สองไม่ได้น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยที่สามแต่อย่างใด^(5,6) และผู้ที่ตกอยู่ในวัยชราก็มีได้มีจำนวนน้อยมากดังที่เข้าใจกันอยู่โดยทั่วไป^(7,8)

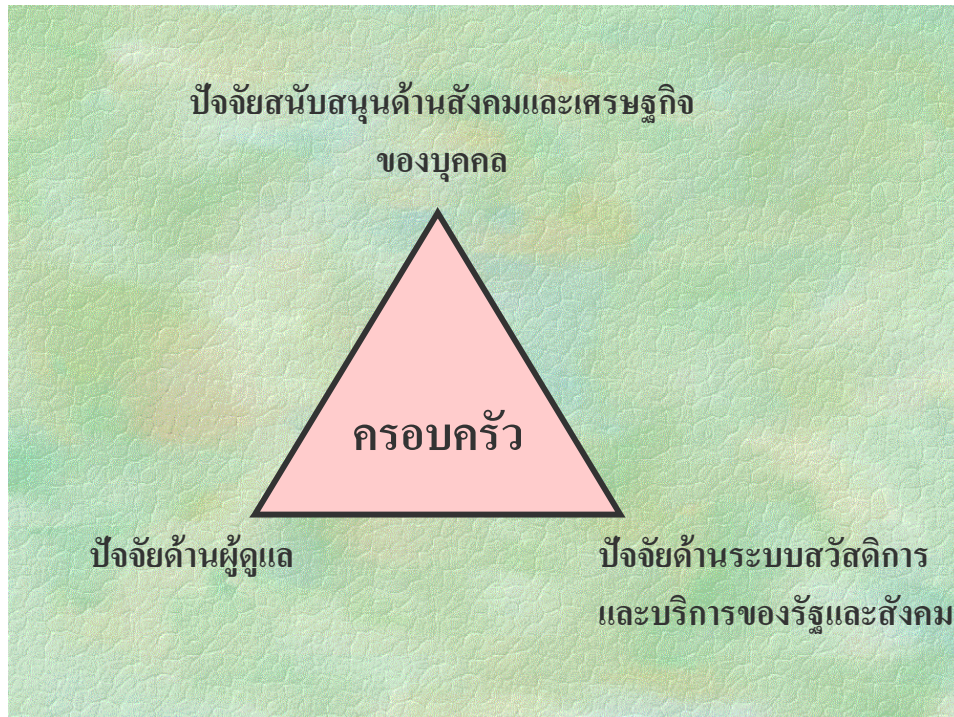
ประชากรสูงอายุยังอาจพิจารณาออกได้เป็นสองกลุ่มตามความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน⁽⁹⁾ กลุ่มแรกคือ “กลุ่มปลอดภัย” เป็นกลุ่มที่สามารถอยู่ได้ในชุมชนอย่างคุณภาพ ไม่ว่าจะต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือไม่ก็ตาม สำหรับผู้ที่ทุพพลภาพหรือต้องพึ่งพาจะมีครอบครัวและชุมชนช่วยดูแล และไม่จำเป็นต้องย้ายเข้าสู่สถานบริการเรื้อรัง กลุ่มที่สองคือ “กลุ่มพ่ายแพ้” เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะมีความต้องการด้านสังคมหรือสุขภาพก็ตาม ได้แก่ การขาดแคลนผู้ดูแล การที่ครอบครัวและชุมชนไม่สามารถรับภาระหรือการที่มีสถานะทางสุขภาพที่แย่เกินกว่าผู้ดูแลจะจัดการได้ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะได้รับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า หากได้เข้ารับบริการหรือดูแลในสถานบริการเรื้อรังทั้งที่เป็นสถานบริการทางสังคมและทางสุขภาพ นอกจากนี้ในความเป็นจริงจะพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มปลอดภัยจำนวนหนึ่งอยู่ในสถานะ “กลุ่มเสี่ยง” เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มพ่ายแพ้ในอนาคต ลักษณะเสี่ยงของประชากรในกลุ่มนี้^(7,10) ได้แก่ เพศหญิง อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ อาศัยอยู่คนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร ฐานะการเงินยากไร้ มีปัญหาทางสุขภาพมาก และมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย เป็นต้น

พัฒนาการของชีวิต-กระบวนการชราและผลต่อบทบาท

ความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นความจริงตามธรรมชาติ แน่นอนว่าเมื่ออายุมากขึ้นความแตกต่างยิ่งแปรปรวนมากขึ้น แต่ในช่วงของความแตกต่างเหล่านั้นแนวโน้มและการดำเนินตามธรรมชาติมีลักษณะที่สอดคล้องกันชัดเจนโดยเฉพาะสมรรถนะและสถานะพึ่งพา⁽²⁾ (รูปที่1) ตั้งแต่แรกเกิดสมรรถนะจะพัฒนาดีขึ้นอย่างรวดเร็วและไปถึงจุดสูงสุดในราวอายุ 20-30 ปี จากนั้นจะเกิดการเสื่อมถอยลงเป็นลำดับอย่างช้าๆ การเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับกระบวนการชรา จนเข้าสู่ระยะหนึ่งสมรรถนะจะถดถอยจนต้องเข้าสู่สถานะพึ่งพาซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นที่อายุ 75-80 ปี โรคและอุบัติเหตุจะนำเข้าสู่สถานะพึ่งพาเร็วขึ้นในขณะที่การส่งเสริมพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เหมาะสมจะช่วยคงหรือยกให้อายุที่จะเข้าสู่สถานะพึ่งพายืดยาวออกไปได้ สภาพแวดล้อม-การพัฒนาทางสังคมเศรษฐกิจ-การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เส้นกราฟภายหลังจากจุดสูงสุดของสมรรถภาพมีความชันลดลงหรืออีกนัยหนึ่งจุดที่จะเริ่มพึ่งพายืดยาวออกไป ในขณะที่เดียวกันสถานะสุขภาพ-ความปลอดภัย-สิ่งแวดล้อม-ฐานะการเงิน-รายได้-ครอบครัว-และความรู้เป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลที่นำไปสู่โอกาสของการมีระยะที่ปลอดสถานะพึ่งพายืดยาวขึ้นและเป็นการสร้างหลักประกันเมื่อต้องเข้าสู่ระยะพึ่งพา

สูงอายุ(วัยที่สามและวัยที่สี่)อย่างมีคุณภาพหรือที่เรียกว่า “ประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ” จึงเป็นสิ่งที่ทั้งปัจเจกบุคคลและสังคมจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

รูปที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานะภาพจากที่เป็นอิสระสู่ระยะพึ่งพา



ความไม่เท่าเทียมกัน - ความจริงในประชากรสูงอายุไทย

ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมเป็นสิ่งที่ทุกคนทราบกันดีว่ามีอยู่ วลีที่ว่า “โง่-จน-เจ็บ” มีการกล่าวขานกันมานานและเป็นเรื่องที่มาจากประสบการณ์ของบุคคล จวบจนถึงปัจจุบันได้มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของ การเขียนหนังสือไม่ได้ (โง่) การขาดทุนด้านการเงิน (จน) และความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (เจ็บ) ว่าเป็นความจริงในประชากรสูงอายุไทย⁽⁷⁾ ความสัมพันธ์ดังกล่าวแสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและสุขภาพโดยเป็นผลที่สะสมกันมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิต และแน่นอนว่าความไม่เท่าเทียมกันนี้จะส่งผลให้กลุ่มด้อยโอกาสเป็นกลุ่มที่มีโอกาสจะเข้าสู่ระยะพึ่งพาเร็วและมากที่สุด นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้ที่อ่าน-เขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ที่เศรษฐกิจไม่ดี ผู้อยู่ในชนบท และผู้ที่มีอายุมาก เป็นกลุ่มที่เข้าถึงการบริการได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น^(13,14)

ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทยมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุโดยความแตกต่างจะยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุหญิงเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ⁽⁹⁾ เนื่องจากเป็นโสดและอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับบุคคลที่ไม่ใช่ญาติสูงกว่าผู้สูงอายุชาย มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและสัดส่วนของการ

อ่านเขียนหนังสือไม่ได้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย มีโอกาสหาและทำงานมีรายได้น้อยกว่าผู้สูงอายุชาย มีจำนวนโรคภัยไข้เจ็บสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และถึงแม้จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชายแต่ก็ต้องใช้เวลาในระยะทุพพลภาพและพึ่งพาในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชายชัดเจน

ศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ กับ หน้าที่ของสังคม

มีคำอยู่สองคำที่มีความหมายมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ “ศักดิ์ศรี” และ “คุณค่า” สำหรับคำว่าศักดิ์ศรีผู้ที่จะให้คำตอบที่ดีที่สุดคือตัวผู้สูงอายุเอง แต่สำหรับคำว่าคุณค่าผู้ที่มีความสำคัญคือชุมชนและสังคม

ผู้สูงอายุทุกคนย่อมมีศักดิ์ศรี นอกจากศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์แล้วผู้สูงอายุแต่ละคนยังมีศักดิ์ศรีในตัวเองที่เกิดจากการทำงานและการมีส่วนร่วมในสังคมมาตลอดชีวิตในฐานะของผู้ประพฤติดี เป็นพลเมืองดี ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นภูมิปัญญาของสังคม⁽¹⁵⁾ ดังนั้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุเคยอยู่ในฐานะผู้ให้มาก่อนทั้งต่อครอบครัวชุมชนและสังคม และมีส่วนร่วมในความเป็นหน่วยกำลังของรัฐทั้งในด้านกำลังปัญญา กำลังกาย และกำลังทรัพยากรอยู่มากมายไม่น้อย

ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในระยะวัยที่สี่หรือวัยชราเป็นระยะที่สังคมทุกแห่งให้มุมมองที่แตกต่างกันออกไปเนื่องจากเป็นระยะของผู้ใช้ทรัพยากรโดยมีผลผลิตต่ำหรือไม่มีเลย หากพิจารณาในด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของบุคคลในวัยนี้แล้วการให้การดูแลจัดการจะเป็นการสิ้นเปลือง แต่ในความเป็นจริงแล้วบุคคลเหล่านี้ได้ทำหน้าที่ของหน่วยในสังคมมาตลอดชีวิต ผู้ที่เคยได้รับอานิสสงส์คงไม่อาจปฏิเสธการตอบแทนตามที่พึงจะเป็นไปได้⁽¹⁶⁾ ตั้งแต่ครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิดและได้รับผลประโยชน์มากที่สุด ชุมชนที่อยู่รอบข้างและได้ผลประโยชน์รองลงมา จนถึงสังคมและรัฐที่ไม่อาจปฏิเสธถึงคุณความดีหรือคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีมาแต่ในอดีต ดังนั้นครอบครัวชุมชนสังคมและรัฐจึงมีหน้าที่ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ต่อประชากรกลุ่มนี้^(17,18) หน้าที่ดังกล่าวคือการให้การเกื้อกูลและสนับสนุนหลักประกันในระยะที่มีความจำเป็น จะเห็นว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดในมาตรา 54 และ 80 อย่างชัดเจนถึงหน้าที่ของรัฐที่จะต้องต่อประชากรสูงอายุ⁽⁴⁾ และร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุก็ได้ระบุถึงภาระหน้าที่ของหน่วยต่างๆในสังคมโดยละเอียดมากขึ้น⁽¹⁹⁾ ร่างปฏิญญาว่าด้วยผู้สูงอายุเนื่องในปีผู้สูงอายุสากล พ.ศ.2542⁽²⁰⁾ ได้ระบุชัดเจนเป็นลำดับแรกว่าผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี และยังระบุให้ครอบครัว-สังคม-และรัฐจำต้องให้การเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

หลักประกันในวงจรชีวิตของมนุษย์

ด้วยความจริงที่ทุกคนจำเป็นต้องตระหนักว่ากระบวนการชราเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่วัยต้นของชีวิต การจะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุโดยมีโอกาสนี้จะได้อยู่ในวัยที่สามเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการ นอกจากนั้นการที่จะทำให้ระยะเวลาก่อนเข้าสู่วัยที่สี่หรือวัยชรายาวนานให้มากที่สุดก็เป็นสิ่งที่ต้องมีการเตรียมและปฏิบัติตามตลอดชีวิต ถึงแม้ว่ามนุษย์จะมีโอกาสปฏิเสธการเข้าสู่วัยชราได้น้อยมาก แต่ก็สามารถที่จะทำให้ชีวิตในวัยชรานี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสมเหตุสมผลได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพและมีหลักประกันของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการตั้งแต่วัยต้นมาอย่างต่อเนื่อง (Life-long preparation)

สังคมไทยกำลังเดินเข้าสู่ระยะของประชากรชราในระยะเวลาอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2563) โดยจะมีประชากรสูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศและมีประชากรสูงอายุที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²¹⁾ และการที่จะทำให้สังคมประสบความ

สำเร็จในระยะประชากรชราเป็นงานหรือหน้าที่ของทุกหน่วยในสังคมที่จำเป็นต้องร่วมแรงร่วมใจกันโดยไม่อาจปฏิเสธได้ จุดมุ่งหมายหลักของการดำเนินการคือ “การเสริมสร้างหลักประกัน” ทั้งต่อวงจรชีวิตของปัจเจกบุคคลและประชากรในสังคม

หลักประกันสำคัญในวงจรชีวิต⁽³⁾ โดยเฉพาะเพื่อคุณภาพอย่างสมเหตุสมผลในการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุและวัยชรา ประกอบไปด้วย

- **หลักประกันด้านสุขภาพ** ได้แก่การมีสุขภาพที่ดีและคงไว้ต่อเนื่องให้นานที่สุดเพื่อลดทอนโอกาสและระยะเวลาที่ต้องตกอยู่ในสถานะพึ่งพาหรือภาระค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น การที่จะมีสุขภาพที่ดีนอกจากจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีพที่จะต้องพร้อมและเอื้อให้เกิดความสามารถในการมีพฤติกรรมที่สามารถคงสุขภาพที่ดีไว้ได้ ปัจจัยพื้นฐานเหล่านั้นได้แก่ เศรษฐฐานะและรายได้ ที่อยู่อาศัย และสถานะโภชนาการ ในขณะเดียวกันการสนับสนุนทางสังคมตลอดจนการดำเนินการของภาครัฐก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะเอื้อให้ประชากรสามารถมีพฤติกรรมที่คงสถานะทางสุขภาพเอาไว้ได้ หลักประกันทางสุขภาพที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือ การมีระบบบริการที่สามารถรองรับกับความต้องการของประชากรได้อย่างสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพ ระบบบริการจำต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังต้องสามารถรองรับความต้องการได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังอีกด้วย ระบบบริการส่วนสำคัญที่จะเป็นหลักประกันคือส่วนที่มาจากรัฐ สำหรับที่มาจากภาคเอกชนและองค์กรอิสระต่างๆเป็นแต่เพียงระบบเสริมเพื่อเป็นทางเลือกและเกื้อหนุนระบบของรัฐ
- **หลักประกันด้านรายได้** คำว่า “รายได้” ไม่ได้จำเป็นจะต้องอยู่ในรูปของเงินตราโดยตรง แต่หมายรวมถึงทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ การมีหลักประกันด้านรายได้เป็นส่วนสำคัญของวงจรชีวิต หลักประกันรายได้มีที่มาจาก 4 แหล่งด้วยกัน⁽²²⁾ คือ แหล่งแรก-จากตนเองโดยการทำงานตั้งแต่วัยต้นและมีการเก็บออมโดยวิธีการต่างๆ เช่น การฝากธนาคาร การซื้อพันธบัตร หรือการซื้อกรมธรรม์ประกันชนิดต่างๆ นอกจากนั้นการที่สามารถมีงานทำและมีรายได้ต่อเนื่องยังเป็นหลักประกันที่สำคัญเช่นกัน แหล่งที่สอง-การเกื้อหนุนภายในครอบครัวโดยเฉพาะระหว่างรุ่น (บุพการี-ลูกหลาน) อันเป็นระบบประกันที่มีมาแต่โบราณและเป็นระบบที่ยังสำคัญที่สุดในปัจจุบัน แหล่งที่สาม-การเกื้อหนุนภายในชุมชนหรือสังคม โดยผ่านทางองค์กรต่างๆ เช่น มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น การเกื้อหนุนภายในกลุ่มขึ้นกับวัฒนธรรมจารีตประเพณีและความเป็นประชาสังคมของชุมชนหรือสังคมนั้น และแหล่งสุดท้าย-หลักประกันที่จัดการให้มีขึ้นโดยรัฐที่มีการครอบคลุมกว้างขวาง เช่น ระบบบำนาญบำนาญ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือระบบประกันสังคม
- **หลักประกันด้านผู้ดูแล** เนื่องจากในระยะหนึ่งระยะใดโดยเฉพาะในช่วงปลายของชีวิตแทบทุกคนจะต้องตกอยู่ในสภาพที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้นการมีหลักประกันด้านผู้ดูแลจึงมีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะในระยะวัยชรา หลักประกันที่มั่นคงและมีมานานที่สุดคือการเกื้อหนุนกันภายในครอบครัว^(5,23) โดยที่บุตรหลานจะเป็นผู้ดูแลหลัก ดังนั้นโครงสร้างครอบครัวขยายและความสัมพันธ์ในครอบครัวทางโลกตะวันออกจึงเป็นกลไกสำคัญของการคงอยู่ของหลักประกันด้านนี้ ในกรณีที่หลักประกันทางครอบครัวไม่สามารถคงอยู่ได้ ชุมชนและรัฐจึง

เป็นแนวหลักประกันต่อไปซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีบทบาทเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับภาคเอกชนเป็นหลักประกันด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับหลักประกันด้านรายได้อย่างมาก จนสามารถนับได้ว่าเป็นประโยชน์อันเนื่องมาจากหลักประกันด้านรายได้

- **หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย** เป็นส่วนสำคัญในวงจรชีวิต หลักประกันนี้จะมีพื้นฐานอยู่กับ ครอบครัวและการเกื้อหนุนภายในครอบครัว อย่างไรก็ตามบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ขาดหลักประกันนี้และจะก่อให้เกิดปัญหาได้มากในวัยที่สามและสี่ การเกื้อหนุนและการบริการหลักประกันด้าน ที่อยู่อาศัยจึงจำต้องมีขึ้นโดยการดำเนินการของภาครัฐเป็นส่วนสำคัญ โดยมีการเสริมจากองค์กรเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร หลักประกันครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการทางการเงินสนับสนุนให้สามารถเป็นเจ้าของที่พักอาศัย การบริการที่พักอาศัยในราคาที่ย่อมเยา จนถึงบริการโดยไม่คิดมูลค่าเช่นบ้านผู้สูงอายุดังในปัจจุบัน
- **หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม** เป็นหลักประกันที่จำเป็นต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งหมายรวมถึงการออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจากบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแล นอกจากนั้นยังครอบคลุมถึงการดำเนินการให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการบริการสาธารณะ (เช่น สวนสาธารณะ ขนส่งสาธารณะ และสถานที่สาธารณะ) ที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการเข้าใช้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงสายสัมพันธ์ในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง สามารถมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงการบริการและสวัสดิการต่างๆที่เป็นส่วนให้เกิดหลักประกันในด้านอื่นๆ รัฐและชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันด้านนี้
- **หลักประกันด้านความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร** ผู้สูงอายุและบุคคลที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตจำเป็นต้องได้รับหลักประกันว่าจะมีโอกาสได้รับความรู้ที่จำเป็นและเหมาะสมต่อวิถีชีวิตและการดำรงชีพ นอกจากนั้นยังต้องมีหลักประกันที่จะมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสิทธิ-การปรากฏของสวัสดิการ-แหล่งการบริการและหน่วยบริการ-ตลอดจนกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการสร้างหลักประกันด้านต่างๆ รัฐเป็นส่วนที่จะต้องเสริมสร้างหลักประกันนี้เช่นกัน

ผู้สูงอายุกับการพัฒนา

เป็นที่ตระหนักกันอยู่โดยทั่วไปว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่และส่วนใหญ่ของช่วงชีวิตในวัยสูงอายุ ได้เป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนและเกื้อกูลครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่สังคม-ประเทศชาติ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ความเข้าใจที่ว่าผู้สูงอายุสมควรพักผ่อน ไม่ควรต้องทำงาน หรือไม่ควรจะต้องทำกิจกรรมอื่นใดนอกเหนือกิจกรรมเพื่อตนเอง เป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการเกื้อกูลและพัฒนา นอกจากจะเป็นศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจแล้ว ยังเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่องอีกด้วย ดังนั้น มโนทัศน์สำคัญสำหรับวัยสูงอายุในปัจจุบันและอนาคต คือ ผู้สูงอายุสมควรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่ระดับประเทศ โดยจำเป็นจะต้องมีกระบวนการส่งเสริมและดำเนินการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

บรรณานุกรม

1. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรสูงอายุไทย ตอนที่ 2: นโยบายและมาตรการต่อผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ 2542;26:1-4.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2535;36:821-7.
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรามัย, มาลินี วงษ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, สิริพร ชันศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญามาติยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. ราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2540 เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก.
5. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2541.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:17-33.
8. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2537;38:493-7.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.
11. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ. ใน: เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญามาติยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:95-104.
12. Smutharaks B, Wecharak P, Kongkamned R, Sitthi-Amorn C. Quantitative Assessment of Disease Impact on Society: a conceptual approach to prioritization & agenda setting of health problems for policy determination in Thailand. Bangkok: The College of Public Health, Chulalongkorn University, 1997.
13. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคความดันเลือดสูง: ภาพสะท้อนคุณภาพการบริการและความไม่เท่าเทียมกัน. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

- ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:79-88.
14. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, et al. A national survey of health-service use in Thai elders. *Age Ageing* 1999;28(1):67-71.
 15. ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิภา ศิริสุข, มัลลิกา มัติโก. ไม่ไถ่ฝั่ม: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
 16. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ. ใน: *ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:103-15.
 17. คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544*. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525.
 18. สารสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ, 2535.
 19. ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ครั้งที่ 2/2542.
 20. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2542.
 21. Chayovan N. Thailand Country report: the situation of Thai elderly. A paper prepared for the Regional Conference on Ageing: Bridging the Generations Towards the Society for All Ages. Organized by JOICEP, Tokyo, Japan, 1999.
 22. มัทนา พนานิรามัย. การสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ. ใน: *ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ* (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:93-102.
 23. สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์. การศึกษาความสัมพันธ์ของประชากรต่างวัยในครอบครัวภาคใต้และภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

บทที่ 2 : ประชากรสูงอายุไทย

รศ. ดร. นภาพร ชัยวรรณ

คำนำ

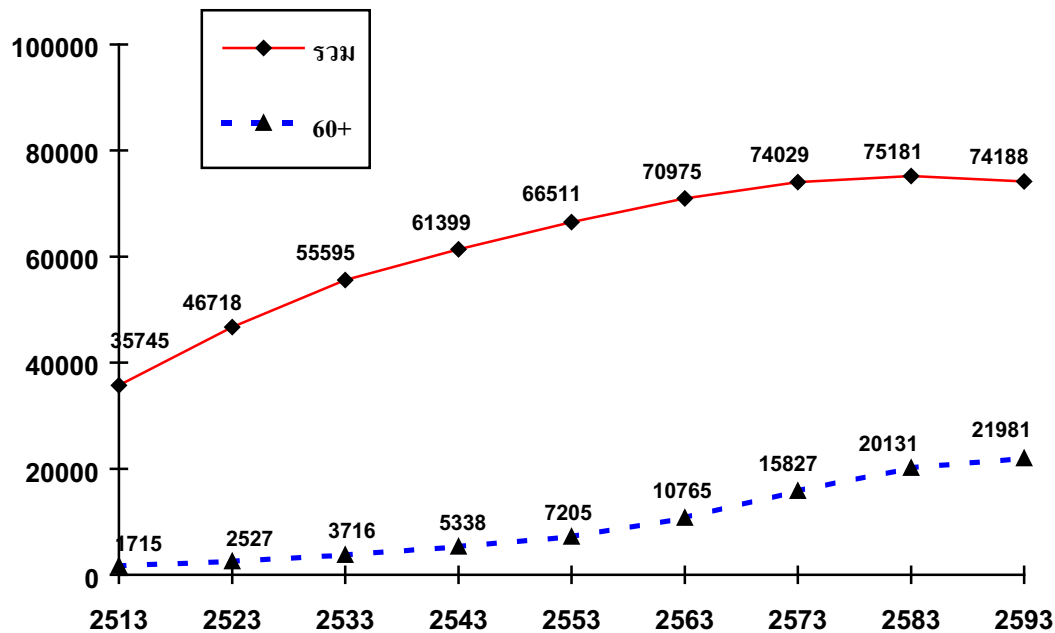
การตระหนักและการรับรู้มากขึ้นถึงการเข้าสู่ภาวะสังคมคนสูงอายุในศตวรรษที่ 21 ของโลกรวมทั้งของประเทศไทยซึ่งนับเป็นปัญหาท้าทายที่ประเทศต่างๆต้องเตรียมพร้อมกับการเข้าสู่ภาวะดังกล่าว ทำให้เรื่องผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน เพื่อเป็นการให้ภาพถึงความรุนแรงของปัญหาการมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย บทนี้จะสรุปและสังเคราะห์งานวิจัย รายงานและบทความต่างๆที่ให้ภาพการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในระดับมหภาค สาเหตุของการเปลี่ยนแปลง ความรวดเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ผลสืบเนื่องของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและภาวะการอยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบัน พร้อมทั้งเสนอแนะงานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยจากอดีตสู่อนาคต

การเปลี่ยนแปลงด้านขนาดและโครงสร้างทางอายุ

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยมีการศึกษากันพอสมควร⁽¹⁻⁹⁾ โดยการศึกษาเกือบทั้งหมดจะใช้แหล่งข้อมูลหลักเดียวกัน คือ สำมะโนประชากรของประเทศไทยในปีต่างๆซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจากทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย และการสำรวจระดับประเทศ เช่น การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการและการอนามัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ทำเป็นประจำ และการสำรวจประชากรสูงอายุของหน่วยงานต่างๆ⁽¹⁰⁻¹²⁾ เป็นต้น การคาดประมาณประชากรชุดต่างๆทั้งของสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และขององค์การสหประชาชาติ บทความทางวิชาการ หรือรายงานการศึกษาวิจัยเหล่านี้แม้จะมีวิธีการนำเสนอที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ให้ภาพของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยในทิศทางเดียวกัน คือ “ขนาด” ของประชากรรวมและของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) ได้เพิ่มขึ้นจากอดีตจนถึงปัจจุบันและจะเพิ่มต่อไปในอนาคต^(9,13-17) (รูปที่ 1, ตาราง ก) ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากรของปีต่างๆในอดีตของการศึกษาทั้งหลายไม่ต่างกันมากเพราะใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันเป็นหลัก คือสำมะโนประชากรปีต่างๆ แต่การคาดประมาณจำนวนประชากรรวมและผู้สูงอายุในปัจจุบัน (พ.ศ.2543) และอนาคตจะแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากการใช้ประชากรปีฐานหรือข้อสมมติเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตของการเกิดและการตายที่แตกต่างกันไป

รูปที่ 1 จำนวนประชากรรวม (ต่อ 1000) และประชากรอายุ 60+ ปี ของประเทศไทย ปีพ.ศ.2513-พ.ศ.2593



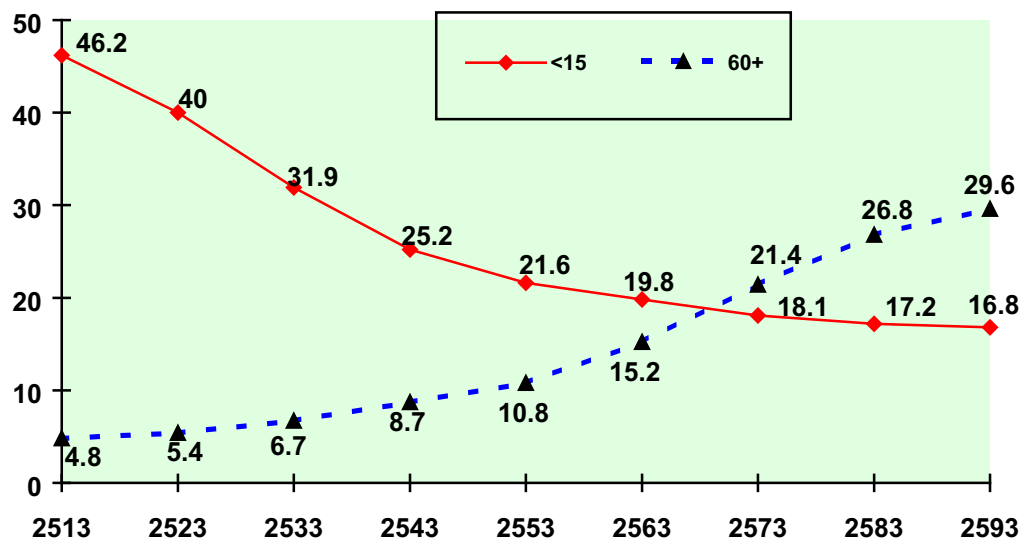
แหล่งข้อมูล : United Nations World Population Prospects, The 1998 Revision, Vol. 1, New York: Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division , 1999.

สำหรับการคาดประมาณประชากรรวมจะมีความแตกต่างกันเนื่องจากความแตกต่างในข้อสมมติ เกี่ยวกับแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์เป็นหลัก สังเกตได้ว่าการคาดประมาณที่ทำในระยะต้นให้ผลจำนวนประชากรรวมที่คาดประมาณสูงกว่าที่พบจากการสำรวจ เช่น รายงานการคาดประมาณประชากรประเทศไทยปีพ.ศ.2503-2543 ให้ผลการคาดประมาณจำนวนประชากรรวมปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 ที่มีขนาดใหญ่กว่ารายงานของสำมะโนประชากรในปีพุทธศักราชเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากการคาดประมาณดังกล่าวตั้งข้อสมมติเกี่ยวกับแนวโน้มของระดับเจริญพันธุ์ที่สูงกว่าที่เกิดขึ้นจริงในเวลาต่อมา ด้วยเหตุผลเดียวกัน การคาดประมาณจำนวนประชากรรวมในอีก 10-50 ปีข้างหน้ามีขนาดแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับข้อสมมติเกี่ยวกับแนวโน้มในอนาคตของระดับเจริญพันธุ์ และความแตกต่างของข้อสมมติทำให้การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยจากปัจจุบันซึ่งมีประมาณ 61 ล้านคนมีโอกาสที่จะเพิ่มไปอยู่ระหว่าง 67-75 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2563)

อย่างไรก็ตามการคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุจะไม่ต่างกันไม่ว่าจะเป็นการคาดประมาณที่ใช้ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับใด ทั้งนี้เพราะประชากรสูงอายุในอีก 50 ปีข้างหน้าได้เกิดมาแล้วในปัจจุบัน ขนาดของประชากรสูงอายุในอนาคตจึงขึ้นอยู่กับแนวโน้มระดับการตายเท่านั้น (กรณีที่เป็นประชากรปิด) การคาดประมาณประชากรชุดต่างๆให้จำนวนประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบัน (พ.ศ.2543) ที่ 4.5-5.7 ล้านคน โดยประมาณว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็นประมาณ 6.8-7.6 ล้านคน และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนถึงประมาณ 11 ล้านคนหรือประมาณเท่าตัวของขนาดในปัจจุบัน

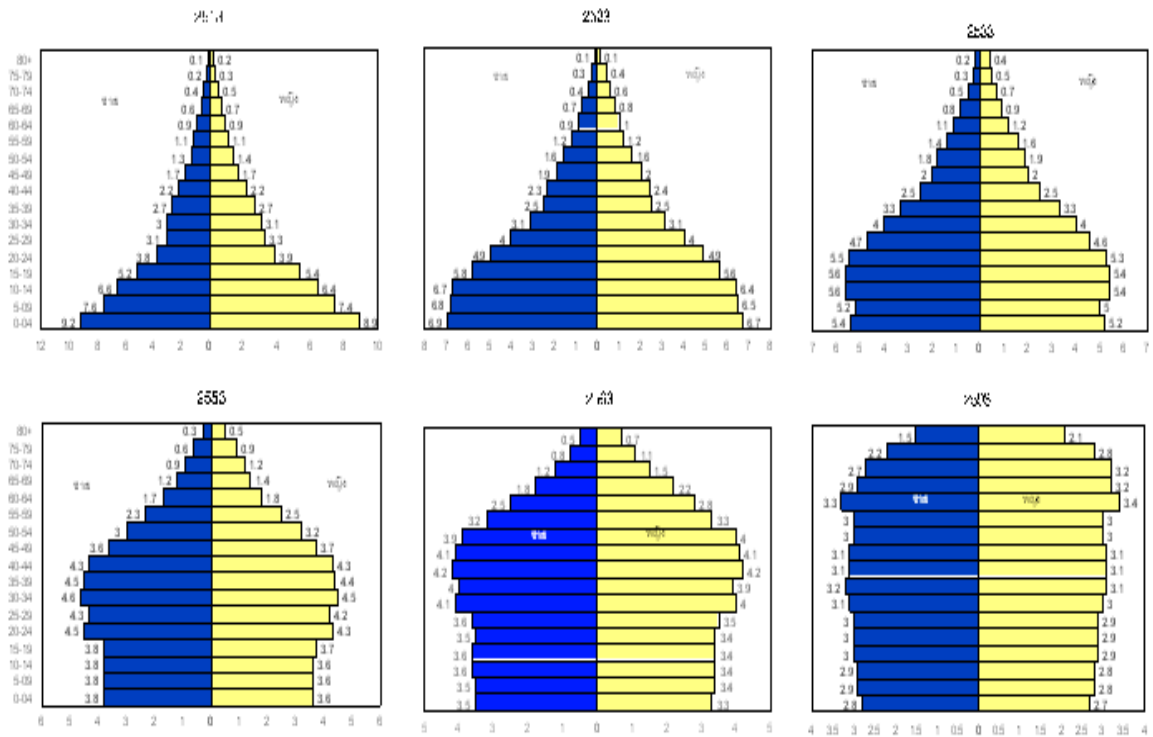
การเพิ่มขึ้นของขนาดประชากรรวมและประชากรผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมาและในอนาคตอีก 10-20 ปีข้างหน้าไม่ได้เป็นเรื่องที่เกินความคาดหมาย แต่การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างทางอายุของประชากรและอัตราความเร็วของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุเป็นเรื่องที่มีผลสืบเนื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ถ้าหากแบ่งประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่เพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร คือ กลุ่มประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี) และกลุ่มสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) ข้อมูลทั้งหลายได้แสดงให้เห็นถึงการลดสัดส่วนประชากรเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กลางทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้น กล่าวคือสัดส่วนประชากรเด็กลดลงจากร้อยละ 40 ในปีพ.ศ.2523 เป็นประมาณร้อยละ 25 ในปีพ.ศ.2543 และจะลดลงเหลือร้อยละ 22 และร้อยละ 20 ในปีพ.ศ.2553 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ ส่วนสัดส่วนประชากรสูงอายุได้เพิ่มจากประมาณร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 9 ร้อยละ 11 และร้อยละ 15 ของแต่ละปีพุทธศักราชเดียวกันนั้น^(4,16-18) (รูปที่ 2, ตาราง ข และตาราง ค) งานวิจัยต่างๆได้แสดงการเปลี่ยนโครงสร้างอายุของประชากรด้วยรูปปิรามิดประชากร^(6,9,14) โดยให้ภาพการเปลี่ยนรูปทรงปิรามิดประชากรฐานกว้างซึ่งหมายถึงประชากรที่ประกอบด้วยเด็กมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ มาเป็นปิรามิดรูปทรงคล้ายแจกันซึ่งหมายถึงว่ามีประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น (รูปที่ 3)

รูปที่ 2 สัดส่วนประชากร <15 และสัดส่วนประชากร 60+ ปีพ.ศ.2513 – พ.ศ.2593



แหล่งข้อมูล : United Nations World Population Prospects, The 1998 Revision, Vol. 1, New York: Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division , 1999.

รูปที่ 3 : ภูมิภาคประชากรไทย ปี พ.ศ.2513 - พ.ศ.2593

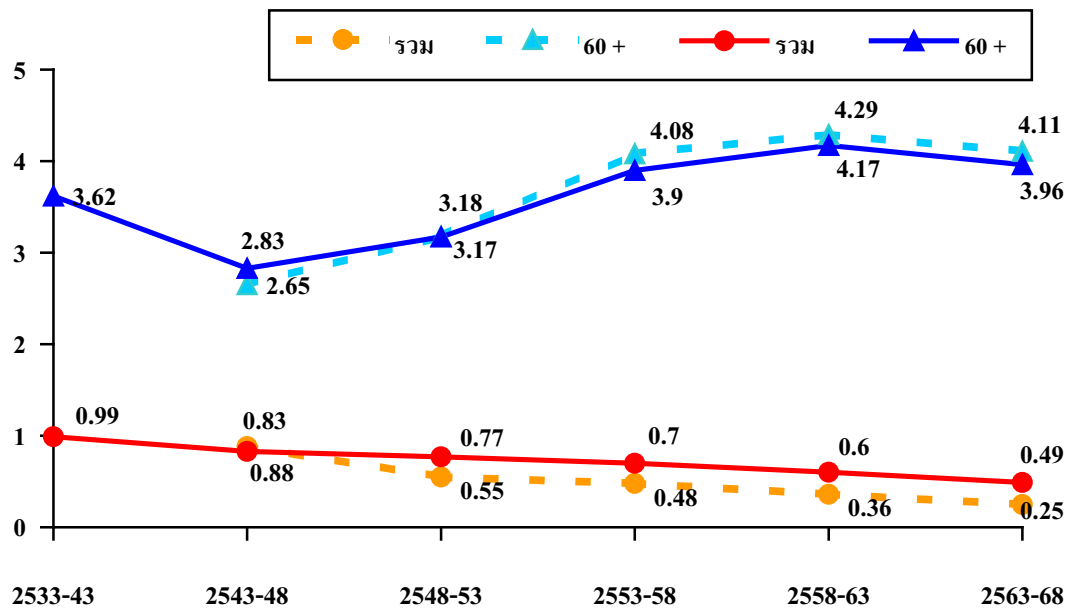


ที่มา : United Nations. Sex & Age Distribution of the World Populations: The 1998 Revision, หน้า 784 - 785.

ปัจจัยทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดและโครงสร้างประชากร

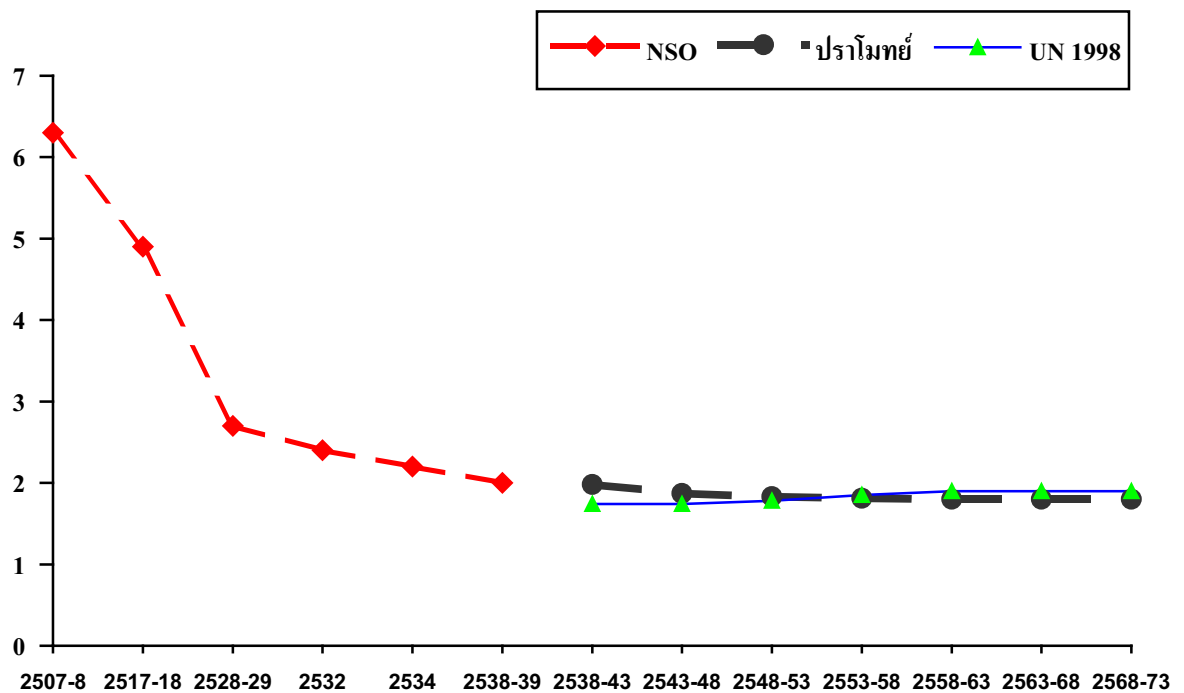
แม้ว่าทั้งจำนวนประชากรรวมและประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นแต่มีการเพิ่มด้วยอัตราที่แตกต่างกัน⁽²⁻⁴⁾ กล่าวคือ อัตราการเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในอนาคต ขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าของประชากรรวมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (รูปที่ 4, ตาราง ง) ปฏิกิริยาการเกิดที่เพิ่มขึ้นนี้อธิบายได้ด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากร กล่าวคือ การลดลงของระดับการเกิดและการตายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการลดลงอย่างรวดเร็วของการเกิดภายในเวลาอันสั้น ส่งผลให้อัตราความเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ของประเทศไทยเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วหลายๆ ประเทศ นักประชากรหลายท่านได้ส่งสัญญาณการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยที่จะเข้าสู่ภาวะการเป็นประชากรสูงอายุนานเมื่อปรากฏว่าภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยเริ่มลดลง⁽¹⁾ อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (total fertility rate) ลดลงจากกว่า 6 ต่อสตรีหนึ่งคนในช่วงทศวรรษ 2500 เป็น 2.2 ในปีพ.ศ.2534 และต่ำกว่า 2 เล็กน้อยในปัจจุบัน ดังนั้นภายในเวลาไม่ถึง 3 ทศวรรษอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทยได้ลดลงไปประมาณร้อยละ 70⁽¹⁹⁾ (รูปที่ 5, ตาราง จ) การลดระดับเจริญพันธุ์ในปริมาณดังกล่าวของประเทศไทยที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่าที่เกิดกับประเทศไทยหลายเท่า เป็นที่คาดประมาณว่าระดับเจริญพันธุ์ในอีก 10-20 ปีข้างหน้าของประเทศไทยน่าจะอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับทดแทนเล็กน้อย^(9,16,17) (ตารางที่ 1) ซึ่งส่งผลให้การเข้าสู่ภาวะการเป็นประชากรสูงอายุรุนแรงขึ้น สำหรับภาวะการตายของประชากรซึ่งสามารถพิจารณาได้ด้วยอายุคาดหมายเฉลี่ย โดยที่อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้นแสดงว่าภาวะการตายของประชากรนั้นดีขึ้น ปรากฏว่าระหว่างปีพ.ศ.2507-2508 และพ.ศ.2538-2539 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่ม 14.7 ปีสำหรับเพศชาย (จาก 55.2 ปี เป็น 69.9 ปี) และ 13.1 ปีสำหรับเพศหญิง (จาก 61.8 ปี เป็น 74.9 ปี)⁽²⁰⁾ (รูปที่ 6 และ 7, ตาราง ฉ) ซึ่งสะท้อนถึงการลดลงของอัตราตายของเด็กและทารก ขณะเดียวกันอัตราตายของกลุ่ม สูงอายุก็ลดลงด้วย ซึ่งเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของอายุคาดหมายของประชากรอายุ 60 ปี กล่าวคือ ในปีพ.ศ.2507-2508 เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพศชายคาดหมายจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก 14.9 ปี ขณะที่เพศหญิงคาดหมายจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก 19.5 ปี และได้เพิ่มเป็น 20.3 ปีสำหรับเพศชายและ 23.9 ปีสำหรับเพศหญิงในปีพ.ศ.2538-2539 จากข้อมูลการเพิ่มอายุคาดหมายชี้ว่าในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา เพศชายได้รับประโยชน์จากการปรับปรุงการตายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากจำนวนปีและสัดส่วนของอายุคาดหมายที่เพิ่มขึ้นของเพศชายสูงกว่าหญิง แต่การเพิ่มของอายุคาดหมายในช่วงวัยสูงอายุจะไม่เป็นประโยชน์ถ้าหากจำนวนปีที่อยู่ยืนยาวขึ้นเป็นปีที่อยู่อย่างไร้ความสามารถหรือทุพพลภาพ

รูปที่ 4 อัตราเพิ่มประชากรรวมและประชากรอายุ 60+ ปี พ.ศ.2533-พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2563-พ.ศ.2568



แหล่งข้อมูล: — UN (1999) - - - - - ปราโมทย์ และคณะ (2542)

รูปที่ 5 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด พ.ศ.2507 - พ.ศ.2508 ถึง พ.ศ.2568 - พ.ศ.2573

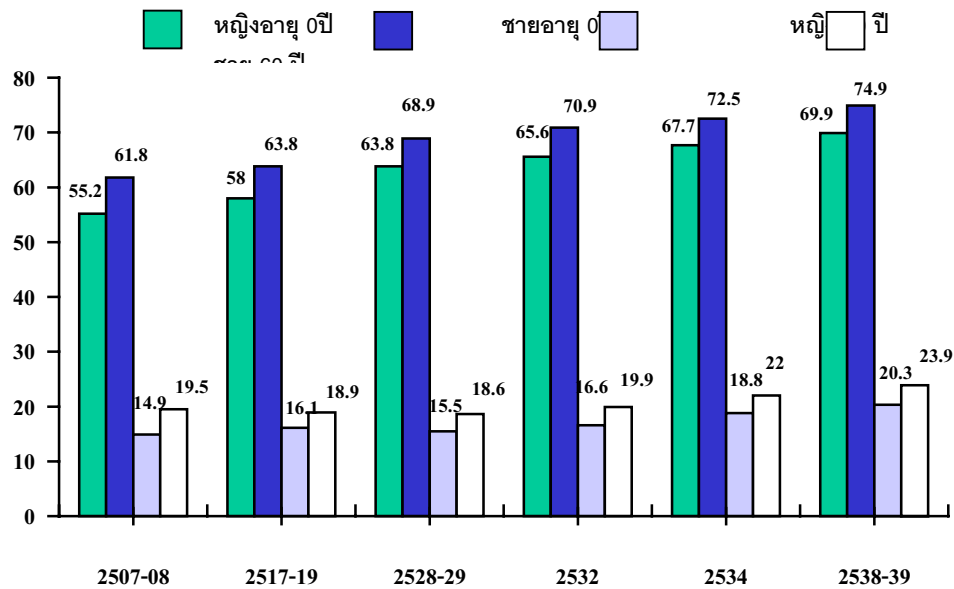


ตารางที่ 1 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน) ที่คาดประมาณระหว่างปีพ.ศ.2538-พ.ศ.2543 ถึงพ.ศ.2568-พ.ศ.2573

	2538-2543	2543-2548	2548-2553	2553-2558	2558-2563	2563-2568	2568-2573
สหภาพ 2538 ⁽¹⁶⁾	2.00	1.89	1.83	1.79	1.77		
ปรามอทยและคณะ ⁽¹⁷⁾ +	1.98	1.87	1.83	1.81	1.80	1.80	1.80
UN 1998 ⁽¹⁷⁾	1.74	1.74	1.78	1.85	1.90	1.90	1.90

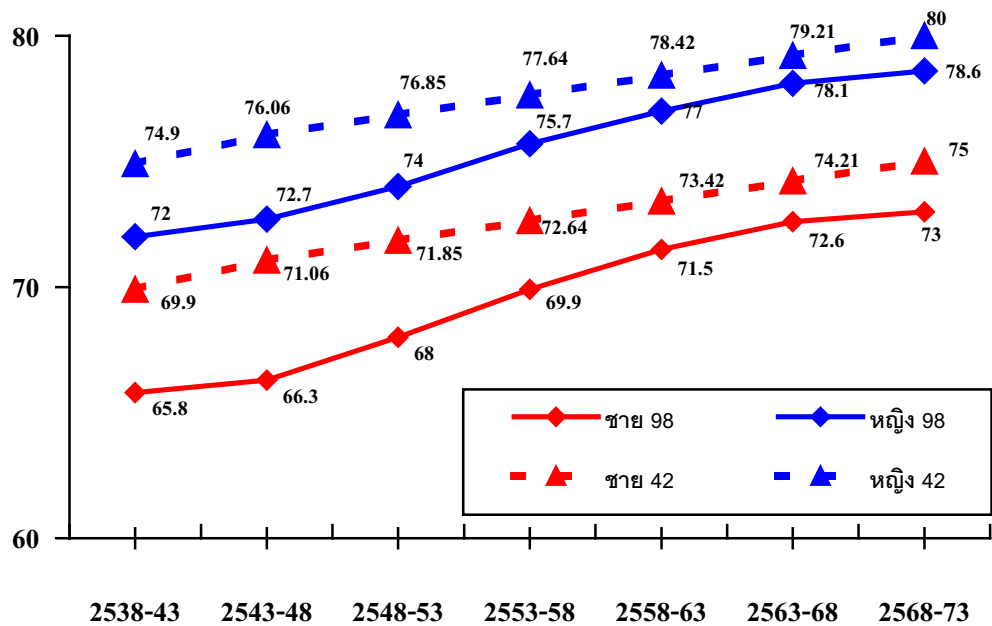
+ เป็นอัตราเมื่อปีเริ่มต้นของช่วง

รูปที่ 6 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 60 ปีจำแนกตามเพศ



แหล่งข้อมูล : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากร พ.ศ. 2538-39
หน้า 56

รูปที่ 7 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดที่คาดประมาณของเพศชายและหญิง พ.ศ.2538 - พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2568 - พ.ศ.2573



แหล่งข้อมูล: ————— UN (1999) - - - - - ปราโมทย์ และคณะ (2542)

การคาดประมาณประชากรในอนาคตมักตั้งข้อสมมติให้การตายลดลงต่อไปแต่ลดช้ากว่าที่ผ่านมาในอดีต เช่น การคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ (พ.ศ.2541)^(17,21) ได้ตั้งข้อสมมติให้อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มระหว่างช่วงเวลาพ.ศ.2538-2543 ถึงพ.ศ.2563-2568 จาก 65.8 ปีเป็น 71.5 ปีสำหรับเพศชาย (เพิ่มขึ้น 5.7 ปีในเวลา 25 ปี) และ 72 ปีเป็น 77 ปีสำหรับเพศหญิง (เพิ่มขึ้น 5 ปี) ส่วนการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งข้อสมมติให้อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดเพิ่มจาก 67.4 ปีเป็น 70.1 ปีสำหรับเพศชาย และ 71.7 ปีเป็น 74.1 ปีสำหรับเพศหญิง⁽¹⁶⁾ การคาดประมาณของปรานิโทย์และคณะซึ่งคาดประมาณประชากรตามอายุรายปีในอนาคตเป็นรายปี ตั้งข้อสมมติการเพิ่มอายุคาดหมายระหว่างปี พ.ศ.2538-2543 กับ พ.ศ.2563-2568 จาก 69.9 ปี เป็น 74.2 ปี สำหรับเพศชายและจาก 74.9 ปี เป็น 79.2 ปี สำหรับเพศหญิง⁽⁹⁾ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิดระหว่างปีพ.ศ. 2538-พ.ศ. 2543 ถึงพ.ศ. 2568-พ.ศ. 2573 จากแหล่งข้อมูลที่คาดประมาณต่างๆ

	2538-43	2543-48	2548-53	2553-58	2558-63	2563-68	2568-73
สภาพัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾							
ชาย	67.4	68.2	68.9	69.5	70.1		
หญิง	71.7	72.4	73.0	73.6	74.1		
ปราโมทย์และคณะ ⁽⁹⁾⁺							
ชาย	69.90	71.06	71.85	72.64	73.42	74.21	75.00
หญิง	74.90	76.06	76.85	77.64	78.42	79.21	80.00
UN 1998 ⁽¹⁷⁾							
ชาย	65.8	66.3	68.0	69.9	71.5	72.6	73.0
หญิง	72.0	72.7	74.1	75.7	77.0	78.1	78.6

+ เป็นตัวเลขของปีเริ่มต้นของช่วง

เท่าที่ผ่านมาปัจจัยการย้ายถิ่นระหว่างประเทศถูกมองว่ายังไม่มีผลกระทบที่สำคัญต่อขนาดและโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย ปัจจัยการย้ายถิ่นระหว่างประเทศไม่ถูกนำมาพิจารณาในการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย^(9,13-18,21) อย่างไรก็ตามผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อการเพิ่มประชากรสูงอายุมีความซับซ้อนกว่าผลกระทบของการเกิดและการตาย ในระยะสั้นเชื่อว่าการย้ายถิ่นเข้าของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นน่าจะช่วยให้อัตราส่วนการะที่เป็นผู้สูงอายุลดลงเพราะผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน แต่พึงระลึกว่าส่วนใหญ่ของแรงงานเหล่านี้เป็นแรงงานนอกกฎหมาย และผลผลิตที่ได้ส่วนหนึ่งจะถูกส่งกลับไปยังประเทศเพื่อนบ้านในรูปของเงินและวัตถุ

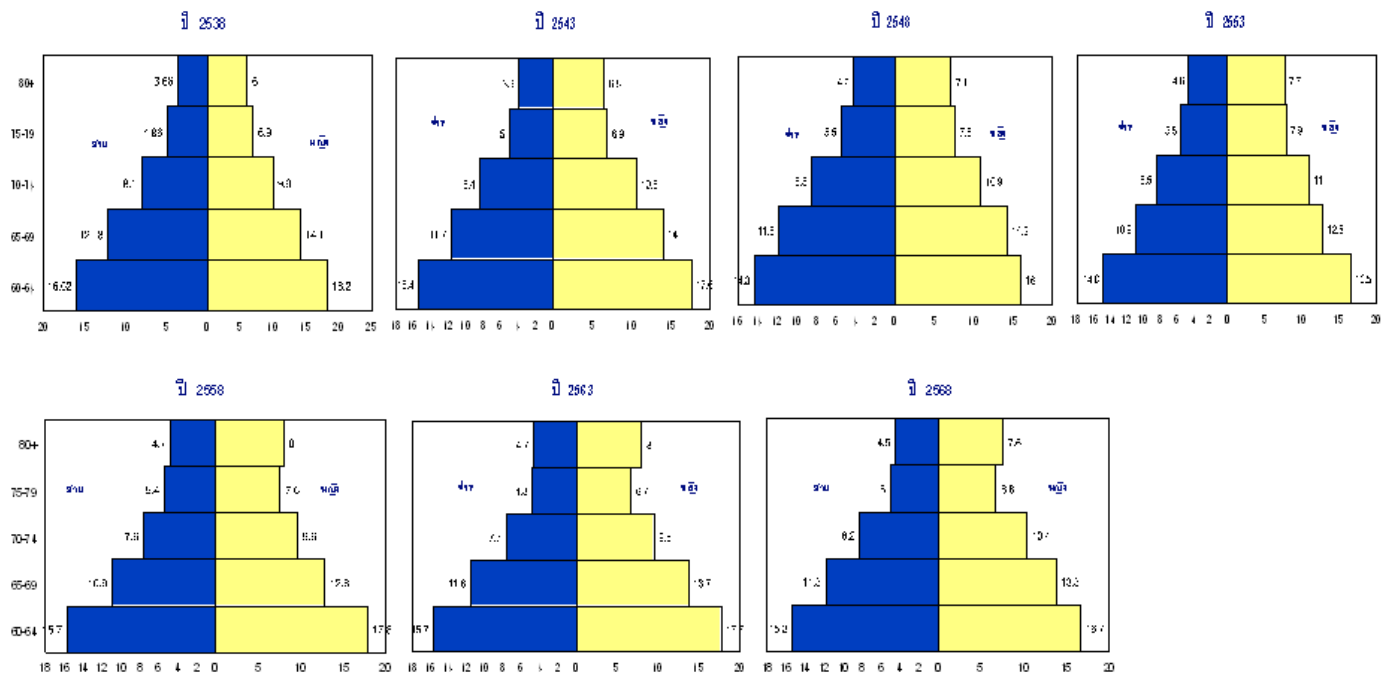
โดยสรุป ประเทศไทยได้บรรลุกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากภาวะที่มีระดับการเกิดและตายที่สูงมาสู่ระดับการเกิดและตายที่ต่ำภายในเวลาที่สั้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอุตสาหกรรม ส่งผลให้ประเทศไทยจะประสบกับภาวะการเป็นประชากรสูงอายุที่รุนแรงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของประชากร

ไม่เพียงแต่ขนาดของประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอีก 20 ปีข้างหน้า แต่คุณลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุในอนาคตก็จะแตกต่างจากลักษณะของผู้สูงอายุในปัจจุบันในหลายด้าน ได้แก่

ก. **องค์ประกอบด้านอายุ** ประชากรสูงอายุในอนาคตจะมีผู้สูงอายุมากขึ้น ถ้าแบ่งประชากรสูงอายุตามกลุ่มอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มอายุ 60-69 ปีเป็นผู้สูงอายุอายุน้อย (young old) กลุ่มอายุ 70-79 ปีเป็นผู้สูงอายุอายุปานกลาง (medium old) และกลุ่มอายุ 80 ปีหรือมากกว่าเป็นผู้สูงอายุอายุมาก (old old, oldest old) กล่าวได้ว่าโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมีรูปร่างปิรามิด ประชากรฐานกว้าง ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุอายุน้อย กล่าวคือ ในผู้สูงอายุทุก 100 คนจะมีผู้สูงอายุอายุน้อย (60-69 ปี) ประมาณ 60-64 คน และ ผู้สูงอายุอายุมาก (80 ปีขึ้นไป) ประมาณ 7-10 คน จำนวนผู้สูงอายุอายุมากนี้จะเพิ่มเป็น 13 คนในปีพ.ศ.2563⁽⁴⁾ (รูปที่ 8)

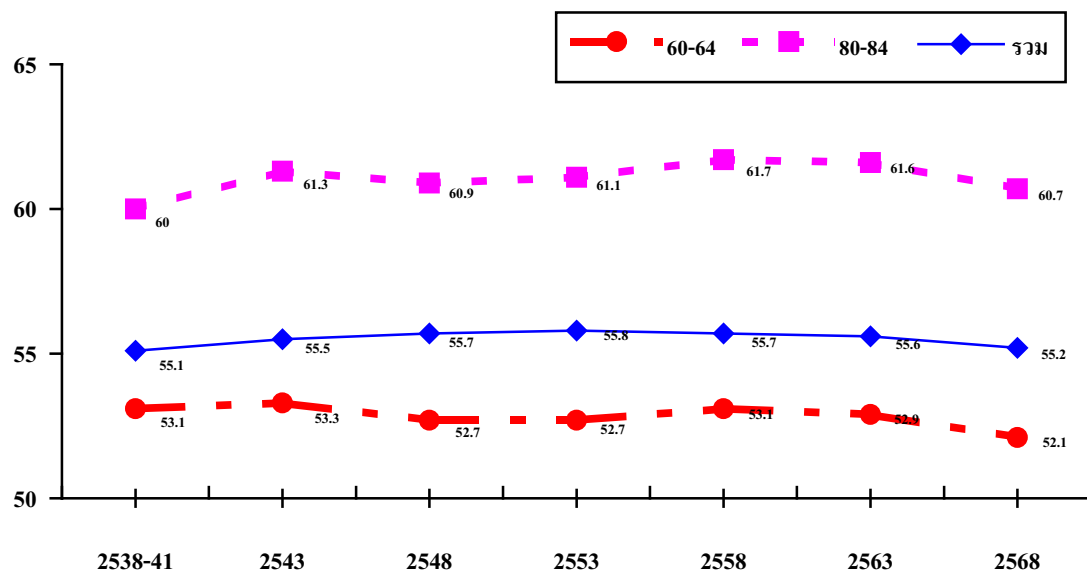
รูปที่ 8 ปริมาณประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2538 – พ.ศ.2568



แหล่งข้อมูล : United Nations. Sex & Age Distribution of the World Populations: The 1998 Revision, หน้า 784 – 785

ข. **องค์ประกอบด้านเพศ** ประชากรสูงอายุจะยังคงประกอบด้วยหญิงสูงอายุมากกว่าชาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุอายุมาก ทั้งนี้อัตราส่วนประชากรหญิงต่อชายจะเปลี่ยนแปลงไม่มากนักในอนาคต ในกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 100 คน จะประกอบด้วยเพศหญิง 55 คน ในขณะที่ ประชากรอายุ 85 ปีขึ้นไปจำนวน 100 คน จะประกอบด้วยเพศหญิงถึง 65 คน⁽⁴⁾ (รูปที่ 9)

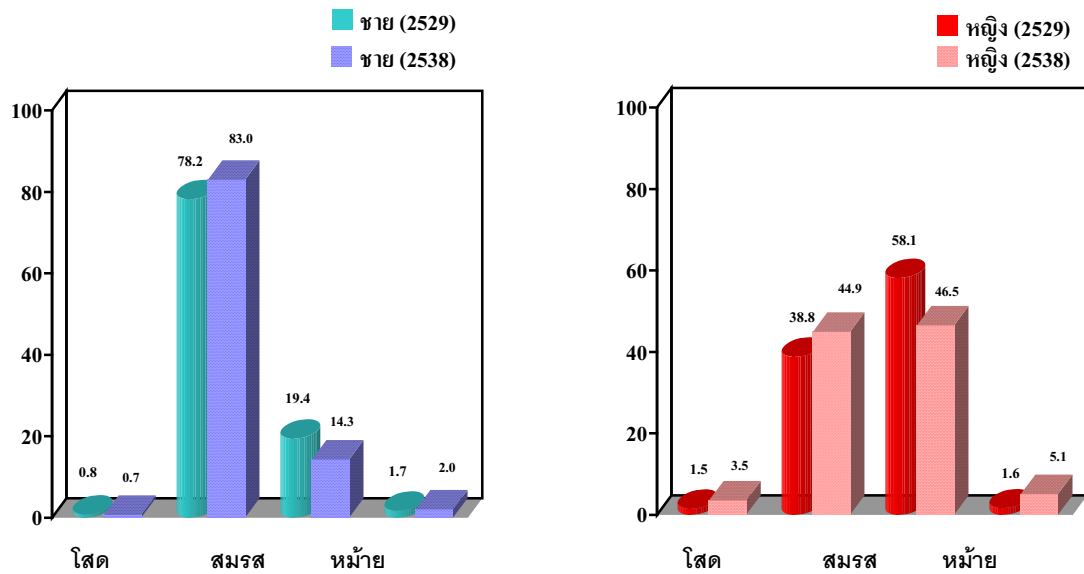
รูปที่ 9 ร้อยละของประชากรอายุ 60-64, 80-84 และ 60⁺ ปี ที่เป็นเพศหญิง



แหล่งข้อมูล : UN (1999)

ค. **องค์ประกอบด้านสถานภาพสมรส** ประชากรสูงอายุในอนาคตจะมีจำนวนคนโสด-หย่าหรือแยกเพิ่มขึ้นกว่าในปัจจุบัน⁽⁴⁾ ระหว่างปีพ.ศ.2529-2538 สัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโสดเพิ่มจากร้อยละ 1.2 เป็น ร้อยละ 2.2 และสัดส่วนหย่าหรือแยกเพิ่มจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 3.7 โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่เป็นโสด-หย่าหรือแยกสูงกว่าชาย เมื่อพิจารณาสัดส่วนผู้ที่เป็นโสด-หย่าหรือแยกของประชากรกลุ่มอายุ 50-54 และ 55-59 ในปีพ.ศ.2538 ทำให้คาดประมาณได้ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นโสดจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 โดยที่ผู้สูงอายุหญิงและชายเป็นโสดราวร้อยละ 5 และร้อยละ 1 ตามลำดับ สำหรับสัดส่วนผู้สูงอายุที่หย่าหรือแยกน่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4-5 โดยในผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนร้อยละ 7 และผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนร้อยละ 1-2 (รูปที่ 10)

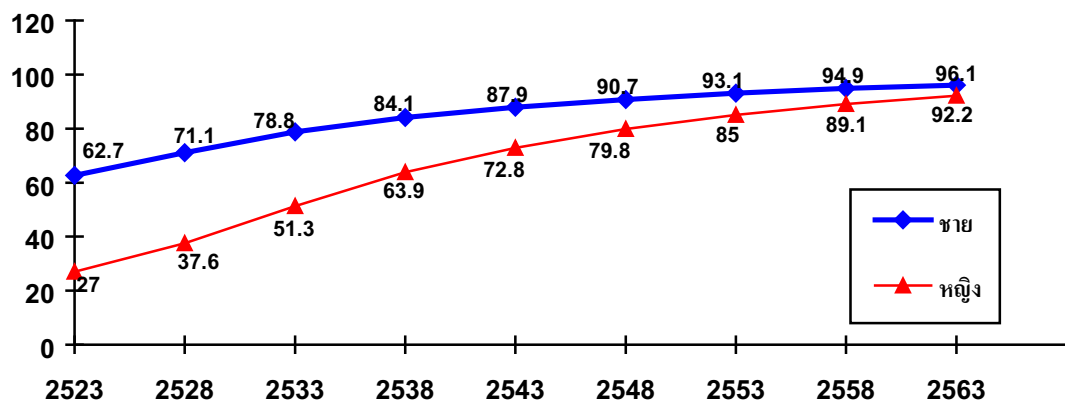
รูปที่ 10 สถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุแยกตามเพศพ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2538



แหล่งข้อมูล: Napaporn Chayovan et al. (1988) และ นภาพร ชัยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2539)

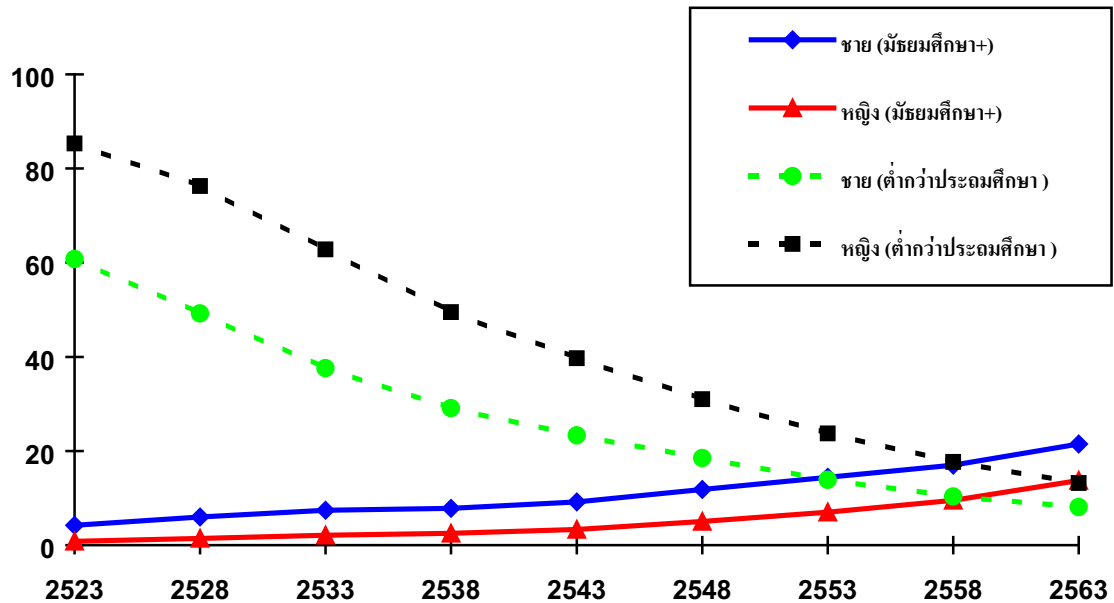
ง. องค์ประกอบด้านการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมากขึ้น การคาดประมาณจากปีพ.ศ.2523 ถึงพ.ศ.2563 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่จบระดับมัธยมหรือสูงกว่าเพิ่มจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 22 ในเพศชาย และเพิ่มจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 14 ในเพศหญิง^(4,22,23) (รูปที่ 11 และรูปที่ 12)

รูปที่ 11 สัดส่วนที่อ่านออกเขียนได้ของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523 -พ.ศ.2563



ที่มา : Christenson, Bruce and Albert I. Hermalin. Comparative Analysis of the Changing Educational Composition of the Elderly Population in Five Asian Countries, Research Report No. 91-11, Population Studies Center, University of Michigan, 1991.

รูปที่ 12 ระดับการศึกษาที่คาดประมาณของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2523 – พ.ศ.2563

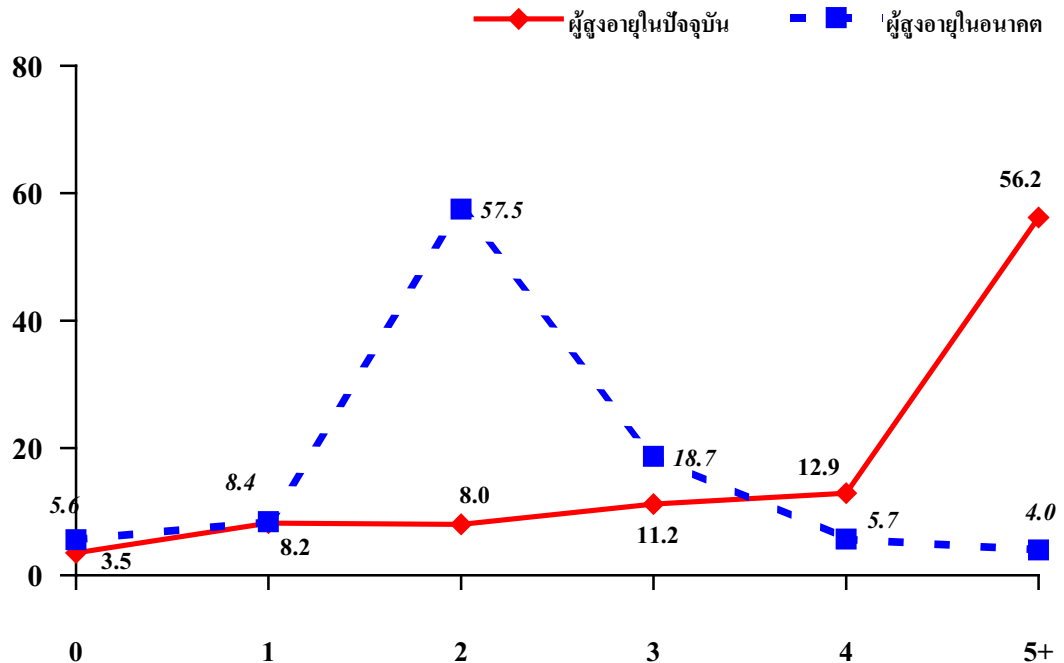


ที่มา : Christenson, Bruce and Albert I. Hermalin. Comparative Analysis of the Changing Educational Composition of the Elderly Population in Five Asian Countries, Research Report No. 91-11, Population Studies Center, University of Michigan, 1991.

จ. ด้านการทำงานและรายได้ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจ อัตราการทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทยในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของผู้สูงอายุในอนาคตที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจอาจจะลดลง สภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในอนาคตน่าจะไม่ได้ไปกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันถ้าระบบประกันสังคมและการเกื้อหนุนทางการที่เป็นอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง⁽⁴⁾

ฉ. ด้านจำนวนบุตร ปัจจุบัน ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 5 คน และในอนาคตจะลดลงเหลือประมาณ 2 คน⁽²⁴⁾ ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงนอกจากจะหมายถึงว่าโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรไว้พึ่งพิงยามสูงอายุลดลงแล้ว สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรไว้พึ่งพิงเลยจะเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรจะเพิ่มจากร้อยละ 4 ในปี 2538 เป็นประมาณร้อยละ 5 ในอีก 10 ปีข้างหน้า (รูปที่ 13)

รูปที่ 13 การกระจายจำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้สูงอายุในปัจจุบันและที่คาดหมายของผู้สูงอายุในอนาคตในประเทศไทย



แหล่งข้อมูล : นภาพร ชโยวรรณ จอห์น โนเดล และ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535)

ข้อมูลข้างต้นชี้ว่ากลุ่มคนที่จะเป็นผู้สูงอายุรุ่นต่างๆ ในอนาคตจะแตกต่างจากกลุ่มสูงอายุรุ่นก่อน คุณลักษณะที่เปลี่ยนไปของประชากรสูงอายุในอนาคตนี้มีผลสืบเนื่องทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง และเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการวางนโยบายและแผนต่างๆ

ความเร็วของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

การเพิ่มของขนาดและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นไปทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา แต่อัตราความเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อแนวทางเศรษฐกิจและสังคมหลายด้าน โดยเฉพาะการเตรียมรองรับการให้การดูแลประชากรสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอควร ทำให้จำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ อัตราความเร็วของการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นปัจจัยกำหนดช่วงเวลาที่ยาวนานแตกต่างกันในการดำเนินการ ความสามารถในการดำเนินการที่มีเวลาจำกัดนับเป็นงานท้าทายผู้วางนโยบายและแผนของหลายประเทศที่มีความเร็วของปรากฏการณ์ประชากรสูงอายุในอัตราสูง

ความเร็วของการเพิ่มประชากรสูงอายุจะเห็นได้จากแนวโน้มของอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราเพิ่มประชากรทั้งหมด กล่าวคือ ขณะที่อัตราเพิ่มประชากรรวมทั้งหมดมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆในปัจจุบันและจะอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 1 ต่อปี แต่อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับกว่าร้อยละ 3 ต่อปี^(9,16,17) (รูปที่ 4, ตาราง ง) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่แสดงว่าระหว่างปีพ.ศ.2523-2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มกว่าร้อยละ 300 ขณะที่ประชากรรวมทั้งหมดจะเพิ่มเพียงร้อยละ 50^(3,4) กลุ่มประชากร สูงอายุจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีการเพิ่มมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่นๆทุกกลุ่ม

อีกดัชนีหนึ่งที่ใช้วัดความเร็วของการเป็นภาวะประชากรสูงอายุ คือจำนวนปีที่ใช้ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 (นิยามขององค์การสหประชาชาติ) ข้อมูลใน ตารางที่ 3 ซึ่งเปรียบเทียบจำนวนปีที่ประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาบางประเทศจะใช้ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ฝรั่งเศส สวีเดน อิตาลี (ยกเว้นประเทศญี่ปุ่น) จะใช้เวลานานกว่าประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย^(25,26) สำหรับประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีอัตราการสูงอายุของประชากรเร็วมากที่สุดในหมู่ประเทศอุตสาหกรรมด้วยกัน แต่จำนวนปีที่ใช้เพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าจากร้อยละ 7 ไปเป็นร้อยละ 14 ยังยาวนานกว่าที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย (26 ปี กับ 22 ปี) ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบความเร็วของการชราของประชากรระหว่างอังกฤษและเวลส์กับประเทศไทย โดยใช้จำนวนปีที่สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีและ มากกว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 พบว่า อังกฤษและเวลส์ใช้เวลาถึง 107 ปีขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลาเพียง 30 ปี^(7,8) เหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยมีอัตราการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุที่รวดเร็วมาก คือ การ ลดลงที่เร็วมากของภาวะเจริญพันธุ์ในระยะที่ผ่านมาของประเทศไทย โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมยอลดลงกว่าร้อยละ 60 ในระยะเวลาเพียง 20 ปี

โดยสรุป ประเทศพัฒนาแล้วมีระยะเวลาที่นานพอสมควรในการปรับตัวทางเศรษฐกิจและสังคมและการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อตอบรับกับการเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สภาวะประชากรสูงอายุ ในขณะที่ประเทศไทยจะมีระยะเวลาสั้นกว่ามากในการเตรียมการแก้ปัญหาท้าทายจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ

ตารางที่ 3 ปีพุทธศักราชที่สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 7 และ ร้อยละ 14 ในประเทศต่างๆ

	ร้อยละ 7	ร้อยละ 14	จำนวนปีที่ใช้
กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว			
● ฝรั่งเศส	2408 ⁽²⁵⁾	2522 ⁽²⁶⁾	114
● สวีเดน	2429 ⁽²⁵⁾	2514 ⁽²⁶⁾	85
● สหรัฐอเมริกา	2484 ⁽²⁵⁾	2556 ⁽²⁶⁾	72
● อิตาลี	2467 ⁽²⁵⁾	2530 ⁽²⁶⁾	63
● ญี่ปุ่น	2512 ⁽²⁶⁾	2537 ⁽²⁶⁾	26
กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา			
● เกาหลี	2544 ⁽²⁶⁾	2566 ⁽²⁶⁾	22
● สิงคโปร์	2543 ⁽²⁶⁾	2560 ⁽²⁶⁾	17
● ไทย	2550 ⁽²⁶⁾	2572 ⁽²⁶⁾	22
● จีน (ไม่รวมฮ่องกง)	2545 ⁽²⁶⁾	2570 ⁽²⁶⁾	25

การเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากๆ

การศึกษาประชากรสูงอายุในประเทศไทยโดยจำแนกตามกลุ่มอายุมีน้อยมาก ส่วนหนึ่งเนื่องจากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรมักใช้แหล่งข้อมูลทางการทะเบียน เช่น สำมะโนประชากร การสำรวจระดับประเทศและการคาดประมาณประชากรที่พิมพ์เผยแพร่ แม้ว่าสำมะโนประชากรและการสำรวจจะมีข้อมูลอายุรายปีจนถึงกลุ่มอายุสูงสุดคือ 98 ปีขึ้นไป แต่การนำเสนอตารางข้อมูลลักษณะของประชากรหรือของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะจำแนกกลุ่มอายุโดยจัดกลุ่มอายุสูงสุดเพียงที่อายุ 70 ปีหรือ 75 ปีขึ้นไป เหตุผลหนึ่งของการไม่จัดกลุ่มอายุจนถึงกลุ่มอายุมากๆอาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่มีอายุมากๆมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะถ้าเป็นข้อมูลจากการสำรวจ อาจมีจำนวนตัวอย่างน้อยมากจนไม่เพียงพอที่จะจัดเป็นกลุ่มอายุสูงที่สูงเกินกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดสำคัญของการศึกษาการเปลี่ยนแปลงลักษณะต่างๆของกลุ่มสูงอายุที่อายุมากๆ

เช่นเดียวกับการนิยามกลุ่มประชากรสูงอายุ ซึ่งมีความหลากหลายในอายุที่ใช้เป็นเกณฑ์จัดความเป็นผู้สูงอายุของบุคคลหรือของประชากรที่พบว่ามีการใช้อายุ 55+ ปีบ้าง อายุ 60+ ปีบ้าง หรืออายุ 65+ ปีบ้าง การนิยามประชากรสูงอายุอายุมาก (very old, oldest old) เองก็มีความหลากหลายเช่นกัน คือ มีการใช้อายุ 75+ ปีบ้าง อายุ 80+ ปีบ้าง หรืออายุ 85+ ปีบ้าง เป็นต้น

กลุ่มประชากรสูงอายุอายุมากมีความเป็นเอกลักษณ์ในหลายด้านเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรสูงอายุกลุ่มที่อายุน้อยกว่า เช่น มีอัตราการเพิ่มในขนาดเร็วกว่า ประกอบด้วยเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่า มีสัดส่วนที่มีคู่สมรสต่ำกว่า และเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือต้องการผู้ดูแลในสัดส่วนที่สูงกว่า เป็นต้น การศึกษาการ

เปลี่ยนแปลงในกลุ่มอายุมากขึ้นจึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและนโยบาย เพราะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของกลุ่มประชากรสูงอายุมากที่สุด หมายถึงภาระการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมแก่ประชากรกลุ่มนี้จะมีเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางส่วนของประชากรกลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้และจัดเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) ก็ตาม

การศึกษาหลายชิ้นแสดงถึงการเพิ่มขึ้นที่เร็วกว่าของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรสูงอายุที่มีอายุน้อย^(3,4,7,9) ซึ่งหมายความว่าในประชากรสูงอายุเองก็สูงอายุขึ้น เช่น มีการแสดงข้อมูลว่าระหว่างปีพ.ศ.2503-2563 สัดส่วนประชากรสูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 38⁽⁷⁾ หรือจากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงประชากรสูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปพบว่า ในระหว่างปีพ.ศ.2533-2553 จำนวนประชากรอายุกลุ่มนี้จะเพิ่มจากประมาณ 8 แสนคนเป็น 1.9 ล้านคน หรือมีขนาดเพิ่มกว่าเท่าตัวภายในเวลา 20 ปีหรือคิดเป็นการเพิ่มจากสัดส่วนร้อยละ 1.4 เป็นร้อยละ 2.8 ของประชากรทั้งประเทศ ประการสำคัญสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปต่อประชากรสูงอายุทั้งหมดจะเพิ่มจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 26⁽⁴⁾ นอกจากนี้ในระหว่างปีพ.ศ.2523-2553 ประชากรทั้งประเทศเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 42 ในขณะที่ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 185 และกลุ่มประชากรอายุ 75 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 283⁽⁴⁾

การศึกษาที่ใช้อายุ 80 ปีขึ้นไปในการนิยามกลุ่มประชากรสูงอายุอายุมาก พบว่าจำนวนประชากรกลุ่มนี้จะเพิ่มจากประมาณ 440,000 คนในปีพ.ศ.2533 เป็น 663,000 คนในปีพ.ศ.2553 และ 998,000 คนในปีพ.ศ.2563 หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรรวมที่เพิ่มจากร้อยละ 0.8 เป็นร้อยละ 1 และร้อยละ 1.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในระยะ 20 ปีข้างหน้าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อายุ 100 ปีขึ้นไป ยังอยู่ในระดับต่ำมาก คือ ประมาณร้อยละ 0.1 เท่านั้น⁽⁹⁾

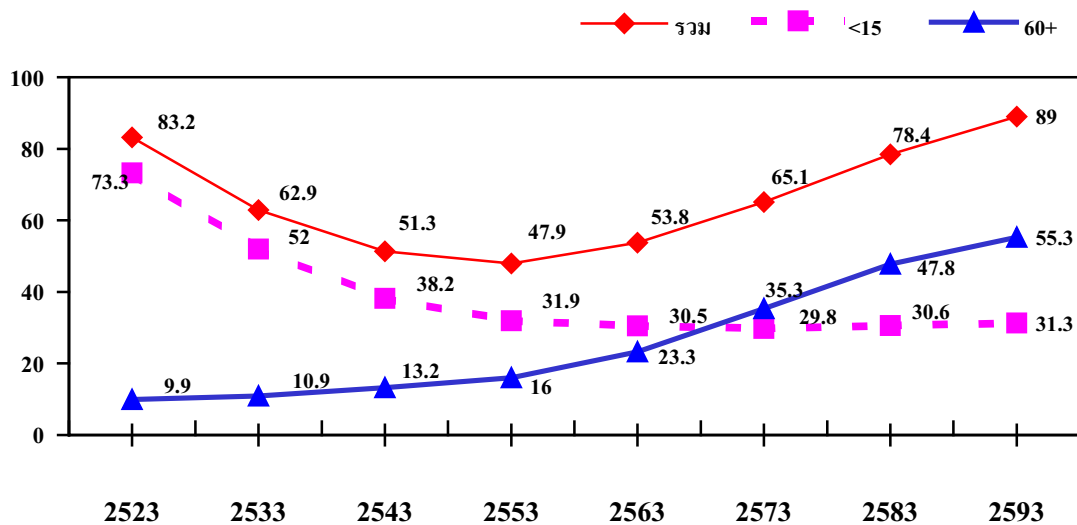
ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรต่อสัดส่วนการพึ่งพา

อัตราส่วนพึ่งพาหรืออัตราส่วนภาระที่งานวิจัยส่วนใหญ่นิยามคือ จำนวนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี และประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อจำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี โดยกลุ่มที่พึ่งพาประกอบด้วยประชากร 2 กลุ่มใหญ่คือประชากรเด็กและประชากรสูงอายุ การนิยามอัตราส่วนพึ่งพาดังกล่าวค่อนข้างกว้างและมีเป้าหมายวัดการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจเป็นหลักและใช้เกณฑ์อายุเป็นตัวกำหนด การวัดสัดส่วนพึ่งพาควรคำนึงว่าผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปีหรืออายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนหนึ่งยังสามารถทำงานมีรายได้และไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นทางเศรษฐกิจ ในขณะที่เดียวกันจะมีผู้ที่อายุ 15-59 ปีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ อันที่จริง มาตรการวัดอัตราส่วนภาระรวมที่เหมาะสมกว่าน่าจะเป็นจำนวนประชากรเด็กหรือสูงอายุที่ไม่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่อประชากรวัยทำงานทั้งหมดที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามอัตราส่วนพึ่งพาหรืออัตราส่วนภาระที่ใช้กันตามนิยามข้างต้นเป็นดัชนีที่ใช้กันอยู่ทั่วไปสำหรับการประเมินการพึ่งพาทางเศรษฐกิจในประชากร

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทยที่มีอัตราการเกิดน้อยลงทำให้โครงสร้างประชากรที่ประกอบด้วยประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลงและอัตราส่วนพึ่งพาเด็กก็ลดลงด้วย ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนประชากรในวัยแรงงานและวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในระยะ 20 ปีข้างหน้าจำนวนและสัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้นมากจากประมาณ 41 ล้านคน (ร้อยละ 66 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2543 เป็น 45 ล้านคน (ร้อยละ 68 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2553 และ 46 ล้านคน (ร้อยละ 65

ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2563 โดยหลังจากนั้นจะลดลงเป็น 45 ล้านคน (ร้อยละ 61 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2573 ซึ่งการเพิ่มดังกล่าวจะเป็นปัจจัยบวกด้านเศรษฐกิจหากแรงงานดังกล่าวเป็นแรงงานที่มีคุณภาพและภาวะเศรษฐกิจอยู่ในสภาพดี นักวิชาการหลายท่านแสดงแนวโน้มการลดของอัตราส่วนพึ่งพา รวม (เด็กและผู้สูงอายุ) ในภาพรวมให้ข้อมูลที่คล้ายกันมาก^(4,6,7,27) กล่าวคืออัตราส่วนพึ่งพา รวม (total dependency ratio) ลดจาก 104:100 ในปีพ.ศ.2513 เป็น 83:100 ในปีพ.ศ.2523 และเป็น 51-52:100 ในปี พ.ศ.2543 แต่จะกลับเพิ่มขึ้นเป็น 54:100 ในปีพ.ศ.2563 อัตราส่วนพึ่งพาเด็ก (child dependency ratio) ก็ ลดลงเช่นกัน จาก 94:100 เป็น 73:100, 40:100 และ 31:100 ในปีพ.ศ.2513, พ.ศ.2523, พ.ศ.2533 และพ.ศ.2543 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุ (aged dependency ratio) อยู่ในระดับ 10:100 ก่อนปีพ.ศ.2533 และจะเพิ่มเป็น 13:100 ในปีพ.ศ.2543 และ 23:100 ในปีพ.ศ.2563 ปัจจุบันในกลุ่มคนที่ถูกจัดว่าเป็นภาระหรือผู้ พึ่งพิงทางเศรษฐกิจจะประกอบด้วยประชากรสูงอายุประมาณ 1 ใน 4 ของทั้งหมด สัดส่วนนี้จะเพิ่มเป็น 1 ใน 3 ในอีก 10 ปีข้างหน้า และเป็นเกือบ 1 ใน 2 ในอีก 20 ปีข้างหน้า หลังจากนั้น (พ.ศ.2563 เป็นต้นไป) อัตราส่วนพึ่ง พหาผู้สูงอายุจะสูงกว่าอัตราส่วนพึ่งพาเด็ก (รูปที่ 14)

รูปที่ 14 อัตราส่วนภาระรวม อัตราส่วนภาระที่เป็นเด็กและอัตราส่วนภาระที่เป็นผู้สูงอายุ พ.ศ. 25223 - พ.ศ.2593



แหล่งข้อมูล: United Nations (1999).

ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนพึ่งพา รวมที่ยังคงมีแนวโน้มลดลงซึ่งเป็นความได้เปรียบในเชิง เศรษฐกิจของประเทศไทยจะคงอยู่ไปจนถึงในราวปีพ.ศ.2553-2563 และหลังจากนั้นความได้เปรียบดังกล่าวจะ หดไปอันเป็นผลมาจากปรากฏการณ์ภาวะประชากรสูงอายุ

เพื่อให้เห็นภาพของอัตราส่วนภาวะของผู้สูงอายุที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต ได้มีการศึกษาที่วัดอัตราส่วนพึ่งพาในรูปแบบอื่น ได้แก่ การพึ่งพาด้านสุขภาพหรือการดูแล โดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ⁽¹⁰⁾ ประเมินภาวะพึ่งพาด้วยดัชนีต่างๆซึ่งใช้ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในการสร้าง พบว่าประมาณร้อยละ 2.1 ของผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ.2540 มีภาวะพึ่งพาที่ต้องการการดูแลในระดับสูง ความชุกของภาวะพึ่งพาเพิ่มสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุในเขตเมืองและผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของภาวะพึ่งพาสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทและผู้สูงอายุชายตามลำดับ

อีกดัชนีหนึ่งที่มีการใช้เพื่อสะท้อนความเป็นระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ คือ อัตราส่วนของประชากรสูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือเป็นโรคสมองเสื่อมต่อประชากรหญิงอายุ 15-59 ปี ที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ แต่ยังไม่มีปรากฏการศึกษาวิจัยที่ใช้ดัชนีดังกล่าว

สภาพที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภค-สาธารณูปการ

สภาพที่อยู่อาศัยและสาธารณูปโภคสาธารณูปการจัดเป็นเรื่องสภาพแวดล้อมทางกายภาพและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงสภาพทางกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น สภาพที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เท่าที่ผ่านมาสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุยังไม่ค่อยได้รับความสนใจ การศึกษาวิจัยเรื่องเหล่านี้ในประเทศไทยเกือบไม่มี ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องมาจากการขาดความรู้ความสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกายภาพของบุคคลตามวัยที่สูงขึ้น งานวิจัยที่พบเป็นการศึกษาสถานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไทยพอใจกับที่อยู่ของตน มีร้อยละ 4 เท่านั้นที่ไม่พอใจ โดยสัดส่วนความไม่พอใจของผู้สูงอายุในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท⁽¹²⁾

แม้ว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไทยเข้าถึงระบบสาธารณูปโภค คือ อาศัยในครัวเรือนที่มีน้ำดื่มที่สะอาด มีไฟฟ้าใช้และมีห้องส้วมห้องน้ำ^(11,12) แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นมีสภาพการอยู่อาศัยที่มีคุณภาพแบบบ้านที่อยู่ เช่น เฟอร์นิเจอร์ที่ชำรุดทรุดโทรม บ้านไทยยกพื้น เรือนไม้แถว ตึกแถว ทาวน์เฮาส์ และบ้านเดี่ยว สะท้อนภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมากกว่าจะสะท้อนถึงคุณภาพทางกายภาพของการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุชนบทส่วนใหญ่อยู่บ้านลักษณะยกพื้นสูงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุ ร้อยละ 46 ของผู้สูงอายุมีส้วมภายในบ้าน แต่สัดส่วนที่มีส้วมในบ้านของผู้สูงอายุในชนบทต่ำกว่าในเมืองมาก⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามการมีส้วมภายในบ้านสะท้อนการเข้าถึงความต้องการด้านสุขอนามัยส่วนตัวเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น ชนิดของส้วม (ส้วมนั่งหรือส้วมยองๆ) การจัดระเบียบภายในห้องส้วมและห้องนอนที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอีกประเด็นที่ต้องคำนึงถึง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเท่าที่ผ่านมามีได้สนใจสภาพกายภาพการอยู่อาศัย เช่น รูปแบบของส้วมและห้องน้ำ สถานที่หลบร้อนของผู้สูงอายุ การนอนกับพื้นหรือเตียง เป็นต้น เหล่านี้น่าจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามวัยที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ

สภาพการอยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในคนสูงอายุและนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในที่สุดได้ และส่งผลต่อเนื่องปัญหาทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุหรือมีภาวะทุพพลภาพก็จะไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจจะรุนแรงขึ้นเพราะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและต้องการผู้ดูแล จากการศึกษาในประชากรสูงอายุไทยพบว่า ร้อยละ 18.7 ของผู้สูงอายุหกสิบหรือดกบันไดในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ ในกลุ่มที่หกสิบหรือดกบันได

นี้ร้อยละ 35 เป็นการหกล้มภายในบ้านและร้อยละ 85 เกิดการหกล้มขึ้นในเวลากลางวัน นอกจากนั้นผลการวิเคราะห์ยังชี้ว่า การเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการหกล้มส่วนหนึ่งอาจเกิดจากโรคและภาวะทุพพลภาพ แต่สภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นเดียวกัน⁽²⁸⁾

นอกจากสภาพที่อยู่อาศัยแล้ว สภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องควรให้ความสนใจแต่ยังไม่ค่อยมีการศึกษา ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าบ้านที่อยู่อาศัยมีความเป็นส่วนตัวก็ตาม แต่ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุรายงานว่าบ้านที่อยู่อาศัยอีกที โดยผู้สูงอายุในเมืองมีสัดส่วนที่รายงานดังกล่าวสูงกว่าในเขตชนบท นอกจากนี้เกือบหนึ่งในสี่มีปัญหาละแฉกขัดแย้งหรือเข้าไม่ได้กับสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งเน้นถึงปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ

ในแง่สภาพแวดล้อมกายภาพภายนอกบ้านในปัจจุบัน เช่น ถนนหนทาง เส้นทางสัญจร ตลอดจนระบบบริการการคมนาคมขนส่งในสังคมไทย น่าจะไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่ทุพพลภาพ แต่การศึกษาถึงผลกระทบสภาพแวดล้อมภายนอกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังมีจำกัดมากเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบทางสังคม

ช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมอย่างมาก สัดส่วนของประชากรทำงานที่ประกอบอาชีพทางการเกษตรลดจากร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.2503 เป็นประมาณร้อยละ 40 ในปีพ.ศ.2542 สัดส่วนประชากรเมือง (จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลต่อประชากรทั้งหมด) เพิ่มจากร้อยละ 13 ในปีพ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 21 ในปีพ.ศ.2542⁽²⁹⁻³³⁾ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรอย่างลึกซึ้งโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลกระทบประการแรก คือผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร การปรับปรุงด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่ของประชากรดีขึ้น อัตราตายของทุกกลุ่มอายุลดลง ความยืนยาวชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นอกจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุแล้ว จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (80 ปีขึ้นไป) ก็เพิ่มขึ้น การเพิ่มของประชากรสูงอายุนำมาซึ่งการเพิ่มความต้องการบริการสุขภาพและการดูแล ความต้องการดังกล่าวจะเพิ่มอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของครอบครัวและสังคมในการสนองตอบ เมื่อสังคมสูงอายุขึ้นบุตรที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุก็น่าจะสูงอายุขึ้นด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นผู้สูงอายุเองที่มีความต้องการการดูแลเช่นกัน⁽⁷⁾ นอกจากนี้จำนวนบุตรที่มีลดลงอาจลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรสำหรับการดูแลยามสูงอายุ ทำให้ระบบการเกื้อหนุนแบบทางการมีความจำเป็นเพิ่มขึ้นในอนาคต

ผลกระทบประการที่สอง ระดับความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้นสะท้อนว่ามีการย้ายถิ่นโดยเฉพาะการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวจากชนบทมาสู่เมือง ประเด็นที่การพูดกันอย่างกว้างขวางคือ การที่ประเทศไทยเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่ และมีการกระจายของความเจริญที่ไม่ทั่วถึง ประกอบกับความสะดุดด้านการคมนาคมขนส่งที่ดีขึ้น ทำให้คนชนบทย้ายถิ่นเข้าเมืองเพื่อหางานทำ บิดามารดาหรือผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่ข้างหลังและต้องอยู่กันตามลำพัง ข้อสังเกตหรือความเชื่อดังกล่าวนับว่ายังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะสนับสนุน การศึกษาการย้ายถิ่นเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันมักเป็นการศึกษาทิศทางและปัจจัยของการย้ายถิ่นมากกว่า การวิเคราะห์การย้ายถิ่นของคนกลุ่มอายุต่างๆโดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2513 และพ.ศ.2523 พบว่าคนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นมากกว่าคนสูงอายุไม่ว่าจะพิจารณาด้วยมาตรการใดก็ตาม (เช่น ร้อยละที่อาศัยในจังหวัดที่เกิด ร้อยละที่

อาศัยในท้องถิ่นปัจจุบันนานกว่า 20 ปี ร้อยละที่เปลี่ยนท้องถิ่นที่อยู่ในช่วง 5 ปีก่อนการสำรวจ หรือร้อยละที่เปลี่ยนจังหวัดที่อยู่ในช่วง 5 ปีก่อนการสำรวจ) คนหนุ่มสาวมีสัดส่วนการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองสูงกว่าผู้สูงอายุ⁽³⁾ ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดำรงและสูงวัยขึ้นในท้องถิ่นหรือชุมชนที่ตนอาศัยอยู่มานาน⁽⁴⁾ งานวิจัยเกี่ยวกับการย้ายถิ่นไม่ได้มองถึงผลกระทบของการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวต่อสวัสดิภาพหรือภาวะที่ดี (well-being) ของผู้สูงอายุ

ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงมีผลให้ขนาดครัวเรือนโดยเฉลี่ยลดลงจาก 5.6 ในปีพ.ศ.2503 เป็นประมาณ 4 คนเศษในปัจจุบัน⁽³⁰⁻³³⁾ การมีขนาดครัวเรือนที่เล็กลงไม่ได้หมายถึงการเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัวจากครัวเรือนขยายมาเป็นครัวเรือนเดี่ยว แม้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรจะแสดงว่าระหว่าง พ.ศ.2523-2533 สัดส่วนของครัวเรือนทั้งหมดที่เป็นครัวเรือนเดี่ยวได้ลดลงจากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 68 ขณะที่สัดส่วนที่เป็นครัวเรือนขยายคงที่หรือเพิ่มเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 26⁽⁴⁰⁾ แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่สามารถใช้ฉายภาพของ แนวโน้มระยะยาวของการเปลี่ยนโครงสร้างครัวเรือนของประเทศไทย การเปลี่ยนโครงสร้างครัวเรือนอาจ หมายถึงการเปลี่ยนองค์ประกอบของสมาชิกในครัวเรือน เช่น เปลี่ยนจากที่ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นอายุ (ปู่ย่าตายาย พ่อแม่ และบุตร) เป็นครัวเรือน 2 รุ่นอายุ (พ่อแม่กับบุตร หรือ ปู่ย่าตายายกับหลาน) อย่างไรก็ตามลักษณะของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนดังกล่าวในสังคมไทยยังขาดข้อมูลสนับสนุน นอกจากนี้มักมีการเชื่อมโยงในเชิงเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนกับความอ่อนแอของวัฒนธรรมการ ดูแลบิดามารดาสูงอายุซึ่งพบในประเทศพัฒนาแล้ว ข้อสังเกตดังกล่าวนี้เป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ เพราะการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่มีความเป็นเมืองมากขึ้นอาจทำให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลบิดามารดาได้เหมือนเดิม รูปแบบการดูแลอาจต้องเปลี่ยนไปแต่ความสัมพันธ์แบบครัวเรือนขยายอาจทำให้คงอยู่ได้แม้ว่าขนาดและโครงสร้างมีการเปลี่ยนแปลง

การลดการตายหรือการเพิ่มอายุคาดหมายโดยเฉพาะของกลุ่มสูงอายุ จะทำให้อายุเฉลี่ยของสมาชิกในครัวเรือนสูงขึ้น ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลที่ต่างก็เป็นผู้สูงอายุอาจมีสัดส่วนสูงขึ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจอาศัยอยู่ร่วมกับหลานโดยไม่มีรุ่นลูกมากขึ้นอันเนื่องมาจากการเพิ่มการตายจากโรคเอดส์หรือการย้ายถิ่น อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเพียงการคาดเดาที่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนอีกเช่นกัน มากไปกว่านั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครัวเรือนอาจไม่ราบรื่นเพราะช่องว่างระหว่างวัยที่เพิ่มขึ้นจากความแตกต่างในความทันสมัยของคนต่างวัย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรมีผลสืบเนื่องทางเศรษฐกิจในแง่ของอุปทานแรงงาน ในอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนและสัดส่วนประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ของประเทศไทยจะยังคงเพิ่มต่อไปจนถึงประมาณปีพ.ศ.2553-2563 จึงจะลดลง ในขณะที่ประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลงโดยตลอดและทำให้อัตราส่วนพึ่งพาเด็กลดลงเช่นกัน ในทางตรงกันข้ามอัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุจะเพิ่มเร็วขึ้นในอีก 10-20 ปีข้างหน้าและหลังจากนั้นจะมีขนาดใหญ่กว่าอัตราส่วนพึ่งพาเด็ก⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ (ตาราง ข และตาราง ค) ดังนั้นช่วง 20 ปีต่อจากนี้จึงยังเป็นยุคที่ยังไม่ขาดแคลนแรงงาน แต่เป็นช่วงที่ต้องมีการขยายตลาดแรงงานหรือเศรษฐกิจเพื่อรองรับแรงงานที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อสังคมมีผู้สูงอายุมากขึ้นและต้องการทำงานอาจเกิดปัญหาการแข่งขันงานระหว่างคนต่างรุ่นอายุ

การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นนอกจากทำให้สังคมมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นแล้วยังทำให้การลงทุนใหม่ทำได้ยากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคและการใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลจะ

เปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้สูงอายุอาจบริโภคอาหารน้อยลงแต่จะบริโภคบริการหรือการใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ไม่สามารถมีการออมเงินได้เหมือนเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาวและยังอาจต้องนำเงินที่ออมไว้มาใช้จ่าย สังคมโดยรวมก็ต้องมีการจัดระบบประกันทางเศรษฐกิจและสวัสดิการด้านต่างๆซึ่งต้องใช้เงินมาก ทำให้การดึง แหล่งเงินเพื่อลงทุนหรือขยายการเติบโตทางเศรษฐกิจอาจมีอุปสรรค

ระดับการศึกษา การทำงานเชิงเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคมที่สูงขึ้นของสตรีตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมอาจส่งผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นสตรีและไม่ได้ทำงานหรือถ้าทำก็เป็นงานที่ทำในบ้าน⁽³⁴⁾ ในอนาคตภาวะทางกายและใจของสตรีโดยเฉพาะสตรีในวัยกลางคนอาจได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่หลายบทบาทมากขึ้น ทั้งการดูแลบ้าน การดูแลบุตร การดูแลผู้สูงอายุ และการที่ต้องประกอบอาชีพ ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกใน ครอบครัวอาจถูกกระทบและต้องเปลี่ยนแปลง

ปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์

การระบาดของเชื้อเอชไอวี (Human immune deficiency virus) และโรคเอดส์ (Acquired immune deficiency syndrome) มีผลสืบเนื่องทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ผลกระทบทางประชากรของการระบาดของเชื้อเอชไอวีมีได้หลายด้าน เช่น จำนวนและอัตราเพิ่มประชากร จำนวนและอัตราการเกิด จำนวนและอัตราการตาย และจำนวนเด็กกำพร้า เป็นต้น โดยภาพรวม ผลกระทบของการระบาดของเชื้อเอชไอวีต่ออัตราเกิด อัตราเพิ่มประชากร และขนาดประชากรมีน้อย แม้ว่าอัตราตายในภาวะการณ์ที่มีเอดส์จะสูงกว่าไม่มีเอดส์ก็ตาม ประมาณร้อยละ 10 ของการตายทั้งหมดระหว่างพ.ศ.2523-2548 เป็นการตายจากเอดส์โดยผลกระทบของเอดส์ต่อการตายในแต่ละอายุไม่เท่ากัน กลุ่มที่กระทบมากที่สุดคือกลุ่มแรงงานอายุ 15-49 ปี⁽³⁵⁻³⁸⁾ จากการศึกษาโดยการคาดประมาณพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ต่อคนที่ตายด้วยเอดส์ทั้งหมดจะเพิ่มจากร้อยละ 0.3 ในช่วงปีพ.ศ.2534-2538 เป็นร้อยละ 1.5 ในช่วงปีพ.ศ.2549-2553 และจะลดลงเป็นร้อยละ 1 ในช่วงปีพ.ศ.2559-2563⁽³⁵⁾ จากรายงานขององค์การสหประชาชาติที่คาดประมาณการกระจายของคนที่เสียชีวิตตามกลุ่มอายุในระหว่างปีพ.ศ.2533-2538 และ พ.ศ.2543-2548 ภายใต้สถานการณ์ที่มีเอดส์และไม่มีเอดส์ พบว่า ร้อยละของคนตายที่อายุ 65 ปีขึ้นไปในสถานการณ์ไม่มีเอดส์จะสูงกว่าสถานการณ์ที่มีเอดส์ คือร้อยละ 41 เปรียบเทียบกับร้อยละ 39 สำหรับปีพ.ศ.2533-2538 และร้อยละ 50 เปรียบเทียบกับร้อยละ 40 สำหรับปีพ.ศ.2543-2548⁽³⁶⁾ การที่สัดส่วนคนตายที่เป็นผู้สูงอายุในสถานการณ์ไม่มีเอดส์สูงกว่ามีเอดส์เพราะในสถานการณ์มีเอดส์จะมีสัดส่วนคนตายในช่วงอายุหนุ่มสาวสูงกว่าในสถานการณ์ไม่มีเอดส์ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนที่จะมีชีวิตรเข้าสู่วัยสูงอายุ การที่สัดส่วนคนตายที่เป็นประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มสูงขึ้นจะส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพาที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และการที่ประชากรวัยแรงงานหดหายไปเพราะการป่วยหรือตายจากเอดส์อาจทำให้เศรษฐกิจของประเทศได้รับผลกระทบ กล่าวคือนอกจากขาดแรงงานทำงานแล้ว ยังต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประชากรที่เป็นเอดส์อีกด้วย

ในประเด็นผลกระทบของการระบาดของเอดส์ต่อประชากรผู้สูงอายุ แม้จะยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม แต่อาจเชื่อได้ว่าการระบาดของเอดส์ซึ่งเพิ่มการตายในคนหนุ่มสาวน่าจะส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾ ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจประสบปัญหาทางการเงินเพราะขาดบุตรที่จะมาเกื้อหนุนยามสูงอายุในแง่ทั้งที่เป็นแรงงานและที่ช่วยส่งเสียด้านการเงิน ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุอาจต้องรับภาระดูแล

บุตรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์หรือเลี้ยงดูหลานกำพร้าที่พ่อแม่ตายจากเอดส์ องค์การสหประชาชาติประมาณว่า จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีที่กำพร้ามารดาจะเพิ่มเพราะการระบาดของเอดส์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเองอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการดูแลบุตรหรือญาติที่ป่วยด้วยเอดส์ถ้าผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอดส์ สุขภาพของผู้สูงอายุอาจถูกกระทบจากความเหนื่อยล้าในการดูแลบุตรหรือญาติที่ป่วยด้วยเอดส์ สุขภาพทางใจอาจมีปัญหา เพราะความเครียดในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยเอดส์ เครียดเรื่องภาระค่าใช้จ่าย อาจถูก โดนตีจากชุมชนเพราะความกลัวที่มีผู้ป่วยเอดส์อยู่กับผู้สูงอายุ และอาจเสียใจจากการตายของบุตรที่เป็นเอดส์

งานวิจัยที่ควรมี

- การทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของผู้สูงอายุไทย ได้เห็นข้อจำกัดของงานวิจัยเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่ใช้ การติดตามการเปลี่ยนแปลงทางประชากร จำเป็นต้องมีข้อมูลที่ น่าเชื่อถือและปรับปรุงให้ทันสมัย การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของประชากรในอนาคตจำเป็นต้องพึ่งผลการคาดประมาณประชากรที่เป็นที่ยอมรับ (การคาดประมาณประชากรประเทศไทยที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวางคือการคาดประมาณปีพ.ศ.2533-2563 ซึ่งพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ.2538 ซึ่งเมื่อศึกษาถึงข้อสมมติต่างๆเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และการตายที่ใช้ในการคาดประมาณพบว่าการคาดประมาณระดับกลางน่าจะสูงเกินไป) ควรมีโครงการทำการคาดประมาณประชากรชุดใหม่โดยคณะนักวิชาการ ข้อมูลที่น่าจะใช้เป็นฐานคือสำมะโนปีพ.ศ.2543 ประกอบกับข้อมูลแหล่งอื่นๆ การคาดประมาณประชากรชุดใหม่ยังคงควรไว้ซึ่งความหลากหลายในการฉายภาพประชากร ตามเพศและอายุ รายปี กับกลุ่มอายุ 5 ปี โดยให้กลุ่มอายุสุดท้ายคือ 100 ปีขึ้นไปเพื่อประโยชน์ในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรสูงอายุ
- ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ของประชากรสูงอายุอายุมาก (old old) เปรียบเทียบกับกลุ่มสูงอายุอายุน้อย (young old)
- งานวิจัยที่ผ่านมาให้ภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากร สาเหตุของการเกิดภาวะประชากรสูงอายุ ภาวะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของประชากรสูงอายุ แต่งานวิจัยที่จะตอบคำถามผลสืบเนื่องของประชากรสูงอายุนั้นมีจำกัดมาก เช่น อุปทานของแรงงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบของความทันสมัยต่อบทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุ
- ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นกับภาวะการเป็นประชากรสูงอายุและผลกระทบของการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ
- เพื่อทดสอบสมมติฐานว่า การย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวส่งผลให้มีการทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ข้างหลังตามลำพัง จึงอาจมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการย้ายถิ่นสุทธิกับสัดส่วนที่อยู่คนเดียว หรือการไม่มีบุตรอยู่ด้วย

- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพของบ้านที่อยู่อาศัยกับการเกิดอุบัติเหตุ
- ศึกษาความต้องการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและลำดับก่อนหลังของชนิดการปรับปรุงที่ต้องการ
- ศึกษาผลกระทบของการระบาดของเชื้อเอชไอวีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ Van Landingham และคณะ⁽³⁹⁾ เสนอประเด็นสำคัญต่างๆที่ควรศึกษาวิจัยถึงผลกระทบทั้งทางตรงและผลกระทบทางอ้อมของเอดส์ต่อผู้สูงอายุ ที่น่าสนใจได้แก่ ประเด็นความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและวิธีการติดเชื้อเอดส์ในประชากรสูงอายุและแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอดส์ ความชุกของการตายของบุตรจากเอดส์ในประชากรสูงอายุและผลกระทบของการตายของบุตรจากเอดส์ต่อสภาพความเป็นอยู่ สุขภาพทางกายใจและภาวะด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ภาคผนวก

ตาราง ก จำนวนประชากรรวม ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ของ ประเทศไทย จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ

ประชากรรวม (x 1,000)		2503	2513	2523	2533	2543	2548	2553	2558	2563	2568
สมมติฐานอัตราเจริญพันธุ์											
สภาพพัฒนาฯ (ไม่มี) ⁽¹³⁾	สูง	26,634	36,215	49,259	66,402	88,035					
	กลาง	26,634	36,215	48,868	62,784	76,571					
	ต่ำ	26,634	36,215	47,056	58,657	70,574					
สภาพพัฒนาฯ 2524 ⁽¹⁴⁾	สูง		36,370	46,455	56,185	66,114	71,044				
	ต่ำ		36,370	46,455	55,345	63,772	67,745				
สภาพพัฒนาฯ 2534 ⁽¹⁵⁾	สูง			46,718	56,082	64,771	68,788	72,450	75,684		
	กลาง			46,718	56,082	64,110	67,789	71,118	73,951		
	ต่ำ			76,718	56,082	63,792	67,302	70,396	73,023		
สภาพพัฒนาฯ 2538 ⁽¹⁶⁾	กลาง				55,839	62,405	65,034	67,230	69,076	70,503	
ปราโมทย์และคณะ ⁽⁹⁾		-				62,056	64,845	67,004	68,646	69,901	70,768
UN 1998 ⁽¹⁷⁾	สูง	26,392	35,745	46,718	55,595	61,844	65,151	68,530	71,735	74,778	77,953
	กลาง	26,392	35,745	46,718	55,595	61,399	63,989	66,511	68,872	70,975	72,717
	ต่ำ	26,392	35,745	46,718	55,595	61,121	63,132	64,917	66,380	67,421	67,999

ตาราง ก (ต่อ)

จำนวนประชากรสูงอายุ (x 1,000)	2503	2513	2523	2533	2543	2548	2553	2558	2563	2568
สภาพการณ์ฯ (ไม่มี) ⁽¹³⁾	1,322	1,954	2,655	3,783	5,066					
สภาพการณ์ฯ 2524 ⁽¹⁴⁾		1,696	2,308	3,310	4,473	5,289				
สภาพการณ์ฯ 2534 ⁽¹⁵⁾			2,527	3,478	5,005	5,804	6,833	8,354		
สภาพการณ์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾				4,034	5,733	6,617	7,639	9,104	10,776	
ปราโมทย์และคณะ ⁽⁹⁾					5,559	6,348	7,441	9,127	11,309	13,890
UN 1998 ⁽¹⁷⁾			2,527	3,716	5,338	6,149	7,205	8,755	10,767	13,126

ตาราง ก (ต่อ)

สัดส่วนประชากรสูงอายุ (ต่อ 1,00)

	สมมติฐาน อัตราเจริญพันธุ์	2503	2513	2523	2533	2543	2548	2553	2558	2563	2568
สภาพพัฒนาฯ (ไม่มีปี) ⁽¹³⁾	สูง	5.0	5.4	5.4	5.7	5.8					
	กลาง	5.0	5.4	5.4	6.0	6.6					
	ต่ำ	5.0	5.4	5.6	8.0	7.2					
สภาพพัฒนาฯ 2524 ⁽¹⁴⁾	สูง		4.7	5.0	5.9	6.8	7.4				
	กลาง		-	-	-	-	-				
	ต่ำ		4.7	5.0	6.0	7.0	7.8				
สภาพพัฒนาฯ 2534 ⁽¹⁵⁾	สูง			5.4	6.2	7.7	8.4	9.4	11.0		
	กลาง			5.4	6.2	7.8	8.6	9.6	11.3		
	ต่ำ			5.4	6.2	7.8	8.6	9.7	11.4		
สภาพพัฒนาฯ 2538 ⁽¹⁶⁾ ปราศจากภัยและคณะ ⁽⁹⁾	กลาง				7.2	9.2	10.2	11.4	13.2	15.2	
	-					9.0	9.8	11.1	13.3	16.2	19.6
	สูง			5.4	6.7	8.6	9.4	10.5	12.2	14.4	16.8
UN 1998 ⁽¹⁷⁾	กลาง			5.4	6.7	8.7	9.6	10.8	12.7	15.2	18.1
	ต่ำ			5.4	6.7	8.7	9.7	11.1	13.2	16.0	19.3

ตาราง ข

จำนวนประชากร (x 1,000 คน) จำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี, และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปี พ.ศ. 2513-พ.ศ. 2563

	<u>2513</u>	<u>2523</u>	<u>2533</u>	<u>2543</u>	<u>2553</u>	<u>2563</u>
สภาพพัฒนาฯ 2538⁽¹⁶⁾						
<15	15,506	17,165	15,710	15,960	14,915	13,884
15-59	17,167	25,214	35,847	40,715	44,680	45,845
60+	1,681	2,445	3,975	5,733	7,639	10,776
รวม	34,354	44,824	54,532	62,408	67,234	70,505
สำนักงานคณะกรรมการ						
ศึกษาแห่งชาติ 2542⁽¹⁸⁾						
<15				14,566	14,003	13,205
15-59				41,932	45,560	46,314
60+				5,822	8,118	10,048
รวม				62,320	67,681	69,567
UN 1998⁽¹⁷⁾						
<15	16,514	18,693	17,748	15,489	14,344	14,061
15-59	17,515	25,498	34,130	40,571	44,962	46,149
60+	1,715	2,527	3,716	5,338	7,205	10,765
รวม	35,744	47,118	55,594	61,398	66,511	70,975

ตาราง ๑ การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม (อายุต่ำกว่า 15 ปี, อายุ 15-59 ปี, และอายุ 60 ปีขึ้นไป) ระหว่างปีพ.ศ. 2513-พ.ศ. 2563

	2513	2523	2533	2543	2553	2563
สภาพพัฒนาฯ 2538 ⁽¹⁶⁾						
<15	45.2	38.3	28.8	25.6	22.2	19.7
15-59	49.9	56.3	63.9	65.2	66.5	65.0
60+	4.9	5.4	7.3	9.2	11.4	15.3
รวม	100	100	100	100	100	100
สำนักงานคณะกรรมการ						
ศึกษาแห่งชาติ 2542 ⁽¹⁸⁾						
<15				23.4	20.7	19.0
15-59				67.3	67.3	66.6
60+				9.3	12.0	14.4
รวม				100	100	100
UN 1998 ⁽¹⁷⁾						
<15	46.2	39.7	31.9	25.2	21.6	19.8
15-59	49.0	54.1	61.4	66.1	67.6	65.0
60+	4.8	5.4	6.7	8.7	10.8	15.2
รวม	100	100	100	100	100	100

ตาราง ง อัตราเพิ่มประชากรรวม และอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ จากแหล่งการคาดประมาณแหล่งต่างๆ

อัตราเพิ่มของประชากรรวม (ร้อยละ)

	<u>2533-2543</u>	<u>2543-2548</u>	<u>2548-2553</u>	<u>2553-2558</u>	<u>2558-2563</u>	<u>2563-2568</u>
สภาพัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾	1.11	0.83	0.66	0.54	0.41	
ปราชญ์และคณะ ⁽⁹⁾		0.88	0.55	0.48	0.36	0.25
UN 1998 ⁽¹⁷⁾	0.99	0.83	0.77	0.70	0.60	0.49

อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุ (ร้อยละ)

	<u>2533-2543</u>	<u>2543-2548</u>	<u>2548-2553</u>	<u>2553-2558</u>	<u>2558-2563</u>	<u>2563-2568</u>
สภาพัฒน์ฯ 2538 ⁽¹⁶⁾	3.51	2.87	2.88	3.51	3.37	
ปราชญ์และคณะ ⁽⁹⁾		2.65	3.18	4.08	4.29	4.11
UN 1998 ⁽¹⁷⁾	3.62	2.83	3.17	3.90	4.17	3.96

ตาราง จ อัตราเกิดหยาบ และอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (ต่อพัน)⁽¹⁹⁾

<u>ปี พ.ศ.</u>	<u>อัตราเกิดหยาบ</u>	<u>อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด</u>
2507-2508	41.8	6.3
2517-2519	35.6	4.9
2528-2529	23.9	2.7
2532	20.4	2.4
2534	20.2	2.2
2538-2539	17.9	2.0

ตาราง ๖ อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิด อัตราตายหยาบ (ต่อพัน) และ อัตราตายทารก (ต่อพัน)⁽²⁰⁾

ปี พ.ศ.	อายุคาดหมายเมื่อแรกเกิด		อายุคาดหมายที่อายุ 60		อัตราตายหยาบ	อัตราตายทารก
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		
2507-2508	55.2	61.8	14.9	19.5	10.9	84.5
2517-2519	58.0	63.8	16.1	18.9	8.6	51.8
2528-2529	63.8	68.9	15.5	18.6	6.4	40.7
2532	65.6	70.9	16.6	19.9	6.0	38.8
2534	67.7	72.5	18.8	22.0	5.9	34.5
2538-2539	69.9	74.9	20.3	23.9	6.0	26.1

ตาราง ๓ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุและเพศ จากการฉายภาพประชากรพ.ศ.2543-พ.ศ.2568⁽⁹⁾

อายุ	2543		2548		2553		2558		2563		2568	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
60-64	922.3	979.7	981.0	1,071.3	1,206.9	1,346.8	1,581.8	1,769.3	1,957.1	2,134.6	2,316.6	2,479.9
65-69	769.3	823.7	799.7	896.3	853.4	986.6	1,058.8	1,249.1	1,398.0	1,650.2	1,744.5	2,002.8
70-74	516.0	595.8	610.1	703.3	636.6	773.8	687.2	861.2	864.5	1,103.5	1,155.3	1,472.1
75-79	248.0	342.3	354.0	450.4	420.9	540.5	445.8	604.9	489.9	684.8	629.0	894.7
80-84	87.2	155.4	135.9	212.4	197.1	286.4	239.1	351.7	259.3	403.3	291.7	468.0
85-89	25.1	58.7	34.1	71.2	55.4	101.0	82.9	140.6	103.7	117.9	115.4	210.8
90-94	6.4	19.5	6.1	17.4	9.0	22.3	15.4	33.1	24.1	47.8	30.8	62.8
95-99	1.5	6.0	0.8	3.2	0.9	3.1	1.4	4.2	2.6	6.6	4.2	10.0
100+	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+	2,576.1	2,982.6	2,921.8	3,426.1	3,380.2	4,060.8	4,112.6	5,014.4	5,099.4	6,209.4	6,288.0	7,602.1

ตาราง ๓ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุและเพศ จากการประมาณประชากรพ.ศ.2543-พ.ศ.2563⁽¹⁶⁾

อายุ	2543		2548		2553		2558		2563	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
60-64	974	1083	1040	1166	1213	1342	1537	1701	1777	1944
65-69	742	848	847	984	908	1064	1065	1229	1357	1564
70-74	469	553	596	721	683	841	739	914	873	1063
75+	452	612	539	724	673	915	807	1112	919	1279
60+	2637	3096	3022	3595	3477	4162	4148	4956	4926	5850

ตาราง ณ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (หน่วย: พันคน) จำแนกตามอายุและเพศ จากการคาดประมาณประชากรพ.ศ.2543-พ.ศ.2568⁽¹⁷⁾

อายุ	2543		2548		2553		2558		2563		2568	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
60-64	823	939	882	982	1066	1186	1375	1559	1694	1903	2013	2189
65-69	624	748	723	872	783	919	957	1119	1245	1479	1545	1813
70-74	449	563	520	672	609	790	666	837	823	1027	1080	1366
75-79	269	366	338	469	396	566	469	669	520	717	651	889
80-84	139	220	171	265	219	344	260	418	314	503	355	548
85-89	55	96	68	126	86	155	113	202	138	252	170	311
90-94	12	29	18	37	23	50	30	63	41	85	52	109
95-99	2	4	2	6	4	8	5	12	7	15	10	21
100	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2
60+	2,373	2,965	2,722	3,429	3,186	4,019	3,875	4,880	4,783	5,982	5,877	7,248

ตาราง ญ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุ จากการฉายภาพประชากร
พ.ศ.2543-พ.ศ.2568⁽⁹⁾

อายุ	2543	2548	2553	2558	2563	2568
60-64	1,902.0	2,052.3	2,553.7	3,351.1	4,091.7	4,796.5
65-69	1,593.0	1,696.0	1,840.0	2,307.9	3,048.2	3,747.3
70-74	1,111.8	1,313.4	1,410.4	1,548.4	1,968.0	2,627.4
75-79	590.3	804.4	961.4	1,050.7	1,174.7	1,523.7
80-84	242.6	348.3	483.5	590.8	662.6	759.7
85-89	83.8	105.3	156.4	223.5	221.6	326.2
90-94	25.9	23.5	31.3	48.5	71.9	93.6
95-99	7.5	4.0	4.0	5.6	9.2	14.2
100+	1.7	0.8	0.5	0.5	0.6	1.2
60+	5,558.7	6,347.9	7,441.0	9,127.0	11,308.8	13,890.1

ตาราง ฎ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุ จากการประมาณประชากร
พ.ศ.2543-พ.ศ.2563⁽¹⁶⁾

อายุ	2543	2548	2553	2558	2563
60-64	2,057	2,206	2,555	3,238	3,721
65-69	1,590	1,831	1,972	2,294	2,921
70-74	1,022	1,317	1,524	1,653	1,936
75+	1,064	1,263	1,588	1,919	2,198
60+	5,733	6,617	7,639	9,104	10,776

ตาราง ๗ จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (x 1,000 คน) จำแนกตามอายุ จากการคาดประมาณประชากร พ.ศ.2538-2568⁽¹⁷⁾

อายุ	2538	2543	2548	2553	2558	2563	2568
60-64	1,523	1,762	1,864	2,252	2,934	3,597	4,202
65-69	1,172	1,372	1,595	1,702	2,076	2,724	3,358
70-74	803	1,012	1,192	1,399	1,503	1,850	2,446
75-79	528	635	807	962	1,138	1,237	1,540
80-84	283	359	436	563	678	817	903
85-89	114	151	194	241	315	390	481
90-94	30	41	55	73	93	126	161
95-99	4	6	8	12	17	22	31
100+	0	0	0	1	1	2	3
60+	4,457	5,338	6,151	7,205	8,755	10,765	13,125

บรรณานุกรม

1. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: เอกสารประกอบการอภิปรายกลุ่มเรื่อง ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การสัมมนาระดับชาติเรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2524. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542:41-6.
2. นภาพร ชัยวรรณ. แนวโน้มและลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน: เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2528. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528:1-36.
3. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและ สังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ (เอกสารสถาบันหมายเลข 180/33). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
4. นภาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่ง ประเทศไทย, 2542:53-92.
5. จรรยา เศรษฐบุตร. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรชนบทไทย. วารสารประชากรและสังคม 2532:1 (2):259-78.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
7. Jitapankul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine 1998.
8. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: สมาคมพฒนาวิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2542.
9. ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรากรณ์, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, มาดี กาจนกิจสกุล. โครงสร้างอายุและเพศ ของประชากรสูงอายุในประเทศไทย (เอกสารทางวิชาการหมายเลข 242). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและ แผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2538.
12. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบัน หมายเลข 246/39). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

13. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2503-2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ไม่มีปีพ.ศ. ที่พิมพ์).
14. คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากร คณะอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากร. การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย 2513-2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524.
15. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2523-2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534.
16. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533-2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538.
17. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. World Population Prospects, The 1998 Revision. New York: United Nations 1999;2:784-7.
18. คณะทำงานคาดประมาณประชากร สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2542-2559. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2542.
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2538-39. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540:49.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2538-39. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540:56.
21. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. World Population Prospects, The 1998 Revision. New York: United Nations 1999;1:394-5.
22. Christenson B, Hermalin AI. Comparative Analysis of the Changing Educational Composition of the Elderly Population in Five Asian Countries: A Preliminary Report (Research Report No. 91-11). Michigan: Population Studies Center, University of Michigan, 1991.
23. Napaporn C. Population Aging in Thailand: A call for Research and Action. In: New Directions in Population policies and Programmes in Thailand (IPS Publication No. 217/94). Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1994:129-53.
24. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ผลกระทบของการลดภาวะเจริญพันธุ์ต่อระบบครอบครัวอุปถัมภ์ของผู้สูงอายุ: ตัวอย่างประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 198/35). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
25. United Nation. The Ageing of Populations and Its Economic and Social Implication. New York: United Nations, 1956:12.

26. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. World Population Prospects: The 1998 Revision. New York: United Nations, 1999;1(Comprehensive table).
27. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ประชากรของประเทศไทยภายหลังการปฏิวัติขนาดครอบครัว. วารสารประชากรศาสตร์และสังคม 1992;3:21-53.
28. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. Falls and their associated factors: a national survey of Thai elderly. J Med Assoc Thai 1998;81:233-42.
29. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. World Urbanization Prospects, The 1996 Revision. New York: United Nations, 1997.
30. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2506. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2507.
31. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2515-2516. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2518.
32. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2524-2527. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2527.
33. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สมุดสถิติรายปี พ.ศ.2536. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.
34. Wongsith M. and Siriboon S. Household Structure and Care for the Elderly in Thailand. In: The Family and Older Persons in China, Indonesia, and Thailand (Asian Population Studies Series No. 152). New York: United Nations, 1999:97-150.
35. The NESDB Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 1987-2000. Bangkok: Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board; Program on Population, East West Center; Program on AIDS, Thai Red Cross Society; AIDS Division, Ministry of Public Health; and Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1994.
36. United Nations Secretariat, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. The Demographic Impact of HIV/AIDS (Report on the Technical Meeting). New York: United Nations, 1998.
37. UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases. Geneva: WHO, 1998.
38. U.S. Bureau of the Census. Report WP/98 World Population Profile: 1998 with a Special Chapter Focusing on HIV/AIDS in the Developing Countries. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office, 1999:55-66.

39. Van Landingham M, Knodel J, Im-em W, Saengtienchai C. The Impact of HIV/AIDS on Older Populations in Developing Countries: Some Observations based upon the Thai Case (report No. 99-441). Michigan: Population Studies Center at the Institute for Social Research, the University of Michigan, 1999.
40. นภาพร ชโยวรรณ. "ผู้สูงอายุไทยถูกทอดทิ้งมากขึ้นจริงหรือ".วารสารประชากรศาสตร์ 2538;1:49-55.

บทที่ 3 : ครอบครัวและผู้สูงอายุ

รศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกคน เนื่องจากเป็นสถาบันพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกลักษณะ เป็นแหล่งที่เลี้ยงดู หล่อหลอม อบรมสั่งสอน ชัดเจน ปกป้อง คุ้มครองและพัฒนาบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งสิ้นชีวิต ด้วยเหตุนี้การพัฒนาต่างๆ จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยมีแนวคิดที่ว่าหากครอบครัวดีแล้ว ชุมชน สังคม และประเทศชาติย่อมจะดีไปด้วย สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนโยบายพัฒนาสถาบันครอบครัวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 6 เป็นต้นมา และปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้นในฉบับที่ 8 เป้าหมายสำคัญในการพัฒนาสถาบันครอบครัวอยู่ที่ความสำคัญของสถาบันครอบครัวในฐานะเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในสังคม แต่มีพลังที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคม และความมั่นคงต่อประเทศชาติได้ในอนาคต

คำว่า “ครอบครัว” มีความหมายและลักษณะที่แตกต่างหลากหลายประเด็นตามแนวคิดพื้นฐานทางวิชาการของแต่ละสาขา วิชาการทางสังคมวิทยาให้ความหมายว่า “ครอบครัว (family) หมายถึง สถาบันสังคมขั้นมูลฐานที่ประกอบด้วยชายหนึ่งหรือมากกว่าอยู่รวมกันกับหญิงหนึ่งหรือมากกว่า โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมอนุมัติพร้อมด้วยสิทธิและหน้าที่ที่สังคมยอมรับ”⁽¹⁾ ซึ่งหากพิจารณาจากความหมายทางสังคมวิทยาดังกล่าวนี้เป็นการกำหนดโดยยึดถือความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชาย-หญิง เป็นตัวกำหนดซึ่งปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เกิดการสมรสระหว่างเพศเดียวกัน เกิดการอยู่รวมกันโดยที่สังคมไม่เห็นด้วย หรือเกิดการพึ่งพิงกันระหว่างผู้ที่เข้มแข็งกว่ากับผู้อ่อนแอ ความหมายดังกล่าวไม่สามารถอธิบายลักษณะของครอบครัวในสถานการณ์ปัจจุบันให้ครอบคลุมได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องนำมิติทางขอบเขตของความสัมพันธ์มาพิจารณาในการกำหนดการอธิบายความหมายของครอบครัว ซึ่งได้แก่⁽²⁾

1. ความสัมพันธ์ทางกฎหมาย (legal Relationship)
2. ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต (consanguine boundary)
3. ความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological or emotional relationship)
4. ความสัมพันธ์ทางกายภาพ (physical boundary)

จากการพิจารณาภายใต้ขอบเขตดังกล่าว ทำให้สามารถให้ความหมายของ “ครอบครัว” ได้ว่า “ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย อาทิ ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการสมรสหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ที่เกิดจากการสืบทอดทางสายโลหิต เช่น บิดา-มารดา-ปู่-ย่า-ตา-ยาย-ลูก-หลาน-และเครือญาติ หรือมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นความผูกพันว่าตนเป็นเหมือนคนหนึ่งครอบครัว ถึงแม้จะไม่มีข้อผูกพันด้านอื่นก็ตาม เช่น ผู้ที่เป็นเพศเดียวกัน มีความสัมพันธ์และพึ่งพิงกันทั้งทางสังคมและ/หรือทางเศรษฐกิจ หรือมีความสัมพันธ์ของแหล่งที่อยู่อาศัย โดยมาอยู่อาศัยร่วมกันในชุมชนเดียวกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน หรืออยู่ในสถาบันที่ให้การดูแล เป็นต้น การพิจารณา

ความหมายของคำว่า ครอบครัวจากเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จะครอบคลุมถึงสภาพครอบครัวในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

ครอบครัวและผู้สูงอายุมีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น จะแตกต่างกันตรงที่ความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุมีจุดสิ้นสุดในตัวเอง และเป็นจุดสิ้นสุดที่เป็นการยุติบทบาทต่างๆโดยสิ้นเชิง นั่นคือการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่สำหรับบุคคลวัยอื่น การสิ้นสุดของแต่ละช่วงอายุเป็นการสิ้นสุดที่นำไปสู่การเริ่มต้นในช่วงใหม่ขึ้นอีก และมักจะอยู่ในลักษณะของความเจริญก้าวหน้า ดังนั้นสังคมทั่วไปจึงให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นอย่างมากโดยพิจารณาพัฒนาการที่เกี่ยวพันกันมาแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และที่จะมีต่อไปในอนาคตอย่างละเอียดอ่อนกว่าวัยอื่นๆ ด้วยเหตุนี้ การนำเสนอเรื่องราวของ “ครอบครัวและผู้สูงอายุ” จึงประกอบด้วยสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมาจากอดีตสู่ปัจจุบันที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นพลวัตรในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ครอบครัว ครั้วเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน
2. สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุในอดีต
3. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ
4. บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน
5. บทบาทและการเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน
6. ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
7. คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ
8. การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ
9. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
10. แนวคิดการพัฒนาครอบครัว

ครอบครัว ครั้วเรือน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทยที่มีมาโดยลำดับ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและครั้วเรือนอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มในอนาคต การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมามีสาเหตุจากการที่แต่ละครอบครัวเริ่มจำกัดจำนวนบุตรให้ลดน้อยลง ผู้คนเริ่มเปลี่ยนจากอาชีพด้านการเกษตรเข้าสู่อาชีพด้านอุตสาหกรรม การขยายตัวของเขตเมือง วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การเคลื่อนย้ายถิ่นเพื่อการทำงานประกอบอาชีพหรือเพื่อการศึกษา รวมทั้งความต้องการเป็นอิสระของคู่สมรสที่ไม่ต้องการอาศัยอยู่กับครอบครัวของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและย้ายออกไปตั้งครั้วเรือนใหม่ที่อยู่ห่างกันออกไป^(3,4) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ขนาดของสมาชิกในครั้วเรือนเริ่มลดลง เหลือเพียงสมาชิก 2 รุ่นอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงประเภทของครั้วเรือนที่มีขนาดใหญ่ไปสู่ครั้วเรือนขนาดเล็กที่ประกอบด้วยคนเพียง 2 รุ่นอายุ คือ คู่สมรสและบุตร^(2,5,6)

จากการสำรวจจำมะโนประชากรที่ผ่านมามีพบว่า จำนวนสมาชิกเฉลี่ยในครั้วเรือนมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับจากที่มีมากกว่า 5 คนในปีพ.ศ.2523 จนลงมาต่ำกว่า 4 คนในปัจจุบัน และเมื่อพิจารณาเฉพาะครั้วเรือนที่มีผู้สูงอายุพำนักอยู่ด้วย ปรากฏว่าเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุในประเทศไทยพำนักอยู่ในครั้วเรือนบุคคล⁽⁷⁾ มีเพียง

ร้อยละ 2 เท่านั้นที่อยู่ในสถาบัน เช่น วัด และสถานสงเคราะห์ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนบุคคลพบว่าในปีพ.ศ.2538 ประมาณร้อยละ 4.3 ของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยคนเดียว ซึ่งไม่แตกต่างจากตัวเลขในปีพ.ศ.2529 แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับคู่สมรสเพียงลำพังสองคนได้เพิ่มจากร้อยละ 6.7 ในปีพ.ศ.2529 เป็นร้อยละ 11.9 ในปีพ.ศ.2538 ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 76.9 ในปีพ.ศ.2529 ลงเป็นร้อยละ 70.9 ในปีพ.ศ.2538 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคล 2 รุ่นอายุขึ้นไป⁽⁸⁾

เมื่อพิจารณาประเด็นของการถือฤกษ์แล้วสภาพโครงสร้างครัวเรือนของผู้สูงอายุไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา จะเห็นแนวโน้มการเป็นครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็กมากยิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึงการลดลงของสัดส่วนการอยู่ร่วมกับบุคคลที่ได้รับการคาดหมายจากสังคมว่าจะเป็นผู้ที่ให้การถือฤกษ์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งคือบุตรนั่นเอง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยของการที่บุตรอยู่ร่วมครัวเรือนหรือแยกไปตั้งครัวเรือนในพื้นที่ห่างไกลจากบิดามารดาและปัจจัยการเยี่ยมบ้านจากบุตรที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดามารดา แสดงนัยบางประการว่าในอนาคตการอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันระหว่างบุตรและบิดามารดาที่สูงอายุจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง และการเยี่ยมเยียนคาดว่าจะลดลงเป็นอย่างมากในเขตชนบท⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า สถานะสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้บุตรและผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน และทำให้บุตรที่ตั้งครัวเรือนในที่ห่างไกลมีการเยี่ยมเยียนบิดามารดาที่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

การวิเคราะห์ดังกล่าวนี้เป็นการพิจารณาภาพของครัวเรือนที่แตกต่างจากคำว่า ครอบครัว เนื่องจากพิจารณาเฉพาะความสัมพันธ์ของแหล่งที่อยู่อาศัยที่มีความหมายแคบกว่าครอบครัวอย่างมาก การถือฤกษ์ในครอบครัวไม่ถือว่าเป็นการให้เงินทอง สิ่งของ การเยี่ยมเยียน การติดต่อสื่อสาร การให้กำลังใจ การสนับสนุนสภาพจิตใจ ตลอดจนการจัดการธุระต่างๆ เป็นครั้งคราว ย่อมเกิดขึ้นได้ แม้ว่าไม่ได้พำนักอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงความเข้มแข็งของการถือฤกษ์แล้ว ย่อมมีระดับที่ลดลงในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ห่างไกลกัน ส่วนคำว่าครอบครัวขยายและครอบครัวเดียวนั้น มีความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน โดยแต่เดิมเป็นการพิจารณาถึงการอยู่ร่วมของบุคคลรุ่นต่างๆ ในครอบครัวไม่ว่าจะอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน หรืออยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มครัวเรือนก็ตาม ซึ่งเป็นการพิจารณาลักษณะครอบครัวในเชิงสังคมวิทยา ที่มีความหมายแสดงถึงวัฒนธรรมการตั้งครัวเรือนของชุมชนเกษตรกรรม และความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวตั้งครัวเรือนแยกห่างกันออกไปไม่ได้หมายความว่าความสัมพันธ์ในรุ่นเดียวกันหรือรุ่นสายตรงจะถดถอยลงเสมอไป การถือฤกษ์ซึ่งกันและกัน ยังอาจคงอยู่ได้ในระดับที่ดี เพียงแต่อาจมีความจำกัดทางกายภาพและรูปแบบการถือฤกษ์ที่แปรเปลี่ยนไปเท่านั้น

ด้วยความจำกัดของนิยามและการจำแนกครอบครัวในความหมายครอบครัวขยาย-ครอบครัวเดี่ยว และความจำกัดของข้อมูลทั้งในด้านรูปแบบและเนื้อหาของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกต่างๆ ในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ทำให้พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้จำกัดวงของการจำแนกประเภทของครอบครัวในกรอบของครัวเรือนเท่านั้น ดังนั้นความหมายของครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยวที่มักใช้หรืออ้างถึงจึงเป็นการให้ความหมายตามนัยของรูปแบบครัวเรือน โดยจำแนกเป็นครัวเรือนขยายหรือครัวเรือนเดี่ยวตามจำนวนและรุ่นของสมาชิกในครัวเรือน ด้วยเหตุนี้ กลุ่มของครัวเรือนที่อยู่ร่วมกันโดยเป็นของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน (ซึ่งคงคุณลักษณะของครอบครัวขยาย) จะได้รับการจำแนกเป็นครัวเรือนเดี่ยว เนื่องจากแยกอยู่บ้านคนละหลัง อย่างไรก็ตามครอบครัวที่สมาชิกแยกตั้งครัวเรือนเดี่ยวที่อยู่ห่างไกลกันแต่มีสายสัมพันธ์แนบแน่นและสามารถ

เกี่ยวกันได้ดีเช่นครอบครัวขยายดั้งเดิม จะไม่ได้รับการพิจารณาถึงคุณลักษณะของความเป็นครอบครัวขยายแต่อย่างใด ดังนั้นในการพิจารณาเรื่องครอบครัว แรงสนับสนุนและการเกื้อหนุนระหว่างสมาชิกครอบครัวในบั้นนี้จึงมีความหมายกว้างกว่ารูปแบบครัวเรือนที่ปรากฏ โดยครอบคลุมถึงสัมพันธภาพ ทัศนคติ วิถีชีวิต ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ดังนั้นปัจจุบันจึงพบว่า ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในครัวเรือน 4 ลักษณะ ได้แก่⁽¹⁰⁻¹⁶⁾

1. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในครัวเรือนขนาดใหญ่^(16,17) เป็นลักษณะที่มีครอบครัวของบุตร หลาน ญาติ และบุคคลอื่นอยู่ด้วยกัน หรือปลูกบ้านอยู่ในบริเวณขอบเขตเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์ที่สมาชิกอื่นในครอบครัวมีต่อผู้สูงอายุเป็นหลัก พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะมีฐานะเป็นเสาหลักของครอบครัว ถึงแม้จะไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วก็ตาม บุตรหลานและสมาชิกอื่นในครอบครัวยังคงให้ความรักความนับถืออยู่⁽⁸⁾ และหากพิจารณาตามนัยทางประชากรศาสตร์ โดยอาศัยจำนวนผู้อาศัยในครัวเรือนของผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 คน⁽¹⁸⁾ และถือว่าครอบครัวที่มีผู้อาศัยเกินกว่านี้ (ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป) เป็นครัวเรือนขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุไทยที่อยู่อาศัยกับสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปมีถึงร้อยละ 46.6⁽¹⁸⁾

2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดเล็ก⁽¹²⁻¹⁴⁾ ซึ่งหากพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ตามจำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้าน โดยถือว่าครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 4 คนลงมาเป็นครัวเรือนขนาดเล็ก จะพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 49.1 ที่อาศัยในครัวเรือนประเภทนี้⁽¹⁸⁾ ซึ่งนับว่าโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการอยู่อาศัยในครอบครัวลักษณะนี้มากที่สุด

3. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง^(10,12-14) ซึ่งมีหลายลักษณะ ได้แก่ การอยู่อาศัยเพียงคนเดียวเนื่องจากเป็นม่าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแล รวมทั้งการอยู่อาศัยเพียงลำพังแต่มีการปลูกบ้านอยู่อาศัยในบริเวณบ้านญาติหรือผู้อื่น กลุ่มนี้มีจำนวนไม่มากนักประมาณร้อยละ 3.6 ถึงร้อยละ 4.3⁽¹⁸⁾

4. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับสถาบันทางสังคมต่างๆ^(12-14,19) ถึงแม้จะไม่ใช่การอยู่อาศัยในครอบครัวตามความเข้าใจทั่วไป แต่เมื่อพิจารณาเงื่อนไขทางข้อกฎหมายและความสัมพันธ์ภายในสถาบันแล้ว สถาบันทางสังคมบางแห่งอาจนับได้ว่าเป็น “ครอบครัว” ลักษณะหนึ่งของผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา โดยผู้สูงอายุที่เข้าอยู่เป็นผู้ที่ไร้ญาติขาดผู้อุปการะดูแล หรือมีปัญหาในการปรับตัวกับบุคคลในครอบครัว หรือภาวะทางร่างกายเสื่อมถอยอย่างมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องพึ่งพิงสถาบันทางสังคมทั้งของรัฐและเอกชน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐจำนวน 2,718 คน⁽²⁰⁾

สิ่งที่เกิดขึ้นคู่กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวและครัวเรือนคือ การเกิดองค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆเพื่อทำหน้าที่และรับภาระทดแทนสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เช่น เกิดสถานรับเลี้ยงและดูแลเด็ก สถานศึกษา สถานพยาบาล ศูนย์บริการต่างๆ รวมทั้งร้านค้า ธุรกิจ และแหล่งบันเทิง ที่เกิดมาเพื่อช่วยบรรเทาภาระต่างๆที่ครอบครัวไม่สามารถจะทำได้ ความผูกพันและเอื้ออาทรทางจิตใจ ความเป็นพี่น้องสายโลหิตเดียวกัน ที่ต้องเกี่ยวพันซึ่งกันและกันเริ่มลดลง เกิดความสัมพันธ์แบบเฉพาะตัว และต่างคนต่างอยู่มากยิ่งขึ้น เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบใหม่ที่อาศัยปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวชี้้นำ เมื่อพิจารณาถึงผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนบุคคลสำคัญในครอบครัว แต่ภาวะการพึ่งตนเองทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมเริ่มลดลงตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อการอยู่อาศัยในครัวเรือนและครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก

สภาพภาพและบทบาทผู้สูงอายุในอดีต

ระบบครอบครัวที่ปรากฏในสังคมมีหลากหลายรูปแบบและขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของแต่ละสังคม โดยทั่วไปครอบครัวแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่^(2,21) ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 ชั่วอายุคน คือ บิดามารดาและบุตรอยู่ร่วมกัน และครอบครัวขยาย (extended family) ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 3 ชั่วอายุคนขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะการขยายในแนวดิ่ง หรือประกอบด้วยเครือญาติ เช่น ป้า น้า อาและคู่สมรสอยู่ร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะการขยายในแนวนอน ในอดีตครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวใหญ่ มีหลายครอบครัวที่อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิตหลายชั้น นับตั้งแต่ ปู่ ย่า ตา ทวด ลุง ป้า น้า อา จนถึงรุ่นลูกหลาน และเครือญาติอื่นๆ ในบางท้องถิ่นพบว่าหลายๆครอบครัวเป็นญาติพี่น้องกันโดยนิยมตั้งบ้านเรือนอยู่รวมกลุ่มกัน มีความผูกพันต่อเนื่องกันหลายชั่วอายุ ผู้ที่ทำหน้าที่ปกครองบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากที่สุดที่จะทำหน้าที่เสมือนประมุขของบ้านดูแลทุกข์สุขของคนในครอบครัว กำหนดภาระหน้าที่ มอบมรดก สอน ให้อ่านและลงโทษแก่สมาชิกในครอบครัว ผู้อาวุโสหรือผู้สูงอายุที่สุดจึงเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในเรื่องสำคัญทุกเรื่อง สมาชิกในครอบครัวให้ความยำเกรงและเคารพเชื่อฟัง ผู้สูงอายุมักทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางความสัมพันธ์ของบุคคลต่างๆในครัวเรือน หรือแม้แต่กรณีพิพาทกันในครัวเรือน ผู้สูงอายุจะได้รับการยอมรับให้มีสถานภาพและบทบาทในการเป็นผู้ไกล่เกลี่ยและตัดสินกรณีพิพาทต่างๆเหล่านั้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายยังทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนสมาชิกครอบครัวในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ทางวิชาการ ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่สั่งมาให้แก่สมาชิกในครอบครัวและสังคม⁽⁶⁾ เป็นผู้ทำหน้าที่ขัดเกลาทางสังคมให้แก่บุตรหลานในครอบครัวให้เป็นคนดี รวมทั้งเป็นแหล่งรวมจิตใจของทุกคนในครอบครัวอีกด้วย

จากบทบาทของผู้สูงอายุดังกล่าวแสดงว่า สถานภาพของผู้สูงอายุในอดีตเป็นสถานภาพที่ได้รับการยกย่องและให้เกียรติเป็นที่เคารพนับถืออย่างสูงสุดในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและครัวเรือนที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานภาพหลักในครอบครัว คือ การเป็นหัวหน้าครัวเรือน ในการศึกษาที่ผ่านมามีการให้ความหมายหรือเกณฑ์การกำหนดบุคคลเป็นหัวหน้าครัวเรือนมีความแตกต่างกัน บางการศึกษาจะพิจารณาจากเกณฑ์ทางนิตินัย คือ ถือเอาสถานภาพของการเป็นเจ้าของบ้านหรือเจ้าของบ้าน หรือมีบทบาทสำคัญทางเศรษฐกิจ บางการศึกษาจะพิจารณาทางพฤตินัย โดยพิจารณาจากความอาวุโส การได้รับความเคารพนับถือจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ หรือการยอมรับจากบุคคลต่างๆในครัวเรือน เพื่อให้มีความสอดคล้องกันในเนื้อหาการทบทวนองค์ความรู้เรื่องนี้ จึงกำหนดความหมายของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนว่า หมายถึง “สมาชิกในครัวเรือนส่วนบุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นหัวหน้าครัวเรือน และโดยทั่วไปเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบสูงสุดในการปกครอง หรือเป็นผู้อุปถัมภ์ในเชิงเศรษฐกิจและสวัสดิภาพของสมาชิกในครัวเรือน”⁽²²⁾ และตามเกณฑ์ดังกล่าวพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยถึงร้อยละ 58-66 ที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 59-67) จะดำรงสถานภาพนี้มากกว่าในเขตเมือง (ร้อยละ 51-63) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีสัดส่วนของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนต่ำสุด (ร้อยละ 58)^(18,22) ซึ่งแสดงให้เห็น

ว่าผู้สูงอายุกว่าครึ่งที่ยังคงสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือน เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า สัดส่วนการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุในภาคต่างๆไม่แตกต่างกัน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสถิติสูงสุดคือร้อยละ 60 และ กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือร้อยละ 48.5⁽²²⁾ แต่เมื่อพิจารณาประเด็นความแตกต่างทางเพศต่อบทบาทการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุชายเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากกว่าผู้สูงอายุหญิง 2 เท่า ไม่ว่าจะมองในภาพรวมหรือระดับภาคก็ตาม⁽¹⁰⁾ แนวโน้มสถานภาพการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความสำคัญของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักรของชีวิต อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นหัวหน้าครัวเรือนนั้นไม่จำเป็นจะต้องทำให้สถานภาพทางสังคมลดลงแต่อย่างใด ผู้สูงอายุยังคงสถานภาพเป็นคู่สมรส บิดามารดา และญาติของสมาชิกคนอื่นๆ และยังคงสถานภาพที่เหมาะสมอยู่ได้

บทบาทการเป็นผู้นำ หัวหน้า ผู้หาเลี้ยง และศูนย์กลางกิจกรรมในครอบครัวของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาททางเศรษฐกิจในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปีทำงานประกอบอาชีพร้อยละ 47.9 และลดลงตามลำดับจากร้อยละ 36.4 ในช่วงอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 15.8 ในช่วงอายุ 70-74 ปี และเหลือเพียงร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป⁽¹⁰⁾ สำหรับอัตราการประกอบอาชีพที่ยาวนานนั้น กลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพการเกษตร ร้อยละ 36.1 และกลุ่มช่างผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตและกรรมการ ร้อยละ 32.8 ปฏิบัติงานจนอายุถึง 75 ปีซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มยังต้องประกอบอาชีพอยู่จนกว่าร่างกายจะรับภาระหนักไม่ได้จึงจะหยุดประกอบอาชีพ

อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้หยุดจากการทำงานเพราะสภาพความอ่อนแอของร่างกายและปัจจัยอื่นๆ และมีความต้องการให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนในเวลาที่เหลือให้ดีที่สุด โดยไม่ต้องประกอบอาชีพใดๆ แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีความต้องการที่จะประกอบอาชีพในสัดส่วนที่สูงและมักประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถทำงานได้⁽²³⁾ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งจะพยายามประกอบอาชีพและจะยุติเมื่อร่างกายไม่เอื้ออำนวยหรือบุตรหลานร้องขอให้ยุติ อย่างไรก็ตามสังคมเริ่มเปลี่ยนความคิดและความเชื่อถือโดยให้ความสำคัญกับความสามารถในเชิงเศรษฐกิจมากกว่าบทบาทด้านสังคมจิตวิทยา⁽⁵⁾ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทเชิงเศรษฐกิจได้ จึงทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุเริ่มลดลงด้วยเช่นกันบทบาทที่เคยเป็นที่ปรึกษาและเป็นที่ตัดสินใจเรื่องต่างๆในครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ต้องรับรู้รับฟังเรื่องราวต่างๆที่ผ่านการตัดสินใจของบุตรหลานมาแล้ว ในช่วงชีวิตวัยนี้ ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตอยู่ภายในบ้านมากกว่าจะมีกิจกรรมนอกบ้าน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและวัฒนธรรมบางประการมีส่วนทำให้บทบาทการเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ การอบรมสั่งสอน การขัดเกลาทางสังคม และการถ่ายทอดศิลปวิทยาการต่างๆของผู้สูงอายุลดลงเช่นกัน และเมื่อรวมกับบทบาทที่สถาบันทางสังคมบางประเภทมีภาระหน้าที่แทน ทำให้บทบาทด้านนี้ของผู้สูงอายุเริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทของผู้ที่คอยกำกับดูแลควบคุมให้บุตรหลานปฏิบัติตามเงื่อนไขกฎเกณฑ์ต่างๆของสถาบันทางสังคมเหล่านั้น นอกจากนี้การที่สังคมมีเครื่องอำนวยความสะดวกและมีเครื่องอุปกรณ์สื่อสารและบันเทิง ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะเด็กจะสนใจและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการฟังวิทยุและใช้โทรทัศน์ ทำให้ขาดการร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในด้านของผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุไม่คิดว่าบทบาท

ของตนลดลง แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทไปตามวัยเท่านั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การมีบทบาทใหม่ในครอบครัวต่อไป

บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบัน

การพิจารณาถึงบทบาทของผู้สูงอายุนั้น อาจพิจารณาได้จากสถานภาพและกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่ ดังที่กล่าวแล้วว่า โดยทั่วไปแต่ละครอบครัวมีความปรารถนาที่จะให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนและหยุดจากภารกิจประจำที่ทำมาเป็นเวลานาน แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความประสงค์ที่จะช่วยบุตรหลานในการทำกิจกรรมต่างๆ เท่าที่สามารถจะทำได้ บางครอบครัวถึงแม้จะมีผู้รับผิดชอบอยู่แล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังพยายามคงบทบาทอยู่เช่นเดิม ด้วยความรู้สึกอยากช่วยแบ่งเบาภาระของบุตร^(11-15,24-27) เช่น เลี้ยงหลาน ประกอบอาหาร ซักผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน และเฝ้าบ้านเมื่อสมาชิกในครอบครัวออกไปประกอบอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนน้อย ผู้สูงอายุยังคงรับผิดชอบภาระงานต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ถึงแม้จะไม่มีการมอบหมายงานที่ถาวรหรือเป็นกิจลักษณะที่แน่นอนก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังพยายามคงบทบาทของตนอยู่เช่นเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะมีบทบาทในครอบครัวทุกด้าน คือนอกจากมีบทบาทในการรับภารกิจต่างๆ ในบ้านแล้ว ยังมีบทบาทในการหารายได้และประกอบอาชีพอีกด้วย⁽¹¹⁻¹⁶⁾ หากพิจารณาอาชีพที่ผู้สูงอายุทำเป็นสองส่วนคือ อาชีพในภาคเกษตรและนอกภาคเกษตร พบว่าผู้สูงอายุในภาพรวมส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 ทำงานในภาคเกษตร เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพการทำงาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด คือ ร้อยละ 66 รองลงมาเป็นผู้ช่วยธุรกิจของครัวเรือน (ร้อยละ 18.5) และลูกจ้างเอกชน (ร้อยละ 10.2)⁽¹⁰⁾ ผู้สูงอายุจะหยุดการทำงานด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน โดยร้อยละ 59 หยุดด้วยเหตุผลทางสุขภาพ ร้อยละ 14 ด้วยเหตุผลที่ครอบครัว-บุตรต้องการให้หยุด ร้อยละ 10 ต้องการหยุดเอง และร้อยละ 7 จำเป็นต้องหยุดตามกฎหมายของหน่วยงาน⁽¹⁸⁾ เมื่ออายุสูงวัยมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวนั้นยังคงมีอยู่ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอาชีพใด กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทางเกษตรยังคงทำหน้าที่ไม่แตกต่างจากเดิมเพียงแต่ลดปริมาณลงเท่านั้น สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ รับจ้าง ค้าขาย พบว่าส่วนใหญ่เมื่อพ้นจากสภาพเดิมจะหันมาทำงานในบ้าน ปลูกพืชผักสวนครัวหรือเลี้ยงหลาน ส่วนผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีมักจะอยู่บ้านเฉยๆแต่อาจทำอะไรเล็กๆน้อยๆเป็นกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศแล้วข้อมูลจากหลายแหล่งระบุว่า ผู้สูงอายุสตรีที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุชายเป็นผู้ทำงานบ้านทุกชนิดในสัดส่วนที่สูง ไม่ว่าจะพิจารณาจากลักษณะและประเภทของงานในลักษณะใดก็ตาม⁽⁸⁾ เมื่อพิจารณาจากทัศนคติของผู้สูงอายุเองนั้น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทที่เหมาะสมของตนในครอบครัว คือ กระบวนการอบรมสั่งสอนทางสังคม (socialization) ซึ่งเป็นการอบรมสั่งสอนบุตรหลานให้มีความซื่อสัตย์สุจริต ขยันศึกษาเล่าเรียน ปฏิบัติตนในสิ่งที่ดีงาม เพื่อที่จะได้เป็นคนดีในอนาคต ส่วนบทบาทของการช่วยทำงานบ้าน ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เฝ้าบ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวภายในครอบครัวอีกด้วย

บทบาทที่สำคัญของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่งคือ บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาหรือให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานในครอบครัวได้ลดน้อยลงมาก พบว่าบุตรหลานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) ไม่เคยนำเรื่องมาปรึกษาเลย ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นสิ่งที่ขัดกับระบบครอบครัวไทยที่มีมาแต่เดิม จากการศึกษาพบว่าถึงแม้บุตรหลานจะคงความสนิทสนม การเอาใจใส่ และการปฏิบัติอย่างดีต่อผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่จำเป็นต้องหมายความว่า ลูกหลานจะนำ

เรื่องที่ตนมีปัญหามาปรึกษาด้วย แต่มักเป็นไปในทำนองขออนุญาตเสียส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของการปรึกษาแล้ว เรื่องราวบุตรหลานที่ขอคำปรึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับธุรกิจการงาน รองลงมาได้แก่ ปัญหาครอบครัวหรือชีวิตความเป็นอยู่ เรื่องทางการศึกษา และเรื่องทางเศรษฐกิจ⁽²⁷⁾ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังคงบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาและเกื้อหนุนด้านจิตใจแก่บุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นโดยเฉพาะในชุมชนชนบท อาทิ การจัดงานศพ และพิธีการต่างๆที่สำคัญ⁽¹²⁻¹⁴⁾

การกลับคืนบทบาทของผู้สูงอายุ (role inversion) โดยเข้าสู่บทบาทพึ่งพิงครอบครัวนั้น เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองและการติดต่อกับผู้อื่นลดลง และบุตรหลานมีความรู้สึกที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจะพึ่งพิงตนเองได้และต้องเข้าไปดูแล ดังนั้นผู้สูงอายุจะกลายเป็นเสมือนบุตรหรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอีกครั้งหนึ่ง⁽²⁷⁾ โดยทั่วไปปัจจัยสำคัญของการกลับคืนบทบาทของผู้สูงอายุ คือ การที่บุตรมีระดับการศึกษาสูงและมีรายได้สูง และอายุของผู้สูงอายุที่มากขึ้น⁽²⁴⁾ ซึ่งแสดงว่าเศรษฐกิจจะมีผลต่อบทบาทต่างๆของผู้สูงอายุเท่ากับภาวะทางร่างกาย

กล่าวโดยสรุป ไม่ว่าจะพิจารณาข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวหรือจากผู้สูงอายุเอง ต่างมีความเห็นร่วมกันว่าผู้สูงอายุยังคงดำรงบทบาทที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

บทบาทและการเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน

บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัฏจักรชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวโดยตลอด บทบาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบจากสมาชิกรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพเป็นสองปัจจัยสำคัญของกระบวนการดังกล่าว ในระยะที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อกูลแก่สมาชิกในครอบครัวมากกว่าจะเป็นผู้รับ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจถดถอยแต่ยังมีสุขภาพที่ดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะยังดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อกูลทางสังคมและกายภาพแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่จะมีการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป โดยเกิดขึ้นอย่างช้าๆและต่อเนื่อง และความขัดแย้งทางความคิดเห็นอาจเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจะมีบทบาทเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม จนเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลเกื้อกูล บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจากผู้ให้ไปเป็นผู้รับ ระยะผันเปลี่ยนจะสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวหรือแม้แต่ว่าความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้เกื้อกูลไปเป็นผู้ที่ต้องรับการเกื้อกูลช่วยเหลือ และการเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับผิดชอบดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นบทบาทโดยทั่วไปของครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีต่อผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการและเกื้อหนุนดูแล ซึ่งหมายถึง การแสดงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร

เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลทั้งยามปกติและเจ็บป่วย และนามธรรมเช่น การให้กำลังใจ การเยี่ยมเยียน และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ทั้งในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคม^(4,10,12-14,18) ในสังคมไทยทั่วไป บทบาทของครอบครัวในการเกื้อกูลผู้สูงอายุจะประกอบด้วย บทบาท 3 ด้าน^(10,12-14,24) ได้แก่ บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ และบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม

บทบาทแรก บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย เป็นการดูแลทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการดูแลโดยเกื้อกูลบางลักษณะ เช่น การให้เงิน อาหาร เสื้อผ้า การจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการเกื้อกูลในปัจจุบันพื้นฐานของการดำรงชีวิต โดยร้อยละ 80.6 ของบุตรที่มีอายุระหว่าง 13-59 ปีที่มีพ่อแม่อายุ 50 ปีขึ้นไปได้มีบทบาทการเกื้อกูลดังกล่าว การเกื้อกูลที่ให้ความแตกต่างกันตามเศรษฐกิจ การศึกษา สถานภาพในครอบครัวและวิถีทางในการดำเนินชีวิตของแต่ละภูมิภาค⁽¹⁰⁾

การเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่สำคัญมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาจากความคาดหวังจากผู้สูงอายุหรือจากสัดส่วนของการเกื้อกูลที่ปรากฏอยู่ คือการช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามรักษาต่อเนื่องโดยพาไปพบแพทย์ และรับภาระด้านค่ารักษาพยาบาล⁽²⁸⁾ สัดส่วนการเกื้อกูลประเภทนี้อยู่ในระดับสูงมาก โดยสัดส่วนที่ให้การดูแลพ่อแม่ถึงร้อยละ 88.8 และให้การดูแลแม่มีสูงถึงร้อยละ 90.4⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาลให้การดูแลบิดามารดาในสัดส่วนที่สูงกว่าครอบครัวในเขตเทศบาล ซึ่งบทบาทนี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากรวมทั้งเป็นความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติเช่นนี้เมื่ออายุมากขึ้น

การดูแลเรื่องอาหารเป็นบทบาทที่ครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยร้อยละ 82.3 และ 85 ของครอบครัวได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่พ่อแม่ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ โดยทั่วไปบทบาทของครอบครัวในด้านอาหารนี้เป็นบทบาทของการจัดการดูแลภายในครัวเรือนสำหรับสมาชิกทุกคนและมีได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุสตรีที่มีสถานภาพเป็นแม่หรือยาย มักจะมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน อาทิ มีหน้าที่จัดหาอาหาร และทำการปรุงอาหารสำหรับทุกคนในบ้านที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นในภาพรวม การจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น มิได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใด ถือเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องอยู่กินร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ในกรณีนี้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพาหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษออกไป เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลว หรือความต้องการวิตามินหรืออาหารเสริม เป็นต้น ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นการเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน

สำหรับการเกื้อกูลด้านการเงิน เป็นการเกื้อกูลที่มีการปฏิบัติในสัดส่วนที่สูงเช่นกัน^(29,30) โดยบุตรร้อยละ 76.6 ได้ระบุว่าตนได้ให้เงินแก่พ่อแม่ และร้อยละ 82.3 ให้แก่แม่ การเกื้อกูลด้านการเงินแก่พ่อแม่ของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการให้เงินแก่พ่อแม่ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการเกื้อกูลเสมอไป ในวัฒนธรรมไทยที่ยังปฏิบัติกันอยู่ ลูกหลานจะให้เงินส่วนหนึ่งของรายได้แก่บุพการีด้วยเหตุผลของ

ความกตัญญู ทั้งที่ผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นจะต้องใช้เงินจำนวนนั้นแต่อย่างใด ในทางตรงข้าม การเกื้อกูลด้านการเงิน อาจอยู่ในรูปการเกื้อกูลทางอ้อมในรูปของอาหาร ค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาและการรักษาพยาบาล หรือ การจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ โดยไม่ได้อยู่ในรูปตัวเงินชัดเจน ดังนั้น ถึงแม้จะพบว่าร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปรายงานว่าไม่ได้รับการเกื้อกูลด้านการเงินจากบุตร⁽¹⁰⁾ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นขาดการเกื้อกูลอย่างเหมาะสมจากบุตรหลานแต่อย่างใด การพิจารณาผลการศึกษาวิจัยจึงต้องมีความระมัดระวังอย่างยิ่ง

สำหรับเครื่องนุ่งห่มหรือเสื้อผ้าเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัวค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับ การเกื้อกูลด้านอื่น โดยปรากฏว่าร้อยละ 58-63 ของครอบครัวนอกเขตเทศบาล และร้อยละ 54-61 ของครอบครัวในเขตเทศบาล⁽¹⁰⁾ โดยทั่วไปลักษณะการจัดหาเสื้อผ้าจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1-2 ครั้งเฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ หรือวันขึ้นปีใหม่⁽¹⁸⁾

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายในระดับสูง โดยผู้สูงอายุหญิงได้รับการดูแลทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุชาย บุตรและคู่สมรสของบุตรเป็นผู้ที่เป็นกำลังสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายสูงกว่าเครือข่ายอื่น และเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้นสัดส่วนการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะบุตรก็จะสูงขึ้นในทุกๆ ด้าน

บทบาทที่สอง บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นบทบาทที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ⁽¹²⁻¹⁴⁾ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุมากกว่าเครือข่ายอื่นๆ เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ จะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแทน ลักษณะการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการแสดงความใกล้ชิด เอื้ออาทร พุดคุย ให้ความสำคัญในการตัดสินใจ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรทั้งที่อยู่ใกล้และที่อยู่ห่างไกล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและมีคุณค่า ในภาพรวม มีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 1 เท่านั้นที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละครั้ง นอกจากนั้น การติดต่อสื่อสารยังเป็นกิจกรรมที่แสดงความรักเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้บุตรหลานในชนบทนิยมติดต่อกับผู้สูงอายุโดยทางจดหมาย ส่วนในเมืองนิยมใช้โทรศัพท์^(8,13,31-33)

การเกื้อกูลด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญประการหนึ่งคือ การที่บุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่น การไปวัด การตักบาตรหรือร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ ซึ่งครอบครัวในชนบทมีบทบาทด้านนี้สูงกว่าครอบครัวในเมือง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงในจิตใจและมีความพึงพอใจมากเช่นกัน

บทบาทที่สาม บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม เป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคม และเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทด้านนี้กับการเกื้อกูลและบทบาทด้านอื่นๆ พบว่าเป็นบทบาทที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด โดยบทบาทด้านสังคมที่ชัดเจนมักเป็นการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น⁽¹⁵⁾ และพบในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง แต่ผู้สูงอายุในเมืองมีโอกาสรับฟังข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟัง

วิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งน่าจะนำไปสู่การสรุปที่ว่า การถือผู้สูงอายุด้านสังคม มีความแตกต่างกันตามพื้นที่ โดยในชนบทเป็นลักษณะการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบที่เป็นกิจกรรม ในชุมชนโดยตรง แต่ในเมืองมักเป็นรูปแบบของการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆที่เข้าถึงได้ดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ในสังคมไทยพบว่าบทบาทและการถือผู้สูงอายุของครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยและองค์ประกอบ หลายด้าน ทั้งนี้เป็นไปตามโอกาสและความเหมาะสมที่กำหนดด้วยเงื่อนไขต่างๆ ได้แก่ ความพร้อมของบุตร หลานและเครือญาติ การพึ่งพาของผู้สูงอายุ และบุตรหญิงและสะใภ้ ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายการดูแลน้อยหรืออยู่ ห่างไกลจะประสบปัญหาขาดผู้ดูแลและถือผู้สูงอายุในโอกาสที่สูง⁽¹²⁾ บุตรที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกับบิดามารดา มี แนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านอาหารหรือเสื้อผ้าแก่บิดามารดาสูงอายุ ขณะที่บุตรที่อยู่ห่างไกลออกไปมี แนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านการเงินมากกว่าบุคคลอื่น⁽³⁴⁾ บทบาทของครอบครัวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อภาวะการ พึ่งตนเองของผู้สูงอายุถดถอยลง บุตรหญิงโดยเฉพาะผู้ที่ยังโสดและสะใภ้จะได้รับการคาดหวังจากครอบครัว และผู้สูงอายุว่าจะสามารถแสดงบทบาทในการถือผู้สูงอายุได้มากกว่าสมาชิกคนอื่น⁽³⁵⁾

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวยังคงให้ความสำคัญต่อบทบาทของตนเองในการถือผู้สูงอายุ แม้จะมี ภาระหน้าที่อื่นๆไม่ว่าจะเป็นงานประจำหรือภาระอื่นใดก็ตาม แต่บทบาทและหน้าที่ที่มีต่อผู้สูงอายุยังคงเป็นสิ่งที่ ครอบครัวให้ความสำคัญ โดยถ้าเป็นการดูแลถือผู้สูงอายุไป สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจะไม่รู้สึกว่าการถือผู้ สูงอายุในครอบครัวเป็นปัญหาที่สร้างความเครียดด้านอารมณ์ จิตใจ หรือภาระที่ต้องสูญเสียเวลาความเป็น ส่วนตัว การติดต่อสังสรรค์กับเพื่อนและบุคคลอื่นในสังคม⁽²⁸⁾ หากแต่เมื่อผู้สูงอายุมีสถานะพึ่งพาสูง โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมหรือช่วยตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวจะเกิดภาวะเครียดและได้รับแรง กดดันจากหน้าที่รับผิดชอบค่อนข้างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลด้าน สุขลักษณะ⁽³⁵⁻³⁸⁾ แต่ถึงแม้จะประสบปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทอยู่บ้าง ครอบครัวยังคงตระหนักในบทบาท หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติและถือผู้สูงอายุในฐานะบุพการีของตนอย่างมั่นคงและแน่วแน่ และก่อให้เกิดความ พึงพอใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก⁽³⁹⁻⁴⁰⁾ อาจกล่าวได้ว่า การถือผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรม ประเพณี และการอบรมสั่งสอนในสังคมไทยมาช้านาน

ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

สังคมไทยมีความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นเสมือนบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ที่กำหนดให้คนในสังคมต้องปฏิบัติตาม ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกหนึ่งของสังคมด้วย เช่นกัน โดยเฉพาะผลของการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ทุกศาสนามีข้อคำสอนที่ให้คนเคารพและอุปการะดูแลบิดามารดาของตน สำหรับพุทธศาสนาซึ่งเป็น ศาสนาประจำชาติได้สอนในเรื่องของการอุปการะบิดามารดา และถือให้พ่อแม่เป็นเจดีย์หรือเทวดาประจำ ครอบครัว นั่นคือดำรงอยู่ในฐานะที่ลูกทุกคนจะต้องมีความเคารพนับถือและเลื่อมใสศรัทธาเมื่อท่านอยู่ใน วัชชาไม่สามารถช่วยตนเองได้ ซึ่งการอุปการะเลื่อมใสศรัทธาบิดามารดานี้ถือว่าเป็นมงคลชีวิต นอกจากนั้นศาสนายัง สอนเรื่องบาปบุญคุณโทษ และกฎแห่งกรรม “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว” ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อระบบความคิดและ การดำเนินชีวิตของคนไทย จัดเป็นการอบรมสั่งสอนทางสังคม (socialization) ซึ่งส่งผลให้เกิดค่านิยมในทางดีที่ ทุกคนต้องประพฤติดีประพฤติงาม ระลึกถึงบุญคุณของผู้ที่มีพระคุณต่อตนและสังคม และเป็นการปลูกฝังให้บุตร

หลานมีความกตัญญูต่อบุพการีและผู้มีพระคุณ ดังนั้นคนในสังคมไทยจึงมีความเอื้ออาทร เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีของตนเสมอมา ความเชื่อเหล่านี้เป็นเสมือนกฎเกณฑ์ของสังคม ในการควบคุมดูแลจริยธรรมและบรรทัดฐานทางสังคมของผู้คนและแทรกซึมอยู่ในระบบความคิดและการดำเนินชีวิตของคนไทยมาจนกระทั่งปัจจุบัน สังคมจะให้การยกย่องและสรรเสริญผู้ที่ดูแลบุพการีของตน ในทางตรงข้ามจะประณามและไม่ยอมรับผู้ที่ปฏิบัติไม่เหมาะสมต่อบุพการีเช่นเดียวกัน^(11-14,16,21,28,41)

ประเพณีต่างๆของคนไทยเป็นรากฐานสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อเกื้อหนุนด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น การบวชของชายไทยเมื่ออายุครบ 20 ปี ซึ่งถือว่าเป็นการบวชทดแทนคุณบิดามารดาและทดแทนค่าน้ำนมของมารดา เมื่อบุตรหลานได้บวชเรียนจะนำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเชื่อที่ว่ากุศลจากการบวชของบุตรหลานจะมีผลต่อตนเองในภพหน้า และจัดเป็นการทดแทนคุณที่ถือว่าสูงสุด อีกทั้งยังเชื่อว่าจะมีกุศลแผ่ในหมู่วงศ์ญาติอีกด้วย นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต บุตรหลานจะนิยมบวชอีกครั้ง โดยเป็นการบวช “หน้าไฟ” ในงานศพ โดยทั่วไปนิยมบวชเพียง 1 วัน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าจะให้บุตรหลานคนใดเป็นผู้บวชให้ และจะรู้สึกปลื้มใจเมื่อทราบว่าบุตรหลานจะบวชหน้าไฟให้

ประเพณีที่สำคัญอื่นๆ ได้แก่ การรดน้ำดำหัวเนื่องในวันสงกรานต์ และการรดน้ำสังข์และให้พรเพื่อเป็นมงคลในพิธีแต่งงาน ยังเป็นประเพณีที่คงอยู่ในปัจจุบัน เป็นการสะท้อนถึงความสัมพันธ์และความสำคัญของผู้สูงอายุที่ยังคงมีต่อครอบครัวอย่างชัดเจน

ค่านิยมทางสังคมในการยึดถือระบบอาวุโสเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและเป็นการกำหนดสิทธิหน้าที่และสถานภาพของสมาชิกในสังคมไทยได้มีมาช้านาน⁽²³⁾ ระบบอาวุโสที่สังคมยึดถือได้แสดงออกในลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบ “ผู้ใหญ่” กับ “ผู้น้อย” อันสะท้อนถึงความแตกต่างทางฐานะและตำแหน่งทางสังคม ค่านิยมที่เป็นบรรทัดฐานทางสังคมนี้ดำรงอยู่อย่างเหนียวแน่น ดังจะเห็นได้จากการสื่อค่านิยมผ่านทางนิทานปรัมปรา คำสอนทางศาสนา สุภาษิต และคำพังเพยจำนวนมาก⁽¹¹⁾ จนกลายเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งของคนไทยในการประพฤติปฏิบัติ เช่น การกราบไหว้ การค้อมตัวเมื่อผ่านผู้อาวุโส การไม่ตีเสมอ การให้การเชื่อฟังคำสั่งหรือการว่ากล่าวตักเตือน และการให้โอกาสแก่ผู้อาวุโสก่อน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการทะนุถนอม การดูแลตลอดจนการไม่ละเมิดหรือล่วงล้ำสิทธิของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยได้รับการยกย่องให้เกียรติ และเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆทางครอบครัวและสังคม⁽⁴¹⁾

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ภาพความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและคนรุ่นปัจจุบัน (ทั้งเด็ก วัยรุ่น และคนหนุ่มสาว) มีความห่างเหินกันมากขึ้น อันเป็นผลจากทัศนคติต่อผู้สูงอายุและวัยสูงอายุที่เปลี่ยนไป เนื่องจากคนรุ่นใหม่ในปัจจุบันถูกสิ่งแวดล้อมทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสื่อต่างๆหรือการอบรมสั่งสอนปลูกฝังให้มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนความสำคัญจากเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรมและจากเขตชนบทไปสู่เขตเมืองทำให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีบทบาททางเศรษฐกิจสูงขึ้น ตลอดจนการเคลื่อนย้ายถิ่นที่ทำให้การพึ่งพาภายในครอบครัวและชุมชนลดความสำคัญลง จึงเป็นผลให้คนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับผู้ใหญ่ลดลงโดยเฉพาะการเคารพผู้สูงอายุ แต่ถึงแม้จะมีสัญญาณที่แสดงว่าค่านิยมเหล่านี้ได้เริ่มลดถอยลง แต่ผลการศึกษายังพบว่าค่านิยมในปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ดีพอที่จะยึดเหนี่ยวความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้ดังจะเห็นได้จากการลักษณะอยู่อาศัยร่วมกัน ตลอดจนการเกื้อกูลที่บุตรหลานมีต่อบุพการีที่ยังอยู่ในระดับที่ดีมาก⁽⁴²⁾ และหากมีการณรงค์อย่างจริงจังแล้ว คาดว่าจะสามารถดำรงค่านิยมนี้ให้อยู่ในระดับที่ดีเช่นนี้ได้ต่อไปในอนาคต

กล่าวโดยสรุป ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นค่านิยมที่เปรียบผู้สูงอายุเป็น “ผู้ให้” เป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม และเป็นผู้ที่ควรได้รับการตอบสนองอย่างยกย่องเชิดชู กล่าวคือเป็นผู้ทำประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้กับครอบครัวและสังคมในครั้งที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นผู้ที่ให้การเกื้อหนุนทางวัฒนธรรมตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนภาระในครอบครัวมาชั่วชีวิต เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเปลี่ยนฐานะจาก “ผู้ให้” มาเป็น “ผู้รับ” มากขึ้น กล่าวคือ ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวและจากสังคม โดยจะปรากฏชัดเจนเมื่ออยู่ในสถานะช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด ถึงแม้ในปัจจุบันการเกื้อหนุนในครอบครัวและครัวเรือนยังอยู่ในระดับที่ดี แต่มีความจำเป็นในการรณรงค์ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้ค่านิยม “ระบบอาวุโส” และ “ความกตัญญู กตเวทิตา” ดำรงอยู่อย่างเข้มแข็ง เพื่อเป็นหลักประกันทั้งของการดำรงบทบาทของผู้สูงอายุในสถาบันครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการคงอยู่ของลูกโซ่ของการถ่ายทอดวิทยาการ-วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีอันเป็นเอกลักษณ์ของไทยให้คงอยู่ต่อไปโดยไม่เกิดการขาดตอนหรือสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังมองตนเองว่าเป็นผู้มีความสำคัญต่อสังคมและครอบครัว โดยเห็นว่า บุตรหลานยังคงมีการเคารพนับถือ ยกย่อง ให้เกียรติ และเชื่อฟังคำสั่งสอนหรือคำแนะนำทั่วถึงของผู้สูงอายุ และยังได้แสดงทัศนะว่า การเคารพผู้สูงอายุและการเปรียบผู้สูงอายุเสมือนร่มโพธิ์ร่มไทร จะยังคงมีอยู่และคงคู่ไปกับสังคมและวัฒนธรรมไทยต่อไปในอนาคต⁽¹⁵⁾ ซึ่งนับว่าเป็นการสะท้อนให้เห็นความรู้สึกในเชิงบวกที่ผู้สูงอายุมีต่อบุคคลในครอบครัว และต่อความเชื่อความศรัทธาในศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีของไทย

คุณค่าและศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุ

ค่านิยมในเรื่องคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการดำรงชีวิตในสังคม โดยมีพื้นฐานมาจากหลักของการเคารพส่วนบุคคล (respect for persons) ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดที่มนุษย์ปฏิบัติต่อกัน การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าตนยังมีความสำคัญและศักดิ์ศรีอย่างเท่าเทียมกันกับคนหนุ่มสาว^(11,16) ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80 ประเมินตนเองว่าเป็นผู้มีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าต่อบุตรหลาน⁽¹¹⁾ ผู้สูงอายุมีทัศนะด้านคุณค่าของตนว่าเป็นผลจากความมีประสบการณ์และการประพฤติปฏิบัติโดยเฉพาะการแสดงออกถึงความมีเมตตากรุณา⁽⁴¹⁾ นอกจากนี้ ค่านิยมด้านคุณค่าอาจเป็นผลสะท้อนจากการเป็นผู้ที่มีบุญคุณและเป็นที่พึ่งทางใจต่อบุคคลในครอบครัว และที่สำคัญปัจจัยด้านวัตถุนิยมได้มีอิทธิพลต่อการกำหนดคุณค่าด้วยเช่นกัน คือ การมีเงินทองและทรัพย์สินของผู้สูงอายุ^(11-15,40) อย่างไรก็ตามในทัศนะของผู้สูงอายุนั้น การมีคุณค่าจะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีผู้ใดให้คุณค่ากับตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าของความเป็นผู้สูงอายุเกิดจากบุคคลในครอบครัว โดยผู้สูงอายุบางกลุ่มระบุว่า “คุณค่าอยู่ที่ลูก ถ้าลูกประพฤติปฏิบัติและอุปการะดี ผู้สูงอายุนั้นก็มีคุณค่า”⁽⁴¹⁾ ดังนั้น คุณค่าของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับลูกหลานในครอบครัวเป็นสำคัญ

ส่วนศักดิ์ศรีของการเป็นผู้สูงอายุมีมุมมองได้หลายนัย โดยอาจพิจารณาจากการเป็นผู้มีความประพฤติดี เป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นผู้ที่อยู่ในศีลธรรม เป็นผู้ที่ได้รับการเคารพยกย่อง เป็นผู้ที่ยังมีความดีงาม เป็นผู้ที่มีฐานะทางการเงินและมีทรัพย์สิน และเป็นผู้ที่ได้รับการเคารพยกย่องจากชุมชนและสังคม^(11,15) ซึ่งเป็นการพิจารณาจากด้านการกระทำและด้านจิตใจที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติและมีต่อผู้อื่นภายใต้เงื่อนไขของหลักศาสนาและบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ดังนั้น ความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุย่อมเกิดจากคุณความดีของผู้สูงอายุและความเคารพนับถือยกย่องให้เกียรติที่ครอบครัวและสังคมมีต่อผู้สูงอายุ

การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ

การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุในที่นี้หมายถึง การทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและ/หรือจิตใจ จากการที่ถูกกระทำโดยตรง หรือถูกละเลยหรือทอดทิ้งโดยไม่ได้รับการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสม การทำร้ายผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นในลักษณะการทำร้ายร่างกาย การล่วงเกินทางเพศ หรือการทำร้ายทางจิตใจ การเอาเปรียบจะเป็นการเอาเปรียบทางทรัพย์สิน และการละเลยทอดทิ้งจะเกิดกับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา โดยเป็นการเพิกเฉยไม่ให้การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ⁽⁴³⁾ ในปัจจุบัน ถึงแม้จะไม่มีสถิติหรือการศึกษาที่ยืนยันจำนวนหรือความชุกของการทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุที่แน่นอนก็ตาม แต่ประสบการณ์ของผู้ให้บริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมได้พบปัญหานี้ปรากฏในสังคมไทย⁽⁴⁴⁾

ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันมีอยู่จำกัดอย่างยิ่งและมีรายงานการศึกษาเฉพาะการทำร้ายด้านจิตใจและทางร่างกายเท่านั้น จากการศึกษาพบว่า การทำร้ายจิตใจผู้สูงอายุอาจแสดงออกได้หลายรูปแบบ ได้แก่ ลักษณะของคำพูดส่อเสียด ถากถาง หรือแสดงกิริยาไม่เหมาะสม^(10,12,24) และสำหรับการทำร้ายผู้สูงอายุทางร่างกายได้ปรากฏในรายงานเพียง 2 เรื่องเท่านั้น ที่ระบุว่าบุตรทำร้ายผู้สูงอายุจนกระทั่งแขนหักและบาดเจ็บ^(12,13)

กล่าวโดยสรุป การทำร้ายเอาเปรียบและการละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจต่อการศึกษาและเก็บสถิติอย่างยิ่ง เนื่องจากสถานะความสามารถของครอบครัวที่มีแนวโน้มลดน้อยถอยลง รวมทั้งเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอาจทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลยและปฏิบัติไม่เหมาะสมมากขึ้นจนเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ดังกล่าว ซึ่งสถิติการเจ็บป่วยทางด้านการแพทย์หรือการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ จะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญต่อความรุนแรงของสภาพปัญหานี้

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ดังที่ทราบแล้วว่า ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าสถาบันอื่น และผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดคือ บุตรในครอบครัวนั้น ผลการศึกษาหลายเรื่องระบุปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุหลายประการที่สำคัญเรียงตามลำดับดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ^(23,45,46) ยิ่งผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากเพียงใด ก็เกิดภาระและความยากลำบากในการดูแลโดยครอบครัวและผู้ดูแลมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินทางและการเคลื่อนไหว จะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถเดินและเคลื่อนไหวเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันซึ่งพบมากในผู้สูงอายุหญิง นอกจากนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาในการดูแลมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

2. ปัญหาด้านการเงินของครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือขาดรายได้จะมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพซึ่งมีความต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ต้องการยาเพื่อรักษาโรค ต้องการอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย ต้องการอุปกรณ์ในการดูแลบางอย่างเป็นพิเศษ รวมทั้งความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แต่เมื่อครอบครัวประสบปัญหาด้านรายได้จึงทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแลให้มีคุณภาพและเหมาะสม ประการสำคัญ ปัญหาเหล่านี้จะเกี่ยวพันกันเป็นลูกโซ่และกระทบต่อหรือนำไปสู่ปัญหาอื่น อาทิ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและต้องไปพบแพทย์ แต่ภาวะความยากจนใน

ครอบครัวทำให้ไม่สามารถไปพบแพทย์ ทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือ
 เกื้อกูลสมาชิกในครัวเรือนได้เช่นเดิม จึงเกิดภาวะต่อสมาชิกคนอื่น ๆ รวมทั้งมีผลกระทบต่อการหารายได้ทั้งของ
 สมาชิกคนอื่น ๆ และของผู้สูงอายุเอง จึงเป็นผลให้ครอบครัวนั้นยากจนยิ่งขึ้นหรือเกิดความเครียดในครอบครัว
 และนำไปสู่ความแตกร้างหรือเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้สูงอายุหรือเกิดแม้กระทั่งการทำร้ายเอาเปรียบและ
 การละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ^(19,32,38)

3. ปัญหาด้านผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากการขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแล
 ไม่มีเวลาเพียงพอเนื่องจากมีภารกิจมากมายหลายด้านหรือผู้ดูแลประกอบอาชีพนอกบ้าน การขาดผู้ดูแลหรือ
 การดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ อาทิ แผลกดทับ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้ตามที่แพทย์
 สั่ง หรือเกิดปัญหาด้านจิตใจ สำหรับผู้ดูแลเองอาจจะได้รับความกดดันหรือความเครียดในการดูแล ปัญหา
 ผู้ดูแลนั้น นอกจากมีผลต่อผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว บางครั้งปัญหาเกิดขึ้นจากผู้ดูแลเองโดยเฉพาะปัญหาทางจิตใจ
 เช่น ความเหงาว่าเหวและรู้สึกถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลบางรายรู้สึกถึงภัยจบบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากการ
 ขยับอายุของผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง⁽⁴⁷⁾

4. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากสมาชิกใน
 ครอบครัวที่จะช่วยกันดูแลและแบ่งเบาภาระต่างๆ ครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี สมาชิกมี
 ความเอื้ออาทรห่วงใยซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจที่จะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้วยความเต็มใจ
 จะส่งผลต่อผู้สูงอายุให้มีความอบอุ่นใจ และยังเป็นการส่งเสริมหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมใน
 กิจกรรมตลอดจนร่วมเกื้อหนุนครอบครัวในด้านต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่ดี
 ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ตามสมควรอีกด้วย แต่หากสัมพันธ์ภาพของคนใน
 ครอบครัวไม่ดีแล้ว ผู้สูงอายุอาจได้รับการทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตใจ

5. จำนวนเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมมากประเภทเท่าใดย่อมได้รับการ
 ดูแลมากขึ้นเท่านั้น เช่น ครอบครัวที่มีพี่น้องหลายคนหรือมีญาติพี่น้องจำนวนมาก ผู้สูงอายุย่อมมีเครือข่ายการ
 ดูแลที่ดี นอกจากปริมาณของเครือข่ายแล้ว ความใกล้ชิดของเครือข่ายทั้งจากความสัมพันธ์และจากระยะทาง
 ต่างมีผลต่อผู้สูงอายุเช่นกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อยหรือพำนักอยู่ห่างไกลจากเครือข่ายที่
 ตนมีอยู่จะมีโอกาสประสบปัญหาการดูแลและการเกื้อหนุนมากขึ้น

แนวคิดการพัฒนาครอบครัว

การพัฒนาครอบครัวเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกทุกคน เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดำรง
 อยู่และปฏิบัติหน้าที่ไปได้ด้วยดี หากเกิดปัญหาหรืออุปสรรคที่รุนแรงขึ้นในครอบครัวอาจส่งผลกระทบต่
 พัฒนาการของครอบครัวในระยะต่อไป และมีผลต่อสมาชิกของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกที่พึ่งตนเอง
 ได้น้อย ซึ่งได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จึงเป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุ มิได้เป็นเพียงปัญหาของตัว
 ผู้สูงอายุเองเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของครอบครัวและสังคมด้วย เพราะฉะนั้นในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ จำเป็นจะ
 ต้องมีความร่วมมือจากทั้ง 3 ฝ่าย คือ ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม^(48,49) ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาครอบครัว
 เพื่อผู้สูงอายุจึงควรประกอบด้วยบทบาทและความร่วมมือของ 3 ฝ่ายดังกล่าว

1. **แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว** เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลปกป้องและตอบสนองความต้องการพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และเป็นสถาบันแรกและสุดท้ายที่ผู้สูงอายุต่างตั้งความหวังที่จะฝากฝังไว้และพึ่งพิงจนวาระสุดท้ายของชีวิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวให้สามารถตอบสนองความต้องการและเป็นที่พักพิงแก่ผู้สูงอายุได้อย่างพอเพียงจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และมีความหมายมากเกินกว่าจะนำไปเปรียบเทียบกับบริการที่จัดให้โดยสถาบันทางสังคมอื่นๆ ไม่ว่าบริการที่สถาบันเหล่านี้จะจัดให้อยู่ในสภาพที่ดีเลิศเพียงใดก็ตาม^(50,51)

ความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวมีปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญจากความสัมพันธ์ที่ดีและเหนียวแน่นของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีต่อกันของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเกื้อกูลดูแลซึ่งกันและกัน เป็นกำลังใจ เป็นแรงผลักดัน เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุย่อมได้รับอานิสงค์จากความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดีด้วย ปัญหาต่างๆจะลดลงและความเอื้ออาทรห่วงใยซึ่งกันและกันจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในทุกๆด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจที่มั่นคงและอบอุ่น

ในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกอาจดำเนินการ โดยการรณรงค์เพื่อการดำรงอยู่ของทัศนคติที่ดีของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณีที่มีมาแต่เดิม นอกจากนั้นการดำเนินการให้สมาชิกในครอบครัวในวัยต่างๆมีโอกาสในการพัฒนาความสัมพันธ์โดยการมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การจัดให้มีเวลาร่วมกันอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างเหมาะสม หรือการส่งเสริมสนับสนุนการในครอบครัว เป็นต้น

แนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว คือการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่รวมทั้งผู้สูงอายุด้วย มีการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในวัยสูงอายุ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีปรับตัวและเกิดสัมพันธภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุนั้น ควรส่งเสริมให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆในครอบครัวที่เกิดขึ้นตลอดเวลาตามกระบวนการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม⁽⁴⁹⁾

2. **แนวคิดการเสริมสร้างและใช้ประโยชน์จากศักยภาพของผู้สูงอายุ⁽⁵²⁾** เป็นความจริงในสังคมไทยที่ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตในฐานะผู้ให้ ทั้งในส่วนของครอบครัว ชุมชน และสังคม อันนำไปสู่ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ จึงไม่น่าแปลกใจที่สังคมไทยได้ให้การยกย่องและนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นทิศที่ 6 เป็นปฐนียบุคคล เป็นผู้ที่ทรงภูมิปัญญาและประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและต่อส่วนรวมทั้งในทางตรงและทางอ้อม จึงเป็นที่ตระหนักกันว่า ศักยภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทั้งทางด้านสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ด้วยเหตุนี้ ความเข้าใจและการดำเนินการให้ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์ตามกำลังความสามารถด้วยความสมัครใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทั้งในครอบครัวและสังคมจึงเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น

นอกจากนั้นการส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มของชนต่างวัย ซึ่งมีเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ทั้งเด็ก คนวัยทำงาน ผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุเอง ควรร่วมมือกันเรียนรู้และมีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นแหล่งในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างสรรค์กิจกรรม และสังสรรค์ระหว่างกัน ดังนั้นการปรับปรุงบริการและสวัสดิการพื้นฐานต่างๆและการสร้างเงื่อนไขหรือโอกาสเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกลุ่มและกิจกรรมได้โดยสะดวกจึงมีความจำเป็น

3. **แนวคิดการพัฒนาจิตสำนึกของเยาวชนและบุคคลในวัยต้น** เนื่องจากการเตรียมเยาวชนและบุคคลในวัยต้น ให้มีความพร้อมทั้งในการเป็นผู้ที่จะต้องให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีและในการที่ตนเองจะต้องพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต เป็นความสำคัญยิ่งทั้งในการกระบวนการพัฒนาครอบครัวและกระบวนการเตรียมตัวเพื่อวัยสูงอายุ การส่งเสริมให้เยาวชนและบุคคลในครอบครัวตระหนักถึงความจำเป็นของการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุและการมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและวัยสูงอายุ ย่อมทำให้รับรู้และตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีพระคุณซึ่งบุตรหลานต้องสำนึกในพระคุณและหาโอกาสตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เจตคติที่ดีที่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุและวัยสูงอายุย่อมจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกและ พฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว⁽¹²⁾

4. **แนวคิดการเสริมสร้างรายได้และหลักประกันเพื่อความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ**⁽⁵³⁾ การศึกษาที่ผ่านมาได้ระบุให้เห็นชัดเจนว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ดังนั้นการเสริมสร้างรายได้หรือการสร้างหลักประกันทางรายได้ เช่น การประกันสุขภาพหรือการสร้างโอกาสการทำงานในวัยสูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้แพร่ขยายไปให้มากขึ้นและสามารถครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ เพื่อแบ่งเบาไม่ให้เป็นภาระแก่ครอบครัวในการอุปการะดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

1. จากการศึกษาที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ความเป็นองค์รวมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเชิงทฤษฎีและแนวความคิดในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย ยังขาดแคลนเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการศึกษาเชิงทฤษฎีและแนวความคิดในการพัฒนาครอบครัวเพื่อผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ควรริเริ่มอย่างเร่งด่วน

2. การศึกษาเชิงคุณภาพที่ให้ข้อมูลที่เป็นความรู้ลึกซึ้งนึกคิด ความคาดหวัง ความปรารถนา ความผิดหวังและความคับข้องใจต่างๆของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ควรดำเนินการมากที่สุด เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณจำนวนมาก ในการศึกษาที่ผ่านมา ได้ให้ภาพในวงกว้างเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง แต่ความหลากหลายของความรู้ลึกซึ้งนึกคิด จัดตามมโนทัศน์ของแต่ละคน แต่ละภูมิภาค ย่อมแตกต่างกัน การศึกษาเชิงคุณภาพจะช่วยเติมสิ่งที่เป็ความรู้ลึกซึ้งนึกคิด จิต-วิญญาณ ความเป็นตัวตนที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้

3. การศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการดูแล และบริการผู้สูงอายุโดยชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากในอนาคต แนวคิดการพัฒนาประเทศมุ่งสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน โดยมีแนวคิดประชาสังคม (Civil society) เป็นพื้นฐาน การดูแลและบริการผู้สูงอายุต้องเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง วิธีการที่จะทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งสามารถเข้าใจสภาพปัญหาและรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับชุมชนของตน จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการเป็นอย่างยิ่ง

4. สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณนั้น การศึกษาที่ผ่านมาไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ หรือไม่สามารถเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดนโยบายระดับชาติได้ ดังนั้นการศึกษาในภาพกว้างระดับประเทศเกี่ยวกับภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และบริการสำหรับผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้เกิดขึ้น และควรเป็นการวิจัยที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในลักษณะความร่วมมือเชิงสหวิชาชีพ

5. การวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างครบวงจรที่ควรเพิ่มเติม และหาข้อมูลให้ชัดเจน คือ การวิจัยเกี่ยวกับการทารุณ ทอดทึง ละเลย และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งนับว่าเริ่มมีความรุนแรงขึ้น นอกจากนั้น การประเมินถึงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ของบริการต่างๆที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการดำเนินการเช่นเดียวกัน

6. การวิจัยด้านสังคมวิทยาเชิงวัฒนธรรม ยังไม่เพียงพอต่อการอธิบายและทำความเข้าใจต่อเรื่องราวของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในความแตกต่างของแต่ละวัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งควรมีการทำความเข้าใจโดยละเอียด นอกจากนั้น งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจบลงที่ภาวะสุดท้ายของผู้สูงอายุในขณะที่มีชีวิต ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติต่อภาวะการตายของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติในเรื่องนี้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเช่นกัน

บรรณานุกรม

1. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน, 2524:142.
2. Magill FN, (ed). International Encyclopedia of Sociology (Volume II). Illinois: Eitzroy Searborn Publishers, 1995:892.
3. คณะอนุกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. นโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ.2535-2554). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
4. Yodpet S. Home Based Family Intervention. Paper presented at the International Council on Social Welfare Asia-Pacific Regional Conference "Family and Development", 23-27 August 1993.
5. วาทีณี บุญชะลักษ์, ยุพิน วรสิริอมร. จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538:367.
6. สุรีย์ บุญญานพวงศ์. เยาวชนและคนหนุ่มสาวยุคปัจจุบันในทัศนะของผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: โครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
7. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน. ใน: หนังสือประกอบการประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ "ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ". กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2543:54-92.
8. มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง "ครอบครัวและผู้สูงอายุ". กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:57.
9. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต (บทบรรณาธิการ). วารสารพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:3-4.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ.2537. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537.
11. มัลลิกา มัติโก, ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. ร่วมโพธิ์ร่มไทร: สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ). กรุงเทพมหานคร: ภาคสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
12. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, กาวนา พัฒนาศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
13. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, กาวนา พัฒนาศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

14. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวณา พัฒนาศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
15. ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิณา ศิริสุข และคณะ. ไม้ไผ่ลี้ผึ้ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
16. นิศา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
17. แฉ่นทิพย์ น.สุพร. ปัญหาและการกำหนดนโยบายประชากรวัยชราในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538:77.
18. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
19. มัลลิกา มติโก, รัตนา เพ็ชรอุไร. ประมวลสถานภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย: วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
20. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. รายงานประจำปี 2542. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2543:105.
21. อุทัย หิรัญโต. สารานุกรมศัพท์สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2526:84-5.
22. ภัสสร ลิมานนท์, เกื้อ วงศ์บุญสิน, สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ และคณะ. สรุปผลการวิจัยเบื้องต้น โครงการศึกษาครอบครัวไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
23. สุมาลย์ ไหมส์. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534:115.
24. เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
25. วันทนา กลิ่นงาม, นิวัต กลิ่นงาม. สภาพปัญหา ความต้องการ เป้าหมายชีวิตและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยครูเพชรบุรี, 2530.
26. จินตนา วาฤทธิ. ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ของผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ, 2533.
27. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในทางเศรษฐกิจและสังคมกับการเปลี่ยนแปลงในสังคม. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528.
28. บุศริน บางแก้ว. ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “ครอบครัวและผู้สูงอายุ”. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
29. นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ผลการวิจัยเบื้องต้น. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ, 2530.
30. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

31. Yodpet S. Family in Changing Society: Thailand Perspective. Paper presented at the International Seminar on The Family in the Context of Social and Economic Development. TOKYO, 3-7 December, 1997.
32. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ธานี ทวีกิตติกุล, ธนารตี คำยา, ชเนตตี มีลินทางกูร. การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการประชุม. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, (บรรณาธิการ). การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” 22-24 พฤศจิกายน 2542. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543:15-25.
33. คณะอนุกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2525.
34. ทรงธรรม สอนิยะ. สถิติการผู้สูงอายุ: การมีส่วนร่วมของชุมชนในสังคมไทยภายใต้ภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540.
35. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, Bryar RM, Newens AJ. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(4):15-24.
36. รัชฎา รักขนาม. สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(4):31-7.
37. วรณนิภา บุญระยอง. ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(1):11-8.
38. จรินทร์ มาลฮอตตรา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ลัดดาวัลย์ รวมเมฆ, สุกานดา นิมทองคำ. การศึกษาผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):5-15.
39. สุจิตรา นิลเลศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบทจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาประกาศนียบัตรศึกษาศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
40. วิฑูร แสงสิงแก้ว. รายงานเรื่องความก้าวหน้าของการดูแลผู้สูงอายุในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ประเทศฝรั่งเศส และการเจรจากับองค์การอนามัยโลก เรื่องผู้สูงอายุที่เจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และรายงานการเดินทางเพื่อศึกษางานเกี่ยวกับโครงการผู้สูงอายุ ประเทศเดนมาร์ค สวีเดน สหรัฐอเมริกา พ.ศ.2533.
41. วิณา ศิริสุข, ปรีชา อุปโยคิน, มัลลิกา มัติโก และคณะ. พ่อใหญ่แม่ใหญ่: สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
42. นภาพร ชัยวรรณ, แชกซารี ชิมเมอร์. สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุในประเทศไทย: บุตรอยู่ที่ไหนและทำอะไรกันอยู่. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2): 24-42.
43. Wallace H. Family Violence. MA: Allyn & Bacon, 1996:221.

44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. Elderly abuse. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จรินทร์ มาลฮอตตรา, วิสุทธิ เตชะวิบูลย์ศักดิ์. มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543:25-8.
45. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวิน, ประเสริฐ รักภักดี. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเอง และปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523:62.
46. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, นิภา ส.ตุมรสุนทร, สุดสงวน สุธีสร, และคณะ. การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
47. กาญจนา เกาธาราษฎร์. การติดตามผลการเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (หญิง) หลังจำหน่ายโดยการให้บริการปรึกษาแนะแนวและบริการครอบครัวบำบัด. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
48. ภัสสร ลิมานนท์. นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย: บทเรียนสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
49. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ระพีพรรณ คำหอม. การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
50. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย ประจำปี 2540. (มปป. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม)
51. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
52. บรรลุ ศิริพานิช, ธงชัย ทำชาชาติ, วันดี โภคะกุล และคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์, 2531.
53. จักรินทร์ โกมลศิริ. รายงานการวิจัยเรื่อง แนวคิดและแนวทางจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย. ในการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง “บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต”. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2542.

บทที่ 4: สุขภาพกับผู้สูงอายุ

อ.พญ.สิรินธร ฉันทศิริกาญจน

รศ.ดร.ประคอง อินทรสมบัติ

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

ความสำคัญของสุขภาพต่อวัยสูงอายุ

ประชากรไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปีพ.ศ.2523 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพียงร้อยละ 5.4 ซึ่งเพิ่มเป็นร้อยละ 6.7 และ 8.7 ในปีพ.ศ.2533 และปีพ.ศ.2543 ตามลำดับ และคาดว่าจะประมาณว่าในราวปีพ.ศ.2553 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.8 ของประชากรทั้งหมด นั่นหมายถึงประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุ ประการสำคัญประชากรสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 22.3 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในปีพ.ศ.2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.7 ในปีพ.ศ.2553^(1,2) จากงานวิจัยต่างๆของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือปัญหาสุขภาพและปัญหาเศรษฐกิจ⁽³⁻⁵⁾ โดยปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ซึ่งแตกต่างจากปัญหาเศรษฐกิจที่ขนาดของปัญหามีความสัมพันธ์ไม่เด่นชัดกับอายุที่สูงขึ้น อีกทั้งปัญหาทางสุขภาพจะเป็นปัญหาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทในวัยท้ายของชีวิต (บทที่ 1) จากสถานะที่ดูแลตนเองได้ สามารถที่จะดำรงอยู่อย่างอิสระพึ่งพาตนเองได้ และสามารถทำงานและให้การเกื้อกูลบุตรหลานในครอบครัวได้ ไปสู่สถานะพึ่งพาที่ต้องอาศัยการเกื้อกูลช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือบุคคลอื่นๆโดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) จึงไม่น่าแปลกใจที่ “การมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ” จะเป็นลักษณะที่พึงปรารถนาในวัยสูงอายุที่มีลำดับความสำคัญเป็นลำดับแรก⁽⁶⁾ อีกทั้งในความเห็นของประชากรสูงอายุเอง ที่มีต่อปัจจัยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ก็ได้ให้ความสำคัญลำดับต้นกับการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุไทยเชื่อว่าสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความสุขและการมีสุขภาพดีจะทำให้จิตใจดีด้วย⁽⁷⁾ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาวัยสูงอายุและข้อมูลต่างๆทางด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็น เพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางการศึกษาวัยสูงอายุที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและการพัฒนาในอนาคต

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการทบทวนวรรณกรรมโดยเน้นที่สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ตลอดจนการบริการและระบบบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และถึงแม้จะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวนมาก แต่จะคัดเลือกข้อมูลที่มีลักษณะสอดคล้องกับลำดับความสำคัญทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย การพยายามหลีกเลี่ยงการศึกษาจำเพาะในด้านชีวการแพทย์ (Biomedical research) ที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพและทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดของประเทศ และจะคัดเลือกเฉพาะการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือโดยเฉพาะการศึกษาระดับชาติหรือมีขนาดประชากรศึกษาจำนวนมากพอและมีกระบวนการวิจัยที่น่าเชื่อถือ

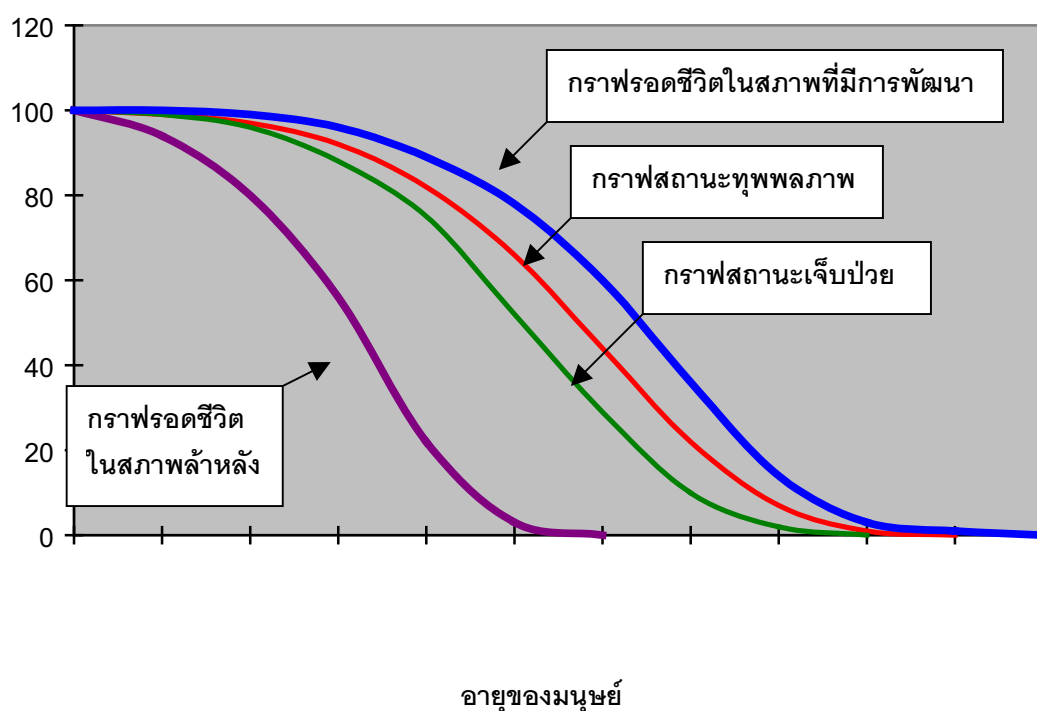
โรคและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

ปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วย การเกิดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กันทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร (รูปที่ 1) กราฟการรอดชีวิต (Survival curve) ของประชากรที่เป็นไปตามยถากรรมจะแตกต่างจากที่เกิดขึ้นเมื่อมีการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในความสัมพันธ์กับกราฟรอดชีวิต ยังมีกราฟของการเจ็บป่วยและกราฟของภาวะทุพพลภาพที่ดำเนินไปพร้อมๆ กันตลอดอายุขัยของมนุษย์ และไม่ว่าจะเป็นในระดับประชากรหรือบุคคลก็ตาม ความเจ็บป่วยจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึงพาและสุดท้ายไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด แน่นอนว่าความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพอาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว หากบุคคลสามารถดีขึ้นเองได้หรือการรักษาดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นอาจดำรงอยู่ไปจนชั่วชีวิตที่เหลืออยู่ก็เป็นได้

ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตาย สาเหตุการตาย อัตราป่วย สาเหตุการป่วย ตลอดจนการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสาเหตุ เป็นประโยชน์ในการแสดงถึงขนาดและประเภทของปัญหาทางสุขภาพ ตลอดจนยังใช้ในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือโรคเพื่อการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลป้องกันและแก้ไข จึงนับเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแผนสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

รูปที่ 1 กราฟรอดชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิต ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยในประชากร

ร้อยละของจำนวนประชากร



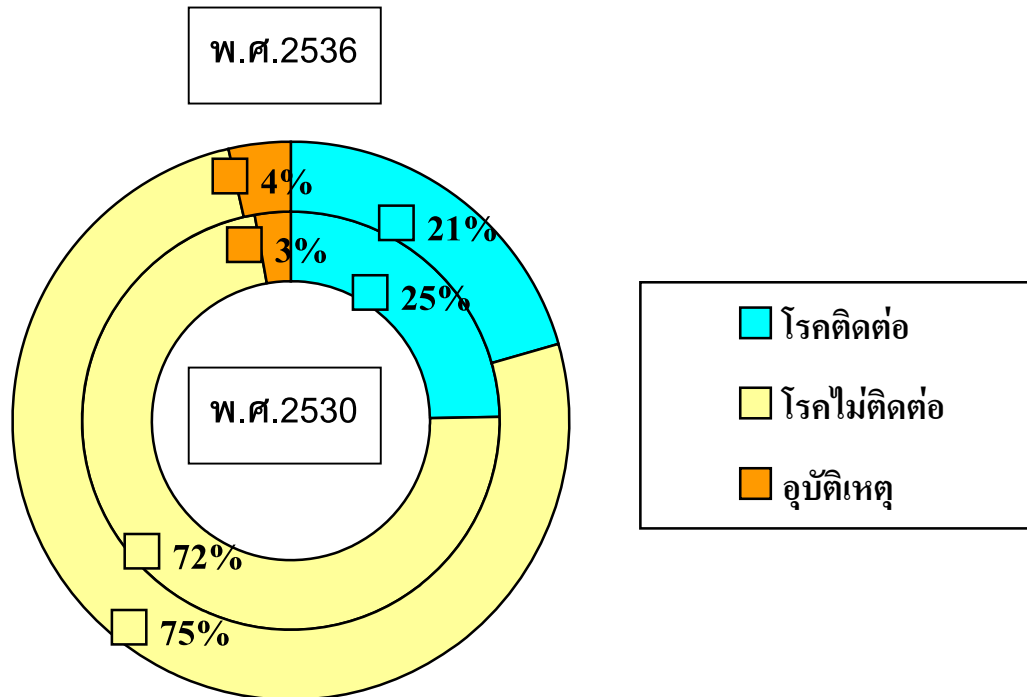
■ รูปแบบของโรคในประชากรสูงอายุ

การพิจารณาแบบของโรคในประชากร มักจะอาศัยความชุกหรืออุบัติการณ์ของสาเหตุการตายหรือความเจ็บป่วยเป็นเกณฑ์ โดยสภาพที่ยึดถือกันมาแต่เดิมจะให้น้ำหนักแก่โรคที่มีอัตราตายหรืออุบัติการณ์สูง ทำให้รูปแบบของโรคในอดีตจะเน้นไปที่กลุ่มโรคติดเชื้อเป็นหลัก เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในการให้น้ำหนักโรคหรือกลุ่มโรคที่ผ่านมาจะขึ้นกับ “คุณค่า” (Value judge) ของบุคคลหรือคณะบุคคลผู้พิจารณา อาจมีความลำบากในการให้ภาพรวมของรูปแบบโรคเมื่อโรคหรือปัญหาทางสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้นซึ่งพร้อมๆ กับการเกิดสภาวะสูงอายุของประชากร (Population ageing) ดังเช่นในปัจจุบัน นอกจากนั้นโรคหรือปัญหาทางสุขภาพในปัจจุบันจำนวนไม่น้อยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ถึงแม้จะมีอุบัติการณ์ต่ำ แต่ด้วยศักยภาพทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้นและนำไปสู่การมีอัตราความชุกที่สูง ดังนั้นการเปรียบเทียบหรือให้น้ำหนักโดยอิงที่อุบัติการณ์จึงไม่เพียงพอ แต่การเปรียบเทียบอุบัติการณ์กับความชุกก็มีความยากลำบากเช่นกัน มากไปกว่านั้น กลุ่มโรคที่มีความชุกสูงซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรัง นอกจากจะแตกต่างจากกลุ่มโรคที่มีอุบัติการณ์สูงซึ่งมักเป็นโรคติดเชื้อฉับพลันแล้ว ก็ยังแตกต่างจากกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราสูงอีกด้วย

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาดัชนี Disability Adjusted Life Years หรือ DALYs⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นดัชนีของทุพพลภาพจากโรคต่างๆ (Burden of diseases) โดยการรวมน้ำหนักจากทุพพลภาพของการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพของแต่ละโรค ทำให้สามารถได้เป็นดัชนีรวมที่มีการถ่วงน้ำหนักระหว่างการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพซึ่งเป็นผลต่อเนื่องสำคัญจากโรค (Consequences of diseases) และถึงแม้จะต้องอาศัยการให้คุณค่าโดยคณะบุคคลในกระบวนการขั้นต้น แต่ก็นับว่าเป็นดัชนีที่ให้ภาพของรูปแบบของโรคและลำดับความสำคัญของโรคที่ดี อย่างไรก็ตาม การนำดัชนีนี้มาใช้ในประเทศไทยมีข้อด้อย เนื่องจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการคำนวณหา DALYs เป็นรายโรคได้⁽⁹⁾ ทำให้การศึกษาขั้นต้นสามารถให้ภาพรูปแบบของโรคเป็นรายกลุ่มได้เท่านั้น

จากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของประเทศไทยยืนยันชัดเจนว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุในประเทศไทยคือกลุ่มโรคไม่ติดต่อซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง (รูปที่ 2) โดยมีลักษณะไม่แตกต่างไปจากที่รายงานจากประเทศที่พัฒนาแล้ว และพบว่าอุบัติเหตุเป็นปัญหาทางสุขภาพที่มีการขยายตัวเร็วที่สุด⁽¹⁰⁾

รูปที่ 2 DALYs ของกลุ่มโรคในประชากรที่มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า ในปีพ.ศ.2530 และพ.ศ.2536
จำแนกตามกลุ่มโรค



สถานการณ์เสียชีวิต

อัตราเสียชีวิตตามกลุ่มอายุในประเทศไทยมีทิศทางลดลงโดยตลอด ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าคือกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปที่มีอัตราตายเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรสูงอายุพบว่าร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุชายและร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุหญิงได้รับการบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตว่าเกิดจาก “ความชรา” และอีกร้อยละ 6-7 บันทึกว่าไม่รู้สาเหตุ^(11,12) ดังนั้นข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตจึงมีข้อด้อยในด้านความน่าเชื่อถือที่จะใช้ในการพิจารณาความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพของประชากรสูงอายุไทย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตเท่าที่ระบุไว้ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย 2 ลำดับแรก คือ หัวใจทำงานล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง โดยสาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ที่สำคัญในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ มะเร็งที่ไม่ทราบตำแหน่ง อุบัติเหตุ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคปอดอักเสบ และโรคแทรกซ้อนและสาเหตุคลุมเครือของโรคหัวใจ สาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ที่สำคัญในผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน การติดเชื้อโลหิตเป็นพิษที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อสเตรปโตคอคคัสนิวโมเนีย ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตอื่นๆ โรคแทรกซ้อนและสาเหตุคลุมเครือของโรคหัวใจ โรคปอดอักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทยมาจาก “กลุ่มโรคไม่ติดต่อ” โดยเฉพาะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และจากอุบัติเหตุ⁽¹¹⁾

ได้มีการศึกษาปัจจัยของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทย⁽¹³⁾ โดยพบว่าภาวะทุพพลภาพและสถานะการทำงานเป็นปัจจัยอิสระ โดยโอกาสการเสียชีวิตจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและไม่ได้ทำงาน อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมถึงลักษณะทางสุขภาพและโรค สมรรถภาพ ลักษณะของวิถีชีวิต (Life style) และการถือฤกษ์ทางสังคม

ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย

การศึกษาสภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือวิธีที่หนึ่ง ใช้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุทำการประเมินสุขภาพตามการรับรู้ของตนเอง วิธีที่สอง ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงปัญหาทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุรับรู้ หรือโรคหรือความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยมาจากแพทย์ สำหรับวิธีที่สามเป็นการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับการฝึกโดยตรงเพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัย ทั้งนี้ในการสำรวจทางระบาดวิทยาขนาดใหญ่มักจะใช้การประเมินโดยการสัมภาษณ์ตามแบบทดสอบที่ได้รับการพัฒนาเพื่อการสำรวจโดยครอบคลุมการศึกษาสถานะสุขภาพวิธีที่หนึ่งและสอง สำหรับการศึกษาขนาดใหญ่เพื่อการประเมินโดยการตรวจร่างกายหรือสมรรถภาพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษยังมีค่อนข้างน้อย

■ สถานะสุขภาพจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยที่ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในปีพ.ศ.2529 และพ.ศ.2538 ได้ข้อมูลสอดคล้องกัน คือวราย้อยละ 35 ของผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าดีหรือดีมาก โดยมีภาวะสุขภาพกายด้อยกว่ากลุ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าถดถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น^(14,15) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่า เพศชายมีสัดส่วนของการประเมินว่าตนเองสุขภาพดีสูงกว่าในกลุ่มเพศหญิง และผู้สูงอายุในเขตเมืองที่รวมทั้งกรุงเทพมหานครประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในชนบท^(14,16)

■ การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ในปีพ.ศ.2534-2535 พบว่าปัญหาปวดข้อและปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยมีความชุกมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาทางสุขภาพอื่นๆที่พบบ่อยอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁷⁾ (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ใช้ในการสำรวจครั้งนั้นมีค่าสูงกว่าที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการสำรวจสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงระดับความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท และเกณฑ์สำหรับโรคเบาหวานหมายถึงระดับน้ำตาลในพลาสมาเมื่ออดอาหาร (นานไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง) มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในขณะที่เกณฑ์ในปัจจุบันสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงเมื่อมีระดับความดันโลหิตเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานหมายถึงเมื่อมีระดับน้ำตาลในพลาสมาเมื่ออดอาหาร (นาน 10-12 ชั่วโมง) เท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้นหากใช้เกณฑ์ใหม่ดังกล่าวคงจะทำให้อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในปีพ.ศ.2534-2535 เพิ่มขึ้นกว่าที่รายงาน

ในปีพ.ศ.2538 ได้มีการสำรวจระดับชาติในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ พบว่าความชุกของอาการปวดหลังและ/หรือปวดเอวมีความชุกสูงเป็นอันดับแรกเช่นกัน โรคและปัญหาอื่น ๆ ที่มีอัตราความชุกสูง ได้แก่ โรคไขข้ออักเสบ/เสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจกตา โรคกระเพาะ โรคหัวใจ และโรคหอบหืด⁽¹⁸⁾ (ตารางที่ 3) โรคที่พบบ่อยดังกล่าวทุกโรคเป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้นและส่วนใหญ่มีอัตราความชุกในประชากรสูงอายุหญิงสูงกว่าชาย ยกเว้น โรคหอบหืด อัมพาต/อัมพฤกษ์ และโรคไต/ทางเดินปัสสาวะ ที่มีความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

นอกจากนี้ จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทุพโภชนาการทั้งในผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง⁽¹⁷⁾ โดยพบแนวโน้มเกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น^(17,19,20) และจากรายงานการศึกษาของประเสริฐ อัสสันตชัย และสมหวัง เลชนะกุล พบว่าผู้สูงอายุชายในภาคต่างๆทั่วประเทศมีภาวะทุพโภชนาการ (ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ประมาณร้อยละ 13-27.8, 6.8-38.7 และ 28-38.9 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะทุพโภชนาการประมาณร้อยละ 5-24.5, 10.9-39.1 และ 29.2-53.6 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ⁽²¹⁾ ทั้งนี้ อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุในประเทศไทยร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบสามมื้อและมีถึงหนึ่งในสามที่รับประทานอาหารคนเดียวเป็นประจำ⁽¹⁴⁾ นอกจากนั้นผู้สูงอายุไทยจำนวนมากรับประทานอาหารผักผลไม้ไม่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยมีผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารผักทุกวันหรือเกือบทุกวันเพียงร้อยละ 76 เท่านั้น

นอกจากปัญหาทางภาวะทุพโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรายังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 27) และดื่มสุรา (ร้อยละ 23)⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ
กลุ่มอายุ และเขตที่อาศัย

ลักษณะภูมิหลัง	การประเมินสุขภาพตนเอง				
	แข็งแรงมาก	ค่อนข้างแข็งแรง	ปานกลาง	ค่อนข้างอ่อนแอ	อ่อนแอ
กลุ่มอายุ					
50-59	17.5	27.5	32.7	16.1	6.3
60	9.3	24.5	29.9	24.5	10.8
60-69 ปี	10.3	27.3	32.5	21.0	8.8
70 ปี	7.7	22.5	25.7	30.1	14.0
เพศ					
ชาย	12.3	28.2	30.5	21.2	7.8
หญิง	6.8	23.2	28.4	27.3	13.3
เขตที่อาศัย					
กรุงเทพฯ	17.6	33.0	24.8	17.5	7.2
เมืองอื่น	12.2	31.5	27.1	19.2	10.0
ชนบท	8.1	24.0	30.8	25.9	11.3

ที่มา : นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539.⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 2 อัตราการเจ็บป่วยที่สำคัญคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพ
อนามัยของประชากรไทย พ.ศ.2534-2535 (NHES-1) จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

โรค / ปัญหาความเจ็บป่วย	ชาย			หญิง		
	60-64	65-69	70+	60-64	65-69	70+
ปวดข้อระยะยาว [@]	51.9	52.5	55.7	64.5	69.4	64.9
ปวดหลังระยะยาว [@]	49.5	53.7	50.2	52.6	52.6	54.7
โคเลสเตอรอลในเลือดสูง*	15.1	13.9	11.8	25.5	25.1	21.4
ความดันโลหิตสูง**	8.1	8.2	15.7	12.6	10.8	16.5
หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง***	4.3	5.3	7.9	3.4	4.6	5.0
เบาหวาน [•]	4.1	4.3	4.2	4.4	6.8	5.5
โรคหลอดเลือดหัวใจ**	1.8	4.3	2.6	1.3	2.5	2.5
โลหิตจาง [∇]	26.7	36.6	50.2	38.3	41.0	45.6
ภาวะทุพโภชนาการ ^{∇∇}	35.0	35.2	52.8	30.3	34.1	43.7

ที่มา : จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2534-2535.⁽¹⁷⁾

[@] มีอาการมานานกว่า 6 สัปดาห์

* ระดับโคเลสเตอรอลในซีรัมสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

** ความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท

*** peak flow rate น้อยกว่าร้อยละ 80 ของการคาดการณ์ร่วมกับประวัติความเจ็บป่วย

• ระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหารมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

** ใช้เกณฑ์วินิจฉัยจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

[∇] ภาวะโลหิตจาง ความเข้มข้นของเลือดเพศหญิงใช้ค่าน้อยกว่า 35% หรือ 11.9 gm% เพศชายใช้ค่า น้อยกว่า 39% หรือ 13 gm%

^{∇∇} ใช้ค่ามวลน้ำหนักต่ำกว่า 20 กก./ตารางเมตร

ตารางที่ 3 อัตราร้อยละของภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย
ของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จากการสำรวจในปี พ.ศ.2538

ภาวะการเจ็บป่วย/โรค	ชาย		หญิง	
	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท
ปวดเมื่อยหลัง/เอว	14.3	15.7	24.2	20.6
ความดันโลหิตสูง	19.2	12.9	29.9	17.1
ไขข้ออักเสบ/เสื่อม	12.9	12.7	24.2	18.0
โรคกระเพาะ	8.2	13.7	10.6	14.7
โรคหัวใจ	11.2	3.8	13.3	8.5
เบาหวาน	11.0	2.3	12.7	4.6
ต้อกระจกตา	8.9	4.7	12.5	6.8
ต้อเนื้อตา	3.5	2.1	4.7	4.6
หอบหืด	5.1	5.1	2.4	2.7
ทางเดินปัสสาวะ	4.0	3.1	3.1	2.4
อัมพาต/อัมพฤกษ์	6.1	2.1	2.8	1.2
วัณโรค	1.6	2.5	0.3	1.6
โรคเกี่ยวกับหู	2.8	1.8	1.3	1.8
กระดูกหัก	1.4	0.9	1.1	0.7
โรคตับ	0.7	0.7	0.8	0.3
มะเร็ง	0.5	0.2	0.4	0.5

ที่มา : คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

นอกจากนี้ยังมีโรคและปัญหาอื่นๆที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและผลของพยาธิสภาพ แต่ยังได้รับความสนใจจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์หรือแม้แต่ญาติในระดับต่ำ ด้วยเข้าใจว่าไม่เป็นปัญหา และไม่เห็นว่าปัญหาเหล่านี้เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพโดยเฉพาะกับการเสียชีวิตแต่อย่างใด กลุ่มโรคและปัญหาสุขภาพดังกล่าว ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม กระดูกหัก กลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ท้องผูก โรคต้อกระจกและต้อหิน และการติดเชื้อซิฟิลิส

การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) เป็นปัญหาที่มีผลกระทบด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตในสังคมค่อนข้างมาก^(22,23) โดยพบว่าในประชากรสูงอายุ มีความชุกสูงของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่เกิดขึ้นเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งถึงร้อยละ 16.2-25.5 ทั้งนี้เป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุหญิงได้บ่อยกว่าใน

ผู้สูงอายุชาย และเป็นปัญหาที่มักจะได้รับการละเลยหรือมองข้ามทั้งโดยผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว^(22,23)

ผู้สูงอายุไทยมีการหกล้มในระยะ 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 18.7⁽²⁴⁾ โดยเกิดในผู้หญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ของการหกล้มเกิดขึ้นภายนอกบ้าน และเกิดขึ้นในเวลากลางวันมากกว่า นอกจากเพศแล้วปัจจัยสำคัญที่พบร่วมกับปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุไทย^(24,25) ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาสายตา ปัญหาการทรงตัว กิจกรรมที่มาก ภาวะทุพพลภาพ การใช้ยาจำนวนมาก และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมสำหรับผลต่อเนื่องจากการหกล้มที่นอกจากจะทำให้อายุแล้ว ยังทำให้เจ็บปวดฟกช้ำ และยังอาจนำไปสู่การเกิดบาดเจ็บแผล กระดูกหัก เลือดออกในอวัยวะภายใน และนำไปสู่การเสียชีวิตได้

การหกล้มและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุนำไปสู่กระดูกหักในผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัจจัยเสริมที่สำคัญคือโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) และการตอบสนองต่อการหกล้ม (Postural reflex) ที่ถดถอยลง ตำแหน่งกระดูกหักที่สำคัญในประชากรสูงอายุ คือ กระดูกสะโพกและกระดูกสันหลัง แม้ว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุไทยจะมีความชุกวาร์ร้อยละ 0.7-1.4⁽²⁶⁾ แต่การที่อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้อัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพราะประชากรสูงอายุที่มีอายุมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงที่สุด กอปรกับผลการศึกษาประชากรสูงอายุจีนในฮ่องกงพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักตามกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อมีการพัฒนาประเทศและตัวเมือง⁽²⁷⁾ ทำให้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในอนาคตของประเทศไทยจะเป็นผลให้อัตราการหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหักสูงขึ้น นอกจากนี้ผลจากการเกิดกระดูกสะโพกหักยังทำให้การเสียชีวิตทั้งในระยะแรกและแม้แต่ภายหลัง 1 ปีหลังจากการผ่าตัดและกลับสู่บ้านแล้วก็ตาม⁽²⁸⁾ สำหรับความชุกของกระดูกสันหลังหักชนิด wedge และ compress พบว่าสูงถึงร้อยละ 37.7⁽²⁹⁾ โดยเป็นการหักของกระดูกสันหลัง 1 ระดับร้อยละ 47.4 การหัก 2 ระดับร้อยละ 27.1 และการหัก 3 ระดับหรือมากกว่าถึงร้อยละ 25.5 โดยกระดูกสันหลังหักยุบตัวเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดหลังโก่งซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญระดับต้นของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย⁽³⁰⁾

กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุ จากการศึกษาพบว่ามีความชุกร้อยละ 3.4⁽³¹⁾ และประชากรสูงอายุที่มีอายุมากจะมีความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงมากขึ้นโดยเป็นไปตามกฎ “สามเท่า” ของทุกช่วงอายุ 10 ปีคือ ช่วงอายุ 60-69 ปีมีความชุกวาร์ร้อยละ 1 ช่วงอายุ 70-79 ปีมีความชุกวาร์ร้อยละ 3 ช่วงอายุ 80-89 ปีมีความชุกวาร์ร้อยละ 10 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีความชุกมากกว่าร้อยละ 30 ถึงแม้จะพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีอัตราความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่กลับพบว่าเพศไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงเมื่อทำการวิเคราะห์ปรับด้วยอายุแล้ว ทั้งนี้ความชุกที่พบมากในเพศหญิงเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเป็นผู้หญิง สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสมองเสื่อม นอกเหนือจากอายุแล้ว ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ พื้นที่อาศัยที่มีการพัฒนาไปสูเขตเมือง และความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย⁽³²⁾ คือ โรคอัลไซเมอร์ (ร้อยละ 50) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 30) ผลต่อเนื่องสำคัญในผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมโดยเฉพาะผู้ที่มิสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ คือ มีความต้องการการดูแลในระดับสูงและทำให้การดูแลเป็นไปด้วยความลำบากจนเกิดผลกระทบทั้งทางจิตใจและสุขภาพกายของผู้ดูแลและสมาชิกในครัวเรือนอย่างมาก⁽³³⁻³⁵⁾

ภาวะซึมเศร้า (Pervasive depression) และโรคซึมเศร้า (Major depression) เป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุไทย จากการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันมากขึ้นอยู่กับวิธีการหรือแบบประเมินที่เลือกใช้ โดยมีความชุกวาระร้อยละ 20 ของประชากรสูงอายุ⁽³⁶⁻³⁸⁾ อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าไม่ได้เป็นปัญหาทางสุขภาพเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในประชากรอาจเป็นเพียงดัชนีของคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ของผู้สูงอายุเท่านั้น

ปัญหาท้องผูก (constipation) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยพบได้ถึงร้อยละ 35 ในประชากรสูงอายุ⁽³⁹⁾ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตพอสมควร แต่ผู้สูงอายุส่วนมากพยายามแก้ไขปัญหาของตนเองโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา โดยเฉพาะการปรับปรุงนิสัยการถ่าย การออกกำลังกาย และการรับประทานผักผลไม้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาศัยสมุนไพรและการซื้อยาระบายรับประทานเอง ปัญหาท้องผูกมีความชุกสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในผู้สูงอายุหญิง และในผู้ที่รับประทานผักน้อย⁽³⁹⁾

มีการศึกษาโรคต่อกระดูก⁽⁴⁰⁾ และโรคต่อหิน⁽⁴¹⁾ ในประชากรสูงอายุไทยและพบความชุกสูงถึงร้อยละ 74.6 และ 6.1 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก โดยเฉพาะโรคต่อกระดูกที่ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัดและจะช่วยป้องกันปัญหาตาบอดได้ ทำให้ปัญหาโรคต่อกระดูกจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

การติดเชื้อซิฟิลิส เป็นปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่งมีการศึกษาและรายงาน⁽⁴²⁾ โดยพบว่าผู้มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในเขตชุมชนชานเมืองถึงร้อยละ 16.5 ที่เคยติดเชื้อซิฟิลิสมาก่อน โดยร้อยละ 81 ไม่ทราบว่าตนเองเคยได้รับเชื้อ และมีเพียงร้อยละ 16 ของผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่ได้รับการรักษาครบถ้วน ทำให้มีความจำเป็นของการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้สูงอายุไทยในพื้นที่อื่นๆและการเกิดการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง

■ ภาวะบกพร่องของร่างกายที่ได้รับการสำรวจในระดับชาติ

จากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁴³⁾ ที่ส่วนหนึ่งของการสำรวจเป็นการรวบรวมข้อมูลภาวะบกพร่องในประชากร ได้แก่ แขนขา-นิ้วมือ-นิ้วเท้าขาดด้วน ตาบอด เป็นใบ้ หูตึง-หูหนวก อัมพาต-อัมพฤกษ์ ปากแหว่ง-เพดานโหว่ แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าปุก-แขนขา คดงอ โรคจิต-วิกลจริต ปัญญาอ่อน และกระดูกสันหลังคดงอ จากรายงานสามารถวิเคราะห์อัตราตามกลุ่มอายุและอัตราตามลักษณะภาวะบกพร่องและเพศในประชากรสูงอายุได้ โดยพบว่า อัตราตามกลุ่มอายุของภาวะบกพร่องดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งที่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีความชุกถึงร้อยละ 5.3 สำหรับประเภทของความบกพร่องที่พบบ่อยในประชากรสูงอายุ คือ หูตึง อัมพาต-อัมพฤกษ์ ตาบอด แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าปุก-แขนขา คดงอ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะบกพร่องประเภทต่างๆในประชากรสูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง

หูตึง	ร้อยละ	15.7
อัมพาต-อัมพฤกษ์		14.8
ตาบอด 2 ข้าง		4.7
แขนขาลีบ-เหยียดไม่ได้-เท้าปุก-แขนขาคดงอ		4.6
ตาบอด 1 ข้าง		4.4
กระดูกสันหลังคดงอ		2.2
หูหนวก 2 ข้าง		2.0
นิ้วมือขาดด้วน		1.5
เป็นใบ้		1.0
โรคจิต-วิกลจริต		0.9
แขนขาดด้วน		0.4
ขาขาดด้วน		0.4
ปัญญาอ่อน		0.3
นิ้วเท้าขาดด้วน		0.2

วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539⁽⁴³⁾

■ อัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกเหนือจากโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่จากสาเหตุต่างๆในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6^(14,18) ซึ่งสูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับประชากรรวม โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท อุบัติการณ์ของการป่วยและจำนวนวันเฉลี่ยที่ป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุ⁽¹⁴⁾ โรคและปัญหาเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงจนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก^(14,44) ได้แก่ ไข้หวัด ปวดมีนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และปวดหลัง (ตารางที่ 5) การที่อุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยใหม่ที่เกิดจากอาการปวดของร่างกายในบริเวณต่างๆมีอัตราโดยรวมที่สูง ทำให้ยาที่มีการใช้มากที่สุดในผู้สูงอายุคือกลุ่มยาระงับปวด (ร้อยละ 34.4) ส่วนใหญ่ของยาระงับปวดจะได้มาจากการซื้อยารับประทานเองมากที่สุด และพฤติกรรมการซื้อยาระงับปวดนี้พบสูงสุดในประชากรสูงอายุที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร^(16,18)

สำหรับการเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าในแต่ละปี รวบรวมร้อยละ 14.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมดต้องเข้าพำนักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษา⁽⁴⁵⁾ โดยจำนวนวันเฉลี่ยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับ 11.9 วัน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.1 วัน) สาเหตุของการเจ็บป่วยที่ทำให้จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบบ่อย คือ ท้องเสีย กระเพาะอาหารอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจก โรคหัวใจ ปวดเสียดแน่นท้อง เป็นลมหมดสติ หอบหืด เบาหวาน และการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้ม (ตารางที่ 6) จากการ

ศึกษาพบว่า อัตราการเกิดเจ็บป่วยใหม่ในประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (ร้อยละ 31.6) สูงกว่าประชากรสูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ (ร้อยละ 27.5) ชัดเจน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยใหม่ 1.2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีความทุพพลภาพ⁽⁴⁴⁾

อัตราเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป⁽⁴⁶⁾ อัตราการเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือความต้องการดูแลพิเศษเช่นการฟิ้นตัวที่ช้าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยทำให้มีความจำเป็นต้องใช้หออภิบาลผู้ป่วยหนักในอัตราสูง⁽⁴⁷⁾ การครองเตียงในโรงพยาบาลนานกว่า⁽⁴⁶⁾ เกิดปัญหาผลข้างเคียงจากยามากกว่า⁽⁴⁸⁾ และต้องการการเฝ้าระวังทางสังคมเมื่อจะส่งตัวออกจากโรงพยาบาลสูงกว่า⁽⁴⁶⁾

ตารางที่ 5 อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 15 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจจำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย

อาการเจ็บป่วย	ชาย		หญิง		รวม
	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท	
หวัด/น้ำมูกไหล	31.3	27.0	25.7	20.3	25.7
ปวดศีรษะ	10.0	8.9	12.7	14.8	12.5
ปวดกล้ามเนื้อ	4.6	9.3	7.5	7.5	9.1
ปวดกระดูกข้อ	2.3	4.1	3.3	4.3	4.6
ปวดข้อ	3.1	7.4	8.1	5.7	7.0
ปวดหลัง	2.3	3.8	3.6	4.6	4.5
เวียนหน้ามืด	4.6	3.4	5.2	6.1	5.3
กระเพาะอาหาร	1.5	4.1	1.6	1.5	2.8
ไข้ตัวร้อน	1.5	3.1	2.3	2.7	3.3
เป็นลม	0.0	2.7	3.6	5.3	3.8
ปวดเอว	0.0	3.1	0.7	3.3	3.5
ความดันโลหิตสูง	3.8	0.7	4.9	2.1	1.6
ท้องเสีย	3.1	1.7	2.0	2.9	2.7
ไอ	3.1	1.9	1.0	2.8	2.4
อ่อนเพลีย	3.8	1.7	1.6	2.7	2.5

ที่มา: คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

ตารางที่ 6 ร้อยละของอาการนำ/โรค 20 อันดับแรกที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัว
ในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมาจำแนกตามเพศและเขตที่อาศัย

อาการนำ/โรค	ชาย		หญิง		รวม	
	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท
ท้องเสีย	6.7	8.4	11.9	16.5	10.0	13.2
กระเพาะอักเสบ	3.4	10.2	4.8	5.6	4.3	7.5
ความดันโลหิตสูง	5.4	4.4	5.9	6.9	5.7	5.9
ต้อกระจก	5.4	4.4	12.2	3.7	9.8	4.0
โรคหัวใจ	7.4	1.8	5.2	3.2	6.0	2.6
ปวดเสียดแน่นท้อง	2.0	3.4	1.5	3.7	1.7	3.6
เป็นลม	0.0	3.4	0.7	4.1	0.5	3.8
หืด	2.7	4.4	1.1	1.4	1.7	2.6
เบาหวาน	4.7	1.2	3.7	1.2	4.1	1.2
นิ่วในไต	2.0	2.0	0.7	2.2	1.2	2.1
วัณโรคปอด	0.7	2.4	1.5	1.7	1.2	2.0
อ่อนเพลีย	0.7	1.4	1.5	2.2	1.2	1.9
ไข้	0.0	1.2	0.4	2.9	0.2	2.2
รถชน	2.7	3.0	1.5	0.6	1.9	1.5
บาดเจ็บ	1.3	1.6	1.5	1.8	1.4	1.7
กระดูกหัก	1.3	2.2	3.3	0.6	2.6	1.2
ปวดศีรษะ	0.0	0.8	2.2	1.9	1.4	1.5
หกล้ม	2.0	0.6	2.2	1.5	2.1	1.1
ไส้ติ่งอักเสบ	0.7	1.6	0.7	1.4	0.7	1.5
ต่อมลูกหมากโต	6.0	2.4	-	-	6.0	-

ที่มา: คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽¹⁸⁾

โดยสรุปในภาพรวมโรคและปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุ
ไทยแสดงให้เห็นในตารางที่ 7 โดยเรียงลำดับตามความชุกหรืออุบัติการณ์ที่มีในรายงานการศึกษาต่างๆ

ตารางที่ 7 ความชุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทย

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะสั้น		การเจ็บป่วยเรื้อรัง	
ชนิด	ร้อยละ	ชนิด	ร้อยละ
ไข้หวัด	24	โรคข้อเสื่อม-ปวดข้อเรื้อรัง	55-70
ปวดศีรษะ	12	ปวดหลังเรื้อรัง	50-55
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	8	โรคต่อกระຈก	75
ปวดหลัง-เอว	7	นอนไม่หลับ	30-45
ปวดข้อต่างๆ	6	โรคความดันโลหิตสูง	20-30
มีนง	5	ท้องผูก	20-25
เป็นลม	4	หูตึง	21
ปวดท้อง-จุกเสียด	4	หกล้ม	20
ไข้จากสาเหตุอื่นๆ	4	ภาวะซึมเศร้า	20
ท้องเสีย	2	โคเลสเตอรอลสูง	15-20
ไอ	2	กลืนปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ	12-16
อ่อนเพลีย	2	โรคเบาหวาน	8-12
โรคกระเพาะ	2	โรคต่อหีน	6
หอบหืด	1-2	โรคหัวใจอื่นๆ	4-6
		โรคหลอดเลือดสมอง	3-7
		โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	4-5
		กลุ่มอาการสมองเสื่อม	3-4
		โรคหลอดเลือดหัวใจ	2-3
		โรคต่อมลูกหมากโต	1-2
		ตาบอด	1
		หูหนวก	0.7
		มะเร็ง	0.5

ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจต่างๆ ที่ควรกระทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากความบกพร่อง เช่น ความจำกัดปกติมีอาการหลงลืมทำให้จำยตลาดไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรงทำให้สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ หรือหัวใจล้มเหลวทำให้เดินออกนอกบ้านไม่ได้⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ ภาวะทุพพลภาพหรือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจที่เคยทำได้เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุห่วงใยและให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญของความเป็นอิสระและการต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุจะประเมินความมีสุขภาพดีและความแข็งแรงของตนเองโดยให้ความสำคัญมากที่สุดกับความสามารถในการประกอบกิจต่างๆ ในขณะนั้น สำหรับผู้ให้บริการ ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุเป็นเงื่อนไขสำคัญของการกำหนดการจัดการและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต นอกจากนั้นการวัดหรือการประเมินภาวะทุพพลภาพยังทำได้ง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับ การวัดความเจ็บป่วยและปัญหาทางสุขภาพที่มีความหลากหลายจนยากจะรวมเข้าเป็นดัชนีเดียวหรือยากที่จะเข้าใจ ดังนั้นภาวะทุพพลภาพจึงเป็นดัชนีชี้วัดสถานะทางสุขภาพที่สำคัญนอกเหนือจากอายุคาดหวัง อัตราตาย และอัตราป่วย⁽⁴⁹⁾

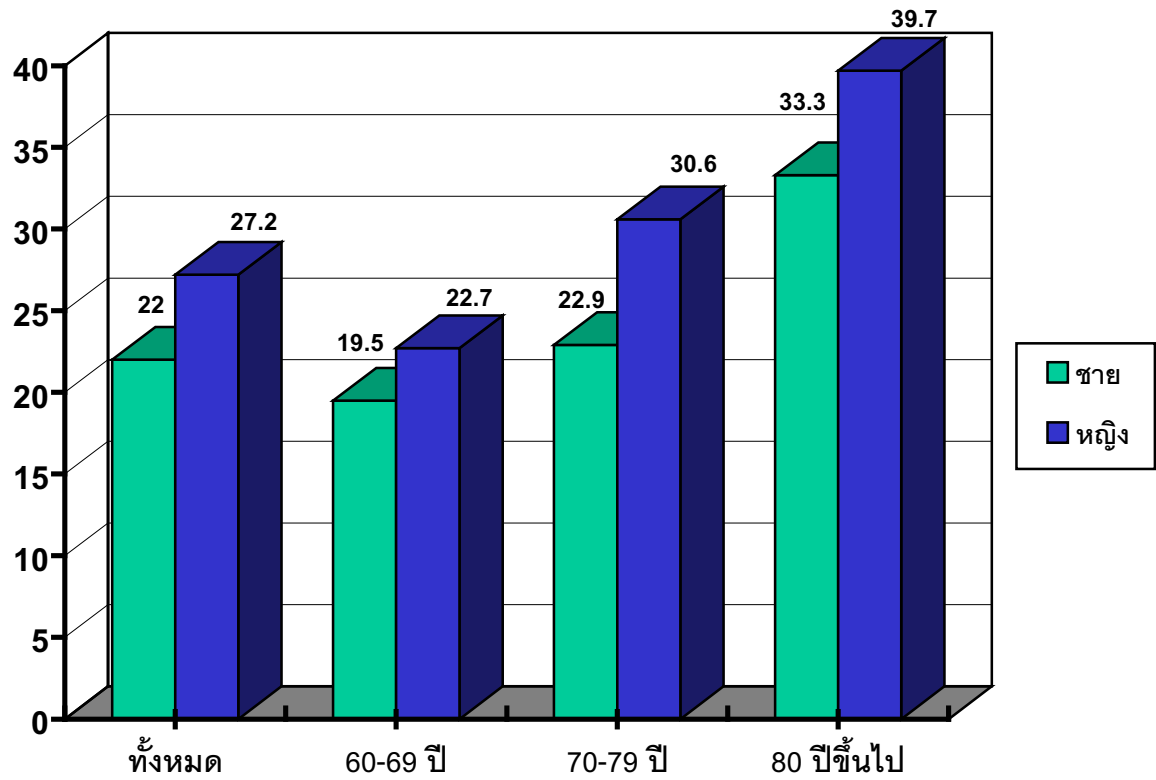
นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นดัชนีของสถานะทางสุขภาพแล้ว ภาวะทุพพลภาพยังมีประโยชน์อื่นๆ ได้แก่ ใช้วัดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้เพื่อการคัดกรองความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงในประชากร ใช้ในการติดตามการดำเนินของโรค ใช้ในการกำหนดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการให้บริการ และใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ของโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติควรจะต้องมีการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทั้งในชุมชนและในสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีอายุสูงมาก (75-80 ปีขึ้นไป) ผู้ที่มีประวัติหกล้ม ผู้ที่โรคเรื้อรังบางประการ หรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาอยู่แล้ว เป็นต้น

■ การศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การศึกษาที่มีมาในประเทศไทยที่เป็นการศึกษาในระดับชาติเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกมีเพียงการศึกษาเดียว คือ การศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2539-2540⁽⁵²⁾ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์ และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 2

ผลจากการศึกษาระดับประเทศดังกล่าว พบมีผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 มีปัญหาเช่นนี้มานานกว่า 6 เดือน (ประมาณ 1 ใน 5 คน) และถือว่ามีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (รูปที่ 3) ประการสำคัญมีผู้สูงอายุในประเทศไทยถึงร้อยละ 1.6 ที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องได้โดยลำพัง และอีกร้อยละ 3.1 ที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระ (ตารางที่ 8)

รูปที่ 3 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของภาวะทุพพลภาพระยะยาวตามกลุ่มอายุและเพศ



ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

ตารางที่ 8 ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ

ระดับความรุนแรง	ลักษณะในการจำแนก	จำนวน (คน)	ร้อยละของ ประชากรทั้ง หมด	ร้อยละของ ประชากรที่ ทุพพลภาพ
ไม่มี	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	3,279	81.0	-
น้อย	สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย	576	14.2	70.9
ปานกลาง	ไม่สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย แต่ยังเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องที่ อยู่ได้	126	3.1	16.4
รุนแรง	ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือ ในห้อง แต่นั่งได้	29	0.7	3.8
รุนแรงมาก	ต้องนอนตลอดเวลาและต้องการการดูแล อย่างมาก	38	0.9	4.9

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง (ตารางที่ 9) โดยเฉพาะกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน (Instrumental activity of daily living) เช่น การใช้การขนส่งสาธารณะ และการประกอบอาหาร เป็นต้น ประการสำคัญมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานซึ่งเป็นกิจกรรมดูแลส่วนตนอย่างน้อยหนึ่งอย่าง กิจกรรมเหล่านั้น คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินภายในห้องหรือบ้าน และการอาบน้ำ

ประมาณร้อยละ 1.0-2.1 ของผู้สูงอายุไทยมีดัชนีบาร์เรลต่ำกว่า 12 คะแนนซึ่งจัดว่าอยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรงถึงรุนแรงมาก⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ โดยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอยู่เป็นประจำหรือตลอดเวลา สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพระดับนี้คือ โรคหลอดเลือดสมอง⁽⁵⁴⁾

ตารางที่ 9 อัตราความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรต่างๆ

	ความชุก (ร้อยละ)	95% confidence interval
การรับประทานอาหาร	2.4	1.9 - 2.9
การทำความสะอาดใบหน้า	2.5	2.0 - 3.0
การสวมใส่เสื้อผ้า	3.4	2.8 - 4.0
การอาบน้ำ	3.7	3.1 - 4.3
การเข้าใช้ห้องสุขา	4.4	3.8 - 5.0
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	4.5	3.8 - 5.0
การเดินภายในห้อง/บ้าน	8.0	7.2 - 8.8
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	11.5	10.5 - 12.5
การทอนเงิน	18.0	16.8 - 19.2
การขึ้นบันได	22.7	21.4 - 24.0
การทำงานบ้าน	37.9	36.4 - 39.4
การทำครัว/ประกอบอาหาร	45.8	44.3 - 47.3
การใช้การขนส่งสาธารณะ	45.6	44.1 - 47.1
การกลืนอุจจาระ	5.0	4.3 - 5.7
การกลืนปัสสาวะ	14.0	12.9 - 15.1

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณารักษ์). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุไทยเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินขัดสน⁽⁴⁴⁾ (ตารางที่ 10) ประการสำคัญ จากการศึกษาภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุของประเทศไทยสามารถแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพ (รูปที่ 4)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽⁴⁴⁾ ยังได้ศึกษาความชุกของภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะ 2 สัปดาห์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย โดยเรียกเป็นภาวะทุพพลภาพระยะสั้น และพบมีความชุกถึงร้อยละ 7.4 (95% confidence interval : 6.5-8.3) ของประชากรสูงอายุทั้งหมดที่ทำการศึกษา เมื่อรวมกับความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะได้เป็นความชุกของภาวะทุพพลภาพทั้งหมดซึ่งเท่ากับร้อยละ 25 หรือหมายความว่าในเวลาใดเวลาหนึ่ง ทุก 4 คนของผู้สูงอายุไทยจะมีความจำกัดในการประกอบกิจกรรมที่เคยทำได้หรือมีภาวะทุพพลภาพนั่นเองซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูง นอกจากการจัดการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแล้ว การจัดการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจได้ดีขึ้น จะเป็นการช่วยบรรเทาหรือขจัดปัญหาทุพพลภาพให้หมดไป

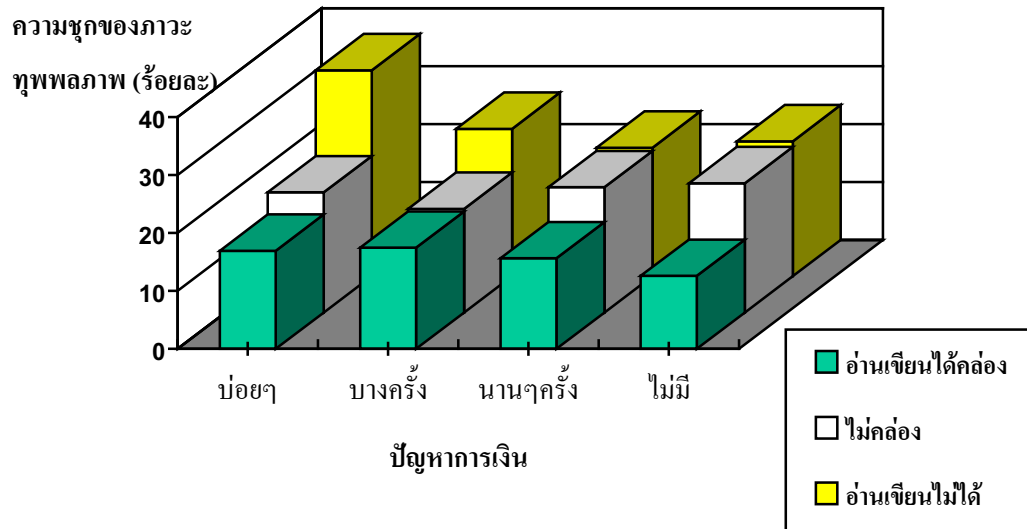
ตารางที่ 10 ความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ	ไม่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว	มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว / ความรุนแรง				
		ทั้งหมด	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก
กลุ่มอายุ*						
60-69	85.2	14.8	12.4	1.5	0.5	0.4
70-79	78.4	21.6	16.5	3.4	0.7	1.0
80+	67.1	32.9	17.2	10.4	1.7	3.6
เพศ**						
ชาย	82.6	17.4	13.7	2.5	0.6	0.6
หญิง	79.8	20.2	14.6	3.5	0.8	1.2
พื้นที่อาศัย*						
ก.ท.ม.	70.1	29.9	19.4	6.1	2.8	1.6
ภาคกลาง	73.9	26.1	20.2	4.4	-	1.5
ภาคเหนือ	86.6	13.4	11.0	2.0	0.1	0.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	87.5	12.5	10.5	1.4	0.6	0.3
ภาคใต้	83.3	16.7	12.5	2.6	0.5	1.1
พื้นที่การปกครอง**						
ในเขตเทศบาล	79.5	20.5	14.2	4.1	1.1	1.1
นอกเขตเทศบาล	82.4	17.6	14.2	2.2	0.4	0.7
การอ่านหนังสือ*						
อ่านได้คล่อง	84.9	15.1	12.2	1.7	0.6	0.5
อ่านได้แต่ไม่คล่อง	77.5	22.5	17.2	3.8	0.9	0.6
อ่านไม่ได้	76.8	23.3	15.5	5.1	0.7	1.9
การเขียนหนังสือ						
เขียนได้คล่อง	86.0	14.0	11.5	1.3	0.6	0.6
เขียนได้แต่ไม่คล่อง	78.7	21.3	16.8	3.3	1.0	0.3
เขียนไม่ได้	75.9	24.1	15.9	5.6	0.7	1.9
สถานะเศรษฐกิจ**						
ขัดสนมาก	74.5	25.5	18.1	4.3	1.6	1.6
ขัดสนบ้าง	79.2	20.8	16.6	3.4	0.2	0.7
ขัดสนบางครั้ง	80.4	19.6	15.4	3.3	0.4	0.5
ไม่ขัดสนเลย	82.3	17.7	12.7	2.8	0.9	1.2

* $p < 0.001$ ** $p < .05$

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณารักษ์). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

รูปที่ 4 ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพโดยพิจารณาจากความชุกของภาวะทุพพลภาพในกลุ่มประชาชนย่อยจำแนกตามสถานะทางการเงินและการเขียนหนังสือ



ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

■ ลำดับความสำคัญของโรคและความผิดปกติที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว

การศึกษาระดับชาติของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁽³⁰⁾ ยังได้ใช้ข้อมูลภาวะทุพพลภาพระยะยาว วิเคราะห์หา population attributable risk fraction ของโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์อิสระกับภาวะทุพพลภาพระยะยาว เพื่อใช้ลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาทางสุขภาพในประชากรสูงอายุไทย ทั้งนี้คณะผู้วิจัยเห็นว่าภาวะทุพพลภาพเป็นหัวใจหลักของการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของวัยสูงอายุ ทำให้โรคหรือปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพมีความหมายที่ชัดเจนกว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ทำให้เสียชีวิต ประการสำคัญการสำรวจภาวะทุพพลภาพเช่นนี้จะเห็นทางออกสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่มีปัญหาในด้านความถูกต้องของการเสียชีวิตและสาเหตุของการเสียชีวิตดังเช่นที่ประสบอยู่ในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าโรคและความผิดปกติทางสุขภาพที่มีลำดับต้นจะเป็นโรคหรือปัญหาที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการรับรู้ เช่น อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข้า-เข้าอกเสบ อุบัติเหตุ และตาบอด เป็นต้น ลำดับความสำคัญมีความแตกต่างชัดเจนกันระหว่างเพศชายและหญิง (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ลำดับความสำคัญของโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาว
ในผู้สูงอายุชายและหญิงโดยอาศัย population attributable risk fractions

ลำดับ	ทั้งชายและหญิง	ชาย	หญิง
1.	อัมพาตครึ่งซีก	อัมพาตครึ่งซีก	ปวดเข่า-เข่าอักเสบ
2.	ปวดเข่า-เข่าอักเสบ	แขนและ/หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง	ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง
3.	อุบัติเหตุ (unintentional injuries)	อุบัติเหตุ (unintentional injuries)	อุบัติเหตุ (unintentional injuries)
4.	ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง	แขนขาอ่อนแรง	หูหนวกหรือหูตึงมาก
5.	กระดูกสันหลังโก่งหรือโก่งคดงอ	โรคตา	กระดูกสันหลังโก่งหรือโก่งคดงอ
6.	แขนขาอ่อนแรง	กระดูกสันหลังโก่งหรือโก่งคดงอ	โรคความดันเลือดสูง
7.	โรคตา	ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง	โรคตา
8.	หูหนวกหรือหูตึงมาก	หูหนวกหรือหูตึงมาก	อัมพาตครึ่งซีก
9.	โรคความดันเลือดสูง	โรคความดันเลือดสูง	แขนขาอ่อนแรง
10.	แขนและ/หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง	โรคหลอดเลือดหัวใจ	โรคเบาหวาน
11.	โรคเบาหวาน	โรคปอดต่างๆที่ไม่ใช่หอบหืด	โรคไต
12.	โรคหลอดเลือดหัวใจ	โรคหัวใจอื่นๆ	กลุ่มอาการสมองเสื่อม
13.	โรคหัวใจอื่นๆ	โรคลมชัก	โรคหลอดเลือดหัวใจ
14.	กลุ่มอาการสมองเสื่อม	-	มือ-เท้า-นิ้วขาด
15.	โรคไต	-	แขนและ/หรือขาข้างใดข้างหนึ่ง
16.	โรคลมชัก	-	-
17.	มือ-เท้า-นิ้วขาด	-	-

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบลีย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

จากการที่ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุเป็นผลจากโรคเรื้อรังและปัญหาทางสุขภาพ โดยหากสามารถให้การป้องกันหรือรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ก็น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการลดทอนการเกิดภาวะทุพพลภาพขึ้นได้ โรคหรือความผิดปกติซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกๆและน่าจะป้องกันหรือรักษาฟื้นฟูอย่างได้ผล ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ที่เป็นสาเหตุของอัมพาตครึ่งซีก โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการปวดเข่า-เข่าอักเสบ อุบัติเหตุ โรคต่อกระดูกและต่อหินที่เป็นสาเหตุสำคัญของตาบอด กระดูกสันหลังโก่งหรือคดงอซึ่งสัมพันธ์กับโรคกระดูกพรุนและการหกล้ม หูหนวก/หูตึงมาก และโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การป้องกันและชะลอการเกิดโรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเนื่องจากการทำให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นอิสระช่วยเหลือตนเองได้ และยังสามารถอยู่ในสถานะของผู้ให้เกียรติ ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุดำรงเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่อง

ภาพรวมโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุ

จากข้อมูลต่างๆทางสุขภาพที่ถึงแม้จะไม่สามารถหาทฤษฎีในการจัดลำดับความสำคัญได้ด้วยดัชนีเพียงอย่างเดียว แต่จากข้อมูลเหล่านี้ยังสามารถใช้อนุมานภาพรวมของความสำคัญโดยพิจารณาถึงความสำคัญต่อการเสียชีวิต ต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ และความชุกของปัญหาในประชากร^(11,56) ถึงแม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับความสำคัญเหล่านี้ แต่ภาพรวมความสำคัญโดยการประมาณนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดการทรัพยากรและลำดับความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาในระดับประเทศ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 โรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆโดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน *

- โรคตา (ต้อกระจกและต้อหิน) และตาบอด
- โรคหลอดเลือดสมอง
- อุบัติเหตุ
- โรคข้อเสื่อมโดยเฉพาะที่ข้อเข่า
- โรคความดันโลหิตสูง
- ทุพโภชนาการ
- โรคเบาหวาน
- โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจอื่นๆ
- ความผิดปกติของการได้ยิน
- การติดเชื้อ โดยเฉพาะปอดอักเสบ
- กลุ่มอาการสมองเสื่อม
- โรคของหลังที่ทำให้ปวดหลังเรื้อรัง
- การหกล้มและกระดูกหัก
- มะเร็ง
- ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา
- นอนไม่หลับ
- การกลืนปัสสาวะไม่ได้
- ท้องผูกประจำ

* ปรับปรุงจาก: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ.(56)

ดัชนีสุขภาพในประชากรสูงอายุ⁽⁵⁷⁾

นอกจากการใช้อัตรายตายและอายุคาดหวังเมื่อแรกเกิดหรืออายุคาดหวังที่อายุ 60 ปีเป็นดัชนีในการติดตามเปรียบเทียบสถานะทางสุขภาพแล้ว ยังมีดัชนีที่สามารถรวมการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเข้าด้วยกันโดยจะให้ภาพที่ดีขึ้นในการติดตามสถานะทางสุขภาพของประชากร คือ อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (disability-free life expectancy; DFLE) และ อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy; ALE) [DFLE คำนวณจากความชุกของภาวะทุพพลภาพร่วมกับตารางชีพ; ALE คำนวณจากความชุกของการพึ่งพาในกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเข้าใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ ร่วมกับตารางชีพ]

จากการศึกษาพบว่า DFLE และ ALE ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับที่ดีพอสมควร (ตารางที่ 13) การติดตามศึกษาดัชนีนี้จะช่วยในการติดตามประเมินสถานะทางสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและดียิ่งขึ้นอันจะสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพของระบบสุขภาพของประเทศ

ตารางที่ 13 อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (longterm-disability free life expectancy; LDFLE) และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy; ALE)

กลุ่มอายุ	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

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพต่ออายุคาดหวังแล้ว (ตารางที่ 14) จะเห็นว่าทั้งชายและหญิงจะมีสัดส่วนที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและสัดส่วนในเพศชายจะมากกว่าในเพศหญิง ดังนั้นการที่มีอายุยืนมากขึ้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุไทยจะมีสุขภาพที่ดีมากขึ้นหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเสมอไป ข้อมูลในตารางที่ 14 ยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุหญิงมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุชาย

ตารางที่ 14 สัดส่วน (ร้อยละ) ระหว่างอายุคาดหวังทางสุขภาพ (DFLE, ALE) กับอายุคาดหวัง (LE) ของประชากรสูงอายุจำแนกตามสุขภาพและเพศ

กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	%LDFLE/LE	%ALE/LE	%LDFLE/LE	%ALE/LE
60-64	16.39	18.65	18.18	21.30
65-69	13.53	15.51	14.77	17.59
70-74	10.93	12.63	11.84	14.34
75-79	8.96	10.37	9.84	12.03
80 +	7.89	8.96	8.71	10.76

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณารักษ์). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.⁽⁵²⁾

พฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพ

เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ถ้าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักจะไม่ใช้บริการจากสถานบริการทางสุขภาพ⁽⁵⁸⁾ แต่หากมีอาการมากหรือไม่ดีขึ้นหลังจากการดูแลตนเองโดยทั่วไปแล้ว โดยเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่นิยมมากที่สุด ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะซื้อหรือจัดหาयरับประทานเอง และร้านขายยาเป็นสถานบริการทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยเลือกใช้เป็นลำดับแรก^(39,58) เมื่อการซื้อยาที่ซื้อมาไม่ได้ผลหรือได้ผลไม่เป็นที่พอใจจึงจะเลือกใช้สถานบริการทางสุขภาพแห่งอื่นต่อไป สถานบริการทางสุขภาพอื่นที่ผู้สูงอายุไปใช้มากที่สุดตามลำดับ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลรัฐ และคลินิกเอกชน โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทนิยมใช้บริการจากสถานีอนามัย ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองนิยมใช้บริการจากโรงพยาบาลและคลินิก⁽¹⁴⁾ เหตุผลสำคัญของการเลือกใช้สถานบริการดังกล่าวอาจเนื่องมาจากความสะดวกในการเดินทาง สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินดี และผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา จะใช้ระบบบริการสุขภาพที่ให้การรักษา เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาล มากกว่าการซื้อยารับประทานเอง⁽⁵⁸⁾

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจระดับชาติเพื่อศึกษาการรับรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับการรักษา และความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง⁽⁵⁹⁾ พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ที่ถูกตรวจว่ามีความดันโลหิตสูง (Unawareness cases) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีถึงร้อยละ 51 ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ผลจากการศึกษานี้แม้จะสะท้อนถึงปัญหาของการเข้าถึงสถานบริการ แต่ก็ยังสะท้อนถึงพฤติกรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ที่อาจมีปัญหในระดับสูงเช่นกัน

สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ปีที่ผ่านมา จากการสำรวจสถานะผู้สูงอายุไทยพบว่า ร้อยละ 14.9 ของผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 79.5 และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 17.8⁽⁴⁵⁾ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองเพียงร้อยละ 30 โดยมากกว่าสองในสามของผู้สูงอายุจะมีบุตรเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยอิสระ

ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ มีฐานะทางการเงินที่ไม่ดีอาศัยในเขตชนบทและไม่เคยรับทราบเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุไทยของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁸⁾

ภาระต่อระบบบริการสุขภาพและการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทยพบว่า จำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามอายุ^(14,46) เกิดปรากฏการณ์อุดกั้นเตียง (bed blocker)⁽⁶⁰⁾ อันเนื่องมาจากภาวะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุมักมีความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสามารถเสื่อมถอยลงจากภาวะเดิมก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งมักจะมีปัญหาทางด้านสังคม⁽⁴⁶⁾ ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งตัวกลับสู่ชุมชน สภาพเหล่านี้จึงนำไปสู่การใช้เตียงในโรงพยาบาลในระดับสูง จึงไม่น่าแปลกใจที่พบว่าอัตราการใช้เตียงของโรงพยาบาลรัฐที่มีอยู่ทั่วประเทศโดยผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด⁽⁵⁸⁾ และได้รับการประมาณการว่าจะมีการเพิ่มของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าของการเพิ่มในประชากรอายุน้อย⁽⁶¹⁾ ปัญหาสุขภาพในประชากรสูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพโดยอิงกับอัตราความชุกในปัจจุบัน จะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาในอนาคตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก⁽⁶²⁾ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังดำเนินเข้าสู่ระยะประชากรสูงอายุ (Population ageing) แต่ถ้าอัตราความชุกไม่ได้คงที่ตามที่มิข้อมูลในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจะเปลี่ยนไปด้วย ปัจจุบันมีหลักฐานหลายประการที่สำคัญยิ่งซึ่งชี้ว่าอาจมี “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย” โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป^(10,63) ซึ่งได้เกิดขึ้นกับประเทศที่พัฒนาแล้วมาก่อน อันเป็นผลมาจากปัญหาพฤติกรรม สุขภาพ วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม และสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยในอนาคตที่มีปัญหาทางสุขภาพจะสูงกว่าที่คาดประมาณไว้

ความไม่เท่าเทียมกันของสถานะสุขภาพปรากฏชัดเจนในประชากรสูงอายุ⁽⁴⁴⁾ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้และเศรษฐกิจฐานะยากจนจะมีความชุกของภาวะทุพพลภาพในอัตราที่สูงมากกว่าผู้สูงอายุที่เขียนได้และมีเศรษฐกิจฐานะที่ดีกว่าชัดเจน ความแตกต่างของสถานะสุขภาพดังกล่าวอาจเป็นผลต่อเนื่องระยะยาวของความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยต้นของชีวิตที่มาปรากฏชัดเจนในวัยสูงอายุ หรืออาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุโดยตรงเนื่องจากเป็นวัยที่ไวต่อผลกระทบที่มาจาก การด้อยโอกาสด้านการศึกษาและเศรษฐกิจ เช่น ระดับการศึกษาที่ต่ำ และความยากจน เป็นเหตุบั่นทอนความสามารถในการเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และลดโอกาสหรือศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จึงนำไปสู่ผลเสียต่อสถานะสุขภาพในคนวัยนี้ได้ชัดเจน ดังนั้นนอกจากแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพในจำนวนมากกว่าที่คาดประมาณโดยใช้อัตราความชุกคงที่แล้ว ผลกระทบด้านความไม่เป็นธรรมก็อาจมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน

การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในการบริการทางสุขภาพจะประกอบไปด้วยมิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบริการในมิติเหล่านี้โดยตรง ได้แก่

การส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการออกกำลังกาย⁽⁶⁴⁻⁶⁸⁾ แต่การศึกษาเหล่านี้มักจะเป็นการศึกษาถึงการยอมรับหรือรูปแบบการปฏิบัติที่เหมาะสมหรือการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ และการศึกษาดังกล่าวมักมีตัวอย่างขนาดเล็กหรือมีข้อจำกัดด้านกระบวนการวิจัย ประการสำคัญยังไม่มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ต่อสุขภาพที่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตาม ได้มีการพัฒนาเครื่องมือ “แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย” ขึ้น⁽⁶⁹⁾ หากมีการทดสอบเพิ่มเติมว่ามีคุณค่าและความน่าเชื่อถือที่ดี แบบทดสอบนี้จะประโยชน์ในการศึกษาวิจัยทางกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในประชากรสูงอายุต่อไป

การตรวจคัดกรองและการป้องกันโรค ได้มีการศึกษาข้อมูลต่างๆทั้งในและต่างประเทศสำหรับการตรวจคัดกรอง⁽⁷⁰⁾ โดยเน้นโรคหรือปัญหาที่สมควรทำการตรวจคัดกรองและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในประเทศไทย คำแนะนำได้แสดงไว้ในตารางที่ 15 สำหรับการให้วัคซีนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อ พบว่าการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังจะได้ประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินหายใจ⁽⁷¹⁾ และชี้แนะว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรังน่าจะได้ประโยชน์จากวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ สำหรับการศึกษาถึงระดับภูมิคุ้มกันต่อบาดทะยัก คอตีบและไอกรน พบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจะไม่เคยได้รับวัคซีนในวัยเด็กแต่กลับมีระดับภูมิคุ้มกันในระดับสูง⁽⁷²⁾ ซึ่งน่าจะเป็นการเกิดภูมิคุ้มกันจากการได้รับเชื้อ ดังนั้นการให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก คอตีบ และไอกรน แบบทั่วไป (Primary prevention) แก่ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจึงอาจจะไม่มีคามจำเป็น

การพัฒนาเครื่องมือเพื่อการตรวจคัดกรองที่เป็นประโยชน์และน่าเชื่อถือถึง นอกจากเครื่องมือในการประเมินโอกาสการเกิดการหล่ม⁽⁷³⁾ ยังมีการพัฒนาเครื่องมือในการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยเป็นการเฉพาะ ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อม (เครื่องมือประเมินสภาพจิตจุฬา – Chula Mental Test⁽⁷⁴⁾ และการประเมินโดยวาดภาพนาฬิกาและวิธีการให้คะแนน – Clock drawing test and Chula clock-drawing scoring system⁽⁷⁵⁾) และเครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีจุฬาเอดีแอล – Chula ADL Index⁽⁷⁶⁾) นอกจากนั้นยังมีรายงานการศึกษาคุณค่าเครื่องมือ WHOQoL ในการประเมินคุณภาพชีวิตในประชากรสูงอายุไทย⁽⁷⁷⁾ สำหรับเครื่องมือหรือแบบประเมินที่เป็นการแปลจากที่ใช้กันในประเทศมีอยู่เป็นจำนวนมากตามความสนใจ แต่ไม่ขอกล่าวถึงในที่นี้ เพราะไม่มีการศึกษาถึงคุณค่าชนิด Criterion validity ให้ประจักษ์ หรือกระบวนการศึกษาที่ใช้ไม่รัดกุมน่าเชื่อถือเพียงพอ หรือมีหลักฐานที่แสดงถึงข้อดีของการใช้แบบทดสอบเหล่านั้นในประเทศไทย^(32,78)

ตารางที่ 15 โรคที่ควรตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทยและกลวิธีที่แนะนำ⁽⁷⁰⁾

โรค	กลวิธี	รายละเอียดคำแนะนำ
ปัญหาการมองเห็น	สัมผัสการณ์ประวัติการมองเห็นและ Snellen chart	ทุกปี
หูบวม	สัมผัสการณ์ประวัติการหูบวม	ทุกปี
ต้อกระจก	สัมผัสการณ์ประวัติการต้อกระจก	ทุกปี
ภาวะขาดโภชนาการ	สัมผัสการณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและ วัดดัชนีความหนาของร่างกาย	ทุกปี
โรคความดันโลหิตสูง	วัดความดันโลหิต	ทุกปี
โรคเบาหวาน	ตรวจน้ำตาลกลูโคสตอนเช้าเมื่ออดอาหาร	ทุกปี
มะเร็งเต้านม	ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจเต้านมโดยแพทย์ ตรวจ mammogram	ทุกสัปดาห์ ทุกปี (ตามสถานะ-ทุกปี)
มะเร็งปากมดลูก	ตรวจ papanicolau smear	ปีละครั้ง สามปีติดต่อกัน
มะเร็งผิวหนัง	ตรวจผิวหนังทั่วตัว	ทุกปี
มะเร็งช่องปาก	ตรวจช่องปาก	ทุกปี

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ⁽⁷⁰⁾

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษาเรื่องการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหรือปัญหาต่างๆ ในผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด การศึกษาที่สำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับประเทศเป็นการศึกษาวิจัยการบริการ สุขภาพ ได้แก่ การบริการในรูปแบบสหสาขาสำหรับการบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน⁽⁷⁹⁾ การบริการเยี่ยมบ้านเพื่อ การเฝ้าระวังในชุมชน⁽⁸⁰⁾ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน⁽⁸¹⁾ และการบริการในชุมชน^(82,83) การศึกษาเหล่านี้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการบริการในอนาคต

ระบบบริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

มีรายงานการทบทวนพัฒนาการของระบบสวัสดิการและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ⁽⁵⁶⁾ และรายงานการ ประเมินการดำเนินการตามนโยบายด้านสาธารณสุข⁽⁸⁴⁾ ไว้อย่างดี อย่างไรก็ตามการบริการและสถานบริการที่จัด หรือมีการพัฒนาขึ้นโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

1. ชมรมผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ 3,487 ชมรม ทั้งแบบที่ดำเนินการเป็นเอกเทศ อยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข และดำเนินงานโดย หน่วยงานอื่นๆ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล

- บรมราชชนนี กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) กิจกรรมนันทนาการพบปะสังสรรค์ 3) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม 4) กิจกรรมกีฬาหรือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 5) กิจกรรมการกุศล เป็นต้น ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้กระจายไปสู่ระดับตำบล หมู่บ้าน มักจะดำเนินการอยู่ในระดับอำเภอ
2. การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นในประเทศแห่งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ.2506 จนกระทั่งปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลราวร้อยละ 44 ของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน
 3. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุและโครงการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ของการดำเนินการเป็นการจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร
 4. การบริการในสถานพยาบาล จะเป็นการบริการสุขภาพประเภทฉับพลันเป็นส่วนใหญ่ และกลวิธีดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ยังจำกัด สำหรับหอผู้ป่วยกึ่งฉับพลันสำหรับระยะพักฟื้นและการฟื้นฟูสุขภาพมีน้อยมาก
 5. สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนในการจัดตั้งการบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ ได้มีการจัดตั้งการบริการทางสุขภาพในพื้นที่ต่างๆอย่างกระจัดกระจาย และจะเป็นการบริการเฉพาะพื้นที่ ได้แก่ การบริการตรวจรักษาในชุมชนเป็นครั้งคราว การสนับสนุนของ Helpage International ต่อโครงการบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชนแออัดคลองเตย การจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำขึ้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โครงการบริการชุมชนในเขตชนบทของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นต้น
 6. เอกชนกับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีทั้งที่เป็นธุรกิจการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Non-profit) ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง การให้บริการการดูแลระยะกึ่งฉับพลัน และบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม นอกจากนี้ยังมีบริการจัดส่งพยาบาลหรือแพทย์ไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน รวมทั้งการบริการทางสังคมที่สัมพันธ์กันคือการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุไปตรวจที่สถานพยาบาล
 7. บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยภาคเอกชนได้ให้บริการจัดหาผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีการเปิดโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุและให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปตามบ้าน⁽⁸⁵⁾ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ประกันคุณภาพแต่อย่างใด ทั้งนี้มักเป็นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพพลภาพและผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ได้มีบทความเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการในปัจจุบัน⁽⁸⁶⁾ และได้ทำการวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่มีต่อประชากรสูงอายุ โดยในภาพรวมผู้สูงอายุจะได้มากขึ้นจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในด้านการเงินที่รัฐจัดสรรให้ 1,179 บาทต่อหัว และในด้านความครอบคลุมของชุด

สิทธิประโยชน์ที่มีการกำหนดไว้ชัดเจน ประเด็นสำคัญที่สุดของประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้มากขึ้น คือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและสถานบริการโดยเฉพาะสถานบริการเรื้อรัง ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นเร็วกว่าที่เคยคาดหวังกัน อย่างไรก็ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ลงตัว ทำให้ผลกระทบทั้งด้านดีและด้านเสียต่อผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นจริงอาจเปลี่ยนไปจากที่คาดไว้ จึงยังคงต้องการการติดตามประเมินต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

1. การศึกษาธรรมชาติวิทยาของกำลังความสามารถ (Functional capacity) ของประชากรไทย
 - ก. การศึกษา กระบวนการเปลี่ยนแปลงของกำลังความสามารถในประชากรสูงอายุก่อกลุ่มต่างๆ
 - ข. การศึกษา การปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการถดถอยและสูญเสียกำลังความสามารถ และการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวและครัวเรือนต่อการถดถอยและสูญเสียกำลังความสามารถของบุพการี
 - ค. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการถดถอยในกำลังความสามารถ
2. การศึกษาที่จำเป็นด้านภาวะการมีสุขภาพที่ดีและภาวะทุพพลภาพ
 - ก. การศึกษา ปัจจัยของการมีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ
 - ข. การศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคนในวัยสูงอายุและวัยต้น
 - ค. การศึกษา การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย
 - ง. การศึกษา วิธีการจัดการให้มีการส่งเสริมสุขภาพในประชากรสูงอายุในทุกระดับของการบริการ
 - จ. การศึกษา สภาพแวดล้อมและอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เหมาะสมและกลวิธีในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อดำรงกำลังความสามารถให้ต่อเนื่องและเพื่อลดทอนภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ
 - ฉ. การศึกษา รูปแบบการบริการทางสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ที่เอื้อต่อการเข้าถึงการบริการของผู้สูงอายุ
 - ช. การศึกษา ปัจจัยของศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆ (Active ageing)
 - ซ. การศึกษา กลไกหรือวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง
 - ฌ. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพ
 - ญ. การศึกษา ประเภทและขนาดของภาวะทุพพลภาพและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ
 - ฎ. การศึกษา การตอบสนองและการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา (วัยที่ 4) และการตอบสนองและการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวและครัวเรือนต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา (วัยที่ 4) ของบุพการี
 - ฏ. การศึกษา ความต้องการของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและผู้ดูแล

- ฐ. การศึกษา สถานะและแนวโน้มของผลกระทบของภาวะทุพพลภาพและโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ
- ท. การศึกษา สถานะและแนวโน้มของการขยายตัวของโรคเรื้อรังที่สำคัญและภาวะทุพพลภาพ
- ฒ. การศึกษา กลวิธีหรือรูปแบบการบริการที่เป็นทางเลือกของและลดทอนความจำเป็นของการใช้สถานบริการระยะยาว (ทำอย่างไรให้อยู่ในชุมชนได้นานที่สุด?)
- ณ. การศึกษา ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในประชากรสูงอายุกลุ่มต่างๆ
3. การศึกษาโรคหรือประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ
- ก. การศึกษา เพื่อการลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ
- ข. โรคอัลไซเมอร์
- การศึกษา การดำเนินโรค (Natural course) ของโรคอัลไซเมอร์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุไทย
 - การศึกษา รูปแบบหรือกลวิธีในการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม
- ค. การศึกษา รูปแบบของระบบการป้องกันโรคและส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
- ง. การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของโรคสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ
- จ. การศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัยที่เหมาะสม สาเหตุ และการป้องกันภาวะซีด
- ฉ. การศึกษา ขนาดของปัญหาการติดเชื้อซิฟิลิสในระบบประสาทส่วนกลาง
- ช. การศึกษา ความจำเป็นและความคุ้มค่าของการให้วัคซีน
- วัคซีน ไขหวัดใหญ่
 - วัคซีน นิวโมคอคคัส
 - วัคซีน Diphtheria-Pertussis-Tetanus
- ซ. การศึกษา กลวิธีและความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับประเทศไทยของโรคสำคัญหรือที่เป็นประเด็นต้องทำการศึกษา
- มะเร็งเต้านม
 - มะเร็งต่อมลูกหมาก
 - มะเร็งลำไส้
 - วัณโรคและมะเร็งปอด
 - โรคซึมเศร้า
 - โรคตับอักเสบ
 - โรคตับหิน
 - กลุ่มอาการสมองเสื่อม
 - โรคกระดูกพรุน
- ณ. การใช้ยาและปัญหา

- การศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยของการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- การศึกษา ชนิดยาสำคัญที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงและกลวิธีในการป้องกัน
- การศึกษา ความคุ้มค่าของการใช้ยาในโรคสำคัญหรือที่เป็นประเด็น เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษา ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคกระดูกพรุน โรคซึมเศร้า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคต่อกระฉก
- การศึกษา ระบบสนับสนุนการสั่งและการจ่ายยาที่เหมาะสม
- การศึกษา ระบบป้องกันการสั่งและการใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง

ญ. ปัญหาการหกล้มและอุบัติเหตุ

- การศึกษา เครื่องมือในการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม
- การศึกษา กระดูกหักและผลต่อเนื่องจากการหกล้ม
- การศึกษา ปัจจัยของการหกล้ม ของผู้สูงอายุ
- การศึกษา กลวิธีในการป้องกันการหกล้มและกระดูกหัก
- การศึกษา สาเหตุและกลวิธีในการป้องกันอุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ฎ. ปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ (Elderly abuse and neglect)

- การศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัยปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา ขนาดของปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา กระบวนการเฝ้าระวัง การวินิจฉัย และการจัดการในระดับปฏิบัติการต่อปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
- การศึกษา กระบวนการและระบบการจัดการในระดับนโยบายและแผนงานต่อปัญหาการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ

ฏ. ปัญหาฟันและช่องปาก

- การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฟันและเหงือก
- การศึกษา กลวิธีในการป้องกันและจัดการปัญหาฟันและช่องปากที่สำคัญในผู้สูงอายุ

ฐ. การศึกษา กลวิธีและรูปแบบการบริการปัญหากลืนปัสสาวะไม่ได้ในชุมชน

ฑ. ภาวะทุพโภชนาการ

- การศึกษา สถานะโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของการมีภาวะทุพโภชนาการ
- การศึกษา กลวิธีที่เหมาะสมในการประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงด้านทุพโภชนาการ
- การศึกษา กลวิธีหรือรูปแบบของการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีและการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

4. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้จากข้อมูลทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับวัยสูงอายุ เพื่อให้ได้สาระที่จำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย การจัดเตรียมแผนงาน การดำเนินกิจกรรมและการบริการ และการประเพณีปฏิบัติที่เหมาะสม
- ก. การออกกำลังกายที่เหมาะสม
 - ข. โภชนาการและความจำเป็นของสารอาหารเสริม
 - ค. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ
 - กลุ่มอาการสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์
 - โรคหลอดเลือดสมอง
 - โรคกระดูกพรุน
 - การหกล้ม
 - ปัญหาทางเพศสัมพันธ์
 - อติวิตบาตกรรม
 - การทารุณกรรมและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ (Elderly abuse and neglect)
 - อื่นๆ (ตามความจำเป็น)
 - ง. พฤติกรรมหรือระบบบริการหรือการบริการที่สัมพันธ์กับ “สุขภาพดีในวัยสูงอายุ” และ “ภาวะทุพพลภาพ”

บรรณานุกรม

1. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน: สู้วัยสูงอายุคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
2. ศรีจิตรา บุนนาค, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน: ปัญหาทางสุขภาพภาวะพึ่งพา และแนวโน้มนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุขในผู้สูงอายุ. ใน: สู้วัยสูงอายุคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542.
3. นิศา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
4. เกริกศักดิ์ บุญญาพงษ์, สุรีย์ บุญญาพงษ์, สมศักดิ์ ฉันทะ. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
5. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Health care for elderly people in developing countries: a case study of Thailand. Age Ageing 1993;22:377-81.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรามัย, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, สิริพร ฉันทศิริกาญจน์, และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพุดชาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
7. ปรีชา อุบายน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิณา ศิริสุข, มัลลิกา บัติโก. ไม่ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
8. Murray CJL, Lopez AD, eds. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk actors in 1990 and projected to 2020. Cambridge MA: Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, vol I).
9. Smutharaks B, Wecharak P, Kongkamned R, Sitthi-Amorn C. Quantitative Assessments of Disease Impact on Society: a conceptual approach to prioritization & agenda setting of health problems for policy determination in Thailand. Bangkok: The College of Public Health, Chulalongkorn University, 1997.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย: สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:42-9.
11. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2542.

12. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, 1998.
13. Jitapunkul S. Factors associated with one-year mortality of the Thai elderly living in a community. J Med Assoc Thai 1996;79:434-8.
14. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเดล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบัน หมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
15. Chayovan N, Wongsith M, Saengtienchai C. Socio-economic consequences of the ageing of the population in Thailand (IPS Publication No.161/88). Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1988.
16. สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิณา ศิริสุข. การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
17. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณานิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2534-2535. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539.
18. คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538. การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปีพ.ศ.2538. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
19. ศรีน้อย มากเกษม, นฤมล ชัยสุพรรณ, ประพิมพ์ สมมาแซง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2532;4:266-74.
20. กองโภชนาการ กรมอนามัย. การศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุของประเทศไทย (อายุ 55-74 ปี). นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2540.
21. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมหวัง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
22. Jitapunkul S, Khovidhunkit W. Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai 1998;81:160-8.
23. เพ็ญศิริ สันตโยภาส. อัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีไทย. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2544;2:26-37.
24. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. Falls and their associated factors: a national survey of Thai elderly. J Med Assoc Thai 1998;81:233-42.
25. ลัดดา เกียมวงศ์. ปัจจัยของการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:46-54.
26. Suriyawongpaisal P, Siriwongpairat P, Laohachareonsombat W, et al. A multicenter study on hip fractures in Thailand. J Med Assoc Thai 1994;77:488-95.

27. Lau EM. The epidemiology of hip fracture in Asia: an update. *Osteoporosis International* 1996;6(Suppl 3):19-23.
28. Jitapunkul S, Yuktanantana P. Consequences of hip fracture among Thai women aged 50 years and over: a prospective study. *J Med Assoc Thai* 2001;83:1447-51.
29. รายงานการศึกษาเบื้องต้น โครงการการศึกษาระยะยาวของปัญหา ปัจจัยเสี่ยงของปัญหา และปัจจัยของการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
30. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคและความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุและลำดับความสำคัญ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:34-46.
31. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. กลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:58-69.
32. Phanthumchinda K, Jitapunkul S, Sitthi-Amorn C, Bunnag S, Ebrahim S. Prevalence of dementia in an urban slum population in Thailand: validity of screening methods. *Inter J Geriatr Psychiatr* 1991;6:639-46.
33. วรณนิภา บุญระยอง. ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;1:11-8.
34. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryan RM, Newens AJ. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;4:15-24.
35. รัชฎา รักขนาม. ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;4:31-7.
36. นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุกร, ธงชัย ทวิชาชาติ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ; เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2534;35:145-203.
37. อรพรรณ ทองแดง. การศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย (บทคัดย่อ). ใน: สุวัยสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสงเคราะห์ สมาคมพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย 2542:297-8.

38. Sitthi-Amorn C, Bunnag S. Ageing problems and possible solution in Klong Toey slum. A complete report, Sandoz, 1990.
39. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, วงศ์วัฒน์ ลิ่วลักษณ์, ธานี ทวีกิตติกุล, จักษณา ปัญญาชีวิน. ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชน: ความหมายและอัตราความชุก. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2:8-19.
40. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาทิการ พ.ศ.2539. ลำปาง: คณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาทิการ กระทรวงสาธารณสุข, 2540;7:43.
41. รจิต ตูจินดา, อังคณา เมธีไตรรัตน์. การศึกษามาตรการการตรวจคัดกรองและความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ (บทคัดย่อ). ใน: ส่วยสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ สมาคมพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:294.
42. Jitapunkul S. Syphilis among Thai population aged 50 years and over: value of mass screening. Asian J Trop Med 2000;31:349-53.
43. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540.
44. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะทุพพลภาพของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:17-33.
45. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. Factors associated with state hospital utilisation among Thai elderly who had illness which need hospitalisation. J Med Assoc Thai 1998;81:658-64.
46. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศรีจิตรา บุนนาค. การเสียชีวิตและการกลับสู่บ้านของผู้ป่วยในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2535;36:839-44.
47. Lertakymanee J, Santawat U, Foongdej S, Muangkasem J. Comparison of immediate recovery period among young, middle-aged and elderly patients. J Med Assoc Thai 1998;81:473-9.
48. Jitapunkul S, Lertkupinit C, Jongsitimahakul A, Suteparuk S. Use of drugs and adverse reactions in medical inpatients. J Med Assoc Thai 1997;80:636-40.
49. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะทุพพลภาพ. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญามาติยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541:95-104.
50. World Health Organisation. International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps. Geneva: World Health Organisation, 1980.

51. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disabilities and Health: Final draft, full version. Geneva: World Health Organisation, 2001. (WHO/EIP/GPE/CAS/ICIDH-2/FI/01.1)
52. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
53. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:47-57.
54. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai 1994;77:231-8.
55. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994;23:97-101.
56. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
57. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. อายุคาดหวังทางสุขภาพ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:70-78.
58. Jitapunkul S, Na Songkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y, Buasai S. A national survey of health services utilisation during ailment and its determinants among Thai elderly. Age Ageing 1999;28:67-71.
59. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โรคความดันเลือดสูง: ภาพสะท้อนคุณภาพการบริการและความไม่เท่าเทียมกัน. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ.2542:79-88.
60. Thampreechavai S, Somerville K, Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Elderly bed-blockers in a Thai teaching hospital : is it a problem? J Med Assoc Thai 1992;75:418-22.
61. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรผู้สูงอายุกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารประชากรศาสตร์ 2535;7:47-59.
62. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะทางนโยบาย. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). ปัญหา

- สุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542:89-120.
63. ธารดี คำยา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรไทยอายุยืนขึ้นแต่ทำงานเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกันด้วยหรือไม่?: ผลการศึกษาอายุคาดหวังเฉลี่ยในการทำงาน พ.ศ.2528-2538. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:4-10.
 64. จิราภรณ์ กลีบจำปี. การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการศึกษาในการออกกำลังกายผู้สูงอายุ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี2539. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ 2539;10:31-5.
 65. ชนินัฐ วโรทัย, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, จารุวรรณ เหมะธรร, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร. การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2539;26:15-26.
 66. ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร. ผลการฝึกแอโรบิคตามแบบแรงกระแทกต่ำและปลอดภัยแรงกระแทกที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและสารเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ. เอกสารรายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
 67. กรกานต์ ป้อมบุญมี. ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
 68. นิรันดร์ ชาวเรือหัก. ผลของการเดินออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ต่างกันของวันที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้สูงอายุหญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาคศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาพลศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
 69. กำไลรัตน์ เย็นสุจิต. การพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาสารณศาสตร์)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
 70. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. แนวทางการบริการตรวจคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุไทย. ใน: หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2541.
 71. Nanta Maranetra, Phunsup Wongsurakiat, Uraiwan Kositanont. The efficacy and cost-effective of influenza vaccination in COPD patients (abstract). ใน: สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ (หนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ). กรุงเทพมหานคร: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2542:285.
 72. ชีรพงษ์ ตันทวีเชียร. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ. ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จรินทร์ มาลฮอตรา, วิสุทธิ์ เตชะวิบูลย์ศักดิ์, (บรรณาธิการ). มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ (หนังสือประกอบการอบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา). กรุงเทพมหานคร: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2543.

73. ลัดดา เทียมวงศ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินการหกล้มในผู้สูงอายุไทยในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
74. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkachorn A, Ebrahim S. Chula Mental Test: a screening mental test developed for Thai elderly. *Inter J Geriatr Psychiatr* 1996;11:715-20.
75. Jitapunkul S, Worakul P, Kiatprakoth J. Validity of clinical use of the clock-drawing test in Thai elderly patients with memory problems. *J Med Assoc Thai* 2000;83:342-7.
76. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 1994;23:97-101.
77. สุนุดตรา ตะบูนพงษ์, วันดี สุทธิรังษี, พัชรียา ไชยลังกา. การประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2:6-15.
78. Jitapunkul S, Lailert C. Mini-mental status examination: is it appropriate of screening in Thai elderly. *J Med Assoc Thai* 1997;80:116-20.
79. Jitapunkul S, Nuchprayoon C, Aksaranugraha S, Chaiwanichsiri D, Leenawat B, Kotepong W, Sornthonchartwat B, Rotprapaisri P, Chandraprasert S. A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach and strengthened physician-nurse collaboration in general medical wards of a Thai acute care hospital. *J Med Assoc Thai* 1995;78:618-23.
80. Jitapunkul S. A randomised controlled trial of regular surveillance in Thai elderly using a simple questionnaire administered by non-professional personnel. *J Med Assoc Thai* 1998;81:352-6.
81. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Effectiveness and cost analysis of community-based rehabilitation service in Bangkok. *J Med Assoc Thai* 1998;81:572-8.
82. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543;1:67-79.
83. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, ปราวรณา ยศพล, สีนีนาง บุญต่อเติม. โครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลราชวิถี, 2537.
84. พิรสิทธิ์ คำนวนคิดปี่, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวล, จอห์น ไบรอัน, อารีย์ พรหมไม้. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
85. วาทีณี บุญชะลิกษ์, ยุพิน วรสิริอมร. ธุรกิจการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการศึกษานำเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.
86. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 1-2-3 ของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2:59-64.

บทที่ 5: เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ

รศ.ดร. มัทนา พนานิรามัย

อ. นงนุช สุนทรชวากานต์

นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีความเป็นห่วงและกังวลมากที่สุด เมื่อพูดถึงปัญหาทางเศรษฐกิจ เรามักหมายถึงความไม่เพียงพอของรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่ายและมักรวมไปถึงปัญหาที่เกิดจากความไม่แน่นอนหรือผันผวนของรายได้และรายจ่ายด้วย

โดยทั่วไปการพิจารณาถึงรายได้มักคำนึงปัจจัยการผลิต ในทางเศรษฐศาสตร์จำแนกปัจจัยการผลิตเป็น 4 หมวดใหญ่ๆ คือ ที่ดิน พุณ แรงงานและทักษะการประกอบการ เมื่อนำปัจจัยการผลิตทั้ง 4 ไปรวมกันในกระบวนการผลิตก็จะก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มขึ้นในสังคม มูลค่าเพิ่มนั้นจะถูกจัดสรรกลับไปเป็นรายได้ของผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตต่างๆเหล่านั้น รายได้ของผู้เป็นเจ้าของที่ดินจะอยู่ในรูปของค่าเช่า ผู้เป็นเจ้าของทุนอยู่ในรูปของดอกเบี้ย ผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างอยู่ในรูปของค่าจ้าง และผู้ประกอบการอยู่ในรูปของกำไรจากการประกอบการ ยังมีรายได้อีกประเภทหนึ่งเรียกว่ารายได้จากการโอน (transfer income) รายได้ประเภทนี้มีใช้รายได้แท้จริงในความหมายข้างต้นเพราะมิได้เกิดจากการสร้างมูลค่าเพิ่มขึ้นในสังคม แต่เป็นเพียงการโอนรายได้จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งเท่านั้น เช่น การที่ลูกส่งเงินให้พ่อแม่ หรือการที่รัฐรวบรวมเงินจากคนทั้งประเทศในรูปของภาษีแล้วนำไปจัดสรรให้เป็นสวัสดิการแก่ผู้ด้อยโอกาส ดังนั้นถึงแม้ว่าเงินที่พ่อแม่ได้รับหรือเงินที่ผู้ด้อยโอกาสได้รับการจัดสรรอาจถือเป็นรายรับของพ่อแม่หรือผู้ด้อยโอกาสแต่ก็ไม่ใช่ว่ารายได้ที่แท้จริง สำหรับผู้สูงอายุกำลังและสติปัญญาย่อมเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา ดังนั้นรายได้ที่ได้จากแรงกายและแรงสมยอมย่อมลดลงและสูญเสียโดยสิ้นเชิงในที่สุด แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุจึงเหลือเพียงรายได้จากสินทรัพย์ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นที่ไม่ใช่แรงงาน เช่น รายได้จากดอกเบี้ย ค่าเช่า หรือจากเงินโอนเท่านั้น ในขณะที่รายได้ของผู้สูงอายุลดลง แต่รายจ่ายหลายด้านโดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกลับเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจำนวนมากจึงต้องประสบกับปัญหาเศรษฐกิจและรายได้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ยกเว้นเสียแต่ผู้สูงอายุที่มีสินทรัพย์สะสมไว้เป็นจำนวนมากพอ หรือมีรายได้จากเงินโอน เช่น จากบุตรหรือจากรัฐ

วัตถุประสงค์ของบทนี้เพื่อทบทวนผลงานวิจัยในอดีตในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจและความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุ ความรู้ดังกล่าวจะเป็นจุดเริ่มต้นของการกำหนดโจทย์คำถามงานวิจัยที่จำเป็น ตลอดจนการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว การทบทวนการศึกษาจะแบ่งเป็นหัวข้อดังนี้

การทบทวนเกี่ยวกับการเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว ความยากจนในประชากรผู้สูงอายุและครอบครัว สถานการณ์การทำงาน การเกษียณและปัญหางบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้มหลักประกันทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ มโนทัศน์ของกลวิธีในการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอเพื่อการศึกษาคต่อไป

แหล่งข้อมูลหลักระดับประเทศที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีไม่มากนัก โดยข้อมูลหลักที่ใช้ในการทบทวนครั้งนี้ ได้แก่ (1) การสำรวจรายได้โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2529⁽¹⁾ (Socio-Economic Consequences of the Aging of the Population in Thailand หรือ SECAPT) (2) การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537⁽²⁾ (The 1994 Survey of Elderly in Thailand หรือ SET) และ (3) โครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538⁽³⁾ (1995 Survey of the Welfare of the Elderly in Thailand หรือ SWET) นอกจากแหล่งข้อมูลทั้งสามซึ่งเป็นการสำรวจเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ยังมีการสำรวจระดับครัวเรือนทั่วราชอาณาจักรอื่นๆ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สามารถใช้ศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุได้ เช่น การสำรวจสภาวะการมีงานทำของประชากร ซึ่งดำเนินการทุกปี ปีละ 2 - 4 รอบ การสำรวจรายได้รายจ่ายระดับครัวเรือนซึ่งดำเนินการ 2 ปีต่อครั้ง และการสำมะโนประชากรซึ่งดำเนินการทุก 10 ปีต่อครั้ง

อุปสรรคในการเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างงานที่สำคัญคือ คำจำกัดความของตัวแปรแต่ละคำจากข้อมูลแต่ละแหล่งแตกต่างกัน หรือแม้กระทั่งจากแหล่งเดียวกันแต่ต่างเวลากันก็ยิ่งแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่กล่าวมานี้ล้วนเป็นข้อมูลที่มีการวางแผนการสำรวจมาอย่างดี รอบคอบและรัดกุม ดังนั้น แม้มีความแตกต่างในรายละเอียดอยู่บ้าง แต่ภาพโดยรวมเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุล้วนสอดคล้องกันค่อนข้างมาก

การเงินของผู้สูงอายุและครอบครัว

ตัวแปรหลักที่ใช้ศึกษาฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุคือรายได้และสินทรัพย์ที่ครอบครองโดยผู้สูงอายุ รายได้ในกรอบที่แคบที่สุดคือรายได้จากแรงงานและสินทรัพย์ที่ตนเองครอบครองอยู่ แต่ภายใต้กรอบนี้ก็ยังมีความแตกต่างระหว่างข้อมูลแต่ละแหล่ง เช่น ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ที่เจ้าของใช้เองนั้นควรจัดเป็นรายได้หรือไม่ การสำรวจส่วนใหญ่ที่กล่าวมาข้างต้นจะไม่รวมผลตอบแทนของสินทรัพย์ที่เจ้าของใช้เองเป็นรายได้อีกเว้นการสำรวจรายได้รายจ่ายจะนำค่าเช่าบ้านมาประเมินกรณีที่เจ้าของอยู่เองมารวมเป็นทั้งรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนนั้นด้วย ในกรอบที่กว้างถัดไปจะรวมรายได้ที่เป็นเงินโอนด้วย นอกจากนี้การจะดูฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุควรจะรวมเฉพาะรายได้ของผู้สูงอายุ หรือควรรวมรายได้ของคู่สมรส ของบุตรหรือของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วยหรือไม่ ผู้สูงอายุบางคนที่ไม่มียาได้แต่ครอบครัวมีฐานะดีควรจะถูกระบุฐานะการเงินอย่างไร แต่ไม่ว่าโดยหลักการควรจะเป็นอย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ บ่อยครั้งเราก็ไม่สามารถแยกรายได้ของครอบครัวที่ทำธุรกิจส่วนบุคคลว่ารายได้ของธุรกิจนั้นเป็นของบุคคลใดเท่าใด ทั้งนี้ยังไม่ต้องพูดถึงความยากลำบากของการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ซึ่งผู้ตอบอาจไม่เต็มใจให้ข้อมูล ผู้ตอบอาจไม่ทราบข้อมูลเพราะรายได้ไม่แน่นอน หรือเพราะระบบบัญชีไม่ดีพอทำให้ไม่ทราบว่าต้นทุนแท้จริงของการประกอบธุรกิจส่วนบุคคลว่าเป็นเท่าใด ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุได้ว่ารายได้เป็นรายได้รวม (gross income) หรือรายได้สุทธิ (net income) ปัญหาเหล่านี้ ทำให้รายได้จากแหล่งต่างๆ เปรียบเทียบกันได้ยาก แต่ถ้าต้องการเปรียบเทียบฐานะของคนแต่ละกลุ่มจากแต่ละแหล่งในการศึกษาเดียวกันน่าจะทำได้เพราะฐานะเปรียบเทียบ (relative status) ดังกล่าวน่าจะถูกกระทบด้วยความแตกต่างของคำจำกัดความน้อยกว่า

ข้อสรุปภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ปีพ.ศ.2529 ปรากฏว่า⁽¹⁾ รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ 12,200 บาทต่อปี รายได้ของผู้สูงอายุชายที่ได้มาจากการทำงานมากกว่ารายได้ของผู้หญิงซึ่งส่วนมากต้องพึ่งรายได้จากบุตรหลาน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีรายได้จากการทำงานสูงกว่าของผู้สูงอายุในเมือง แต่ร้อยละของผู้สูงอายุในชนบทที่ไม่มีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองก็มีอัตราส่วนของผู้ที่มีรายได้เหลือใช้สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท โดยสรุปงานวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทและผู้สูงอายุหญิงที่ไม่มีคู่ ดังนั้นข้อเสนอคือ ให้เพิ่มโอกาสการทำงาน หรือจัดหางานที่เหมาะสมกับภาวะร่างกายผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี

จากข้อมูล SET พ.ศ.2537⁽²⁾ พบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคือ 31,093 บาทต่อปี โดยมีค่าเฉลี่ยสำหรับในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเท่ากับ 87,680 และ 22,911 บาทต่อปีตามลำดับ ผู้สูงอายุชายมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 33,253 บาทต่อปี ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 27,915 บาทต่อปี ถ้าพิจารณาตามภาคพบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุดถึง 105,542 บาท และภาคที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียง 23,019 บาทต่อปี

การศึกษาล่าสุด พ.ศ.2538⁽³⁾ ได้ใช้รายได้ของผู้สูงอายุหรือของคู่สมรส (เรียกว่ารายได้ของตนเอง) และรายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ (เรียกว่ารายได้ของครัวเรือน) เป็นดัชนีประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผลพบว่าทั้งรายได้ของตนเองและรายได้ของครัวเรือนต่างก็ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) มีมัธยฐานของรายได้อยู่ระหว่าง 20,000-29,000 บาทต่อปี กลุ่มอายุ 60-69 ปีมีมัธยฐานของรายได้ในช่วง 10,000-19,999 บาทต่อปี และลดลงเหลือเพียง 2,500-4,999 บาทต่อปีสำหรับกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้หญิงมีรายได้ของตนเองต่ำกว่าผู้ชาย และโดยทั่วไปจะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าด้วย ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯและในเมืองอื่นๆจะมีรายได้ของตนเองและของครัวเรือนสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทอย่างชัดเจน แหล่งรายได้หลักของผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุคือรายได้ของตนเอง รองลงไปคือของบุตร แต่สำหรับผู้สูงอายุส่วนมากจะมีแหล่งรายได้หลักจากบุตร รองลงไปคือเป็นรายได้จากการทำงานของตนเองหรือของคู่สมรส สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้จากสินทรัพย์หรือเงินบำนาญบำนาญมีไม่สูงนัก

นอกจากนั้นยังได้ประเมินการเป็นเจ้าของสินทรัพย์ประเภทต่างๆและหนี้สิน และพบว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่างมีทรัพย์สินที่เป็นบ้านและที่ดิน แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบัญชีเงินฝากหรือหุ้นจะต่ำกว่า โดยผู้ชายและผู้ที่อยู่ในเมืองหรือกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนที่เป็นเจ้าของบัญชีเงินฝากหรือหุ้นสูงกว่าผู้สูงอายุผู้หญิงหรือผู้อยู่ในชนบท แต่ในทางด้านหนี้สินนั้น ผู้ชายและผู้ที่อยู่ในชนบทมีสัดส่วนที่เป็นหนี้สินสูงกว่าผู้หญิงหรือผู้ที่อาศัยในเขตเมืองหรือกรุงเทพมหานคร สำหรับความแตกต่างในด้านการมีของใช้ในครัวเรือนอื่นๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ จักรยานยนต์ รถยนต์หรือรถปิคอัพ ตู้เย็น เครื่องปรับอากาศ และโทรศัพท์ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างเพศบ้างในประเภทของที่อยู่ในความครอบครอง แต่จะมีความแตกต่างระหว่างผู้อยู่ในเมืองและชนบทมากกว่า โดยผู้ที่อยู่ในเมืองหรือกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของผู้ที่มีของใช้แต่ละชนิดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท ยกเว้น รถจักรยานยนต์

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจรายได้รายจ่าย (SES) ปีพ.ศ.2535⁽⁴⁾ พบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วราชอาณาจักรคือ 2,720 บาทต่อเดือน (หรือประมาณ 32,640 บาทต่อปี) รายได้ดังกล่าวจะสูงกว่าทั้งของรายได้จากข้อมูล SET พ.ศ.2537 หรือของ SWET พ.ศ.2538 ซึ่งมีสาเหตุจากความแตกต่างของกระบวนการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จากข้อมูล SES พ.ศ.2535 ยังพบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุในเขต

เมืองและชนบทเท่ากับ 4,948 และ 2,052 บาทต่อเดือนตามลำดับ รายได้ของผู้สูงอายุชายสูงกว่าของผู้สูงอายุหญิงประมาณร้อยละ 80 สำหรับเขตเมือง และร้อยละ 90 สำหรับเขตชนบท นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 47.3 ตอบว่าไม่มีรายได้ (รายได้เฉพาะของตนเอง ไม่รวมรายได้ของคู่สมรส) ร้อยละ 28.2 ของผู้ที่มีรายได้ตอบว่าเป็นรายได้จากบำเหน็จ บำนาญ เงินสงเคราะห์ หรือเงินชดเชยจากการออกจากงาน รองลงไปเป็นรายได้จากการทำไร่ในการทำธุรกิจภาคการเกษตร (ร้อยละ 22.1) และนอกภาคการเกษตร (ร้อยละ 8.1) ผู้ที่มีรายได้จากสินทรัพย์และจากค่าจ้างมีเพียงประมาณอย่างละร้อยละ 7 เท่ากัน

จากข้อมูลการสำรวจแรงงานพ.ศ.2540⁽⁵⁾ รอบที่ 1 (เดือนกุมภาพันธ์) พบว่าจากผู้สูงอายุที่ทำงานทั้งหมด 1.7 ล้านคน ร้อยละ 65.2 มีรายได้จากการทำงานต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 20.8 มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,001-4,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุหญิงที่ทำงานโดยมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมีสัดส่วนร้อยละ 68 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชายซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 62

แม้รายได้ของผู้สูงอายุจะค่อนข้างต่ำ แต่ก็มีเพียงร้อยละ 29 ที่ตอบว่าไม่พอใจในรายได้ของตนเอง ผู้สูงอายุซึ่งเป็นเพศชายและผู้สูงอายุในชนบทมีความไม่พอใจในสภาพการเงินของตนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุในเมืองตามลำดับ นอกจากนี้ แม้รายได้จะลดลงตามอายุแต่ผู้ที่ตอบว่าไม่พอใจกับภาวะเศรษฐกิจของตนเองกลับลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะความพึงพอใจย่อมขึ้นอยู่กับรายได้เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคาดหมายของรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นจริง เข้าใจว่าความคาดหมายในด้านรายจ่ายของผู้สูงอายุลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากภาระลดลงหรืออาจเป็นได้ว่าบุตรหลานอาจเข้ามารับผิดชอบในรายจ่ายที่จำเป็นมากขึ้นเมื่อพ่อแม่มีอายุมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ทั้งรายได้และแหล่งที่มาของรายได้หลักมีความแตกต่างกันตามอายุ เพศ และแหล่งที่อยู่อาศัย ยิ่งมีอายุสูงมากขึ้นเพียงใดรายได้ก็จะลดลงมากเพียงนั้น โดยผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุมีแหล่งรายได้หลักจากแรงงานของตนเองสูงกว่าผู้ที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว และผู้ชายจะมีรายได้จากแรงงานของตนเองสูงกว่าผู้หญิง ผู้สูงอายุหญิงจะมีแหล่งรายได้หลักจากบุตรมากกว่า อย่างไรก็ตามเมื่อรวมรายได้จากทุกแหล่งแล้วผู้สูงอายุหญิงก็ยังคงมีรายได้ต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับความแตกต่างของรายได้ตามแหล่งที่อยู่อาศัยนั้น ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองอื่นๆจะมีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบทอย่างชัดเจนแม้ว่าผู้สูงอายุในชนบทจะมีสัดส่วนของผู้ทำงานสูงกว่าก็ตาม การวัดสถานะภาพทางเศรษฐกิจด้วยการครอบครองสินทรัพย์ประเภทต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่อาศัย แต่การครอบครองบัญชีเงินฝากหรือหุ้นมีไม่มากนัก ผู้สูงอายุในเมืองจะมีสัดส่วนของผู้ที่ครอบครองบัญชีเงินฝากหรือหุ้นสูงกว่า ในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุในเมืองก็มีการครอบครองสินทรัพย์ที่อำนวยความสะดวกต่างๆ สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ความยากจนในประชากรผู้สูงอายุและครอบครัว

แม้รายได้ของผู้สูงอายุจะค่อนข้างต่ำดังที่ได้ทบทวนมาแล้ว แต่ลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุหรือไม่ หรือเป็นลักษณะของคนไทยทั่วไป ที่สำคัญคือมีผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดที่จัดอยู่ในกลุ่มยากจน เราสามารถให้คำนิยามความยากจนได้หลายแบบ คำจำกัดความอย่างง่ายที่สุดคือการกำหนดจากความรู้สึกของผู้สูงอายุเองว่ามีรายได้เพียงพอสำหรับการยังชีพหรือไม่ โดยอาจถือว่าผู้ที่ตอบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอเป็น

ผู้ยากจน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 54 และ 35 ในปี พ.ศ.2529 และ พ.ศ.2539 ตามลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ร้อยละของผู้ชายที่ตอบว่าตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอมีสูงกว่าของผู้หญิงเล็กน้อยทั้งที่ผู้ชายโดยเฉลี่ยมีรายได้สูงกว่าผู้หญิง สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย⁽⁷⁾ ให้ข้อสรุปที่คล้ายๆกัน กล่าวคือ มีผู้สูงอายุราว 1 ใน 3 รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุ 60-69 ปีมีสัดส่วนของคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป สัดส่วนของผู้ชายที่รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอมีมากกว่าสัดส่วนของผู้หญิงที่มีความรู้สึกดังกล่าว และนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอสูงกว่าในเขตเทศบาล ข้อมูลเหล่านี้แสดงว่าตัวรายได้อย่างเดียวไม่สามารถเป็นตัวกำหนดว่ารายได้นั้นๆมีความเพียงพอหรือไม่ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับภาระในด้านค่าใช้จ่ายและอุปนิสัยการใช้จ่าย ความจน ความคาดหวัง หรือความพอใจของแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้น ความเพียงพอของแต่ละคนจึงไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้และยากที่จะให้เป็นดัชนีของความยากจน ดังนั้น ผู้ที่ตอบว่าไม่เพียงพอก็อาจจะไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายแรกที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ

นักเศรษฐศาสตร์มีวิธีวัดความยากจน 2 แบบ คือแบบสัมบูรณ์ (absolute poverty) และแบบเปรียบเทียบ (relative poverty) ความยากจนแบบสัมบูรณ์นั้นจะใช้เกณฑ์รายได้ขั้นต่ำที่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายที่จำเป็นขั้นต่ำเป็นเส้นแบ่ง โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำดังกล่าวถือว่าเป็นผู้ยากจน รายจ่ายที่ถือว่าเป็นขั้นต่ำสำหรับการยังชีพประกอบด้วยรายจ่าย 2 หมวด คือ รายจ่ายหมวดอาหารและรายจ่ายหมวดอื่นๆ รายจ่ายที่จำเป็นหมวดอาหารจะนับการคำนวณจากจำนวนสารอาหารที่บุคคลหนึ่งๆจำเป็นต้องได้รับตามหลักโภชนาการ แล้วแปลงสารอาหารดังกล่าวเป็นประเภทของอาหารที่บุคคลในแต่ละท้องถิ่นรับประทาน จากนั้นจึงแปลงประเภทอาหารเหล่านั้นออกมาเป็นตัวเงินด้วยดัชนีราคาอาหารในท้องถิ่นนั้นๆ ส่วนรายจ่ายที่จำเป็นด้านอื่นๆจะคำนวณจากแบบแผนการใช้จ่ายเงินระหว่างหมวดอาหารและหมวดอื่นๆของกลุ่มที่มีรายได้น้อยในประเทศ เช่น คำนวณจากแบบแผนการใช้จ่ายเงินของกลุ่มรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20 ของทั้งหมด (first quintile) เป็นต้น เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ยากจนจะต้องใช้รายได้ส่วนใหญ่ของตนเองเป็นค่าอาหาร⁽⁸⁾ โดยประมาณว่าสัดส่วนรายจ่ายด้านอาหารต่อรายจ่ายด้านอื่นของคนยากจนอยู่ประมาณ 60 ต่อ 40 สำหรับการกำหนดความยากจนแบบเปรียบเทียบจะถือว่าผู้ที่มีรายได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆในสังคมเป็นผู้ยากจน เช่น อาจถือว่าการกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุดร้อยละ 10 หรือ 20 ของประเทศเป็นผู้ยากจน เป็นต้น แม้ว่าในความเป็นจริง กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำในสังคมนั้นก็อาจจะมีรายได้เพียงพอสำหรับการยังชีพตามความต้องการแท้จริงของร่างกายก็ตาม ประเทศกำลังพัฒนาส่วนมากจะใช้วัดความยากจนแบบสัมบูรณ์ ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วมักใช้วัดความยากจนแบบเปรียบเทียบเพราะประเทศเหล่านี้มีผู้ที่ยากจนแบบสัมบูรณ์น้อยมาก

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าจำนวนเงินที่จำเป็นเพื่อให้บุคคลหนึ่งซื้อสารอาหารและสิ่งที่เป็นจำเป็นสำหรับชีวิตจะขึ้นอยู่กับเพศและอายุ ตลอดจนดัชนีราคาของอาหารและสิ่งจำเป็นเพื่อการยังชีพอื่นๆด้วย เช่น ผู้ใหญ่ย่อมต้องการเงินเพื่อการยังชีพมากกว่าเด็กและผู้ชายก็ต้องการเงินยังชีพมากกว่าผู้หญิง เป็นต้น เมื่อพิจารณาในระดับครัวเรือน จำนวนและโครงสร้างทางอายุและเพศของสมาชิกครัวเรือนจะมีผลต่อจำนวนเงินที่จะใช้เป็นเกณฑ์กำหนดความยากจน วิธีที่กล่าวมานี้เป็นวิธีการกำหนดความยากจนมาตรฐานที่ใช้กันทั่วไป แต่รายละเอียดที่ใช้ในแต่ละการศึกษาอาจแตกต่างกันบ้าง ทำให้รายได้ที่ถือว่าเป็นเส้นแบ่งความยากจนแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่เกี่ยวกับความยากจนในประเทศไทยส่วนมากเป็นการศึกษาปัญหาความยากจนของคนทั่วไปจำแนกตามภาค ตามเขตเมืองและชนบท หรือตามอายุของหัวหน้าครัวเรือน มากกว่าการจำแนกตามเพศหรืออายุของประชากร⁽⁹⁾ การศึกษาเหล่านี้ล้วนพบว่าสัดส่วนของประชากรยากจนในประเทศไทย

ลดลงแม้ว่าดัชนีความไม่เท่าเทียมกันซึ่งวัดด้วย Gini Coefficient จะไม่ลดลงก็ตาม มีข้อมูลที่ระบุว่าสัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนลดลงจากร้อยละ 32.6 ในปีพ.ศ.2531 เหลือเพียงร้อยละ 12.9 ในปีพ.ศ.2541⁽¹⁰⁾ และจากข้อมูลของสัดส่วนของครัวเรือนยากจนจำแนกตามอายุของหัวหน้าครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุระหว่าง 20-29 ปี มีสัดส่วนที่เป็นผู้ยากจนน้อยที่สุด⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหัวหน้าครัวเรือนเหล่านี้ยังไม่ค่อยมีภาระต้องดูแลผู้อื่น ดังนั้นรายได้จึงเพียงพอสำหรับรายจ่าย สัดส่วนของครัวเรือนยากจนเพิ่มขึ้นสำหรับหัวหน้าที่มีอายุ 30-39 ปี แล้วค่อยๆลดลงเล็กน้อยจนกระทั่งหัวหน้ามีอายุ 50-59 ปี แต่จะเริ่มเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งเมื่อหัวหน้ามีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป และจะเพิ่มสูงที่สุดเมื่อหัวหน้ามีอายุ 70 ปีขึ้นไป นี่คือรูปแบบที่เป็นอยู่ระหว่างปี พ.ศ.2531-พ.ศ.2539 แต่ในปีพ.ศ.2541 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจที่รุนแรงแบบแผนดังกล่าวต่างจากเดิมเล็กน้อย กล่าวคือ กลุ่มที่ถูกกระทบมากที่สุดดูเหมือนจะเป็นครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุ 30-39 ปี และระหว่าง 50-59 ปี ทำให้ร้อยละของครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่ยากจนกลับต่ำกว่าของครัวเรือนที่ถูกกระทบรุนแรงดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ครัวเรือนที่หัวหน้ามีอายุ 70 ปีขึ้นไปก็ยังคงเป็นครัวเรือนที่มีสัดส่วนของผู้ยากจนสูงที่สุดนั่นเอง โดยในปี พ.ศ.2541 สัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนทั้งประเทศคือร้อยละ 12.9 แต่สัดส่วนของครัวเรือนที่หัวหน้าอายุ 60-69 และ 70 ปีขึ้นไปที่ยากจนคือร้อยละ 12.7 และ 16.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกับงานศึกษาของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽¹¹⁾ ในปีพ.ศ.2539 ที่พบว่าร้อยละ 11.4 ของครัวเรือนทั้งประเทศที่อยู่ในสถานะยากจน ในขณะที่ร้อยละของครัวเรือนที่หัวหน้าครอบครัวมีอายุ 60-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไปที่ยากจนเท่ากับร้อยละ 11.6 และ 14 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวก็ยังไม่บอกไม่ได้ว่าความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้เพราะถ้าเราถือว่าสมาชิกของครัวเรือนที่ยากจนทุกคนเป็นผู้ยากจน สมาชิกของครัวเรือนที่มีหัวหน้าเป็นผู้สูงอายุประกอบด้วยบุคคลหลายกลุ่มซึ่งอาจเป็นทั้งผู้สูงอายุหรือไม่ก็ได้ ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุเองก็อาจไปเป็นสมาชิกของครัวเรือนที่มีหัวหน้าไม่เป็นผู้สูงอายุก็ได้ เพื่อตอบคำถามดังกล่าวได้มีการศึกษาที่ใช้วิธีการกำหนดความยากจนของ Hutaserani และ Bauer⁽¹²⁾ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับวิธีการกำหนดความยากจนมาตรฐานทั่วไปที่กล่าวมาแล้ว แต่นำมิติด้านการประหยัดจากขนาดครัวเรือนมาประกอบการคำนวณเส้นความยากจนด้วยเพื่อกำหนดเส้นความยากจน และสมมติให้สมาชิกทุกคนของครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนเป็นผู้ยากจนทั้งหมด จากนั้นประมาณจำนวนผู้ยากจนจำแนกตามอายุของสมาชิกจากครัวเรือนเหล่านั้นด้วยข้อมูลการสำรวจรายได้และรายจ่าย⁽⁴⁾ ผลการศึกษาพบว่าในปีพ.ศ.2535 จากผู้สูงอายุทั่วประเทศ 5.1 ล้านคนพบเป็นผู้ยากจนราว 0.681 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมดโดยเป็นผู้สูงอายุยากจนในเมืองประมาณ 0.139 ล้านคน และในชนบทประมาณ 0.542 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.1 และ 13.9 ของผู้สูงอายุในเมืองและชนบทตามลำดับ⁽⁴⁾ สัดส่วนของผู้ยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุนี้นสูงกว่าในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆทุกกลุ่ม เนื่องจากการประมาณความยากจนด้วยเกณฑ์การวัดดังกล่าวพบว่าร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทยในปีพ.ศ.2535 เป็นผู้ยากจน ในขณะที่ร้อยละของประชากรเด็กอายุ 0-14 ปีที่ยากจนคือ 12.4 และของผู้ใหญ่กลุ่มอายุ 15-59 ปีคือ 9.8 จากการประมาณการในอนาคตคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่ยากจนเพิ่มเป็น 0.8 ล้านคนในปี พ.ศ.2540 และเป็น 1.07 ล้านคนในปี พ.ศ.2550⁽⁴⁾

จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแม้ไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนจะเป็นคนยากจน แต่ผู้สูงอายุก็มีโอกาสที่จะเป็นผู้ยากจนสูงกว่าบุคคลกลุ่มอื่นๆ ยิ่งมีอายุสูงขึ้นโอกาสที่จะเป็นผู้ยากจนก็ยิ่งสูงขึ้น ถึงแม้ว่าการศึกษาดังกล่าวจะพบว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนมากยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวก็ตาม แต่ก็อาจหมายความว่าสมาชิกอื่นๆของ

ครอบครัวผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยทำงานรวมทั้งตัวผู้สูงอายุไม่มีความสามารถเพียงพอในเชิงเศรษฐกิจและส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ข้อสังเกตนี้ได้รับการยืนยันจากการศึกษาที่พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักจากการทำงานเป็นผู้ที่มีรายได้ปานกลาง มีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้ที่มีรายได้หลักจากการทำงานเป็นผู้ยากจน แต่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงบุตรมากกว่าพึ่งพิงตัวเองหรือพึ่งเงินบำนาญมีโอกาสเป็นผู้ยากจนสูงกว่า⁽¹³⁾ นั้นหมายความว่า การส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะกลายเป็นคนยากจนลงได้ (ภายใต้การอนุมานว่าผู้สูงอายุเหล่านี้อยู่ในสภาวะที่พอทำงานได้แต่ขาดโอกาสในการทำงาน) การที่ครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากไม่มีกำลังพอที่จะจุนเจือผู้สูงอายุให้อยู่ได้อย่างไม่อดขัด ทำให้การสร้างระบบประกันรายได้ให้ผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นเพิ่มเติมจากการส่งเสริมค่านิยมให้บุตรและบุคคลในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน่าจะดีขึ้นถ้าผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวโดยไม่ต้องเป็นภาระด้านการเงินแก่บุตรหลานที่ตนเองอาศัยอยู่ด้วยมากจนเกินไป และการไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานในครอบครัวน่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่ายิ่งขึ้น

สถานภาพการทำงาน การเกษียณและปัญหา

เมื่อคนมีอายุมากขึ้นความสามารถในการทำงานจะลดลง ดังนั้นจึงเป็นประเพณีปฏิบัติที่ผู้ว่าจ้างจะกำหนดเวลาเกษียณอายุไว้ เมื่อลูกจ้างถึงวัยดังกล่าวการเลิกจ้างก็เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติโดยไม่ต้องมีการขดเซย การเลิกจ้างแต่ประการใด ในประเทศไทย รัฐบาลกำหนดให้ข้าราชการเกษียณอายุที่ 60 ปี สถานประกอบการเอกชนส่วนมากก็กำหนดด้วยเกษียณอายุที่ 60 ปีเช่นกัน แต่บางแห่งจะกำหนดด้วยเกษียณอายุสำหรับผู้หญิงที่อายุ 55 ปี การกำหนดอายุเกษียณที่ 60 ปีนั้นมีมานานพอสมควร ตั้งแต่สมัยที่ประชากรไทยยังมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเพียงประมาณหกสิบปี แต่ในปัจจุบันอายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยได้เพิ่มขึ้นมาก ทำให้ช่วงเวลาที่ชีวิตอยู่หลังเกษียณอายุนานขึ้นมาก ยิ่งเกษียณอายุนานเท่าใดรายได้ก็ยิ่งลดลงมากเพียงนั้น เป็นผลให้เกิดภาระสำหรับผู้สูงอายุอย่างมากในการที่จะยังชีพอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในช่วงเวลาดังกล่าว ดังนั้นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจประการหนึ่งคือการสร้างโอกาสการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดช่วงเวลาที่ต้องอยู่โดยไม่มีรายได้ให้สั้นลง อีกทั้งเพิ่มเวลาสำหรับการออมสำหรับใช้ในชวบบันปลายของชีวิตได้นานขึ้นอีกด้วย สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นลูกจ้าง แม้ไม่มีการกำหนดวัยเกษียณอายุ แต่คนส่วนมากเห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นก็ควรหยุดทำงาน อาชีพ จากการถามทัศนคติคนหนุ่มสาวอายุ 15-44 ปี พบว่า คนส่วนมากเห็นว่าควรมีการหยุดทำงานอาชีพและตนเองก็จะหยุดทำงานอาชีพเมื่ออายุมากขึ้น วัยที่คนหนุ่มสาวเห็นว่าควรหยุดทำงานอาชีพมากที่สุดคือวัยระหว่าง 60-64 ปี⁽¹⁴⁾ ผลจากการนี้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก็พบว่าส่วนมากของผู้สูงอายุจะหยุดการทำงานระหว่างอายุ 60-64 ปี แต่เมื่อถามถึงอายุที่ควรหยุดทำงาน กลุ่มใหญ่ที่สุดกลับตอบว่าไม่ควรมีการกำหนดอายุ รองลงไปตอบว่าขึ้นอยู่กับเหตุผลประกอบและอันดับสามจึงตอบว่าควรหยุดทำงานระหว่างอายุ 60-69 ปี⁽¹⁵⁾

ข้อมูลที่ใช้ศึกษาลักษณะการทำงานของคนเราจะได้จากคำถามในทำนองเหล่านี้ เช่น ในรอบเวลาที่กำหนดได้ทำงานหรือไม่ ทำงานกี่ชั่วโมง อาชีพที่ทำหรือสถานภาพของการทำงานเป็นเช่นใด (หมายถึงเป็นลูกจ้างหรือประกอบอาชีพอิสระ เป็นต้น) ต้องการงานเพิ่มหรือไม่ เป็นต้น แม้ข้อมูลเหล่านี้จะมีความยุ่งยากในการเก็บน้อยกว่าข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ แต่ข้อมูลจากแต่ละแหล่งก็มีความแตกต่างกันอยู่บ้าง เช่น เป็นการถาม

ภาวะการทำงานในรอบสัปดาห์ รอบเดือน หรือรอบปี ถ้าเป็นการถามในรอบสัปดาห์หรือรอบเดือนข้อมูลก็จะแตกต่างกัน ภาวะการทำงานจะแตกต่างกันอย่างมากหากฤดูกาลที่ออกสัมภาษณ์แตกต่างกัน เช่น จำนวนผู้ทำงานระหว่างในและนอกฤดูการเกษตรแตกต่างกันได้ถึง 3 ล้านคน นอกจากนี้การจะระบุว่าบุคคลหนึ่งเป็นผู้ทำงานนั้นต้องถือว่าทำงานอย่างต่ำกี่ชั่วโมงต่อวันหรือสัปดาห์ ข้อมูลบางแหล่งถือว่าผู้ที่ทำงานเพียงหนึ่งชั่วโมงในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นผู้ทำงาน ในขณะที่ข้อมูลบางแหล่งจะถือว่าบุคคลผู้หนึ่งเป็นผู้ทำงานต่อเมื่อในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาทำงานไม่ต่ำกว่าจำนวนชั่วโมงที่กำหนด เช่น ไม่ต่ำกว่า 10 ชั่วโมงเป็นต้น ข้อมูลบางแหล่งไม่ได้ถามเรื่องชั่วโมงทำงาน ดังนั้นจึงปล่อยให้ผู้ตอบพิจารณาเองว่าตนเองเป็นผู้ทำงานหรือไม่ เหล่านี้ล้วนทำให้ข้อมูลที่ได้จากแต่ละแหล่งแตกต่างกันได้

เมื่อพิจารณาถึงภาวะการมีงานทำของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากการสำมะโนประชากรปีพ.ศ.2513 และพ.ศ.2523 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจหลังอายุ 60 ปีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่า 5 ใน 6 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจเป็นผู้ไม่สามารถทำงานได้ และจากการใช้ข้อมูลการสำรวจแรงงานพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำงานได้โดยเฉลี่ยระหว่างปีพ.ศ.2524และปีพ.ศ.2525 มีประมาณร้อยละ 58 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽¹⁶⁾

ส่วนการศึกษาล่าสุด⁽⁵⁾ ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับภาวะการทำงานของผู้สูงอายุระหว่างปีพ.ศ.2536-พ.ศ.2540 ไว้ดังนี้ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจค่อนข้างคงที่ โดยผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจในที่นี้หมายถึงผู้ที่ทำงานเพื่อรายได้ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือเป็นผู้ที่พร้อมจะทำงานแต่ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่ได้ทำงานเพราะยังไม่มีงานที่เหมาะสมให้ทำ ทั้งนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจตกประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 23.5 และ 47 ตามลำดับในปีพ.ศ.2540) สัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 23.2 และ 36.9 ตามลำดับ) การที่สัดส่วนของผู้สูงอายุในเมืองที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจต่ำกว่าอาจเกิดจากความจำเป็นน้อยกว่า⁽¹⁷⁾ หรืออาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเมืองจำนวนมากทำงานเป็นลูกจ้างดังนั้นจึงจำเป็นต้องออกจากงานเมื่อถึงวัยเกษียณอายุ ทั้งนี้แตกต่างจากผู้ทำงานในชนบทซึ่งส่วนมากเป็นผู้ประกอบธุรกิจหรือเป็นผู้ช่วยธุรกิจส่วนบุคคลหรือทำงานในภาคเกษตรกรรมทำให้สามารถทำงานไปเรื่อยๆโดยไม่มีกำหนดด้วยเกษียณอายุ

ข้อมูลที่น่าสนใจต่อไปคือผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนมากยังทำงานเต็มเวลาโดยทำงานเฉลี่ยถึง 49.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยของผู้ชายสูงกว่าของผู้หญิงประมาณ 3.6 ชั่วโมง (50.7 และ 47.1 ตามลำดับ)⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลจะมีชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (54.6 และ 48.6 ชั่วโมงตามลำดับ) อย่างไรก็ตามชั่วโมงทำงานก็ขึ้นอยู่กับอาชีพด้วย ผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจส่วนมากจะทำงานในภาคการเกษตร (ร้อยละ 62.1) รองลงไปที่คืองานที่เกี่ยวกับการค้า (ร้อยละ 15.9) และเป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต (ร้อยละ 13.4) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการค้าจะมีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยสูงที่สุดถึงสัปดาห์ละ 58.5 ชั่วโมง รองลงไปที่คือผู้ทำงานในภาคการเกษตรที่ทำได้เฉลี่ย 47.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้ที่ทำงานในกระบวนการผลิตจะทำงานประมาณ 46.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁽⁵⁾ การทำงานเกือบ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์นับว่าสูงมากสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เชื่อว่าบุคคลเหล่านี้ส่วนมากน่าจะทำงานเพราะความจำเป็นบังคับ และการที่ต้องทำงานมากชั่วโมงส่วนหนึ่งคงเพราะผลตอบแทนจากแรงงานของตนเองค่อนข้างต่ำนั่นเอง ทั้งนี้ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ทำงานด้านที่เกี่ยวกับการใช้วิชาชีพ (ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.9 ของผู้สูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจทั้งหมด) บุคคลกลุ่มนี้มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยเพียงสัปดาห์ละ 27.7 ชั่วโมง

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของภาวะการทำงานกับปัจจัยอื่นๆ พบว่าสัดส่วนของผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนอกจากจะเปลี่ยนแปลงตามอายุแล้วยังเปลี่ยนแปลงตามระดับการศึกษาด้วย⁽¹⁸⁾ โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานมีความสัมพันธ์เป็นรูปตัว U กับระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมจะมีสัดส่วนของผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจสูง ลดลงสำหรับผู้มีการศึกษาระดับมัธยม แต่เพิ่มขึ้นอีกครั้งสำหรับผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมต้นหรือต่ำกว่าร้อยละ 36 เป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ สัดส่วนดังกล่าวลดลงเหลือเพียงราวร้อยละ 17 สำหรับผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24 สำหรับผู้ที่จบระดับอุดมศึกษา⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ ประมาณการของสมการผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา ด้วยข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานปีพ.ศ.2535 และ พ.ศ.2540 ยืนยันว่าผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนที่ทำงานสูงกว่าผู้หญิงในทุกะดับการศึกษา และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองมีสัดส่วนที่ทำงานต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท

ประเด็นของความต้องการทำงานของผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานแต่หางานทำไม่ได้ประมาณ 13,300 คนที่ไม่มีงานทำและอีก 38,700 คนที่ไม่ได้ทำงานเพราะกำลังรอฤดูกาลการเกษตร ตัวเลขเหล่านี้คิดเป็นอัตราการว่างงานและอัตราผู้กำลังรอฤดูกาลเท่ากับ 0.8 และ 2.2 ตามลำดับ⁽⁵⁾ อัตราการว่างงานดังกล่าวจะต่ำกว่าของประชากรในวัยทำงานทั่วไป อย่างไรก็ตามตัวเลขอัตราการว่างงานที่ต่ำไม่น่าจะสะท้อนปัญหาการว่างงานของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง เพราะภายใต้สถานการณ์ที่ไม่มีหลักประกันทางเศรษฐกิจใดๆ สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความจำเป็นก็ต้องพยายามหางานอะไรก็ได้ทำไปก่อน ส่วนมากก็คือการเป็นผู้ทำการค้าเล็กๆ น้อยๆ เพื่อการยังชีพ โอกาสที่จะทำงานเป็นลูกจ้างต่อไปน้อยมาก แท้จริงแล้วผู้ที่ทำงานเป็นลูกจ้างไร้ฝีมือมีโอกาสถูกให้ออกก่อนอายุ 60 ปี และผู้ที่ใกล้จะเป็นผู้สูงอายุเมื่อถูกให้ออกจากงาน โอกาสที่จะหางานใหม่นั้นยากมาก จากข้อมูลการศึกษาระดับประเทศพบว่าร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุต้องการทำงานและทำงานไวร้อยละ 39 ต้องการงานแต่ทำไม่ได้ และอีกประมาณร้อยละ 33 ไม่ต้องการงานแล้ว⁽³⁾ ทั้งนี้ผู้อยู่ในเมืองจะมีสัดส่วนของผู้ต้องการงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าชนบท และถ้าเป็นเขตเมืองสัดส่วนดังกล่าวจะลดลงตามอายุ ผู้ชายมีสัดส่วนของคนที่ต้องการงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าผู้หญิง ถ้าเปรียบเทียบตามกลุ่มการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองเรื่องการทำงานสูงสุด แต่ถ้าเป็นชนบท กลุ่มที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงที่สุดคือคนในกลุ่มอายุ 65-69 ปี ไม่มีความแตกต่างในสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองเรื่องการทำงานระหว่างหญิงและชายในชนบท แต่สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองด้านการงานเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตามได้มีรายงานเสนอการคำนวณดัชนี “โอกาสของการทำงานมีรายได้” (Index of Working Opportunity) โดยกำหนดให้มีค่าเท่ากับ ร้อยละของสัดส่วนระหว่าง “สถานะการทำงานในประชากร” กับ “ความพอเพียงในรายได้ในประชากร” ทั้งนี้ค่าดัชนียังสูงแสดงว่ายังมีโอกาสในการทำงานมีรายได้สูง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชายมีโอกาสสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโอกาสมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท⁽¹⁷⁾ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนองเปลี่ยนแปลงตามอายุ เพศ ระดับการศึกษาและเขตที่อยู่อาศัย⁽¹⁵⁾

ลักษณะของงานที่ผู้สูงอายุต้องการทำ ได้แก่ งานที่สามารถทำอยู่กับบ้าน งานที่ตนเองเป็นเจ้าของ งานเบาๆ งานที่ให้ผลตอบแทนดี งานที่ไม่ต้องใช้สมอง และงานที่ไม่ต้องทำเต็มเวลาหรือทำทุกวัน^(3,15)

ความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุมีกำลังวังชา กำลังสมองอ่อนล้าลง ไม่สามารถทำงานได้ดีเท่าคนหนุ่มสาว

ความสามารถในการเรียนรู้ผู้คนหนุ่มสาวไม่ได้ ความเชื่อเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคทำให้ไม่มีนายจ้างอยากรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน แม้ความเชื่อเหล่านี้จะมีส่วนจริงอยู่บ้าง แต่ผู้สูงอายุก็มีจุดเด่นที่ไปชดเชยจุดด้อยเหล่านั้นได้ การศึกษาในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้สูงอายุจะมีความตั้งใจทำงานมากกว่า มีเสถียรภาพทางจิตใจและวุฒิภาวะสูงกว่า ไว้วางใจได้มากกว่าและมีความรับผิดชอบสูงกว่า เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีที่รวดเร็วและเพิ่มความซับซ้อนยิ่งขึ้นอาจทำให้ข้อเสียเปรียบของผู้สูงอายุในการทำงานในอนาคตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนเทคโนโลยีการผลิตแต่ละครั้งเท่ากับเป็นการทำลายงานเดิมที่มีอยู่พร้อมๆ กับการสร้างงานใหม่ขึ้นมา แต่โดยมากแล้วผู้ที่ทำงานเดิมมักไม่สามารถเข้ามาทำงานใหม่ได้เนื่องจากทักษะเดิมอาจไม่เหมาะกับงานใหม่ที่ต้องการทักษะใหม่นั้นเอง ดังนั้นจึงมีกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสทำงานน้อยลงในขณะที่มีคนอื่นกลุ่มหนึ่งที่จะมีโอกาสทำงานมากขึ้น จากการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีต่อการมีงานทำ พบว่าบุคคลที่ได้รับผลกระทบทางลบจากการเปลี่ยนแปลงมักเป็นผู้สูงอายุและผู้หญิง⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม จุดด้อยนี้ น่าจะแก้ไขได้ด้วยการจัดให้มีบริการเสริมอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย เช่น การมีบริการแนะแนวอาชีพสำหรับผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังเกษียณอายุ หรือการฝึกอบรมใหม่ (re-training) เป็นต้น มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ทำงานที่แตกต่างจากงานที่เคยทำก่อนเป็นผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นการย้ายจากลูกจ้างมาเป็นผู้ทำธุรกิจส่วนบุคคล ดังนั้นความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือ เงินทุนเริ่มต้น รองลงไปจึงเป็นเรื่องการฝึกอบรม⁽¹⁵⁾

งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ และแนวโน้ม

งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุนั้นกระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน ที่สำคัญได้แก่ทบกลางสำหรับการจ่ายบำนาญและรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าราชการบำนาญ งบการสงเคราะห์รูปแบบต่างๆ ที่จัดสรรผ่านกรมประชาสงเคราะห์ และงบเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณที่จัดสรรให้กรมประชาสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุนั้นจะนำไปใช้ในกิจกรรมหลัก 3 ประเภท คือ หนึ่ง-ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2496 สอง-ให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในศูนย์บริการทางสังคมและการสงเคราะห์คนชราโดยทั่วไปเป็นโครงการที่เริ่มในปีพ.ศ.2522 และสาม-ให้เป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ยากไร้และขาดคนดูแลในอัตราคนละ 200 บาทต่อเดือนซึ่งเริ่มดำเนินการในปีพ.ศ.2536 (เพิ่มเป็น 300 บาทต่อเดือนในปีพ.ศ.2541) สำหรับงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรรวมอยู่ในงบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนหรือช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยผู้มีบัตรสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก ผู้สูงอายุ เด็กอายุระหว่าง 0-12 ปี ผู้พิการ และผู้นำศาสนาและชุมชน

จากการศึกษางบประมาณเพื่อผู้สูงอายุ โดยประมาณการต้นทุนของรัฐบาลในกรณีนี้ต้องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ระหว่างปีพ.ศ.2530-พ.ศ.2549 ด้วยการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่ยากไร้ 2 แบบ แบบแรกสมมติตามการศึกษาของนิศา ชูโต (พ.ศ.2525) ซึ่งคาดประมาณว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่มีปัญหาเศรษฐกิจอย่างรุนแรง (having severe economic problems) แบบที่สองสมมติตามการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำนวนคิลปี (พ.ศ.2523 / พ.ศ.2524) ซึ่งคาดประมาณว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ (needing economic support) เมื่อนำร้อยละที่กล่าวมานี้ไปคูณกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ได้จากการฉายภาพประชากรก็จะได้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ หลังจากนั้นจึงนำไปคูณกับจำนวนเงินที่รัฐจะจัดสรรให้ต่อเดือนโดยใช้ข้อสมมติระหว่าง 500-3,000 บาทต่อเดือน ผลพบว่า ถ้าคิด

จากตัวเลขร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุและให้เงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาท รัฐต้องใช้จ่ายงบประมาณราว 3,703 ล้านบาทในปีพ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 6,913 ล้านบาทในปีพ.ศ.2549 แต่ถ้าคิดจากร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุและให้เงิน 500 บาทต่อเดือนเช่นเดิม รัฐต้องใช้งบประมาณ 4,628 ล้านบาทในปีพ.ศ.2530 และเพิ่มเป็น 8,642 ล้านบาทในปีพ.ศ.2549 สำหรับข้อสมมติอื่นๆ เช่น การเพิ่มเงินช่วยเหลือต่อเดือนเป็น 3,000 บาท หรือการปรับเงินช่วยเหลือขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ รัฐก็ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของข้อสมมติเหล่านั้น ซึ่งจะไม่นำมาเสนอในที่นี้⁽¹⁶⁾

ผลการศึกษาโดยทำการวิเคราะห์งบประมาณของรัฐเพื่อผู้สูงอายุที่ผ่านงบกลางกรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งฉายภาพไปในอนาคตโดยมีจำนวนประชากรเป็นฐานในการฉายภาพ^(4,13) ให้ภาพดังนี้ ประการแรก สำหรับงบประมาณที่จัดสรรผ่านกรมประชาสัมพันธ์นั้น นอกจากเรื่องเบี้ยยังชีพที่เราทราบจำนวนเงินที่ต้องใช้สำหรับผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างชัดเจนแล้ว เป็นการยากมากที่จะประมาณต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) ของการบริการประเภทอื่นๆ เช่น เราไม่สามารถประมาณการได้ว่าต้นทุนแท้จริงต่อการให้บริการผู้สูงอายุหนึ่งคนในสถานที่ไม่รื้อนอกสถานที่เป็นเท่าใดต่อปีหรือต่อครั้ง ทั้งนี้เพราะในการจัดสรรงบประมาณนั้นสามารถหาต้นทุนแปรผันของการให้บริการแต่ละประเภทได้ แต่ในส่วนที่เป็นต้นทุนบริหารและต้นทุนคงที่ (เช่น ค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง) นั้นเราไม่สามารถจำแนกได้ว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นเป็นของแต่ละโครงการเท่าใด ดังนั้น ในการประมาณการจึงต้องอาศัยการตั้งข้อสมมติเกี่ยวกับวิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายด้านการบริหารและต้นทุนคงที่แบบต่างๆ ทั้งนี้เพราะสิ่งก่อสร้างและบุคลากรในหน่วยงานเดียวกันล้วนใช้ร่วมกันสำหรับหลายๆโครงการ ข้อสมมติที่แตกต่างกันมีผลอย่างมากต่อการประมาณงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับงบประมาณในโครงการเบี้ยยังชีพนั้น แม้จะทราบต้นทุนต่อหน่วย แต่จำนวนผู้ที่จะเข้ารับบริการในอนาคตล้วนขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐว่าต้องการครอบคลุมผู้สูงอายุกว้างขวางแค่ไหน ดังนั้น การประมาณงบประมาณจึงเป็นเพียงการฉายภาพภายใต้ข้อสมมติเกี่ยวกับการครอบคลุมต่างๆเท่านั้น

ประการที่สองสำหรับงบประมาณที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้นส่วนมากเป็นการจัดสรรผ่านสำนักงานประกันสุขภาพโดยรวมอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (โครงการ สปร.) ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่ม มิใช่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น สำนักงานงบประมาณอาจมีแนวทางกว้างๆว่า งบประมาณดังกล่าวจัดสรรให้บุคคลกลุ่มใดเป็นจำนวนเท่าใด แต่ในทางปฏิบัติงบดังกล่าวจะจัดสรรอย่างไรภายในกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ แม้กระทั่งการอุดหนุนข้ามโครงการก็อยู่ในวิสัยที่จะทำได้เช่นกัน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าไม่มีใครทราบอย่างแท้จริงว่างบประมาณที่รัฐจัดสรรเพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเป็นเท่าใด ซึ่งเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทำให้การคาดประมาณงบประมาณในอนาคตมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้

มัทนา พนานิรามัย และสมชาย สุขสิริเสรีกุล⁽⁴⁾ ได้ทำการวิเคราะห์งบประมาณที่รัฐใช้จ่ายในโครงการทั้งสามนี้ พร้อมทั้งคาดประมาณรายจ่ายของรัฐเพื่อกิจการเหล่านี้ไปในอนาคต วิธีประมาณการสำหรับรายจ่ายด้านบำเหน็จและบำนาญของข้าราชการจะเริ่มด้วยการประมาณจำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปี โดยสมมติให้จำนวนข้าราชการบำนาญขึ้นอยู่กับจำนวนข้าราชการบำนาญเดิมและจำนวนข้าราชการอายุ 50-59 ปีในปีเดียวกัน สำหรับเงินบำนาญเฉลี่ยที่ข้าราชการแต่ละคนได้รับซึ่งประมาณจากแนวโน้มในอดีตพบว่าเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 8.8 ต่อปี เมื่อนำจำนวนข้าราชการบำนาญไปคูณกับจำนวนเงินบำนาญเฉลี่ยก็จะได้งบประมาณทั้งหมด ผลจากการประมาณการพบว่าค่าใช้จ่ายของรัฐเพื่อข้าราชการบำนาญจะเพิ่มประมาณร้อยละ 12.5 ต่อปีระหว่าง พ.ศ.2537-พ.ศ.2550 หรือเพิ่มจาก 9,972 ล้านบาทเป็น 45,983 ล้านบาท เงินบำนาญเฉลี่ยที่แต่ละคน

ได้รับคือ 64,428 บาทต่อปีในปีพ.ศ.2539 และประมาณว่าจะเพิ่มเป็น 169,963 บาท ต่อปีในปีพ.ศ.2550 สำหรับเงินบำเหน็จนั้นประมาณจากแนวโน้มของเงินบำเหน็จต่อข้าราชการหนึ่งคน เมื่อนำไปคูณกับจำนวนข้าราชการบำเหน็จที่ประมาณได้ก็จะได้งบบำเหน็จทั้งหมด ผลประมาณการคือรัฐต้องจ่ายบำเหน็จเพิ่มจากประมาณ 3,050 ล้านบาทในปีพ.ศ.2537 เป็น 9,463 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 9 ต่อปี

สำหรับงบที่จัดผ่านกรมประชาสงเคราะห์งบประมาณในปีพ.ศ.2537 ที่ใช้เป็นเงินเบี้ยยังชีพคือ 48 ล้านบาท และอีก 90 ล้านบาทสำหรับการให้บริการประเภทอื่นๆ รายจ่ายเพื่อเป็นเบี้ยยังชีพในอนาคตขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐว่าต้องการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการศึกษาที่อ้างมาใช้ข้อสมมติเกี่ยวกับการครอบคลุม 2 แบบ คือครอบคลุมร้อยละ 36 และ 70 ของกลุ่มเป้าหมาย พบว่างบประมาณที่ต้องใช้สำหรับการครอบคลุมแบบแคบจะเพิ่มจาก 700 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 1,848 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 แต่ถ้าเป็นการครอบคลุมแบบกว้าง งบประมาณจะเพิ่มเป็น 3,523 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 สำหรับงบประมาณเพื่อการสงเคราะห์รูปแบบอื่นๆ นั้นประมาณว่าต้นทุนแปรผันของการสงเคราะห์ให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต่อคนต่อปีตกประมาณ 20,400 บาท ส่วนการสงเคราะห์นอกสถานที่จะตกประมาณ 50 บาทต่อรายเมื่อรวมงบลงทุนด้วย (โดยคิดเป็นร้อยละ 25 ของต้นทุนทั้งหมด) ประมาณว่างบในส่วนนี้จะเพิ่มจาก 100 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 268 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 เมื่อรวมเบี้ยยังชีพและบริการอื่นๆ ด้วยคาดว่าจะประมาณว่างบประมาณที่ผ่านกรมประชาสงเคราะห์ให้ผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 801 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 2,116 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี นอกจากประมาณการงบประมาณเหล่านี้แล้ว การศึกษาดังกล่าวยังได้วิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณก่อนนี้ว่าถึงกลุ่มเป้าหมายและมีความเท่าเทียมประการใด ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าการจัดสรรงบประมาณระหว่างภาคยังไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุยากจนในแต่ละภาค กล่าวคือผู้สูงอายุที่ยากจนในภาคที่ยากจนจะมีโอกาสได้รับการสงเคราะห์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ยากจนในภาคที่ร่ำรวย ยิ่งไปกว่านั้นการจัดสรรภายในหมู่บ้านก็ยังไม่เป็นธรรม กล่าวคือผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมักไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง⁽²¹⁾

สำหรับงบที่จัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2539 งบเงินอุดหนุนทั้งหมดคือ 4,811 ล้านบาท โดยจัดสรรให้ผู้สูงอายุ 1,320 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 27 ของงบเงินอุดหนุน ด้วยงบดังกล่าวแสดงว่ารัฐจัดสรรเงินเพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเฉลี่ยคนละ 296 บาทต่อปี หรือถ้าคิดเฉพาะผู้สูงอายุยากจน แต่ละคนจะได้รับประมาณ 1,904 บาทต่อปี ประมาณการว่างบส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 3,807 ล้านบาทในปีพ.ศ.2550 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 10 ต่อปี

ในการฉายภาพงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุโดยผ่านงบกลาง^{(13),(4)} ใน 2 ประเด็นหลักคือ ได้นำเหตุการณ์ใหม่ๆ โดยเฉพาะผลจากโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตสำหรับข้าราชการและความพยายามลดจำนวนข้าราชการลงร้อยละ 20 ภายในปีพ.ศ.2549 (ลดลงร้อยละ 4 ต่อปี) ระหว่างปีงบประมาณพ.ศ.2545-พ.ศ.2549 มาประกอบ⁽¹³⁾ ตลอดจนเรื่องการนำรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการบำนาญมารวมกับงบบำเหน็จบำนาญโดยถือว่าเป็นงบสำหรับผู้สูงอายุผ่านงบกลางทั้งสิ้น สำหรับการฉายภาพรายจ่ายไปในอนาคตนั้น เริ่มด้วยการประมาณจำนวนข้าราชการที่ออกตามปกติและรับบำนาญปกติและข้าราชการที่ออกตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิตที่รับบำนาญปกติ เมื่อนำสองส่วนนี้ไปรวมกับข้าราชการบำนาญเดิมก็จะได้จำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปี นำจำนวนข้าราชการบำนาญในแต่ละปีไปคูณกับจำนวนเงินบำนาญเฉลี่ยก็จะได้งบที่จ่ายเป็นเงินบำนาญในแต่ละปี สำหรับเงินบำเหน็จและบำนาญรวมทำการคำนวณโดยสมมติให้เงินบำนาญเป็นร้อยละ 60 ของเงินบำเหน็จ

บำนาญทั้งหมด ส่วนหนึ่งที่จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลข้าราชการบำนาญนั้นประมาณจากสมการถดถอยโดยมีเงินบำนาญปกติในแต่ละปีเป็นตัวอธิบาย ผลประมาณการพบว่า บำเหน็จบำนาญรวมจะเพิ่มจาก 24,716 ล้านบาทในปีพ.ศ.2540 เป็น 139,826 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 13 ต่อปี ส่วนค่ารักษาพยาบาลจะเพิ่มจาก 1,762 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 เป็น 12,279 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 15 ต่อปี อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยรับว่าการประมาณการข้าราชการบำนาญของการศึกษานี้เป็นการประมาณการขั้นสูง ซึ่งหมายความว่าประมาณการของรายจ่ายเพื่อผู้สูงอายุจากงบกลางก็เป็นรายจ่ายขั้นสูง เช่นกัน

สำหรับการประมาณงบที่จัดสรรเพื่อผู้สูงอายุโดยผ่านกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมนั้นประมาณแยกเป็น 3 รายการคือ หนึ่ง-งบเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งให้บริการครบวงจรแก่ผู้สูงอายุ สอง-งบเพื่อศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นการให้บริการเป็นครั้งคราวนอกสถานที่ และสาม-การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผลการประมาณการพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการในสถานที่ จะเพิ่มจาก 54.7 ล้านบาทในปีพ.ศ.2542 เป็น 117.2 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 6.6 ต่อปี (การประมาณการสมมติให้ไม่มีการลงทุนสร้างสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มขึ้น) ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการนอกสถานทีนั้น คาดว่าจะเพิ่มจาก 76.7 ล้านบาทในปีพ.ศ.2541 เป็น 147.7 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 คิดเป็นการเพิ่มร้อยละ 5 ต่อปี

สำหรับงบเพื่อการจ่ายเป็นเบี้ยยังชีพนั้นประมาณว่าถ้าขนาดการครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายยังเหมือนเดิม งบประมาณจะเพิ่มจาก 1,102 ล้านบาทในปี พ.ศ.2542 เป็น 1,961 ล้านบาทในปี พ.ศ.2554 แต่ถ้าต้องการครอบคลุมผู้สูงอายุยากจนทั้งหมดหรือผู้สูงอายุทั้งหมด งบประมาณเพื่อการนี้จะสูงถึง 4,263 ล้านบาท และ 20,786 ล้านบาทตามลำดับ

สำหรับงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุที่ผ่านกระทรวงสาธารณสุขนั้นแยกประมาณการเป็น 2 ส่วนคือ หนึ่ง-งบที่จัดสรรผ่านสำนักงานประกันสุขภาพโดยรวมอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยสมมติให้ร้อยละ 40 ของงบโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล เป็นการจัดสรรให้ผู้สูงอายุ และ สอง-ส่วนที่จัดสรรผ่านสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำหรับการประมาณงบรายจ่ายในอนาคตนั้นใช้การคาดประมาณจากสมการถดถอยโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นตัวอธิบาย ผลพบว่า งบเพื่อผู้สูงอายุผ่านกระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มจาก 3,880 ล้านบาทในปีพ.ศ.2543 เป็น 8,308 ล้านบาทในปีพ.ศ.2554 หรือคิดเป็นอัตราการเพิ่มร้อยละ 7 ต่อปี

เมื่อเปรียบเทียบงบรายจ่ายของรัฐเพื่อผู้สูงอายุทั้งหมดกับรายได้ประชาชาติและรายจ่ายทั้งหมดของรัฐพบว่าในปีพ.ศ.2540 งบทั้งหมดเพื่อผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 0.02 ของรายได้ประชาชาติและเป็นร้อยละ 0.09 ของรายจ่ายรัฐบาล ข้อสมมติเกี่ยวกับการครอบคลุมของโครงการเบี้ยยังชีพจะเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดว่ารายจ่ายในอนาคตจะเป็นอย่างไร คาดว่าสัดส่วนของรายจ่ายของรัฐเพื่อผู้สูงอายุต่อรายได้ประชาชาติจะเพิ่มเป็นร้อยละ 0.03, 0.12 หรือ 2.24 ในปีพ.ศ.2554 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสมมติฐานว่าจะมีการให้เบี้ยยังชีพครอบคลุมเท่าปัจจุบัน หรือครอบคลุมผู้สูงอายุยากจนทุกคน หรือครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ตามลำดับ แต่ถ้าคิดเทียบกับรายจ่ายของรัฐบาลทั้งหมดจะเป็นร้อยละ 0.16, 0.59 หรือ 10.85 ตามลำดับ

กล่าวโดยสรุป การศึกษาประมาณการของรัฐเพื่อผู้สูงอายุนั้นมีอุปสรรคเนื่องจากขาดข้อมูลหลายประการ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนจริงที่โรงพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุเพราะมีการอุดหนุนซึ่งกันและกันระหว่างโครงการค่อนข้างมาก แต่คาดได้ว่างบทั้งหมดน่าจะอยู่ที่ระดับประมาณ 2.8-3.0 หมื่นล้านบาทในปี