



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

นโยบายและทิศทางการนโยบายด้านสุขภาพ
ผู้สูงอายุไทยในอนาคต

โดย

เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม

วันที่.....
เลขทะเบียน.....
เลขรหัสครัวเรือน.....

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
ชั้น 14 อาคาร เอส ดีเอ็ม ที อาคาร 1
เลขที่ 179/17-21 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน
เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10110
โทรศัพท์ : 02-255 1000 โทรสาร : 02-255 1076
web page : <http://www.trf.or.th>
E-mail : trf-info@trf.or.th



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิเคราะห์เอกสารวิจัยเรื่อง

นโยบายและทิศทางการพัฒนาด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทยในอนาคต

โดย
ศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม

สนับสนุนโดย
เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

นโยบายและทิศทางการนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทยในอนาคต

สารบัญ	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	3
• ภาษาไทย • ภาษาอังกฤษ	3 14
บทที่ 1 บทนำ	23
ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ	23
การเติบโตอย่างรวดเร็ว	23
ความแตกต่างระหว่างวัยของผู้สูงอายุ	24
ความแตกต่างระหว่างชาย – หญิง	24
สภาพสมรส	25
บทที่ 2 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศที่ศึกษา	27
การวัดสถานะสุขภาพ	27
สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	27
• ภาระโรค • ความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน • ภาวะทุพพลภาพ • สุขภาพจิต • สุขภาพสังคมและความอยู่ดีมีสุข	27 27 30 31 33
เรื่องผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสังคม	34
บทที่ 3 การดูแลระยะยาว (Long Term Care)	35
โครงสร้างกรอบกรวยกับปัญหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ	36
ความต้องการการดูแลระยะยาว	37

บทที่ 4	นโยบายเรื่องผู้สูงอายุ	41
	สิงคโปร์	41
	มาเลเซีย	42
	เกาหลี	44
	ฮ่องกง	45
	ประเทศไทย	47
บทที่ 5	การพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาว	49
	นโยบายการดูแลระยะยาว	49
	การบริหารจัดการการดูแลระยะยาว	50
	โครงสร้างและบริการดูแลระยะยาว	52
	• สิงคโปร์	54
	• มาเลเซีย	55
	• เกาหลี	57
	• ฮ่องกง	58
	• ประเทศไทย	59
	ปัญหาการดูแลระยะยาว	62
	แนวทางหลักเพื่อพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาว	64
บทที่ 6	ทิศทางนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทยในอนาคต	66

บรรณานุกรม

นโยบายและทิศทางการนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาผลงานการวิจัยด้านนโยบายและการดูแลระยะยาว(Long-term Care) สำหรับผู้สูงอายุ จาก 5 ประเทศในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ประเทศเกาหลี ออสเตรเลีย สิงคโปร์และประเทศไทย ได้ข้อสรุปและบทเรียน ดังนี้

1. รูปลักษณะของประชากรสูงอายุ ในทุกประเทศที่ศึกษามีความคล้ายคลึงกัน คือ ได้ผ่านระยะของการเปลี่ยนผ่านด้านประชากร จนมาถึงระยะที่อัตราเพิ่มของประชากรอยู่ในระดับทดแทนหรือต่ำกว่าระดับทดแทน มีอัตราค่าต่ำ โดยเฉลี่ยประชากรมีความยืนยาวของชีวิตเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและอัตราเพิ่ม มีบางประเทศที่ล้าหน้าไปก่อนคือ ประเทศ สิงคโปร์ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15 มาตั้งแต่ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศอื่นๆกำลังตามมา

ประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการฉายภาพประชากร ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็นเกือบ 2 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยเท่ากับ 5.6 ล้านคนในปี 2543 จะเพิ่มเป็น 11.3 ล้านคนในปี 2563 ขณะเดียวกันอายุขัยเฉลี่ยในปี 2543 ได้เพิ่มเป็น 67.3 ปีสำหรับผู้ชายและ 74 ปีสำหรับผู้หญิง และจะเพิ่มต่อไปอีก เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุขและการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้หญิงจะอยู่นานกว่าผู้ชาย จึงมักปรากฏว่า ในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปหรือผู้สูงอายุตอนปลายนั้น จะมีจำนวนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 2 ถึง 3 เท่าและอัตราส่วนนี้จะมากขึ้นตามอายุ ผู้หญิงวัยสูงอายุตอนปลายดังกล่าว มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้ายเกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มเดียวกัน เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่มีความเปราะบางสูงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการพึ่งพาต่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

2. ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการประมาณความต้องการในการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งได้แก่ความบกพร่องทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่จะนำมาประกอบการพิจารณาเพื่อการตัดสินใจทางนโยบาย การประเมินสถานะสุขภาพทางกายนั้น นอกจากการวัดภาวะโรค การวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระดับการพึ่งพา อันเป็นประโยชน์ในการจัดบริการให้เหมาะสม ประเทศไทยและเกาหลีได้นำเสนอข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศ โดยใช้ ADL และ IADL ประเมินตามกลุ่มอายุ รวมทั้งอัตราความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมและอื่นๆ

อัตราความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมของไทยใกล้เคียงกับของประเทศสิงคโปร์ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 3 - 4 ซึ่งดูเหมือนจะต่ำกว่าของประเทศเกาหลี ประมาณว่าในปี 2543 ประมาณร้อยละ 8.2 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปของเกาหลี มีอาการสมองเสื่อม และร้อยละ 4 เป็นกลุ่มที่มีภาวะรุนแรง ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้วัดและการสุ่มตัวอย่าง

อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศฮ่องกง ประมาณ 28 รายต่อผู้สูงอายุ 100,000 คน เปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปประมาณ 12 รายต่อแสนคน ซึ่งต่ำกว่าสิงคโปร์ ซึ่งเท่ากับ 50 รายต่อแสนคน ในขณะนี้ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ 20 รายต่อแสนคน ประเทศออสเตรเลีย 16 รายต่อแสนคนและประเทศนิวซีแลนด์ประมาณ 12 รายต่อแสนคน ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลการศึกษาวิจัยสาเหตุการตายพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 17.2 ต่อประชากรในกลุ่มเดียวกันแสนคน (ข้อมูลปี พ.ศ. 2542)

3. ผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้มีการกำหนดความหมายไว้ว่า เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมักจะไม่ได้แบ่งเป็นกลุ่มย่อยลงไปมากกว่านี้

ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แบ่งเป็นผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มเป็นอย่างน้อยคือ ผู้สูงอายุตอนต้นคือ อายุ 60 ปีถึง 74 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย คือ อายุ 75 ปีขึ้นไป และอาจเพิ่ม "กลุ่มอายุสูงสุด" ตามนิยามของ UN คือ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละกลุ่มดังกล่าวจะมีสภาวะทางกาย ทางจิตและภาวะพึ่งพา รวมถึงความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน

ในทศวรรษที่ผ่านมา มีข้อสังเกตว่า กลุ่มทำงานเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ใช้คำเรียกชื่อผู้ที่อยู่ในวัยระหว่าง 45 – 55 ปี ว่า "วัยทอง" ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนกับกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่เคยมีนักประชากรศาสตร์ของไทย เรียกวัยสูงอายุ คือ กลุ่ม 60 ปีขึ้นไปว่า วัยทองเช่นกัน

ในการให้ข่าวสารแก่มวลชน ควรทำความเข้าใจให้กระจ่างในเรื่องกลุ่มอายุเหล่านี้ด้วย

4. นโยบายของทุกประเทศที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด ซึ่งเป็นหลักประกันทางสังคมส่วนหนึ่ง ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นคนในครอบครัว ในครอบครัวไทยสมัยใหม่จะมีลูกโดยเฉลี่ย 2 คน และไม่เลือกเพศ ก็จะเป็นชายล้วน หญิงล้วนหรือชายหญิงก็ได้ คนเหล่านี้จะมีความรู้สูงกว่ารุ่นก่อน มีโอกาสทำงานตลอดชีวิต มีโอกาสที่จะต้องไปทำงานคนละพื้นที่กับพ่อแม่ ทำให้มีแนวโน้มว่า ในอนาคตผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะลดน้อยลง

ประเทศสิงคโปร์และเกาหลีที่ประชากรส่วนใหญ่มีเชื้อสายจีน จึงมีประเพณีให้บุตรชายคนโตเป็นผู้ดูแลครอบครัวและทรัพย์สินมรดก ซึ่งรวมถึงการดูแลพ่อแม่ ปู่ย่าตายายด้วย ฉะนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็ควรจะเป็นบุตรชายคนโตและภรรยา แต่รัฐบาลก็ไม่แน่ใจว่า จะดำรงอยู่เช่นนี้อีกนานเท่าใด จึงได้ออกกฎหมายให้บุตรเป็นผู้เลี้ยงดูบิดามารดา เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วย ถ้าไม่ทำตามก็จะถูกฟ้องร้อง และได้ออกกฎหมายลดภาษีแก่บุตรที่ให้พ่อแม่อาศัยด้วย พร้อมทั้งการกำหนดมาตรการอื่นๆ เพื่อให้บุตรเป็นผู้ดูแลพ่อแม่

สำหรับประเทศไทย เนื่องจากมีประเพณีให้บุตรคนโตอยู่ดูแลพ่อแม่ แต่มีผลการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ถ้ามีลูกหลายคน ลูกสาวคนหนึ่งคนใดจะอยู่กับพ่อแม่ ไม่ว่าจะแต่งงานหรือไม่ และมัก

จะเป็นลูกสาวคนเล็กที่ไม่ได้แต่งงาน ซึ่งในรุ่นต่อไป ลูกสาวเหล่านี้ก็อาจจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง

ปัญหาที่น่าจะเกิดกับผู้สูงอายุในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีเงินทอง ไม่มีผู้ดูแล และเข้าไม่ถึงความช่วยเหลือ ดังเป็นข่าวลูกเอาแม่ไปทิ้งในกรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

ผู้สูงอายุนั้นต่อไปน่าจะมีความต้องการที่แตกต่างกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ด้วยการศึกษาสูงกว่า สามารถประกอบอาชีพได้ต่อเนื่องระยะยาว หรือมีการฝึกอาชีพใหม่ๆ หลังการเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีการผลิตได้ยาวนานกว่า ผสมกับการมีมาตรการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป น่าจะทำให้การะโรคเปลี่ยนไป จึงมีความจำเป็นต้องติดตามสถานการณ์เป็นระยะๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย

5. วัฒนธรรมไทยที่ให้คุณค่าความกตัญญูต่อผู้ให้กำเนิด ซึ่งบ่งบอกถึงการดูแลทุกข์สุขอาจจะ เป็นไปในรูปของการส่งเสียข้าวของเงินทอง หรือการไปเยี่ยมเยียน ถ้าไม่ได้อยู่ด้วยกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรม ที่ตกทอดกันมานานหลายชั่วอายุคน จนทำให้นักวิชาการไทยและนักวิชาการต่างประเทศที่เข้ามาทำการ ศึกษาในประเทศไทย เชื่อว่า ความกตัญญูจะยังคงอยู่กับคนไทยส่วนใหญ่ตลอดไป ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่ต้อง อยู่คนเดียว ขาดคนดูแลหรือถูกทอดทิ้งน้อยมาก และเข้าใจว่า ความต้องการบ้านสงเคราะห์ต่างๆ จะน้อยมาก

ประเทศอื่นๆ ที่ทำการศึกษามีประเพณีสืบทอดในเรื่องความกตัญญูเช่นเดียวกัน แต่มีแนวโน้มว่า การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ที่นิยมความเป็นอิสระแก่ตัว มีครอบครัวขนาดเล็ก และ ด้วยความเคร่งเครียดทางเศรษฐกิจ อาจทำให้เกิดความอ่อนแอในวัฒนธรรมความกตัญญูได้ โดยลดทอน การส่งเงินให้พ่อแม่หรือการไปเยี่ยมเยียน ในทางตรงกันข้ามอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาระเพิ่มขึ้น โดยต้อง เลี้ยงดูบุตรหลาน ในกรณีที่พ่อแม่ต้องไปทำงานในพื้นที่อื่น หรือลูกกำพร้าที่พ่อแม่ตายจากเอดส์

ประเทศมาเลเซีย และเกาหลีใต้ เห็นความสำคัญของการจรรโลงวัฒนธรรมและคุณค่าความกตัญญู โดยการกระชับความสัมพันธ์ของคนหลายรุ่นในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนรุ่นใหม่ การให้ข้อมูล ข่าวสารเป็นระยะๆ โดยสื่อมวลชน รวมถึงบทเรียนในชั้นเรียน และการศึกษาในระบบต่างๆ ที่สำคัญอย่างยิ่ง ก็คือการมีตัวอย่างให้เด็กและคนรุ่นใหม่ได้เห็นหรือสัมผัสเอง

สำหรับประเทศสิงคโปร์ แม้จะไม่ได้กล่าวถึงเรื่องนี้อย่างตรงไปตรงมา แต่การดำเนินโครงการ¹ ให้เงินกู้เพื่อที่อยู่อาศัยที่มีพ่อแม่อยู่ด้วย หรือการสร้าง studio apartment หรือการตั้งเป้าหมายเรื่อง Heartware¹ ที่จะใช้ระบบการศึกษาในการจรรโลงวัฒนธรรมนี้ให้อยู่ในจิตใจของคนทุกรุ่น

6. ประเทศไทยเป็นเมืองพุทธศาสนา ซึ่งน่าจะเป็นลักษณะเด่นกว่าประเทศอื่นๆ การมีหลักยึดเหนี่ยวในปรัชญาของพุทธศาสนาโดยเฉพาะในเรื่องพรหมวิหารสี่ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา และความ

¹ "Heartware" หมายถึง ทศณคติและการรับรู้ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยบุคคลและสังคม

เชื้ออาหารที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านและชุมชนได้ นอกจากนี้การไปวัดของผู้สูงอายุ จะเป็นการปรับจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุให้สงบ มีสติที่จะมองสภาพแวดล้อมด้วยใจที่เป็นกลาง การมีกิจกรรมร่วมกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้ชีวิตในบ้านปลายสงบสุขและเป็นที่พึ่งของลูกหลาน ถ้าทำได้ถึงขั้นนั่งสมาธิ วิปัสสนา จะทำให้เกิดปัญญาและสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้อีกด้วย

7. นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีหลักการที่เหมือนกันคือ ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุดเท่าที่จะอยู่ได้ แต่เมื่ออยู่ไม่ได้หรือมีความต้องการการดูแลจากสถานบริการที่ให้บริการทางการแพทย์หรือทางสังคม รัฐต้องเข้าไปช่วยเหลือให้ทันกับปัญหา

ตามทฤษฎี จะแบ่งประชากรเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือ

- 1) กลุ่มที่มีสุขภาพดีและอยู่ตามลำพังได้
- 2) กลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน
- 3) กลุ่มที่ป่วย อาจจะต้องการดูแลในระยะสั้นหรือระยะยาว

กลุ่มแรกควรมีบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจรรโลงสภาวะสุขภาพดีให้คงอยู่ได้ ตามอายุ โดยอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาบริการ กลุ่มที่สองต้องการบริการทางสังคม คือ มีผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวันและการเฝ้าระวังทางสุขภาพ ส่วนกลุ่มที่ 3 ต้องการการดูแลด้านการแพทย์และเวชปฏิบัติตามสาเหตุ ซึ่งอาจจะเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่ต้องการความต่อเนื่องของบริการ

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เนื่องจากเอกลักษณ์วัฒนธรรม ค่านิยมต่อชีวิตและสุขภาพ ระดับความร่ำรวย และความก้าวหน้าทางวิทยาการ รวมทั้งความมั่นคงทางการเมืองและวิถีคิดของผู้นำประเทศ

นโยบายของไทยคล้ายกับว่า ไม่เน้นการลงทุนด้าน institutional care เนื่องจากวัฒนธรรมและประเพณีเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว และการให้บริการด้านสวัสดิการสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ บ้านสงเคราะห์ และชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น และการไม่มีนโยบายในการจัดบริการผสมผสานด้านการแพทย์และสังคม ที่จะช่วยเหลือแก่ครอบครัวที่มีปัญหา หรือการจัดระบบช่วยเหลือผู้ดูแลที่ชัดเจน อาจจะทำให้ผู้สูงอายุขาดความช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีที่มีปัญหาได้

ในประเด็นของการรักษาพยาบาลนั้น ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบันที่มีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่มีหลักการประกันโดยกำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นด่านแรกในการให้บริการเวชปฏิบัติแก่สมาชิกทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งควรพัฒนาให้ถึงระดับที่สามารถให้บริการต่อเนื่องระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้

8. กระบวนการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการประเมินนโยบาย ตามทฤษฎี การเกิดนโยบายที่ดี ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายประชาชน การสร้างสติปัญญาให้

แก่รัฐบาลผู้มีหน้าที่ทำให้เกิดนโยบายที่ดี การมีประชาชนที่ตื่นตัวและพยายามที่จะให้ข้อเสนอแนะ ข้อวิจารณ์และความสามารถในการรับฟัง หยุดคิด หาข้อมูล ความรู้เพิ่มเติมแล้ววิเคราะห์หาสิ่งที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับสังคมโดยรวม

อย่างไรก็ตาม การกำหนดนโยบายจะต้องชัดเจนสอดคล้องกับปรัชญาพื้นฐาน หลักการและภาพที่ต้องการเห็นในอนาคต ขบวนการเปลี่ยนนโยบายมาเป็นยุทธศาสตร์ แผนงาน การตรากฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย การเงินและงบประมาณ ที่สำคัญคือกลไกการประเมินนโยบายที่ควรที่จะกำหนดไว้ตั้งแต่ระยะต้นช่วงเวลาที่กำหนดนโยบาย เพื่อวางแผนเก็บข้อมูลที่จะนำไปปรับใช้ในการกำหนดนโยบายครั้งต่อไป

จากการศึกษาเอกสาร พบว่า แต่ละประเทศมีจุดเด่นในประเด็นต่างๆ ที่น่าจะนำมาศึกษาในรายละเอียดต่อไป คือ

8.1 ประเทศสิงคโปร์ โดดเด่นมากในเรื่อง กระบวนการกำหนดนโยบาย ได้กำหนดให้เรื่องผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 1989 แล้วมีการดำเนินการมาโดยตลอด รวมทั้งการมองไปข้างหน้า จึงทำให้เป็นประเทศหนึ่งที่ก้าวหน้าที่สุดในเรื่องผู้สูงอายุ

เนื่องจากสิงคโปร์เป็นประเทศที่ร่ำรวย ภาษีเงินได้ส่วนบุคคลสูง มีเสถียรภาพทางการเมือง และการปกครอง มีประชากรจำนวนไม่มาก ภาวะผู้นำมีสายตาวินิจฉัยไกล ประชากรมีวินัย ควบคุมได้ เป็นประเทศที่รัฐเข้าถึงทุกคนได้ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เนื่องด้วยรัฐบาลยึดปรัชญาว่า ไม่เป็นรัฐสวัสดิการ จึงทำให้ประชาชนต้องร่วมจ่ายเมื่อมาใช้บริการที่รัฐจัดให้ทุกประเภท

นอกจากการดำเนินการในปัจจุบันแล้ว รัฐยังได้วางเป้าหมายสำหรับอนาคตด้วย ในศตวรรษที่ 21 นี้ สิงคโปร์จะเน้นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคนรุ่นต่อไป เพื่อเป็นการเตรียมรองรับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากสภาพความเป็นอยู่ที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และมีแนวโน้มว่า หนุ่มสาวชาวสิงคโปร์จะครองตัวเป็นโสดมากขึ้น

การกำหนดมาตรการให้บุตรเลี้ยงดูพ่อแม่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องระบบเงินออมเพื่อตัวเองและพ่อแม่ การสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับคนหลายรุ่น การลดภาษีสำหรับบุตรที่เลี้ยงดูพ่อแม่ การให้กู้ยืมเงินดอกเบี้ยต่ำเพื่อสร้างบ้าน การช่วยเหลือเรื่องผู้ดูแลโดยการให้เพื่อนบ้านช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เห็นถึงความพยายามของรัฐที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างเข้มแข็งและมีความสุขในครอบครัวและชุมชน

แม้ว่าจะมีปัญหาเชิงโครงสร้างในการบริหารจัดการบ้าง รัฐบาลได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยการตั้งคณะกรรมการประสานงานระหว่างกระทรวง และผู้ประสานงานในตำแหน่งบริหารระดับสูง

การให้บริการดูแลระยะยาว(Long - term Care) นับว่า ประเทศสิงคโปร์มีบริการครบทุกประเภทของบริการ ทั้งในสถานบริการ ในชุมชนและที่บ้าน สิ่งที่น่าสนใจคือ การให้บริการ step down care ที่ติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลและการให้บริการที่บ้าน ปัจจุบันได้เริ่มทดลองบริการที่ท้าทายความสำเร็จ คือ โครงการ case management ที่ติดตามประเมินสถานะภาพของผู้สูงอายุเป็นราย

บุคคล โดยบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ แม้ว่าจะมีปัญหามากในทางปฏิบัติ แต่ถ้าทำได้จะเพิ่มทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ ซึ่งน่าติดตามผลต่อไป

8.2 ประเทศมาเลเซีย กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความชัดเจน ตั้งแต่การวางแผนงาน การตั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ และระบบควบคุมกำกับที่จะช่วยในการประเมินผลกิจกรรมและโครงการ เป็นเรื่องที่น่าสนใจติดตามในรายละเอียด

การบริการดูแลระยะยาวนั้น แม้ว่าจะไม่มีนโยบายที่ชัดเจน แต่รัฐบาลได้ดำเนินการต่างๆ มากมาย ทั้งด้านบริการทางการแพทย์ และการเตรียมการรองรับปัญหาในอนาคต เริ่มด้วยการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร การให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุปัจจุบันและการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต การวางแผนด้านการเงินเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งมาตรการลดภาษีให้กับบุตรที่ดูแลพ่อแม่หรือคนพิการด้วย

8.3 ประเทศเกาหลีเป็นประเทศที่วัฒนธรรมความกตัญญูยังเข้มแข็ง จนทำให้เกิดการเข้าไม่ถึงบริการหรือการไม่ยินดีรับบริการช่วยเหลือจากรัฐ เพราะกลัวเสียหน้า ถ้าผู้ใหญ่ของครอบครัวต้องไปอยู่บ้านสงเคราะห์ ทำให้รัฐกำหนดมาตรฐานการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน(*minimum living standard*) เพื่อเป็นหลักประกันว่า ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีในระดับหนึ่ง สิ่งที่ได้คิดค้นอีกเรื่องหนึ่งคือการมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชนในการกำหนดนโยบายและ โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในส่วนของภาคประชาชนเองก็มีบทบาทในการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

หลังจากมีนโยบายและแผนพัฒนาที่ให้ความสำคัญเรื่องผู้สูงอายุแล้ว รัฐบาลเกาหลีได้ทำการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและด้านสวัสดิการสังคม 2 ครั้ง และทำให้รัฐบาลตัดสินใจที่จะกำหนดแผนงานระยะกลางและระยะยาว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุจากการสำรวจ

8.4 ประเทศฮ่องกงเป็นประเทศที่มีปัญหาที่ดินสำหรับอยู่อาศัย เมื่อเปลี่ยนมาอยู่ภายใต้การปกครองของประเทศจีน จึงทำให้เศรษฐกิจไม่รุ่งเรืองเหมือนเดิม ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนและมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น มีความต้องการที่อยู่อาศัยมากกว่าเดิม ซึ่งส่วนหนึ่งจำเป็นต้องย้ายออกจากบ้านลูก เนื่องจากข้อจำกัดของที่อยู่อาศัย รัฐบาลถือเป็นภาระสำคัญในการเตรียมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ รัฐได้บริหารจัดการให้เอกชนสร้างและเก็บค่าเช่าจากผู้สูงอายุ ซึ่งรับเบี่ยงสิทธิจากรัฐที่เพียงพอสำหรับค่าเช่า ขณะเดียวกันรัฐได้กำหนดมาตรฐานขั้นพื้นฐานของบ้านหรืออาคารที่ห้กอาศัยเหล่านี้ และมีทีมประเมินมาตรฐานเป็นระยะๆ นอกจากนี้ได้มีกระบวนการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ โดยทีมบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีเครื่องมือที่ประเทศสิงคโปร์จะนำไปทดลองใช้เช่นเดียวกัน การดำเนินการประเมินความต้องการจะช่วยให้รัฐบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

เรื่องที่อยู่อาศัยนี้ เป็นการดำเนินการที่รองรับหลักการหลักคือ “ageing in place” และ

"continuum of care" ของฮ่องกง

9. การบริหารจัดการเรื่องผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขหรือกระทรวงสวัสดิการสังคม แต่ละประเทศมีข้อสังเกตที่น่าสนใจ เช่น การบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาของประเทศสิงคโปร์ ทำให้เกิดปัญหาในการประสานงาน รัฐได้ปรับแก้โดยการตั้งคณะกรรมการประสานงานขึ้นมาเชื่อมต่อการทำงาน หรือการใช้ *Elderly Commission* ของประเทศฮ่องกง รวมทั้งการพัฒนาแนวทางในการทำงานร่วมกัน ในส่วนของประเทศเกาหลี การผสมผสานงานบริการเข้ากันกับการบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งคล้ายกับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขไทยในอนาคตอันใกล้นี้ ซึ่งประเทศเกาหลีเองเกิดปัญหาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีความรู้ความสามารถอย่างแท้จริง ซึ่งประเทศไทยเองภายหลังจากการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขให้แก่การปกครองส่วนท้องถิ่น อาจจะประสบปัญหาเช่นเดียวกัน

10. การบริการด้านที่อยู่อาศัย สิงคโปร์ลงทุนในเรื่อง Housing Project มากกว่า 20 ปี พร้อมทั้งการมีนโยบายส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น โดยกำหนดให้พ่อแม่ ปู่ย่าตายายและลูกหลานอยู่ในอาคารเดียวกันหรือติดกัน ประชากรสิงคโปร์ประมาณร้อยละ 75 อาศัยอยู่ในอาคารของรัฐบาล รัฐจึงสามารถจัดการกับที่อยู่อาศัยได้ง่ายกว่าประเทศอื่น

ดูเหมือนว่า รัฐบาลทดลองอยู่ตลอดเวลาว่า ที่อยู่อาศัยแบบใดจะเหมาะสมกับคนสิงคโปร์มากที่สุด เมื่อปลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เริ่มโครงการ studio apartment สำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางที่อยากอยู่คนเดียว หรือเมื่อเกษียณอายุต้องการบ้านที่เล็กกว่าเดิม โดยที่ studio จะอยู่ในอาคารหลังเดียวกับลูกหลาน จัดชั้นใต้ดินให้องค์กรพัฒนาเอกชนทำกิจกรรมทางสังคมและจัดอบรมช่วงเวลากลางวัน นอกจากนี้ใน studio apartment จะจัดสภาพภายในและทางเดินให้มีราวเกาะ มีลิฟต์เลื่อนขึ้นลง เพื่ออำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ซึ่งนับว่าครบวงจร ปัจจุบันรัฐบาลกำลังประเมินความเหมาะสม

การปรับสภาพแวดล้อมให้มีความสะดวกสบายและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการปรับสภาพภายในบ้านที่อยู่อาศัย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน เช่น การลื่นหกล้มในห้องน้ำ การตกบันได การสะดุด การติดตั้งโทรศัพท์หรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ การมีบริการสายด่วนเพื่อให้คำปรึกษา ส่วนที่สำคัญคือการคมนาคม การจัดงานพาหนะสำหรับการเดินทาง ไปวัด ไปพบแพทย์ ไปร่วมงานสังคมหรือชมรมต่างๆ การมีเพื่อนร่วมเดินทาง ฯลฯ

11. การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ

การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับจากเกือบทุกประเทศในปัจจุบัน หมายถึงบริการที่ผสมผสานการดูแลเรื่องสุขภาพและสังคมที่ให้อย่างต่อเนื่องแก่

บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเอง ที่ครอบคลุมการดูแลในสถานบริการ ครอบครัวและชุมชน โดยเน้นการฟื้นฟูและรักษาสภาพ ดังนั้นขอบเขตของบริการจะมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับนโยบายของประเทศที่อาจเป็นการดูแลแบบครบวงจรที่ขยายจากการดูแลที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ไปจนถึงการดูแลที่ต้องการแพทย์ที่มีทักษะขั้นสูงและเฉพาะทาง

การรับรู้ของคนทั่วไปต่อการดูแลระยะยาวน่าจะเป็นการดูแลในสถานบริการ แต่เพิ่มความสำคัญของการให้บริการที่บ้านโดยความช่วยเหลือขององค์กรชุมชน แนวทางการให้บริการมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบรรยากาศทางเศรษฐกิจและการเมืองของแต่ละประเทศ มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่าประเทศที่มีฐานะทางการเงินมั่นคงจะแผ่แผ่ถึงประชากรวัยสูงอายุ มากกว่าประเทศที่ความมั่งคั่งน้อย เพื่อความเข้าใจในวิวัฒนาการการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ จะได้เปรียบเทียบกับประเทศไทยกับเกาหลีใต้ ออสเตรเลีย และสิงคโปร์

สำหรับโรงพยาบาลและสถานพักฟื้น เกาหลีใต้ได้จัดให้มีโรงพยาบาลเฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทั่วไปมีบริการรักษาโรคเรื้อรัง และ nursing home บริการในชุมชนประกอบด้วย ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน บ้านพักฉุกเฉินและบริการช่วยงานที่บ้าน แต่ยังมีปัญหาเรื่องค่าบริการและความครอบคลุมของบริการ

ฮ่องกงนั้น เมื่อมีข้อมูลความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ ในประมาณปี พ.ศ. 2543 ได้เริ่มโครงการนำร่องที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนปฐมภูมิเป็นกลไกตรวจสอบประเมินสถานะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและจิตวิเคราะห์ เพื่อบริการที่เหมาะสมตามความต้องการ อาทิเช่น บริการคุณภาพสำหรับการดูแลที่บ้าน มีเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง ผสมผสานบริการเวชปฏิบัติกับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีงานนำร่องเพื่อประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานสากลและจัดให้มีสถานบริการให้เลือกใช้อย่างครบถ้วน ได้แก่ บ้านผู้สูงอายุ nursing home ศูนย์บริการตอนกลางวันและบริการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

สำหรับมาเลเซีย มีบริการด้านการแพทย์คล้ายกับประเทศไทยคือ โรงพยาบาลและคลินิกที่ให้บริการทุกกลุ่มอายุรวมทั้งผู้สูงอายุ หอแม่ของข้าราชการได้รับสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐโดยเบิกจ่ายได้ บริการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัดและอาชีพบำบัดเป็นบริการให้แก่ผู้สูงอายุ แต่บริการเหล่านี้ยังขาดแคลนมากในชนบท ความยากในการจัดบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คือ จำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านนี้มีน้อยมาก ซึ่งรวมถึงจิตแพทย์เฉพาะวัยสูงอายุและเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลักประกันทางสุขภาพไม่ครอบคลุม ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุต้องจ่ายเอง ซึ่งได้มีแผนงานเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุเริ่มในปี ค.ศ. 1995 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ โดยสรุปคือ

ก. จัดให้มีบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับภาคให้ครบถ้วนภายในปี ค.ศ. 2000

ข. พัฒนาแผนงานแบบบูรณาการเพื่อการฝึกอบรมและการวิจัยที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

และ ก. จัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ได้โดยอิสระอย่างสมเหตุสมผล

สิงคโปร์มีบริการทุกชนิดที่น่าจะเป็นแม่แบบสำหรับอนาคตได้ แม้กระนั้นก็ยังวิเคราะห์ว่าบริการที่ให้อยู่ยังเป็นการแยกส่วนอยู่ จึงได้เริ่มโครงการ “case management” ที่ประเมินสถานะภาพด้านสุขภาพทั้งกายและจิตใจ รวมถึงความบกพร่องทางสังคม แล้วให้บริการในลักษณะบูรณาการที่ตรงกับปัญหา ซึ่งดูเหมือนว่าถูกต้องเหมาะสม แต่ยากต่อการปฏิบัติและมีราคาแพง

นโยบายของไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน ดูเหมือนจะยังไม่ได้เริ่มลงทุนในด้านสถานบริการสุขภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังขาดการประสานบริการด้านเวชศาสตร์และสุขภาพกับสวัสดิการสังคม ที่จะเอื้ออำนวยให้องค์กรชุมชนช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาไม่ว่าในระดับเล็กน้อย หรือระดับที่ต้องพึ่งพาบริการฉุกเฉินที่ต้องการความเฉพาะทาง

ในรัฐบาลปัจจุบันที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะมีการประเมินศักยภาพการให้บริการเวชปฏิบัติแบบบูรณาการ เป็นบริการด้านแรกที่จะให้บริการต่อเนื่องระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้เพียงใด และมีความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และ พยาบาลด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ นักเวชศาสตร์ฟื้นฟูและบุคลากรด้านสังคมสงเคราะห์ อย่างไรบ้าง

12. การรับรองคุณภาพของบริการเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการ หลายประเทศได้

ตระหนักถึงการควบคุมคุณภาพของ nursing home ที่ดำเนินการโดยเอกชน เช่น มาเลเซีย ฮองกง เกาหลีใต้เริ่มกำหนดมาตรการเพื่อรับรองคุณภาพ โดยประเทศเกาหลีได้กำหนดให้ Ordinance ควบคุม ซึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจศึกษาในรายละเอียด ด้วยเป็นการกระจายอำนาจในการตรวจสอบของรัฐ

นอกจากการรับรองคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการของประชากรสูงอายุเหล่านี้ ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ต้องพิจารณากลุ่มที่ต้องพึ่งพาในชีวิตประจำวันและกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาว

ประเทศเกาหลีได้กำหนดมาตรฐานการครองชีวิตขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุ โดยออกเป็นกฎหมายเพื่อให้มั่นใจว่าประชากรสูงอายุมีความเป็นอยู่ มีการดำเนินชีวิตอยู่ในขั้นที่ยอมรับได้ ในส่วนของประเทศมาเลเซียก็ได้มีการกำหนดมาตรฐานของการได้รับบริการดูแลที่ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกคน

13. ระบบการศึกษาและสื่อมวลชน จะมีบทบาทในการช่วยทะนุบำรุงวัฒนธรรมความกตัญญูให้คงไว้ รวมทั้งการส่งเสริมวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ทุกประเทศรับเป็นมาตรการหลักของประเทศ

การให้การศึกษายังต่อเนื่องทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน ไม่ว่ากลุ่มเป้าหมายจะเป็นคนรุ่นใด เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ประเทศสิงคโปร์เห็นความสำคัญในเรื่องนี้จึงได้จัดสรรงบประมาณ

ประมาณจำนวนมากในการให้การศึกษา lifelong education และใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือที่จะส่งเสริม “Heartware” ที่จะทำให้คนรุ่นหลังยังคงรักษ วัฒนธรรมการเคารพและดูแลผู้สูงอายุตลอดไป สำหรับประเทศมาเลเซียได้กำหนดให้มีการศึกษาในโรงเรียนทุกระดับ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ

นอกจากการให้การศึกษาแล้ว การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้สาธารณชนตระหนักและเข้าใจ ปัญหาอย่างต่อเนื่อง เช่น การกำหนด motto ในการรณรงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรเป็นข้อความสั้นๆที่ง่ายต่อความเข้าใจ ตัวอย่างเช่น ประเทศฮ่องกง ใช้คำว่า “Be active, eat well, and quit smoking” ในประเทศญี่ปุ่น “เดินวันละหมื่นก้าว กินอาหารหลากหลายวันละ 30 ชนิดและงดสูบบุหรี่” สำหรับไทยให้ความสำคัญกับ 3 อ. คือ อาหาร อารมณ์และออกกำลังกาย ซึ่งน่าจะได้รับการติดตามว่าคำขวัญดังกล่าวนี้เกิดผลใดบ้างต่อสังคมไทย

การให้ความรู้โดยผ่านการอบรมระยะสั้นหรือสื่อชนิดต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ มาเลเซียและไทยมีโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ชัดเจนและหลากหลาย ได้แก่ (1)การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (2)การอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพและทักษะในอาชีพหลังเกษียณอายุ ที่จะทำงานต่อไป (3)การอบรมเป็นอาสาสมัครช่วยงานชมรมที่ด้อยอาศัยประสบการณ ส่วนตัวของผู้สูงอายุ เช่น ในกลุ่มช่วยตนเองของกลุ่มผู้เป็นมะเร็ง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรืออัมพาต เป็นต้น และ(4) การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสมควรได้รับการสนับสนุน พร้อมทั้งการกำหนดกลไกการตรวจสอบคุณภาพของการอบรม

“โครงการธนาคารสมอง” ดำเนินการโดยสภาพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ เป็นโครงการของพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มีความสำคัญในการถ่ายทอดคุณค่าทางปัญญาของผู้สูงอายุ แก่รุ่นลูกหลาน

14. การวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดำรงอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มียาหรือมีนโยบายที่ไม่เพียงพอ เป็นความเสี่ยงต่อความมั่นใจว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ การทำวิจัยเพื่อกำหนดนโยบายต้องเป็นการวิจัยที่มีคุณภาพ ทันต่อเหตุการณ์ ข้อมูลและข้อเท็จจริงที่ได้ จะนำมาใช้เพื่อกำหนดทางเลือกและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นของทางเลือกต่างๆ ก่อนที่จะสรุปหรือเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ประเด็นของผู้สูงอายุมีความเฉพาะตัว ต้องการเพิ่มนักวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชา ในการศึกษาว่าด้วยผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า gerontology ที่ยังขาดแคลนสำหรับผู้สูงอายุไทย เพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนาหลักสูตรในจะเป็นมาตรการหนึ่งในการพัฒนาและเพิ่มจำนวนบุคลากรในศาสตร์เฉพาะวัยสูงอายุ

2) ข้อมูลสถานะของผู้สูงอายุในประเด็นของภาระโรคและความต้องการบริการต่อเนื่องระยะยาว (LTC) นั้น นับว่าประเทศไทยมีข้อมูลที่มีคุณภาพเป็นข้อมูลระดับชาติที่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายได้ และสมควรจัดให้มีข้อมูลเช่นนี้ เป็นระยะๆ ต่อไป รวมไว้ในฐานข้อมูลของชาติ

การมีข้อมูลประชากรสูงอายุที่ชัดเจน สามารถระบุได้ถึงปริมาณความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ทางสังคมและสวัสดิการ จะทำให้รัฐบาลสามารถกำหนดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุในระยะสั้นและระยะยาวได้

3) การวิจัยเพื่อสร้างหลักประกันด้านรายได้ และการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น พร้อมด้วยมาตรการและกลไกที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

4) การวิจัยเพื่อสร้างค่านิยมแก่ผู้สูงอายุ สำหรับสถานการณ์ในอนาคต

5) การวิจัยเพื่อหารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึงเป้าหมายที่เป็นปัจเจกบุคคล ชุมชนและสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

Executive Summary

The synthesis of National Policy on Ageing

The papers on National Policy on Ageing and Long Term Care Needs and Policy from five study countries, being Korea, Hong Kong, Malaysia, Singapore and Thailand, are reviewed and summarized as follows.

1. The profile of ageing in the five countries are similar. They have been undergone demographic transition and most recent economic changes. Low fertility and mortality have been observed with longer life expectancy. Advance in medical and health technology have brought the World on unprecedented volume of elderly people. Singaporean elders were 15% since last decade, the highest ranking in elderly programs and activities and the other countries are followed.

During 1999-2000, three groups of countries are observed with regards to expectancy of life at birth. Highest in Hong Kong and Singapore, lowest levels in Malaysia and Thailand, while Korea is in the middle. Females expected longer life span than males in all 5 countries and the differences are around 5 years between male and female, Hong Kong and Singapore expect longer life in the ranges of 75 – 76 years and 80 – 82 years for male and female respectively. Korea is being 71.0 and 78.6 years, and lower around 67 years and 72 years in Malaysia and Thailand for both respective sexes.

The increase of most vulnerable group of old-old age group (75 and over) are evidenced in every countries, reflecting the increasing diversity in the elder's diseases and health risks. The female old-old people live longer with sex ratios of male to female being 0.66 for Thai as compared to 0.85 for Malaysian. In Hong Kong, Malaysia and Thailand, similar patterns are observed. The widowed and divorced female elders are about two to three times of males in old-old age group.

Impression of the issue is, the older women who have a longer life expectancy, prevailing of unavoidable chronic illness and sometimes coincide with an inadequate financial resources may accentuate the needs for formal long term care. The lack of research data on aging women per se is a gap that needs to be addressed especially those of middle-class and the urban poor.

2. Long-term care is defined as the full range of health , personal care and social services which deliver to older persons in order to maintain an acceptable quality of life for a continuing period.

Information for estimating needs for long term care of elderly is most superlative for policy decision. The severity of mental impairment as well as physical impairment have to be considered. At the individual level, apart from the measure of ill-health in terms of burden of diseases, indirect measure that reflects physical independence in self-care activities, the ADLs prevalence and severity of long-term disability presented by Korea, Thailand (national survey) and Hong Kong are good examples. It is estimated that 14.8% of Thai elders 60 years and over who need LTC in 2000. Korean estimated number of 19% aged people 65 and over in need of formal LTC in the same year.

Age-specific prevalence of dementia and suicide death rate among elderly are used for determining size of mental impairment and community mental health status. Moreover it gears towards specific intervention of health and psychological care.

Age-specific prevalence of senile dementia in Thailand is quite similar to Singapore around 3-4% , while Korean rate of this respective condition is estimated to be higher at 8.2% of elderly 65 years and over in year 2000. The differences may due to diagnostic means and cohorts in the survey.

Hong Kong elderly suicide rate of 28 per 100,000 is presented as opposed to 12 per 100,000 among general population, of which is lower than Singapore rate (50 per 100,000). The respective rates for most advanced countries are 20 in USA, 16 in Australia and 12 in New Zealand. It was observed in Thailand suicide rate was 17.2 per 100,000 persons aged 60 and over in 1999.

3. The rapid growth of Thai aged population is demonstrated by sheer number and proportion to total population. Approximately it will be double in growth rate within the next 20 years. The elders aged 60 and over, are 5.6 million in 2000; this will be 11.3 million in 2020.

Three percentage of the Thai female elderly are single while only one percent of the male counterpart are. The difference is remarkable higher among elderly female living in urban areas and also increased with age. In Thailand, the older person aged 75 and over and women in particular , had high prevalence of living alone (6.5%) and living with a non- relative (5.6%).

4. Changing family structure, country development has brought about changes in family where smaller family size and preference of nuclear family are replacing the expanded family structure and larger family size. Moreover, households of elderly living alone without caretaker is more prevailed especially in urban area.

The data of Malaysia reveal of increasing in nuclear household and a little decrease of extended family during the 1980 and 1991 with average household size, being 5.2 to 4.8 for total, 4.9 to 4.8 for nuclear family and 7.1 to 6.5 for extended family. Singapore is increasing in “*elderly only*” households from 1.8% in 1990 to 2.8% in 1999. The increase of 3% in one - person household is a matter of concern due to the problem of social isolation, lack of informal caretaker, vulnerable to depression and suicide.

Currently almost in all ASEAN countries, aged population are cared by informal systems mainly by families, relatives, neighbors and others in various circumstances. However, those who are cared for by the informal system will be out - numbered those who utilize formal care services in the future.

Needs for care-giver specifically trained for elderly care is the issue for further consideration .

5. The deeply rooted Asian culture that stresses the importance of filial piety dictates to care by family.

Although, the traditional value of filial piety seems to be still relatively well upheld, but ways of realizing this value are changing, become more practical, reasonable and reciprocal. The individualism and a nuclear-family orientation is developing and expanding. All of these changes tend to weaken the consciousness of familial support and care for the elders by the family and within the family.

Thailand is a Buddhist society and a filial piety culture. Therefore, the needs and the problems of the elders is recognized as an individual not a society. Despite the elders in the urban area are confronted with the needs for services and caretakers especially among the middle and poor elders.

The informal care by family requires the strengthening of our value system that stresses on filial piety and responsibility of children towards parents should be further cultivated through publicity and fiscal incentives that reinforce such virtues. The media can be crucial for awareness creation and the dissemination of information. The education system can be used to

instill and reinforce the culture of filial piety among the young as well as to foster the sense of obligations of the young towards the elderly.

6. Three groups of elder are classified regarding needs for LTC, healthy and independent, functional dependent and sick people whether acute or chronic. Policy in every country for the first group is for them to live with their adult children or relatives at home as long as possible and external help will come when changes occur to them. The second group needs social welfare services in daily living and services related to health and health risk surveillance. The needs for the last group may range from primary medical care to highly skilled institutional medical care.

The LTC for all three groups of elder is different in each country it depends on characteristic, culture, values and health status of the people. Advance in medical and health technology, the wealthy, and the stable politic seems to confirm the LTC policy for elder people.

The primary care units in Thailand universal coverage scheme in healthcare finance have to explore the feasibility to provide a comprehensive community/home care services. Therefore, the services will not specific to only acute episode of illness but long-term chronic disease and disability particularly for every elderly in needs.

7. In line with the process of formulation of the National Policy for the elderly in Singapore, step of review was conducted for the last policy before the new one is putting into shape. Two important characteristics are various committees and the publicity. The Singaporeans give many inputs thus become an important consideration in the Committee' deliberations.

In response to the needs of long-term care from the survey, the government of Korea established a policy planning committee. The first report of the committee (2001) recommends the government to set up mid and long-term policy development plans and some important basic research projects.

In 1982, Hong Kong, after five years of the plan, revised the first plan. The Central Committee was set in 1987, function as an advisory panel on health and social welfare services with a special focus on the elderly people.

A monitoring system of Malaysia has been put in place to monitor the progress of all activities for the period 1997-2005. This control mechanism provides checks and balance as well as evaluates the progress of programs and activities.

8. The administration of long term care facilities and services in each country are varied depending on their infrastructure of the governance. Mostly social welfare services are provided by Ministry of social welfare. Institutional medical and health facilities are rendering services by Ministry of Health. The problem is that services for aged are multidisciplinary and elder people's issues are multidimensional. In Australia, the government has solved the problem by creating a Ministry for Health and Aged, while some countries have combined the Ministry of Health and welfare in one roof.

In Singapore, most of the community-based social facilities fall under *the Ministry of Community Development and Sports* while nursing home facilities, hospices, community and chronic illness hospitals belong to *the Ministry of Health*. The government established the *Inter-Ministerial Committee on Ageing Population* to be the co-ordinating body.

The *Social Welfare Department* of Malaysia, Hong Kong and Thailand are responsible for social services.

Community care services subsidized by the government of Korea are delivered through the *Ministry of Government Administration and Home Affairs (MGAHA)*. Currently social welfare policies made by the *Ministry of Health and Welfare* are implemented through the general administrative agencies of central and local governments under the control of the MGAHA. So, the delivery system of social welfare services is fused with the general administrative system.

Almost all of state-owned social services in Thailand are run by the Department of Social Welfare under the Ministry of Labor and Social and Welfare. Apparently social services are more advanced as compared to health services. Recently, there is no information available to demonstrate the coordination between the social and health services of formal LTC.

9. Living arrangement is significant for family support. Residential home with friendly environments including available and accessible transportation is essential for elderly people. The government of Singapore is set up housing grants, apartment, tax incentive and infrastructure to support for the elders. As well Hong Kong provides government housing for elders with different paying mechanism. The government of Malaysia has recently tried the community caring village and plan for accessible transportation of the elderly both in the rural and the urban areas.

10. Quality control, accessibility and coverage of the services should be taken into consideration and further set as policy directions.

Quality control aspect of LTC services is the important issues for both private and state-owned facilities. For example, quality assessment mechanisms are introduced by government of Hong Kong and Korea on a decentralized management for private nursing homes.

Korea is also established the minimum living standard through the National Basic Livelihood Security Law in 1999, as well Malaysia has developed the standard of care that would be accessible to all.

Such mechanisms should be explored for feasibility of introducing them in our county.

11. Education and Training

Malaysia and Thailand seem to have pronounced education and training programs for the elders. They are orientation for approaching aged livelihood, training for vocation after retirement and upgrade skills for gainfully employed, training for volunteers to assist in community outreach programs, with inclusion of training of caregivers specific for the elderly. These should be pursued with quality and audit mechanism put in place.

12. Advocacy and Public Awareness

Apart from education and training, mass media is an effective mean to reach universal coverage of the target. A key message for promotion of healthy ageing through life style approach should be simple, short and meaningful for publicity.

Hong Kong motto is a good example, *"be active, eat well and quit smoking"*.

As well as the policy level, Hong Kong advocates the promotion for, *'sense of security', 'sense of belonging', and 'sense of health and worthiness'*. Two principles of all policy and services for elderly in Hong Kong are set for a clear directions, *'Ageing in place' and 'continuum of care'* (2000).

The three-pronged approach of Singapore (1999) is very interesting in terms of *"Heartware", "Software" and "Hardware"*. Singapore set a great deal of money being spent on lifelong public health education. Public education is a key mechanism in implementing the *"Heartware"*.

Where *"Heartware"* refers to the individual's and society's value, attitudes and perceptions of ageing and senoir citizens. *"Software"* refers to development of policies, programs and services that constitute the community infrastructure. The *"Hardware"* refers to the built of environment such as housing infrastructure and transport system.

ห้องสมุด

13. Phenomenon of World population ageing is one-way ticket that could not be reversed. Experiences in policy and planning for long term care

in our neighboring countries, which have been advanced in stages of development, should be adapted or modified for Thailand. For the fact that until recently the meaning of long-term care has not been well understood in Thailand. Informal care provided by family is well recognized as main strategy for the last 15 years. State organization paid little attention on developing community services to assist the older persons and their caregivers. The availability of community-based services to sport caring capacity of family is very limited. Formal caregiver centre and health outreach services become available during last decade, but not universal. Residential home and social security schemes target the low-income group.

Concept of home / community care in the sense of LTC has been growing , many models of community services in health and social care were under studied. Some nursing home and private hospitals have converted services to provide long-term care for elderly since the last economic crisis of the country

In 2001 the second National Plan for Older Persons (2001-2019) was ready to be implemented. It includes strategies on LTC provisions which cover a wide range from promoting and supporting informal care within the family, providing health and social services both in community and institution, developing shelter and accommodating services and environmental adaptation to suit with activities and performance of the elderly.

Moreover, under the universal coverage scheme in health care finance, which is currently implemented, community health services must be provided by primary care units. This will strengthen formal LTC for elderly people in the future. However the current economic problems of the country may impede the progression of LTC development particularly the state-owned nursing home and hospital for geriatric care. Some recommended guidelines for future development of LTC services are as follows:

1. In recognition of expected future cohort of Thai elderly with higher education and different ways of life that any basic health and social services should be upgraded, more qualified and diversified. To meet these expected needs, private sectors must be convinced to invest in certain service particularly institutional LTC with copayment strategy

2. Proactive concept on adaptation of home, environment and transportation to suit with ageing and disabled persons should be responded by government , specifically friendly environment, mechanism for accident prevention, hotline, accessible transportation and respite services.

3. It must have a financial system that provides protection to individuals who need long-term care and allows for combining private and public resources to assure protection for individual before they become ill.

4. In the current universal coverage scheme, to ensure access to those who need holistic, continuous and integrated care, continuum from community-based to institutional care, hospital should be primarily strengthened to a full range before upgrading of the PCUs.

14. Recommended research

The issue of ageing is multisectoral which needs multidisciplinary researchers and scholars to explore the situations, identify the gaps for service.

It is evidenced that each country has under-taken lots of research regarding ageing of the population and needs for services. The government of Korea conducted two national surveys for assessment needs of long term care. In response to these needs, the Committee was established and recommended the government to set up mid and long-term plans, and research projects for the elders.

Apparently, Thai academic researchers are active in providing the factual situation and needs of elder people ,and have projected its long term impacts. These essential data are used for development of the second National Long Term Plan for older persons of Thailand .

Future research study should fill up the gap in body of knowledge in Thailand, for instance;

1. A research program on Gerontology by multidisciplinary team, strategically the research studies should be linked to man power development through various academic training programs.

2. Establish national database for information relating needs for LTC and other evidence-based knowledge for national and local policy planning, monitoring and evaluations.

3. Research to identify appropriate scheme for social and health security for the elderly.

4. Research for model LTC services for Thai elderly in different cultural settings of the country

15. Housing and town planning in anticipating the growth of an ageing population, planning for township should take into account the facilities for the elderly. In line with the advocacy for the elders to remain in the community, infrastructure for the mobility of the elders in important and should be incorporated into town planning.

บทที่ 1 บทนำ

การศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายและการวิจัยในอนาคตสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์นโยบายและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุจากรายงานการศึกษาจำนวน 10 ฉบับของ 5 ประเทศ คือ ฮังการี เกาหลี มาเลเซีย สิงคโปร์และไทย ในรายงานการศึกษานี้จะเป็นการศึกษาการกำหนดนโยบาย กระบวนการปฏิบัติตามนโยบาย และการประเมินผล รวมทั้งทิศทางของนโยบายในอนาคตของประเทศในมุมมองด้านการแพทย์ โดยอาศัยข้อมูลทศดิกขุม นับว่าเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศอื่น ในอันที่จะนำมาปรับใช้กับประเทศไทยให้เหมาะสม สอดคล้องกับฐานทางเศรษฐกิจ ระบบการเมืองการปกครองและวิถีชีวิตของคนไทย ส่วนมุมมองด้านหลักประกันและด้านสังคมจะมีคณะวิจัยชุดอื่นทำการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตาม การทับซ้อนกันบ้างจากการสังเคราะห์เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นเรื่องที่ต่างคนต่างทำ

ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากโดยเฉพาะ 5 ประเทศที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง เท่าๆกับนโยบายของรัฐบาล เมื่อผนวกกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากร การลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์ทั้งภูมิภาค ทำให้ประชากรมีอัตราการเพิ่มเท่ากับหรือน้อยกว่าระดับทดแทนและการเผชิญกับการระบาดของเอดส์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม

อย่างไรก็ตามแต่ละประเทศในภูมิภาคนี้มีลักษณะเฉพาะในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น การเติบโตอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ การขยายตัวของสังคมเมืองและขนาดของครอบครัว รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ วิถีชีวิตของคน และสุดท้ายจากวิสัยทัศน์ของผู้นำประเทศ

ส่วนประกอบของรายงาน

รายงานฉบับนี้ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ประเทศทั้ง 4 ที่นำมาศึกษาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของประเทศไทย โดยเริ่มด้วยลักษณะทางประชากรสูงอายุ สถานะสุขภาพที่สะท้อนถึงความต้องการการดูแลระยะยาว ปรัชญาเบื้องหลังนโยบายของแต่ละประเทศ เนื้อหาโดยย่อของนโยบาย กระบวนการในการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การควบคุมกำกับและประเมินนโยบาย จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียนที่ได้จากประเทศต่างๆ นำข้อเสนอแนะทางนโยบายและทิศทางสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต รวมถึงชุดงานวิจัยสำหรับทศวรรษหน้า

นิยามของประชากรสูงอายุ

ตามประกาศขององค์การสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา เมื่อปี พ.ศ. 2525 ได้กำหนดให้ผู้ที่มิอายุ 60 ปีและมากกว่า เป็น “ผู้สูงอายุ” ในการศึกษาครั้งนี้ ประเทศมาเลเซียและประเทศ

ไทย ใช้อายุ 60 ปีเป็นจุดแบ่งกลุ่มอายุ ส่วนประเทศที่เหลือใช้อายุ 65 ปี ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ จะลงนิยามของแต่ละประเทศไว้ตามเดิม เนื่องจากการปรับให้เหมือนกันไม่สามารถทำได้

1. ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ

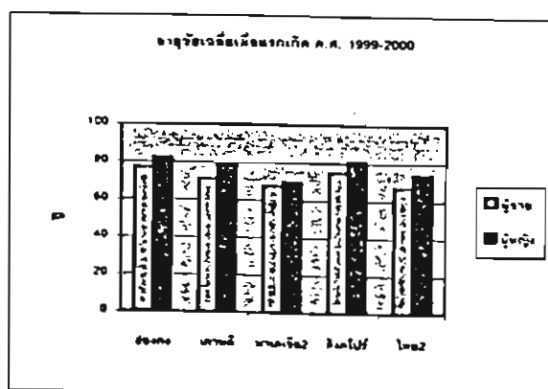
ข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาถึงการเติบโตของประชากรสูงอายุ คือ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด โครงสร้างทางอายุและเพศ อัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุ และ อายุมัธยฐานของประชากรโดยรวม นอกจากนี้ดัชนีที่ใช้วัดความเสี่ยงต่อความเปราะบางของกลุ่มประชากรสูงอายุ ได้แก่ สัดส่วนของผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย ร่วมกับอัตราส่วนทางเพศ

การเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ย เป็นเครื่องชี้วัดการมีอายุยืนยาวของประชากร จากข้อมูลอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประเทศที่นำมาศึกษาทั้ง 5 ประเทศ อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกมีอายุขัยเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ฮังการีและสิงคโปร์ กลุ่มที่ 2 รองลงมาคือประเทศเกาหลี ส่วนประเทศไทยและมาเลเซียอยู่ในกลุ่มสุดท้าย ที่มีอายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่าเพื่อน (รูปที่ 1) นอกจากนี้พบว่าผู้หญิงในทุกประเทศเหล่านี้มีอายุยืนกว่าผู้ชาย โดยมีความแตกต่างของอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 5 ปี ประเทศไทยและมาเลเซียอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชาย 67 ปีและผู้หญิง 70 – 74 ปี โดยประมาณ ฮังการีและสิงคโปร์ผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ย 75 – 76 ปี ผู้หญิง 80 - 82 ปี สำหรับเกาหลีอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายและผู้หญิง เท่ากับ 71.0 ปี และ 78.6 ปี ตามลำดับ

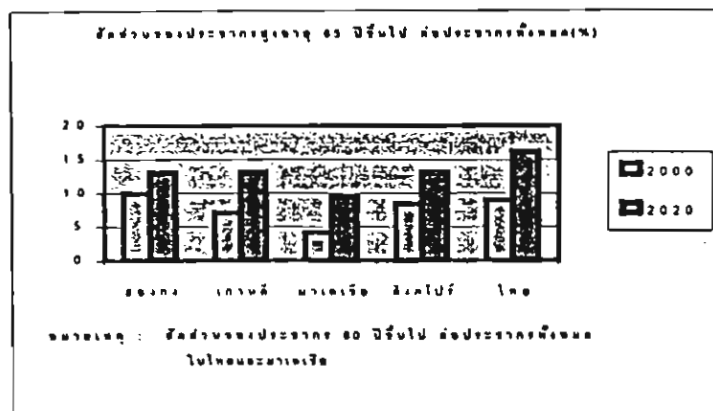
1.1 การเติบโตอย่างรวดเร็ว

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุเห็นได้อย่างชัดเจน จากจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2563 สำหรับปี พ.ศ. 2543 สัดส่วนเป็นร้อยละ 10.0 , 7.1 , 4.2 , 8.4 , 9.0 ของประเทศฮังการี เกาหลี มาเลเซีย สิงคโปร์และไทยตามลำดับ (รูปที่ 2) มาเลเซียดูเหมือนว่า มีอัตราการเพิ่มสูงที่สุด คือ ประมาณ 2.3 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทยและเกาหลี เป็น 1.8 เท่า ส่วนสิงคโปร์และฮังการีมีอัตราเติบโตช้ากว่า

รูปที่ 1



รูปที่ 2



1.2 ความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย

ความเสี่ยงของผู้สูงอายุจะขึ้นกับอายุ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายคือผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงมากที่สุดของผู้สูงอายุตอนปลายคือ ความไม่อิสระทางกายและสังคมในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้หญิงสูงอายุที่มีอายุยืนยาวมากกว่าผู้ชาย จะยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่ผู้ชายวัยเดียวกันเริ่มเสียชีวิตไปก่อน เพราะฉะนั้นอัตราส่วนทางเพศ คือ ชายต่อหญิงจะลดลงจากหนึ่ง (เมื่อมีชายเท่ากับหญิง) โดยเฉพาะในกลุ่มอายุสูงสุดที่มักพบผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย 2 – 3 เท่า

1.3 ความแตกต่างระหว่างชายหญิง

เมื่อเปรียบเทียบประเทศมาเลเซียและไทย(ตารางที่ 2) สัดส่วนของผู้สูงอายุตอนปลายดูเหมือนว่า ลดลงจาก 21.1 ในปี พ.ศ.2533 เป็น 18.8 และ 17.9 ในปี พ.ศ. 2543 และ 2563 ตามลำดับ ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน สัดส่วนประชากรสูงอายุตอนปลายของประเทศไทยอยู่ในระดับเดียวกัน ในระหว่างปี พ.ศ. 2533 และ 2543 แต่เพิ่มเป็นร้อยละ 22.8 ในปี พ.ศ. 2563 ปรากฏการณ์นี้เกิดจากอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวขึ้นทำให้อัตราส่วนของผู้ชายต่อผู้หญิงในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายของไทยเท่ากับ 0.66 ในขณะที่ของมาเลเซียเท่ากับ 0.85 ผู้สูงอายุตอนปลายหญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้สูงอายุชาย 0.66 ในขณะที่มาเลเซียอยู่ที่ 0.85

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซียและไทย จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ
ตอนต้นและตอนปลาย .

กลุ่มอายุ		1990		2000		2020	
		(000)	%	(000)	%	(000)	%
ประชากรอายุ 60+ ปี	มาเลเซีย	1,032.3	100.0	1,418.2	100.0	3,209.8	100.0
	ไทย	4,014.0	100.0	5,822.2	100.0	12,470.7	100.0
ผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 74)	มาเลเซีย	813.1	78.8	1,150.8	81.1	2,635.0	82.1
	ไทย	3,134.2	78.1	4,561.7	78.4	9,633.6	77.2
ผู้สูงอายุตอนปลาย (75+)	มาเลเซีย	219.2	21.1	267.4	18.8	574.8	17.9
	ไทย	879.7	21.9	1,260.5	21.6	2837.1	22.8

Source: Ong Fong Sim, Ageing in Malaysia: National Policy and Future Direction, 2001.
Sutthichai Jitapunkul, et.al., National Policies on Ageing and Long-term Care for Older Persons in Thailand, 2001.

ตาราง 2 ความแตกต่างระหว่างเพศของผู้สูงอายุในประเทศไทยและมาเลเซีย

อายุ	1990		2000		2020	
	มาเลเซีย ¹	ไทย ²	มาเลเซีย ¹	ไทย ³	มาเลเซีย ¹	ไทย ³
60+	0.89	0.86	0.88	0.86	0.85	0.81
60 – 74	0.92	0.91	0.92	0.89	0.89	0.86
75+	0.82	0.70	0.73	0.75	0.85	0.66

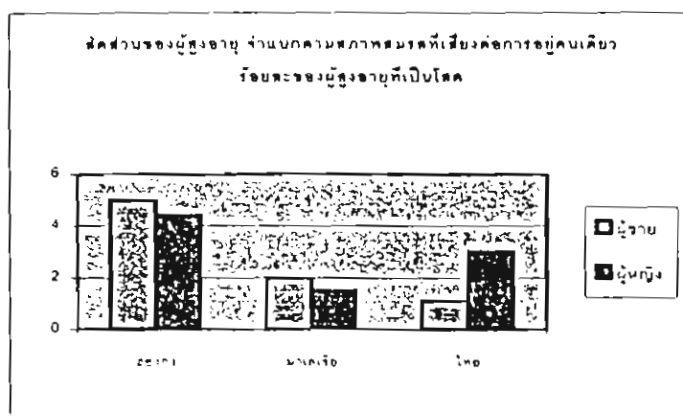
Source: 1 Department of Statistics, Malaysia , 1998.
2 Population census of Thailand, 1990.
3 Prasartkul, P.et al, Population Projection of the Elderly in Thailand, 1999

1.4 สภาพสมรส : ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้หญิงในกลุ่มสูงอายุตอนปลาย

จากข้อมูลสำมะโนประชากรที่สำรวจในปี พ.ศ. 2533 / 2534 พบว่า หนึ่งในสามของผู้มีอายุสูงกว่า 60 ปี จำแนกอยู่ในกลุ่ม “หม้าย หย่า หรือแยก” มีความแตกต่างกันชัดเจนระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยพบว่าในผู้สูงอายุชายมีผู้เป็นหม้ายเพียงร้อยละ 12.5 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีถึงร้อยละ 50 ในประเทศฮ่องกง มาเลเซียและไทย พบว่ามีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน พบว่ามีหญิงหม้ายมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (รูปที่ 3 และรูปที่ 4)

สูงอายุที่เป็นโสด มีสัดส่วนไม่มากนัก คือไม่เกินร้อยละ 5 สำหรับฮ่องกง และมาเลเซีย มีผู้สูงอายุชายที่เป็นโสดมากกว่าหญิง ซึ่งตรงข้ามกับประเทศไทย ที่มีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 3.0 เทียบกับร้อยละ 1.0)

รูปที่ 3

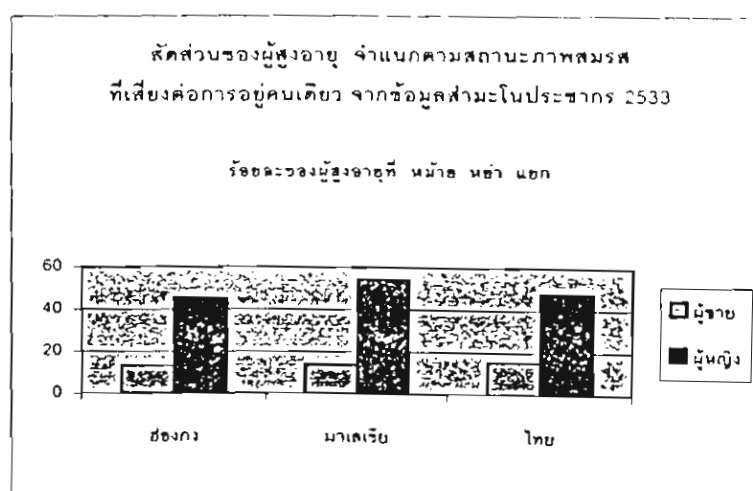


Source : One Fong Sim, Ageing in Malaysia: National Policy and Future Direction, 2001.

Suthichai Jitapunkul, et al., National Policies on Ageing and Long-term Care for Older Persons in Thailand, 2001

Alfred C M Chan, Ageing Policy in Hong Kong, 2001

รูปที่ 4



บทที่ 2 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 การวัดสถานะสุขภาพ

นิยามของคำว่าสุขภาพของผู้สูงอายุตามองค์การอนามัยโลก ต้องครอบคลุมมิติทางกาย ทางจิต และสังคมของผู้สูงอายุ

“สถานภาพทางกาย” ประเมินได้ใน 3 หัวข้อคือ (1) สุขภาพทางกาย โดยทั่วไป (2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเอง และ (3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกิจกรรมที่ซับซ้อน โดยอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Kart, 1997)

“สถานะสุขภาพจิต” เชื่อมโยงศักยภาพของปัจเจกบุคคลที่จะสนองตอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อความอยู่ดีมีสุข ใช้สติปัญญา ความรักและความมีเหตุผล ทำหน้าที่ตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายของบุคคลหรือกลุ่มโดยยุติธรรม อาการทางจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือภาวะซึมเศร้าแต่วัดได้ยาก กลุ่มอาการความจำเสื่อมพบในลำดับแรกของกลุ่มอาการทางจิต

“สุขภาพสังคม” เกี่ยวข้องกับสองสถานะที่ตรงข้ามกัน คือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของกับความรู้สึกโดดเดี่ยว

2.2 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศที่ศึกษา

สุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งทางกายและความพึงพอใจในชีวิต ในขอบเขตของปัจเจกบุคคล ความเจ็บป่วยจะนำมาซึ่งการสูญเสียหลายอย่าง ทั้งทางตรงและทางอ้อมทางตรงเป็นการสูญเสียความเป็นอิสระและความเป็นตัวของตัวเอง การเคลื่อนไหว ศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว ความมั่นใจในตนเองและความตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Sidell, 1995) ผลทางอ้อมคือสุขภาพจะมีผลกระทบต่อการสะสมทุนส่วนบุคคล การสูญเสียโอกาสที่จะมีทรัพยากรสำหรับผู้สูงอายุในด้านอื่น สิ่งที่น่าสนใจมากที่สุดคือ ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประมาณความต้องการของบริการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่การวัดภาวะโรค ระดับการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมและอัตราฆ่าตัวตาย

2.2.1 ภาวะโรค

ในช่วงหลังการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผลทางสุขภาพที่ตามมาคือ การเปลี่ยนภาระโรคจากโรคติดต่อที่เกยเป็นของเดิมเป็นโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรสูงอายุ รูปแบบของภาระโรคของประเทศสิงคโปร์ มาเลเซียและไทยคล้ายคลึงกัน ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่นำมาซึ่งความพิการและความตายในผู้สูงอายุไทย คือ โรคตับแข็ง stroke มะเร็งตับ เบาหวาน อุบัติเหตุจราจรและโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุชาย ในขณะที่โรคสมองเสื่อม ซึมเศร้าและโรค

ข้อเสื่อมเป็นภาระโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุหญิง การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ที่เป็นสาเหตุลำดับแรกของการตายของประเทศ ไม่ปรากฏชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ(Thai Burden of Diseases, BHPP of MoPH, 2002) แต่โรคนี้ก็มีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

ตาราง 3 ภาระโรคสิบอันดับแรกที่วัดโดย DALYs ที่ทำให้ผู้มีอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไทย เสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือมีชีวิตร้อยอย่างบกพร่องทางสุขภาพ พ.ศ. 2542

อันดับ ผู้ชาย	ที่สูญเสีย	%	ผู้หญิง	ปีที่สูญเสีย	%
1. อัมพาต	79,260	14%	สมองเสื่อม	152,444	15%
2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	64,272	11%	อัมพาต	132,796	16%
3. หัวใจขาดเลือด	36,857	6%	เบาหวาน	60,706	7%
4. มะเร็งตับ	34,212	6%	หัวใจขาดเลือด	41,795	5%
5. เบาหวาน	32,421	6%	คอกระดูก	37,650	4%
6. สมองเสื่อม	27,106	5%	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	31,564	4%
7. คอกระดูก	23,129	4%	มะเร็งตับ	25,771	3%
8. วัณโรค	21,714	4%	โลหิตจาง	22,674	3%
9. มะเร็งปอด	21,098	4%	วัณโรค	21,775	3%
10. ติดเชื้อระบบหายใจส่วนล่าง	16,977	3%	ติดเชื้อระบบหายใจส่วนกลาง	21,427	3%

แหล่งข้อมูล: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545

2.2.2 สถานะสุขภาพทางกาย

นอกเหนือจากการวัดภาระโรคที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สถานะสุขภาพทางกายดังที่กล่าวมาแล้ว โดยทางอ้อมวัดได้จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลตนเอง และสภาวะทุพพลภาพระยะยาว ซึ่งมีข้อมูลของการใช้ในประเทศมาเลเซีย เกาหลีและไทย ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ต่อไปได้

Activities of Daily Living (ADLs) เป็นการวัดความอิสระในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งตรงกันข้ามกับการวัดความพึ่งพาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การทำความสะอาดบ้าน การเดินทาง การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำและการแต่งตัว(สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 1999)

โดยภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงสภาพทางร่างกาย อาจจะทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ได้ จะมีปัญหามากที่สุดในเรื่องการไปซื้อของและการเดิน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเดิน ส่วนของการลุกจากเตียงจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ที่มักจะเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย เนื่องจากสภาพทางร่างกายของผู้ชายจะแข็งแรงกว่าผู้หญิง จะเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้นในกลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (Chen et al, 1986) ข้อมูลของประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงอัตราความชุกของการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ และจะชัดเจนยิ่งขึ้นในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป(ตารางที่ 4)

ส่วนประเทศเกาหลีได้ทำการวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุโดยละเอียด เพื่อวัดสถานะสุขภาพและอัตราความชุกของการสูญเสียสภาพทางร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันและภาวะทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุไทย.

อัตราภาวะทุพพลภาพระยะยาว			อัตราการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน	
อายุ	ผู้ชาย(%)	ผู้หญิง(%)	ผู้ชาย(%)	ผู้หญิง(%)
ทุกกลุ่มอายุ	17.4	20.2	5.7	7.9
60 - 69	14.6	14.9	4	4.4
70 - 79	19.4	23.4	5.4	8.9
80+	27.6	36.0	16.1	20.9

source : Jitapunkul, S., et al, 1999.

ตารางที่ 5 การวัดสถานะสภาพทางร่างกายโดยใช้การพึ่งพา, ADL และ IADL เกาหลี , 1998

การพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน	65+	65 - 69	70 - 74	75+
Healthy and independently (%)	13.3	14.8	12.4	12.2
Having chronic illness (%)	86.7	85.2	87.6	87.8
Having chronic illness but living independently (%)	43.3	56.0	44.6	25.1
Limitations in IADL (%)	43.4	29.2	43.0	62.7
Limitations only in IADL (%)	11.5	4.8	10.9	21.8
Limitations only in ADL (%)	31.9	24.9	32.1	40.9
Limitations in 1 - 5 activities of ADL (%)	28.4	22.8	27.5	35.6
Limitations in all 6 activities of ADL (%)	3.5	2.1	4.6	4.4

Source: Chung, et al.,1998.

นักวิจัยจากประเทศมาเลเซียได้นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ กับการจัดบริการที่เหมาะสมตามทฤษฎีที่ได้นำเสนอเพื่อการประชุมวิชาการว่าด้วยศาสตร์เกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี ค.ศ. 1996 ด้วยโมเดลที่ 1 และโมเดลที่ 2 ดังแสดงในตารางที่ 7 ระดับความสามารถของผู้สูงอายุเริ่มจากกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง กิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้านและกิจกรรทางสังคม ซึ่งเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความสามารถจะค่อยๆ ลดลง โดยลดจากกิจกรรมทางสังคมก่อน ต่อมานั้นกิจกรรมงานบ้านและท้ายสุดคือการดูแลตนเอง ถ้าอยู่ในระดับที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย

ก็อยู่ในฐานะที่ต้องพึ่งพาคนอื่นทุกอย่าง การจัดบริการเพื่อตอบสนองความสามารถของผู้สูงอายุที่ขึ้นอยู่กับความต้องการการพึ่งพาในระดับใด

ตารางที่ 6 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในกิจกรรมต่างกับการจัดบริการ

โมเดลที่ 1 ระดับของความสามารถของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่างๆ		
กิจกรรมดูแลตนเอง	กิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน	กิจกรรมทางสังคม
อาบน้ำ	ซักผ้า, รีดผ้า	เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา
เข้าห้องน้ำ	ล้างจาน	การเดินทาง
หวีผม	ทำความสะอาดบ้าน	ออกไปซื้อของ
แต่งตัว	ทำกับข้าว	เล่นกีฬา
ตัดเล็บ	ทำเตียง	ไปธนาคาร
ออกไปนอกบ้าน	เลี้ยงสัตว์	ไปรับบำนาญ
ทำงานบางเวลา	ทำสวน	ไปเยี่ยมญาติ
กลั่น ปัสสาวะ/อุจจาระได้	ซ่อมแซมบ้าน	ไปหาหมอ
	ทำบัญชี	
โมเดลที่ 2 การจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ		
ระดับบุคคล	ระดับครอบครัว	ระดับชุมชน
บ้านพักผู้สูงอายุ	บริการช่วยงานบ้าน	กลุ่มช่วยเหลือ
ผู้ดูแลในบ้าน	ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน	องค์กรพัฒนาเอกชน
พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพ	ที่พักชั่วคราว	บ้านพักชั่วคราว
รักษาในโรงพยาบาล	พนักงานเยี่ยมบ้าน (สุขภาพ)	ศูนย์สุขภาพชุมชน
	บริการส่งอาหาร	
	พยาบาลเยี่ยมบ้าน	

ที่มา : คัดแปลงจาก Williams , 1986 AF First Symposium an Gerontology 1996 อ้างในเอกสารวิจัยของประเทศไทย มาเลเซีย

2.2.3 การวัดภาวะทุพพลภาพ

“ภาวะทุพพลภาพ” คำจำกัดความในรายงานการศึกษาของประเทศไทยคือ การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นระยะเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า ในขณะที่ “ภาวะทุพพลภาพโดยรวม” คือ ภาวะทุพพลภาพระยะยาวหรือการไม่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว แต่มีความเจ็บป่วยระยะสั้นทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน(สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 1999)

อัตราความชุกของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยค่อนข้างสูง ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าภาวะนี้เกิดกับผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ ภาวะที่รุนแรงมากและมากที่สุดจะมีผลต่อภาวะทุพพลภาพระยะยาว(ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ประเภทของความพิการระยะยาวและความรุนแรงของผู้สูงอายุไทย.

ความรุนแรงของ ภาวะทุพพลภาพ	ทุพพลภาพระยะยาว (%)		กลุ่มอายุ (%)					
	รวมทุกอายุ		60 - 69		70 - 79		80+	
	ผู้ชาย	ผู้หญิง	ผู้ชาย	ผู้หญิง	ผู้ชาย	ผู้หญิง	ผู้ชาย	ผู้หญิง
รวม	17.4	20.2	14.6	14.9	19.4	23.4	27.6	36.0
ออกนอกบ้านได้	13.7	14.6	12.3	12.5	15.4	17.4	16.1	17.8
ต้องอยู่ในบ้าน	2.5	3.5	1.7	1.3	2.7	4.0	6.9	12.5
นอนติดเตียง	0.6	0.8	0.4	0.6	0.5	0.9	2.3	1.3
พึ่งพาทุกอย่าง	0.6	1.2	0.2	0.5	0.7	1.1	2.3	4.4

Source: Jitapunkul, S., et al., 1999.

การคาดประมาณการว่า ผู้สูงอายุในฮ่องกงประมาณร้อยละ 20 จะมีความพิการทางร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง และประมาณครึ่งหนึ่งจะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (Lau and Wong, 1997) กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จะใช้บริการในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น โรงพยาบาลจะมีผู้เข้ารับบริการประมาณร้อยละ 45 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีและมากกว่า และจะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 22 วัน และมากกว่าครึ่งหนึ่งจะอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าค่าเฉลี่ย

2.2.4 สุขภาพจิต

วิธีการวัดสุขภาพจิตที่ใช้กันบ่อยเป็นการวัดด้านสติปัญญา กลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย

- การประเมินสติปัญญา มีการรายงานการประเมินด้วยคะแนนความจำ ประเทศมาเลเซีย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีและมากกว่าจะมีคะแนนด้านสุขภาพจิตต่ำ ในมิติของหญิงชาย คะแนนของผู้สูงอายุชายจะมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และมีการรายงานถึงภาวะกังวลใจ ขาดความสนใจ รู้สึกเหนื่อยหน่าย หลงลืมและประสาทหลอน สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนปกติจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมตัวแปรอายุ คะแนนความจำจะสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งไม่แตกต่างระหว่างชายหญิง (Chin, 1996) แต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม อาทิเช่น กลุ่มที่มีรายได้น้อยจะมีคะแนนความจำต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้คงที่

- สัดส่วนของผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม มีการรายงานจากประเทศเกาหลี ฮ่องกงและไทย จากการสำรวจสถานะสุขภาพของคนไทยโดยการตรวจร่างกายระดับชาติในปี 2539 พบว่า ร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุไทยเป็นโรคสมองเสื่อมอัตราความชุกเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น อายุ 60-69 ปีจะมีประมาณร้อยละ 1 แต่เมื่อมีอายุ 90 ปีและมากกว่าจะเป็นร้อยละ 30 อัตราความชุกที่ปรับอายุแล้วของไทยจะใกล้เคียงกับประเทศสิงคโปร์และประเทศพัฒนาแล้ว (สุทธิชัย จิระพันธุ์กุล, 2542) อัตราความชุกของกลุ่มอาการ

สมองเสื่อมของเกาหลีสูงกว่า ประมาณร้อยละ 8.2 ของผู้สูงอายุ 65 ปีและมากกว่าในปี พ.ศ. 2543 และได้ คาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2553 และร้อยละ 9.0 ในปี พ.ศ. 2563 (Byun, et al., 1997) ทั้งนี้ตัวเลขอัตราความชุกดังกล่าวอาจจะแตกต่างกันเนื่องจากการใช้เครื่องมือและวิธีการในการ ศึกษาวิจัยที่แตกต่างกันระหว่างไทยและเกาหลี (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 สัดส่วนของโรค dementia ของผู้สูงอายุในประเทศไทยและเกาหลี

กลุ่มอายุ	ประเทศไทย ¹	ประเทศเกาหลี ²
60 - 64	1.0	7
65 - 69	1.2	5.2
70 - 74	3.5	12.2
75 - 79	3.5	17
80 - 84	10.0	35.2
85 - 89	13.0	-
90 - 94	31.3	-

source 1. Jitapunkul, S., et al., 1992. 2. Bae, S., S., et al., 1999.

การสำรวจผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราในฮ่องกงพบว่า อัตราความชุกของผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยอาการสมองเสื่อมอยู่ในในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง ประมาณร้อยละ 4 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีและมากกว่า การคาดประมาณในปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้ป่วยด้วยอาการสมองเสื่อมจำนวน 43,600 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 1.09 ล้านคน

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมครึ่งหนึ่งมีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรค อัลไซเมอร์(Phanthumchinda, K., et al, 1991) ภาวะหลงลืมจะเป็นภาระต่อผู้ดูแลมากที่สุด

- ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตใจที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 45 ในผู้สูงอายุฮ่องกงที่มีอายุ 65 ปี(Chen,1997) และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายรายงานว่า มีภาวะซึมเศร้าก่อนการฆ่าตัวตาย ประเทศฮ่องกงมีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 28 รายต่อประชากรแสนคนในกลุ่มผู้สูงอายุ ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไปเท่ากับ 12 รายต่อแสนคน ซึ่งต่ำกว่าสิงคโปร์ ที่มีอัตรา 50 รายต่อแสนคน (Chi et al,1997) และข้อมูลของประเทศไทยในปี 2542 มีอัตราฆ่าตัวตาย 17.2 ต่อแสนของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกามีอัตราอยู่ที่ 20 รายต่อแสนคน ออสเตรเลีย 16 รายต่อแสนคนและนิวซีแลนด์ 12 รายต่อแสนคน

อัตราการเติบโตของผู้สูงอายุและการมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างรวดเร็ว กระตุ้นให้เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเดิมเป็นเรื่องน่าอายถ้าจะต้องขอความช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว ในปัจจุบันได้กลายเป็นความต้องการในบริการของรัฐในกลุ่มประเทศอาเซียน

2.2.5 สุขภาพทางสังคมและความอยู่ดีมีสุข

สุขภาพทางสังคมและการอยู่ดีมีสุขจะเชื่อมโยงกับความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรู้สึกโดดเดี่ยว การวัดผลกระทบทางสังคม ต้องรวมการรับรู้เรื่องสภาวะแวดล้อม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

การจัดลำดับของสภาพแวดล้อมภายในบ้านของประเทศมาเลเซียพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกปลอดภัยในระดับปานกลาง ดีและดีมาก มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รู้สึกว่าไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ในบ้านของตนเอง(Chen, 1986) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเหล่านี้มักอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร การได้รับความสนับสนุนจะมีทั้งเรื่องเข้าของเงินทอง จิตใจอารมณ์และสังคม ซึ่งย่อมมีขอบเขตจำกัด ปรากฏการณ์ที่คล้ายคลึงกันนี้ได้เกิดขึ้นในประเทศอื่นที่ทำการศึกษานี้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ยังมีพลังจะสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลบ้าน การดูแลหลาน หรือการดูแลเด็กที่เจ็บป่วย เช่น เด็กกำพร้าและเด็กที่ติดโรคเอดส์จากแม่ในประเทศไทย(Knodel, 2001) และการช่วยครอบครัวในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ

นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน จะมีอัตราที่ลดลงตามอายุและจะมีอัตราการเข้าร่วมน้อยมากในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในชนบทจะเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง การเข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นเรื่องการเป็นสมาชิกขององค์กรทางสังคม กิจกรรมการดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมในประเทศนั้นๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา

จากการประเมินด้วยวิธีการต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น ช่องว่างทางสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ได้ถูกจำแนกและกำหนดเป็นนโยบายและบริการสำหรับผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของ เช่น ทำให้เป็นเจ้าของบ้าน การช่วยเหลือของชุมชนและการบริการบ้านพักเป็นกุญแจสำคัญของการให้บริการด้านสวัสดิการสังคมที่จะดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในขณะที่เป้าหมายเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุคือ การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาสุขภาพให้อยู่ในสถานะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความกระฉับกระเฉงและมีความสามารถในการผลิต ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนให้มีวิถีชีวิตในทางบวก และใช้พลังความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งรวมถึงการเป็นอาสาสมัคร การทำงานตามความสนใจและการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น

บทที่ 3 การดูแลระยะยาว Long-term care (LTC)

คำจำกัดความของคำว่า Long-term care ในรายงานการศึกษาของประเทศสิงคโปร์ได้ระบุว่า เป็นการดูแลสุขภาพเต็มพิกัด ทั้งการบริการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการบริการทางสังคม ที่บริการให้ที่บ้านและในชุมชนระยะยาวอย่างต่อเนื่อง แก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่น (Phillips in Borgatta and Montgomery, 2000)

จากคำจำกัดความที่ครอบคลุมทั้งการดูแลในสถานบริการและในชุมชน โดยเน้นเรื่องการฟื้นฟู และการรักษาสภาพ ดังนั้นขอบเขตของการดูแลระยะยาว (LTC) จึงความหลากหลาย ซึ่งขึ้นอยู่กับคำจำกัดความและนโยบายของแต่ละประเทศ อาจจะเป็นการดูแลครบวงจรที่เริ่มจากการดูแลที่ไม่ใช่การดูแลทางการแพทย์ไปจนถึงการดูแลทางการแพทย์ที่ต้องการความชำนาญเฉพาะโรค

แต่เดิมการรับรู้ของคนทั่วไปต่อการดูแลระยะยาว เป็นเรื่องการดูแลในสถานบริการหรือบ้านพักคนชรา จึงควรเพิ่มการรับรู้ของประชาชนถึงความสำคัญของการให้บริการดูแลในชุมชนและที่บ้านที่ต้องการการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากสังคมโดยรวม ซึ่งจะทำให้ประเภทของบริการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและทำให้เกิดการพัฒนา นโยบายการดูแลระยะยาวด้วย

สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนในการศึกษาครั้งนี้ คือ ทุกประเทศที่ศึกษามีการรับรู้และได้ปรับมาตรการดูแลระยะยาวดังคำจำกัดความที่กล่าวข้างต้น ตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 20 ประเทศสิงคโปร์มีความก้าวหน้ามากกว่าประเทศอื่น ประเทศที่เหลือกำลังพัฒนาตามมา

ความแตกต่างของระดับการพัฒนา นโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศทั้ง 5 พบว่า มีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจการเมือง การปกครอง และวิสัยทัศน์ของผู้นำในแต่ละประเทศ ฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย ในช่วงเวลา 40 ปีที่ผ่านมาเมื่อมีฐานะดีรัฐจะใจดีมีการใช้จ่ายด้านผู้สูงอายุสูงตามไปด้วย ประเทศที่มีฐานะทางการเงินมั่นคงเช่นประเทศสิงคโปร์และมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมาก จนทำให้ถูกจัดลำดับความสำคัญเป็นอันดับต้นๆของประเทศในการกำหนดนโยบายความมั่นคงและการอยู่ดีมีสุขสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 ซึ่งตรงกันข้ามกับประเทศอื่นๆ ที่มีความมั่นคงทางการเมืองและเศรษฐกิจน้อยกว่า อยู่ในสภาพต้องฟื้นฟูตั้งแต่ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 เช่นประเทศไทย ประชากรสูงอายุจึงยังไม่ได้ถูกจัดให้อยู่ในลำดับความสำคัญ อย่างไรก็ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ ในเอเชีย แม้จะมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง แต่มีหลักการที่เหมือนกันคือผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุดเท่าที่จะอยู่ได้ แต่เมื่ออยู่ไม่ได้หรือมีความต้องการการดูแลจากสถานบริการทางการแพทย์หรือทางสังคม รัฐจะต้องเข้าไปช่วยเหลือให้ทันกับปัญหา

3.1 โครงสร้างครอบครัวกับปัญหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนาประเทศได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ทำให้ขนาดของครอบครัวเล็กลง ผนวกกับการมีค่านิยมการมีครอบครัวเด็วมากกว่าเป็นครอบครัวขยายที่มีคนหลายรุ่นอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันเช่นในอดีต ดังนั้น ปัญหาผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวโดยไม่มีผู้ดูแลในเขตเมืองจะปรากฏให้เห็น สภาพเช่นนี้จึงมีความจำเป็นต้องจัดที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยลำพัง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว เป็นผลมาจากการลดจำนวนบุตร การอพยพแรงงานเข้าสู่เมือง รวมทั้งการเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้หญิง ทำให้ภาระเรื่องการดูแลผู้สูงอายุทวีคูณและซับซ้อนยิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น ปรากฏการณ์ของประเทศไทยที่ผู้สูงอายุต้องดูแลรับผิดชอบเลี้ยงดูหลานกำพร้าที่พ่อแม่ตายจากการติดเชื้อเอชไอวี และบุตรที่เป็นโรคเอดส์กลับมาตายที่บ้านมีมากขึ้นตามลำดับ(Knodel, et al, 2543)

ข้อมูลของประเทศมาเลเซีย แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของครอบครัวเดี่ยวและการลดจำนวนของครอบครัวขยายในช่วงปี พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2534 ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็น 5.2 - 4.8 และ 4.9-4.8 คนสำหรับครอบครัวเดี่ยว และ 7.1 - 6.5 คนสำหรับครอบครัวขยาย(Mlaysiaian Department of Statistics, 1998)

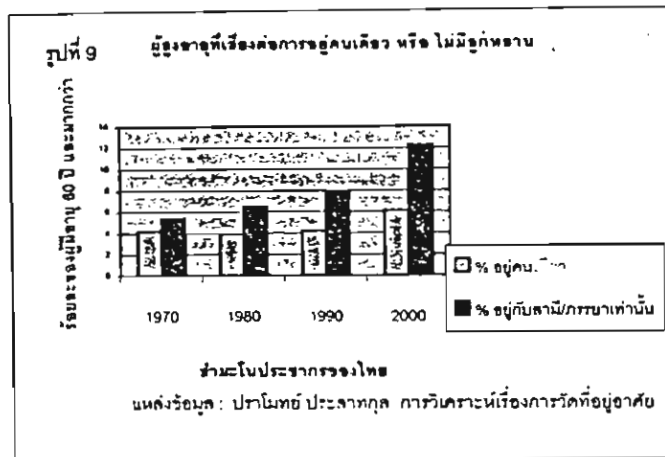
การสำรวจสำมะโนประชากรสิงคโปร์ในปี พ.ศ.2543 พบว่า ครอบครัวที่มีเฉพาะผู้สูงอายุคนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.8 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2542 เหตุการณ์คู่ขนานกับแนวโน้มทางสังคมนี้คือ การลดจำนวนครอบครัวขยายหรือครอบครัวที่มีสมาชิกหลายรุ่นจากเดิมร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 5.6 และเพิ่มจำนวนครัวเรือนที่มีสมาชิกเพียงคนเดียวจากร้อยละ 5.2 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.2 ในปี พ.ศ. 2542(Singapore Department of Statistics, 2001) การเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ของครอบครัวที่มีสมาชิกคนเดียวเป็นปรากฏการณ์ของปัญหาทางสังคม ที่ผู้สูงอายุแยกตัวออกมา เหล่านี้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศฮ่องกงในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอ่อนแอลง การพึ่งพาผู้สมรสในการดูแลยังเป็นเรื่องยากคิ เพราะส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะหม้าย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในฮ่องกงเป็นคนยากจน ที่ต้องอาศัยการจ่ายเบี้ยยังชีพจากระบบประกันสังคม สะท้อนให้เห็นถึงการลดน้อยลงของความช่วยเหลือจากครอบครัว

ผู้สูงอายุหญิงไทยยังได้รับการดูแลจากครอบครัวไม่เพียงพอ พบว่า อัตราความชุกของหม้ายหย่า แยก สูงมากในผู้สูงอายุหญิง(รายงานการสำรวจผู้สูงอายุไทย, 2537) ประมาณร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุหญิงอยู่คนเดียวในขณะที่ผู้สูงอายุชายมีเพียงร้อยละ 1 ความแตกต่างจะเห็นได้ชัดเจนขึ้นในเขตเมืองและเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุตอนปลายที่อยู่คนเดียวจะอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะขาดผู้ดูแลที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 75 ปีและมากกว่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง จะมีอัตราความชุกของการอยู่คนเดียว ร้อยละ 6.5 และการอยู่กับคนที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องร้อยละ 5.6 (การสำรวจผู้สูงอายุไทย, 2537)

การวิเคราะห์ข้อมูลสำมะโนประชากรของประเทศไทยในปี 1970 , 1980 , 1990 และ 2000 พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาจเสี่ยงต่อการอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนในข้อมูลปี 2000 รูปที่ 9



3.2 ความต้องการการดูแลระยะยาว

เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น เกิดภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความยืนยาวของชีวิตที่แข็งแรงกลับลดน้อยลง ดังข้อมูลของประเทศเกาหลีและไทย(ตารางที่ 8) ซึ่งปรากฏการณ์นี้กลายเป็นเรื่องสากลและเป็นวงจรชีวิตที่ทุกคนต้องประสบ ทำให้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่อย่างไม่อิสระต้องพึ่งพาการดูแลทั้งทางสุขภาพและทางสังคมจากผู้อื่น

ผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศอาเซียนมักจะได้รับการดูแลจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนอื่นที่อยู่รายล้อม สิ่งที่จะต้องเกิดขึ้นคือ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมาใช้บริการดูแลอย่างเป็นทางการ จนในที่สุด จำนวนผู้มาใช้บริการในสถานับจะมากกว่าจำนวนผู้ที่มาใช้บริการที่บ้าน และชุมชน การกำหนดนโยบายและบริการดูแลระยะยาว ต้องมีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นการคาดประมาณจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการบริการดูแลความรุนแรงของความบกพร่องทางจิตและความบกพร่องทางกาย โดยเฉพาะข้อมูลระดับความรุนแรงของภาวะผิดปกติทางจิตใจและทางร่างกาย ระดับของการพึ่งพา เป็นสิ่งจำเป็นในการประมาณการความต้องการการดูแลระยะยาวของประเทศ

ประเทศไทยใช้อัตราความชุกของภาวะทุพพลภาพ จากการจัดกลุ่มตามความรุนแรง อาทิเช่น Home bound, Bed bound, การพึ่งพาการดูแลส่วนบุคคลและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุต่อประชากรสูงอายุทั้งหมด ในการคาดประมาณการความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งคาดว่า ร้อยละ 14.8 ของผู้สูง

อายุที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่าจะมีความต้องการการดูแลระยะยาวในปี พ.ศ. 2543(สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542)

คณะกรรมการวางแผนนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการของประเทศเกาหลี (2543) ประมาณการจำนวนผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวว่า มีประมาณร้อยละ 19 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีและมากกว่า การวัดระดับของการพึ่งพาด้วย IDAL/ ADL ความต้องการการดูแลระยะยาวจะเป็นการดูแลในสถานบริการ บ้านพักคนชรา ชุมชนหรือที่บ้าน ทีมงานจะลงไปประเมินความต้องการเป็นระยะๆ(Policy Planning Committee, Ministry of Health and Welfare Korea, 2000)

ความต้องการการดูแลระยะยาวในฮ่องกงเพิ่มขึ้น ไม่ใช่จากการเพิ่มขึ้นของประชากรเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อ อุปสงค์และอุปทานของการดูแลระยะยาวในช่วงเวลาต่อจากนี้ไป ประมาณการว่า ผู้สูงอายุฮ่องกงหนึ่งในสองคนจะทนทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้า ที่พบบ่อยคือกลุ่มอาการสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ที่จะทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม รวมทั้งทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคล ดังนั้นคุณภาพของบริการดูแลรักษาจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 10 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว

ประเทศ , คค.	บ้านครอบครัว คนเดียว	บ้านครอบครัว เดี่ยว	บ้านหลาย ครอบครัว	ขนาดของ ครอบครัว
สิงคโปร์' 1990	5.7	81.0	10.8	...
1990	5.2	84.6	6.7	...
2000	8.2	82.1	5.6	...
มาเลเซีย' 1980	...	55.2	27.8	5.2
1991	...	59.9	26.4	4.8
ฮ่องกง' 1996	...	59.2	...	...
1999	...	63.6	...	...

Source 1 Survey of Population Census, Singapore Department of Statistics, 2001.
 2. Survey of Ageing population , Malaysia Department of Statistics, 2001.
 3. Social Welfare Department, Hong Kong, 2000.

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวใน 5 ประเทศนี้ มีความคล้ายคลึงกัน เช่น ประเทศสิงคโปร์ พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกคนเดียวเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 จะทำให้เกิดปัญหาความรู้สึกโดดเดี่ยวที่