ISBN 974-569-811-3

ASEAN POPULATION PROGRAMME
Socio-Economic Consequences of the Ageing of the Population Project

สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย

นภาพร ชโยวรรณ
มาลินี วงษ์สิทธิ์
จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย

จฬ
ป 15
005084

ชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กุมภาพันธ์ 2532

เอกสารสถาบัน หมายเลข 165/32

สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย

ด้วยอภินันทนาการ

จาก

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย

นภาพร ชโยวรรณ

มาลินี วงษ์สิทธิ์

จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย

สถาบันประชากรศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กุมภาพันธ์ 2532

I 1353226.

เลขหมู่ ลพ
ม15
เลขทะเบียน 005084
วัน,เดือน,ปี 7 มิ.ย. 32

IPS Publication No.165/32

เอกสารสถาบัน หมายเลข 165/32

049167

สรุปผลโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาของประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยนับเป็นตัวอย่างของความสำเร็จของนโยบายประชากรในประเทศเหล่านี้ กล่าวคือ สามารถควบคุมอัตราเพิ่มของประชากรโดยผ่านการลดของอัตราเกิดซึ่งลดอย่างรวดเร็วและภายในระยะเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตาม การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร กล่าวคือ ประเทศเหล่านี้จะเปลี่ยนจากประเทศที่มีโครงสร้างทางอายุของประชากรที่มีประชากรผู้เยาว์เป็นภาระไปสู่โครงสร้างที่มีประชากรผู้สูงอายุเป็นภาระมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางอายุของประชากรดังกล่าวจะส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ในลักษณะที่ต่างไปจากปัญหาของการมีอัตราเกิดสูงเกินไป

จากประสบการณ์ของประเทศอุตสาหกรรมซึ่งได้ผ่านขบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและกำลังอยู่ในภาวะที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูง กล่าวคือ มีประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 หรือกว่านั้น เช่น ประเทศสวีเดนและญี่ปุ่น ประเทศเหล่านี้กำลังประสบปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น ภาวะค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้มีความเป็นอยู่ที่ดีพอควร ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การว่างงานของผู้สูงอายุ เป็นต้น การเพิ่มขึ้นของขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมจะเป็นปัญหาประชากรที่สำคัญปัญหาใหม่ที่ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราเกิดอย่างรวดเร็วจะต้องเผชิญในอนาคต

สำหรับประเทศไทย ขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่องคือจาก 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2503 เป็นประมาณกว่า 3 ล้านคนในปัจจุบัน (2530) หรือจากประมาณร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 6 ในช่วงเกือบสามทศวรรษ ประมาณว่าในอีก 25 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2555) ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ตระหนักถึงศักยภาพของปัญหาต่างๆอันจะเกิดจากการเพิ่มขึ้นของทั้งขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย (Socio-Economic Consequences of the Ageing of Population in Thailand, SECAPT) ภายใต้โครงการ ASEAN Population Programme Phase 3 ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนการวิจัยจากรัฐบาลออสเตรเลีย กิจกรรมหลักอันหนึ่งของโครงการวิจัยนี้ คือ สำรวจวิจัยโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่าง (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุ และปัญหาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุกำลังประสบ ตลอดจนทัศนคติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ โครงการสำรวจนี้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2529 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างทั่วประเทศจำนวน 3,252 ราย นับว่าโครงการนี้เป็นโครงการสำรวจวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับประเทศโครงการแรกของประเทศไทย

ความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุและปัญหาต่างๆที่ผู้สูงอายุในปัจจุบันกำลังประสบ จากผลของการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะชี้แนะถึงศักยภาพของปัญหาอันสืบเนื่องจากการจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มในอนาคต และใช้เป็นแนวทางในการวางนโยบายและแผนที่เหมาะสมเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป โดยเฉพาะการวางแผนและนโยบายให้สวัสดิการด้านต่างๆ สำหรับให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีพอสมควรในบั้นปลายของชีวิต และเพื่อป้องกันมิให้การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนี้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ

ผลการวิจัยของโครงการ SECAPT พอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหาหลักอยู่ 2 ประการ คือปัญหาความยากจนหรือเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ ส่วนปัญหาอื่นๆ เช่น การอยู่อาศัย การสูญเสียบทบาท สถานภาพ และอื่นๆ นับว่ามีความสำคัญรองลงไป กล่าวคือ ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุรายงานว่าปัญหาสำคัญที่สุดที่ประสบคือปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 34 มีปัญหาสุขภาพทางกาย ร้อยละ 13 มีปัญหาสุขภาพทางใจ และร้อยละ 11 ไม่มีปัญหาอะไร

ปัญหาเศรษฐกิจ และสุขภาพนับว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีอาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางเศรษฐกิจและสุขภาพร่างกาย ก็อาจมีผลให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุถูกกระทบกระเทือน

เกี่ยวเนื่องกับสภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในปัจจุบันนั้น การศึกษานี้ใช้ดัชนีต่างๆ ในการวัดสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เช่น รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สภาวะทางเศรษฐกิจในปัจจุบันเปรียบเทียบกับเมื่อตนเองอายุ 40-50 ปี ความบ่อยครั้งของปัญหาทางการเงินที่ประสบและความต้องการการเลี้ยงดูจากบุตรหลานเป็นต้น แม้ดัชนีเหล่านี้จะมีข้อจำกัด แต่น่าจะสะท้อนภาพภาวะเศรษฐกิจได้ โดยเฉพาะเมื่อดัชนีที่ใช้ทุกตัวแสดงผลในทิศทางที่สนับสนุนกัน นับเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยที่พบ ผลการวิจัยซึ่งวัดภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุด้วยดัชนีต่างๆ ชี้แนะว่าผู้สูงอายุไทยปัจจุบัน มีภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากจน กล่าวคือกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 60) มีรายได้ต่ำกว่า 500 บาทต่อเดือน หรือไม่มีรายได้ (เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้โดยเฉลี่ยต่อหัวของประชากรทั้งประเทศซึ่งอยู่ในระดับประมาณ 1,700 บาทต่อเดือนในปีพ.ศ.2530) มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุยังรายงานว่ามีภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่แย่กว่าเมื่อตนเองอายุ 40-50 ปี สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ ประมาณครึ่งหนึ่งรายงานว่า รายได้นั้นไม่พอเลี้ยงชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (เกือบร้อยละ 90) ต้องการการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน

ผู้สูงอายุในชนบทมีภาวะทางเศรษฐกิจที่ยากจนกว่าผู้สูงอายุในเมืองอย่างเห็นได้ชัดกล่าวคือ ร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุในเมืองเปรียบเทียบกับร้อยละเกือบ 70 ของผู้สูงอายุในชนบทไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 500 บาทต่อเดือน ส่วนผู้สูงอายุในเมืองและชนบทที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือนมีเพียงร้อยละ 25 และ 5 ตามลำดับ เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า ร้าง หรือโสด มีภาวะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอย่างมาก และตามที่คาดหมายผู้สูงอายุที่ทำงานมีรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ทำงาน

อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างไม่ดีของผู้สูงอายุคือการไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ ซึ่งมี อายุ และสุขภาพเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ ผลการวิจัยพบว่า กว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานในเชิงเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุในชนบทมีอัตราการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง แต่การที่ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในชนบทต่ำกว่าในเมืองเนื่องจากงานที่ทำนั้นส่วนใหญ่เป็นงานในภาคเกษตรซึ่งให้ผลตอบแทนที่ต่ำ สาเหตุสำคัญของการไม่สามารถทำงานคือ สุขภาพร่างกายทำไม่ไหว (ร้อยละ 75) รองลงไปคือ ครอบครัวไม่อยากให้ทำ มีเพียงร้อยละ 4 ที่หยุดทำงานเพราะเกษียณ ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานนั้นเป็นปัญหาของผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าในเมือง (ร้อยละ 81 เปรียบเทียบกับร้อยละ 52)

ผู้สูงอายุปัจจุบันเกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าไม่ควรมีการกำหนดอายุเกษียณ หรือควรทำงานต่อไปเรื่อยๆ ร้อยละ 66 ของผู้สูงอายุต้องการทำงาน แต่มีความแตกต่างของระดับความต้องการทำงานระหว่างผู้สูงอายุในชนบทกับในเมือง กล่าวคือ ผู้สูงอายุในชนบทมีร้อยละที่ต้องการทำงานสูงกว่าในเมือง (ร้อยละ 69 กับร้อยละ 51) ความต้องการทำงานจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีความต้องการทำงานต่ำกว่าชาย เช่นเดียวกันผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า ร้าง หรือโสดมีความต้องการทำงานในระดับที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ประเด็นที่น่าสนใจคือ แม้ว่าผู้สูงอายุจะต้องการทำงาน แต่ครึ่งหนึ่งก็รายงานว่าไม่สามารถทำต่อไปได้ ร้อยละ 25 ไม่ทราบว่าจะทำต่อไปได้นานเท่าไร ร้อยละ 15 สามารถทำต่อไปได้เพียงไม่เกิน 5 ปี

โดยสรุป ถ้าวัดสถานภาพทางเศรษฐกิจด้วยรายได้ต่อเดือน ความเป็นเจ้าของบ้าน การมีทรัพย์สมบัติที่ยังไม่ได้ยกให้ใครเลย พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานมีภาวะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ทำงาน แต่ถ้าวัดสถานภาพทางเศรษฐกิจด้วยดัชนีต่างๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นอัตวิสัย (subjective) เช่นความเพียงพอของรายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ ความบ่อยครั้งในการประสบปัญหาการเงิน สถานการณ์ทางการเงินในปัจจุบันเทียบกับเมื่อตนเองอายุ 40-50 ปี และความต้องการการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานมีภาวะที่แย่กว่าผู้ที่ไม่ทำงานเล็กน้อย อาจเป็นไปได้ว่า ความจำเป็นหรือภาวะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องทำงานต่อ และการทำงานของผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุที่ทำงานมีภาวะทางเศรษฐกิจที่มั่นคงขึ้น

แม้การทำงานจะเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยพยุงภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ แต่ไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะสามารถทำงานต่อไปได้หรือต้องการทำงาน ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานควรได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ได้ทำงานที่เหมาะสมกับภาวะทางร่างกายที่เข้าสู่ความชราภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานส่วนใหญ่ที่ดำรงชีพได้ในปัจจุบันเพราะมีบุตรหลานเลี้ยงดู ผลการวิจัยพบว่า เกือบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ ดำรงชีพอยู่ได้ด้วยการเลี้ยงดูจากบุตร รองลงมาคือการทำงาน (ร้อยละ 28) และเงินออม (ร้อยละ 8) ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานต้องพึ่งพิงบุตรถึงร้อยละ 64 บุตรจึงนับเป็นแหล่งพึ่งพิงที่สำคัญมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในชนบท มีอัตราส่วนร้อยที่พึ่งพิงบุตรหลานต่ำกว่าในเมืองเล็กน้อยคือ (ร้อยละ 47 เปรียบเทียบกับร้อยละ 53) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุในชนบทมีอัตราส่วนร้อยที่ดำรงชีพอยู่ด้วยการทำงานสูงกว่าในเมือง (ร้อยละ 30 เปรียบเทียบร้อยละ 17) ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า ร้างมีอัตราส่วนร้อยที่พึ่งพิงบุตรสูงถึง ร้อยละ 57 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสพึ่งพิงบุตรเพียงร้อยละ 40

เกี่ยวกับเรื่องการอยู่อาศัย บทบาท และสถานภาพของผู้สูงอายุตลอดจนความรู้และทัศนคติต่างๆ เกี่ยวกับสวัสดิการที่รัฐควรให้บริการในทัศนะของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย คือมีบุตรหลาน และคู่สมรสอื่นอยู่ในครัวเรือน และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขยายจะเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุ การเพิ่มของอัตราการอยู่กับบุตรหลานตามอายุ อาจอธิบายได้ด้วยปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งต้องการการดูแลจากลูกหลานมากขึ้นเท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวนั้น พบว่ามีร้อยละ 4 และผู้สูงอายุหญิงมีอัตราส่วนร้อยในการอยู่คนเดียวมากกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีอายุขัยโดยเฉลี่ยสูงกว่าชาย และโอกาสในการสมรสใหม่ต่ำกว่าชาย จึงพบว่ามีผู้หญิงหม้ายที่อยู่คนเดียวเป็นสัดส่วนที่สูง เช่นเดียวกันผู้สูงอายุในชนบทที่อยู่คนเดียวมีอัตราส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง

เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพของผู้สูงอายุโดยวัดจากสถานภาพการเป็นหัวหน้าครัวเรือนและการเป็นเจ้าของบ้าน พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนและเป็นเจ้าของบ้านลดลงเมื่ออายุของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่า สถานภาพและความสำคัญของผู้สูงอายุลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุลดบทบาททางเศรษฐกิจลง จึงเท่ากับลดอำนาจไปโดยปริยาย

อย่างไรก็ตาม ในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานนั้น พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับบุตรหลานรายงานว่า ไม่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกัน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบุตรหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเกือบทุกวันหรือบ่อยครั้งมาก ส่วนการไปเยี่ยมบุตรหลานของผู้สูงอายุนั้นพบว่า ยิ่งอายุมากการไปเยี่ยมบุตรหลานลดน้อยลง ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่มีสุขภาพไม่ดี

สำหรับกิจกรรมต่างๆในครัวเรือน เช่น การทำสวน ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ซื้อของ ซักผ้า ดูแลเด็กเล็ก เป็นกิจกรรมที่ผู้ทำส่วนใหญ่เป็นสมาชิกคนอื่นๆในครัวเรือน ผู้สูงอายุที่ต้องทำกิจกรรมแต่ละอย่างเหล่านี้มีน้อย คือมีอัตราส่วนร้อยตั้งแต่ 10 ถึง 23 ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุความนิยมทำมากที่สุดในเวลาว่าง คือการเดินเล่น ตามด้วยเลี้ยงสัตว์ ดูโทรทัศน์ สำหรับกิจกรรมอื่นๆ เช่นฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ทำงาน เล่นกับเด็ก ไม่ค่อยเป็นที่นิยม

ในแง่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆที่ให้สำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม เมื่อถามถึงความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการเฉพาะอย่าง เช่น บ้านพักคนชรา พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุเคยได้ยินเกี่ยวกับบ้านพักคนชรา และผู้สูงอายุในเขตเมืองมีอัตราส่วนร้อยที่เคยได้ยินเกี่ยวกับบ้านพักคนชราสูงกว่าในเขตชนบท เพียงร้อยละ 9 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่เคยคิดจะไปอยู่ที่บ้านพักคนชรา ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีอัตราส่วนร้อยที่เคยคิดไปอยู่ที่บ้านพักคนชราสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับ กลุ่ม หรือ สมาคม หรือชมรมที่มีกิจกรรมต่างๆสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชนบทมีความรู้เรื่องกลุ่มหรือชมรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต่ำกว่าในเมืองมาก

ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่าสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุยิ่งเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น จากมาตรการหลายอย่างที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุพบว่า แม้จะมีผู้สูงอายุบางส่วนรายงานว่าตนเองมีสุขภาพดี หรือดีมาก แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (กว่าร้อยละ 60) ยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมาก ผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุในชนบท จึงนับว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษในด้านการให้สวัสดิการเรื่องสุขภาพอนามัย

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเฉพาะโรค และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุกับสถานที่ไปรับการรักษาพยาบาล ชี้แนะว่าผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจและมีการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ดีพอ จะเห็นว่าผู้สูงอายุไทยจำนวนมากเป็นโรคเกี่ยวกับระบบเนื้อกล้ามรวม โครงสร้าง และเนื้อยึดเสริม เป็นโรคระบบย่อยอาหารหรือมีปัญหาการปวดตามข้อ ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ปัญหาสุขภาพในเรื่องเหล่านี้น่าจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ เช่น รับประทานอาหารให้ถูกสัดส่วนและออกกำลังกายที่เหมาะสม มีการพักผ่อนที่เพียงพอ

การเข้าถึงบริการด้านอนามัย เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุประสบ แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังใช้บริการด้านสาธารณสุขของรัฐ เมื่อเจ็บป่วย แต่ก็มีอีกไม่น้อยที่พึ่งพาแหล่งบริการอื่น เช่นร้านขายยา หมอแผนโบราณหรือไม่ไปหาใครเลย การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องน่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการ การไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการ ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากบริการไม่เพียงพอ อีกส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะ

การขาดความรู้ และขาดปัจจัยทางเศรษฐกิจที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ดังนั้นการมีคลินิคผู้สูงอายุและการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องที่ควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ข้อมูลของโครงการ SECAPT พบว่า ร้อยละ 33 ของผู้สูงอายุคิดว่าการรักษาพยาบาลฟรีเป็นสวัสดิการสำคัญที่สุดที่รัฐควรให้กับผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยต่างๆในเรื่องภาวะทางเศรษฐกิจ สุขภาพ การอยู่อาศัย และสถานภาพของผู้สูงอายุ นับว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและแผนในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดี การทำงานเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยพยุงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไว้ และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุต้องการทำงาน รัฐควรจะมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ทำงานไหว ทำงานต่อ โดยมีแผนเกี่ยวกับการจัดหางานที่เหมาะสมสำหรับสภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุ กล่าวคือเป็นการทำงานที่ช่วยเสริมรายได้ ขณะเดียวกันก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์อยู่ ผู้สูงอายุปัจจุบันส่วนใหญ่ยังทำงานต่อในภาคเกษตร ซึ่งมีรายได้ต่ำ และไม่เหมาะสมกับภาวะร่างกาย ยิ่งไปกว่านั้น การจัดสรรงานที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุยังอาจส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ทำงานจะมีสุขภาพทางใจดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีคุณลักษณะต่างไปจากผู้สูงอายุในปัจจุบัน และอยู่ในสภาวะแวดล้อมหรือโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เหมือนกับผู้สูงอายุในปัจจุบันด้วย สัดส่วนของผู้สูงอายุในอนาคตที่มีการศึกษาและมีสุขภาพดีจะสูงกว่าปัจจุบัน การส่งเสริมให้มีการประกอบอุตสาหกรรมในครัวเรือน หรือฝึกอบรมความรู้ ความชำนาญพิเศษใหม่ตามโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปแก่ผู้สูงอายุเพื่อสามารถปรับให้เข้ากับโครงสร้างเศรษฐกิจแบบใหม่เป็นสิ่งที่น่าจะทำ เช่น ฝึกอบรมเรื่องจักรสาน หรือทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น

2. นโยบายเกี่ยวกับเรื่องอายุที่ควรเกษียณ เท่าที่ผ่านมามีการเสนอให้ลดอายุเกษียณจาก 60 เป็น 55 เรื่องนี้แม้จะครอบคลุมประชากรส่วนน้อยบางอาชีพเท่านั้น แต่ก็เป็นเรื่องที่ควรจะมีการศึกษาถึงผลดีและผลเสียให้ดีก่อน เพราะอาจมีผลกระทบถึงประชากรกลุ่มอื่นด้วย ผลการวิจัยของ SECAPT พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่เห็นด้วยกับการเกษียณหรือหยุดทำงาน อย่างไรก็ตามทัศนคตินี้เป็นที่ยอมรับกันในหมู่ผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าในเมือง การที่อัตราตายลดลง และความยืนยาวของชีวิตที่เพิ่มขึ้น ในอนาคตกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจะมี 2 กลุ่ม คือผู้สูงอายุที่แก่มาก (อายุ 75 ปีขึ้นไป) และผู้สูงอายุที่แก่น้อย อายุ 60-74 ปี ผู้สูงอายุในอนาคตเหล่านี้น่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีกว่า มีการศึกษาดีกว่า มีความกระตือรือร้นมากกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน ความต้องการทำงานโดยเฉพาะหลังอายุเกษียณจะมีมากขึ้น รัฐอาจจะต้องเตรียมการ จัดสรรงานให้เหมาะสมกับภาวะทางเศรษฐกิจสำหรับทั้งคนหนุ่มสาว

และผู้สูงอายุ การฝึกอบรมเพิ่มเติมจากประสบการณ์ที่มีอยู่แล้วให้กับผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ แต่ผลการวิจัยของ SECAPT ในอีกแง่หนึ่งก็พบว่าผู้สูงอายุในเมือง ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาไม่ค่อยต้องการทำงาน ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เห็นว่าอายุที่ควรเกษียณคืออายุ 60 ปี การขาดโอกาสในการทำงานเป็นปัญหาสำหรับคนที่ต้องการทำงานหรือกำลังทำงานมากกว่าคนไม่ทำงาน การลดอายุเกษียณหมายถึงว่ารัฐต้องมีค่าใช้จ่ายสำหรับทั้งผู้เกษียณและจ้างคนใหม่ ระยะเวลาที่ต้องเลี้ยงผู้ที่เกษียณก็อาจนานขึ้น เพราะคนอายุยืนขึ้น

3. นโยบายเรื่องประกันสังคม จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุไทยปัจจุบันประสบภาวะทางเศรษฐกิจและมีบุตรหลานเป็นแหล่งสำคัญที่ให้การเลี้ยงดู ในอนาคตความจำเป็นของการมีการประกันสังคมจะมีมากขึ้น เพราะผู้สูงอายุในอนาคตเป็นผู้ที่มีบุตรน้อยกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน เนื่องมาจากครอบครัวมีขนาดเล็กลงซึ่งเป็นผลสืบเนื่องของความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัว เชื่อกันว่าการมีบุตรหลายคนมีโอกาสที่จะมีบุตรเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อแก่มากกว่าคนมีบุตรจำนวนน้อย กล่าวคือบุตรคนหนึ่งไม่เลี้ยง อีกคนอาจจะเลี้ยง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเองในอนาคตอาจไม่ต้องการพึ่งพิงบุตรหรือพึ่งครอบครัวน้อยลงและต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น และความสำคัญของบุตรในฐานะเป็นแหล่งพึ่งพิงอาจน้อยลง

ดังนั้นการเตรียมการเรื่องประกันสังคมที่รวมถึงความชราภาพ นอกเหนือจากการครอบคลุมเรื่องการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ และตกงานหรืออื่นๆ จึงเป็นเรื่องจำเป็น ควรมีการศึกษาถึงความเหมาะสมว่าจะใช้ระบบใด ประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของความล่าช้าของพระราชบัญญัติประกันสังคม คือคนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจแนวความคิดและประโยชน์ของการมีการประกันสังคม จากการทดสอบแบบสอบถามใน SECAPT เกี่ยวกับเรื่องการประกันสังคม ซึ่งคำถามคือ "ถ้ามีโครงการที่จะให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ แก่ท่านเมื่อท่านสูงอายุขึ้นโดยท่านต้องมีส่วนออกเงินสมทบด้วย ท่านจะยินดีเข้าร่วมโครงการและจ่ายเงินสมทบหรือไม่" พบว่าผู้สูงอายุไม่เข้าใจคำถามหรือจะให้คำตอบอย่างระมัดระวังเพราะไม่แน่ใจว่าคำถามนั้นเป็นการถามเพื่อวัตถุประสงค์ใด อาจมีผลกระทบต่อการสัมภาษณ์ในส่วนต่อไป จึงเป็นที่น่าเสียดายที่คำถามดังกล่าวถูกตัดออกไปจากแบบสอบถามของ SECAPT นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้รัฐช่วยเหลือ หรือให้สวัสดิการโดยการให้เงิน ชี้แนะถึงค่านิยมที่ชอบของฟรี แต่การให้สวัสดิการที่เป็นตัวเงินโดยไม่มีกองทุน เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก

4. เพื่อเป็นการผ่อนปรนภาระของรัฐในอันที่จะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทเช่นเดิม รัฐควรมีนโยบายให้ดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรม ประเพณี ให้ความเคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุ ความกตัญญูต่อบิดามารดา เช่น นโยบายของรัฐที่กำหนดให้มีวันสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่น่าสนับสนุน เนื่องจากเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้คนหนุ่มสาวได้ตระหนักถึงความสำคัญของบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุโดยทั่วไป นอกจากนั้นควรจัดกิจกรรมเสริมสำหรับวันผู้สูงอายุนอกเหนือจากกิจกรรมทางประเพณีนิยม โดยมุ่งให้ความรู้แก่ชุมชนในเรื่องความสำคัญและผลกระทบที่สังคมจะได้รับจากประชากรผู้สูงอายุในอนาคต นโยบายในการที่จะธำรงไว้ซึ่งบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุควรจะมีมาตรการที่จะเป็นสิ่งจูงใจให้บุตรหลานดูแลผู้สูงอายุ เช่น การลดหย่อนภาษีให้กับบุตรหลานที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

5. ในเรื่องนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากการให้การรักษาพยาบาลฟรี และมีคลินิคสำหรับผู้สูงอายุแล้ว รัฐควรมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีแผนเกี่ยวกับการให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อยู่ในเขตชนบท ซึ่งโดยทั่วไปโอกาสในการรับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ข้อจำกัดในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะทางที่ห่างไกลสถานบริการรักษาพยาบาล ตลอดจนความไม่รู้ในวิธีที่ควรปฏิบัติดนยามเจ็บไข้ ทำให้ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสภาวะสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควร แผนงานที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์ดังกล่าวนี้น่าจะเป็นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ณ ที่พักอาศัย ในรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอีกงานหนึ่งในหน้าที่นอกเหนือไปจากงานด้านรักษาพยาบาลทั่วไป งานอนามัยแม่และเด็ก และงานด้านการวางแผนครอบครัว

6. ผลการวิจัยยังชี้แนะว่านอกจากสุขภาพทางกายจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางใจแล้ว การไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร หรือไม่มีบุตรดูแลส่งเสีย มีผลต่อสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน กล่าวได้ว่าบุตรคือบุคคลที่สำคัญที่สุด ในการเป็นที่พึ่งยามเจ็บไข้ช่วยดูแลและพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง และบุตรยังเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คาดหวังไว้ให้เป็นผู้ดูแล เมื่อผู้สูงอายุเองจะต้องประสบกับความเจ็บป่วยในเวลาข้างหน้า มีข้อสังเกตว่าการพยาบาลยามเจ็บไข้โดยหน่วยงานหรือในรูปของสถาบันไม่เป็นที่ปรารถนาสำหรับผู้สูงอายุไทย

7. ผลการวิจัยชี้แนะว่าผู้สูงอายุที่อายุมากๆ โดยเฉพาะสตรีซึ่งส่วนใหญ่เป็นหม้าย และผู้สูงอายุในชนบท เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น แม้การวางนโยบายและแผนของผู้สูงอายุนั้นควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึงทุกกลุ่มผู้สูงอายุ เศรษฐกิจ และสังคม แต่ก็ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษกับกลุ่มที่เสียเปรียบในสังคม เช่นหญิงหม้าย โดยเฉพาะที่ไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดู เนื่องจากผู้หญิงมักจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย และเมื่อสามีตาย ตนเองไม่ได้ทำงาน หรือไม่มีผู้เลี้ยงดูจะลำบาก โดยเฉพาะในอนาคตจะมีผู้หญิงแก่ที่เป็นโสดมากขึ้น (เพราะมีสตรีที่ไม่แต่งงานมากขึ้น และผู้ที่แต่งงานก็มีบุตรน้อยลง)

8. จากการที่พบว่าผู้สูงอายุไทยกว่าครึ่งไม่มีการเตรียมตัวเพื่อดำรงชีพเมื่ออายุมากทั้งๆ ที่ส่วนใหญ่เห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ ชี้แนะว่าควรมีการกระตุ้นให้คนหนุ่มสาวในปัจจุบันตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมตัวในเรื่องวิธีการดำรงชีพเมื่อมีอายุมากขึ้น หรือหลังจากที่ทำงานไม่ไหวแล้ว รัฐอาจมีนโยบายส่งเสริมให้มีการออมทรัพย์โดยการยกเว้นภาษีเงินฝากประจำที่จะถอนได้ ต่อเมื่อผู้ฝากมีอายุครบ 60 ปี เป็นต้น

9. กิจกรรมหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตไม่เบื่อหน่าย คือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสนใจการเมือง ในอนาคตกลุ่มผู้สูงอายุอาจกลายเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลทางการเมืองเพิ่มขึ้นด้วยขนาดของกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น แม้ปัจจุบันผู้มีอิทธิพลทางการเมืองล้วนเป็นผู้สูงอายุแล้วทั้งสิ้น

สำหรับข้อเสนอแนะเพื่องานวิจัย พอสรุปได้ 2-3 ประการดังนี้ คือ :

1. การศึกษาของ SECAPT มีข้อจำกัดของตัวอย่าง กล่าวคือ จำกัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือพิการทั้งที่อยู่ที่บ้านหรือสถานพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรจะให้ความสนใจแต่มักจะขาดข้อมูล เพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ขึ้นเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย และปัญหาอื่นๆ ของผู้สูงอายุ น่าจะมีความพยายามที่จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรือมีปัญหาอื่นที่ทำให้ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ โดยการสอบถามจากผู้ใกล้ชิด เช่นถ้าอยู่กับครอบครัวก็ถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของผู้สูงอายุนั้น หรือถ้าอยู่ในสถานพยาบาลหรือสถาบัน ก็อาจขอข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแล หรือใช้วิธีสัมภาษณ์กลุ่มสำหรับผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์พอได้

2. การวิเคราะห์ศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะ และทัศนคติต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวกับผู้สูงอายุ น่าจะมีประโยชน์ในแง่ที่จะให้ภาพที่ชัดเจนขึ้นถึงศักยภาพของปัญหา และสภาวะต่างๆ ของผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้น

โดย

นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530

โดย สมาคมนักประชากรไทย

ณ ห้องนวลจันทร์ โรงแรมอิมพีเรียล กรุงเทพฯ

26-27 พฤศจิกายน 2530

3. แม้ว่าการวิจัยของ SECAPT จะมีข้อดีในแง่ที่ให้ข้อมูลระดับประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุไทยมีลักษณะต่างๆส่วนใหญ่ค่อนข้างกลมกลืนกัน ส่งผลต่อการจำกัดการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาของผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะต่างกัน เช่น กลุ่มการศึกษา หรืออาชีพ ซึ่งพบว่ามีจำนวนตัวอย่างของผู้มีการศึกษาสูงหรือผู้สูงอายุในอาชีพวิชาชีพน้อย เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุดีขึ้น น่าจะมีการศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม เพื่อสามารถศึกษาวิเคราะห์ในรายละเอียด กล่าวคือ เลือกกลุ่มอาชีพแต่ละกลุ่ม หรือการศึกษาระดับต่างๆให้มีจำนวนตัวอย่างมากขึ้น แทนที่จะเป็นการสุ่มตัวอย่างในลักษณะตัวแทนของประเทศ

ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ผลการวิจัยเบื้องต้น

บภาพร ชโยวรรณ*

มาลินี วงษ์สิทธิ์*

1. คำนำ

ความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัว ประกอบกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ให้ลดลงสู่ระดับต่ำได้อย่างรวดเร็ว เป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ ขบวนการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และวัฒนธรรม ประกอบกับความสามารถในการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ นำมาซึ่งมิติใหม่ของปัญหาประชากร นั่นคือปัญหาของผู้สูงอายุ แม้ว่าปัจจุบันขนาดและสัดส่วนของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะต่ำเมื่อเทียบกับประชากรในกลุ่มอายุอื่น แต่อัตราเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุนั้นไม่ต่ำเลย ด้วยอัตราตายที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีต จะทำให้ขนาดของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย โดยคณะทำงานประมาณประชากร ในคณะอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากร (2529) แสดงถึงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2530 ร้อยละ 35.2 และ 5.8 ของประชากรไทย เป็นประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ในอีก 25 ปีข้างหน้าสัดส่วนนี้จะกลายเป็น 22.2 และ 9.9 ตามลำดับ ขนาดของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเกือบเท่าตัวภายในเวลา 20 ปี คือเพิ่มจาก 3.1 ล้านคนในปีพ.ศ.2530 เป็น 5.9 ล้านคนในปีพ.ศ. 2550 ระยะเวลาที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวนี้สั้นกว่าระยะเวลาที่ขนาดประชากรทั้งประเทศจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในอดีต ข้อเท็จจริงทางประชากรอันหนึ่งคือการมีอัตราเพิ่มสูงของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้เพิ่มอัตราส่วนภาระที่เป็นผู้สูงอายุ นั่นคือประชากรในวัยทำงาน (15-59 ปี) จะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากเป็น 2 เท่า

---

*รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาของผู้สูงอายุ แม้จะมิใช่ปัญหาที่เร่งด่วน แต่ก็เป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะในอนาคต จะกลายเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งรัฐบาลควรมีการตระเตรียมการดังเช่นที่ได้ประสบความสำเร็จมาแล้วกับการเตรียมการแก้ไขปัญหาอัตราเพิ่มของประชากรที่สูงเกินไป กลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ทำคุณประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาตินานับประการ เมื่อถึงเวลาที่ประชากรกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเอง ก็ควรเป็นหน้าที่ของสังคมหรือครอบครัวที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุ ให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีพอควร

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการพื้นฐาน (basic needs) อยู่ 3-4 ประการคือ อาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพอนามัย และบริการทางสังคมด้านต่างๆ ปัญหาคือความต้องการต่างๆดังกล่าวนี้ของผู้สูงอายุได้รับการสนองตอบอย่างพอเพียงหรือไม่

บทความนี้มุ่งเสนอถึงปัญหาหรือความต้องการ (needs) ที่สำคัญของผู้สูงอายุ รายงานการวิจัยต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาใหญ่ๆอยู่ 2 ประการคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจหรือการเงิน และปัญหาทางด้านสุขภาพ

ในส่วนที่เกี่ยวกับปัญหาทางเศรษฐกิจนั้นจะพิจารณาถึงการทำงาน รายได้ การเลี้ยงดู และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ส่วนในเรื่องปัญหาสุขภาพจะศึกษาถึงสภาวะสุขภาพอนามัย การดูแลรักษาและทัศนคติต่างๆที่เกี่ยวข้อง คาดว่าผลการวิจัยนี้ สามารถใช้ประเมินสภาวะและความต้องการในด้านต่างๆของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะประชากรที่อายุมากๆจำต้องได้รับความสนใจเป็นพิเศษ ผลการสำรวจนี้จะใช้เป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่า ประชากรกลุ่มใดต้องการความช่วยเหลือด้านใดมากที่สุด อันจะเป็นแนวทางสำหรับการวางนโยบายและแผนปฏิบัติต่อไป

2. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลที่นำเสนอในบทความนี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย (The Survey of Socio-economic Consequences of the Ageing of the Population in Thailand, SECAPT) ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2529 โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการ SECAP เป็นโครงการ 1 ใน 7 โครงการของ ASEAN Population Program, Phase III มีประเทศไทยเป็น 1 ใน 5 ประเทศของอาเซียนที่ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ตัวอย่างของ SECAPT เป็นตัวอย่างระดับประเทศ เลือกโดยวิธี stratified three stage sampling (ดูรายละเอียดของขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง ในรายงานผลการวิจัยของโครงการ (Country Report) กำหนดออกในต้นปี พ.ศ.2531)

ผลการสำรวจได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งประเทศ จำนวน 3,252 ราย เป็นชาย 1,333 ราย และหญิง 1,919 ราย เป็นผู้สูงอายุในเขตชนบท 2,424 ราย และในเขตเมือง 828 ราย ในการแสดงผลการวิเคราะห์ใช้ข้อมูลชั่งถ่วง (weighted) เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ที่ได้จากผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรครั้งที่ 3 (SPC 3) พ.ศ.2527-28 ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ถ่วงของเขตเมืองและชนบทจะแตกต่างไปจากจำนวนที่สัมภาษณ์ได้ นอกจากนี้จำนวนตัวอย่างที่เสนอในแต่ละตารางอาจผันแปรไปเล็กน้อย เนื่องจากความแตกต่างกันของจำนวนตัวอย่างที่ไม่มีหรือไม่ทราบคำตอบ และเพราะการถ่วงข้อมูล

เนื่องจากผลการวิจัยที่เสนอในบทความนี้ เป็นผลการวิจัยเบื้องต้นบางส่วนของโครงการ SECAPT เท่านั้น จึงยังอาจให้ข้อมูลไม่ครบเท่าที่ควร ผลการวิจัยในรายละเอียดจะได้ดำเนินการและเสนอผลต่อไปในรายงาน Country Report

3. คุณลักษณะของตัวอย่างโดยสังเขป

3.1 อายุและเพศ

ในจำนวนผู้สูงอายุ 3,252 รายที่สัมภาษณ์ได้แยกตามกลุ่มอายุ 5 ปี ได้ดังนี้คือ อายุ 60-64 ปี 1,081 ราย อายุ 65-69 ปี 868 ราย อายุ 70-74 ปี 598 ราย อายุ 75-79 ปี 399 ราย อายุ 80-84 ปี 208 ราย และอายุ 85 ปีขึ้นไป 106 ราย คิดเป็นร้อยละตามกลุ่มอายุต่างๆ เท่ากับ 33.2, 26.7, 18.4, 12.0, 6.4 และ 3.3 ตามลำดับ อัตราส่วนผู้สูงอายุชายต่อผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ .69

3.2 สถานภาพสมรส

ประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์ได้เป็นผู้ที่สมรสและร้อยละ 42 เป็นหม้าย ที่เหลือเป็นโสดหรือหย่าร้าง ผู้สูงอายุหญิงมีสถานภาพสมรสเป็นหม้ายสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (คือร้อยละ 58 เปรียบเทียบกับร้อยละ 19) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) ของผู้สูงอายุชายยังมีสถานภาพสมรสเป็นสมรส

3.3 การศึกษา

ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่มีการศึกษา อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ร้อยละ 11 ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านออกเขียนได้ ส่วนที่เหลือเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษา โดยมีร้อยละที่จบการศึกษาชั้นต่างๆ ดังนี้คือ ร้อยละ 12 จบ ป.1-3 ร้อยละ 22 จบ ป.4 และร้อยละ 6 จบ ป.5 ขึ้นไป ผู้สูงอายุในชนบทมีระดับการไม่รู้หนังสือสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุชายมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง

3.4 อาชีพ

การวัดระดับการทำงานด้วย gainful worker concept (ซึ่งหมายถึงกำลังแรงงานที่มีงานทำเป็นปกติหรือการทำงานในรอบปี) พบว่ามีเพียงร้อยละ 38 ของผู้สูงอายุกำลังทำงานในเชิงเศรษฐกิจ ระดับการทำงานในเชิงเศรษฐกิจของประชากรผู้สูงอายุชาย สูงกว่าของผู้สูงอายุหญิงเกือบสองเท่า คือร้อยละ 51 กับร้อยละ 30

ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุประกอบอาชีพเกษตร (ร้อยละ 26) รองลงมาคือค้าขาย (ร้อยละ 5.3) ที่เหลือประกอบอาชีพเกี่ยวกับอุตสาหกรรม บริการ และอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป คุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในตัวอย่างนี้คล้ายคลึงกับข้อมูล คุณลักษณะต่างๆของผู้สูงอายุ จากสามะโนประชากรปี พ.ศ.2523 (สถาบันประชากรศาสตร์ และกองวางแผนประชากรและกำลังคน, 2528)

4. สภาวะทางเศรษฐกิจ การเงิน และการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

ความต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เพื่อการมีชีวิตที่มีความสุขสบาย สมควรแก่อัตตภาพในบั้นปลายของชีวิต เป็นความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ควรได้รับความสนใจและสนองตอบ ในสังคมที่ไม่มีระบบประกันสังคมที่มีการครอบคลุมที่กว้างขวางและมีประสิทธิภาพ เช่น สังคมไทย ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและแหล่งที่มาของการเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุ จึงน่าจะต้องมาจากตนเองหรือครอบครัว เป็นสาคัญ โดยการสะสมเงินทองตั้งแต่หนุ่มสาว หรือการทำงานต่อมาถึงยามชราหรือการต้องพึ่งพาบุตรหลาน ญาติพี่น้อง รัฐเป็นแหล่งสุดท้ายที่จะให้สวัสดิการด้านนี้แก่ผู้สูงอายุ ในสังคมเหล่านี้บทบาทของรัฐในการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุจึงมีน้อย เมื่อเทียบกับครอบครัว

ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมทางเศรษฐกิจ การมีส่วนช่วยค่าใช้จ่ายในครัวเรือน การอยู่อาศัย จะสะท้อนให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับสภาวะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุไทยอยู่ร่วมกับสมาชิกอื่น ตลอดจนความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อันเป็นเครื่องชี้แนะความต้องการสวัสดิการในด้านดังกล่าวของผู้สูงอายุ

4.1 การทำงานเชิงเศรษฐกิจ

เพียงร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุ ทำงานในช่วงสัปดาห์ก่อนการสำรวจ และร้อยละ 8 ทำงานในระหว่างรอบปี ที่เหลือร้อยละ 62 ไม่ได้ทำงานในเชิงเศรษฐกิจ อัตราการทำงานในเชิงเศรษฐกิจจะลดลงอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 84 ของผู้สูงอายุ ที่อายุ 75 ขึ้นไป ไม่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ (ตารางที่ 1)

ผู้สูงอายุชาย มีอัตราการทำงานในเชิงเศรษฐกิจ (การทำงานในรอบปี) ถึงร้อยละ 50 สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงเกือบสองเท่า (ร้อยละ 30) และผู้สูงอายุในชนบท ต้องทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองในอัตราที่สูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง (ร้อยละ 41 เปรียบเทียบกับร้อยละ 34)

อัตราการทำงานในเชิงเศรษฐกิจที่ต่ำของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะไม่มีงานให้ทำ อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดี ไม่สามารถจะแข่งขันกับแรงงานคนหนุ่มสาว การศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพกับการทำงาน (ไม่ได้แสดงตาราง) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือดีมาก ทำงานในเชิงเศรษฐกิจ แต่อีกครึ่งหนึ่งไม่ทำจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม และเกือบ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีทำงานในเชิงเศรษฐกิจ ข้อมูลดังกล่าวชี้แนะว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือดีมากที่ไม่ได้ทำงานและต้องการทำงาน ควรจะได้รับโอกาสในการทำงาน ส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีแต่ต้องทำงาน น่าจะได้รับการพิจารณาให้ความช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการจากรัฐ

4.2 เหตุผลที่หยุดทำงาน

ดังที่คาดส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ เพราะเหตุผลทางสุขภาพร่างกาย (ร้อยละ 75) เหตุผลรองลงมาคือ ครอบครัวไม่ต้องการให้ทำ (ร้อยละ 11) ร้อยละ 4 เพราะเกษียณ และร้อยละ 5 งานหมด เหตุผลของการหยุดทำงานของผู้สูงอายุชายและหญิงไม่ต่างกันนักยกเว้นเหตุผลเพราะเกษียณและครอบครัวไม่ต้องการให้ทำ กล่าวคือร้อยละ 10 และร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับหยุดทำงานเพราะเกษียณ ขณะที่ร้อยละ 8 และร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุชายและหญิงหยุดทำงานเพราะครอบครัวไม่ต้องการให้ทำ เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) หยุดทำงานเพราะเหตุผลทางร่างกาย เปรียบเทียบกับร้อยละ 52 ของผู้สูงอายุในเมือง และร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุในเมืองหยุดทำงานเพราะเกษียณ (ตารางที่ 2)

ความแตกต่างของเหตุผลของการทำงาน ระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงกับผู้สูงอายุในเมืองและชนบท สะท้อนถึงความแตกต่างของภาวะสุขภาพ และแบบของอาชีพก่อนหยุดทำงานของประชากรผู้สูงอายุที่ต่างเพศและต่างเขตที่อาศัย

4.3 ความต้องการทำงาน และระยะเวลาที่คิดว่าจะสามารถทำงานต่อไป

จากการถามผู้สูงอายุถึงความต้องการทำงาน พบว่าร้อยละ 66 ต้องการทำงาน โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในเชิงเศรษฐกิจนั้นกว่าร้อยละ 80 ต้องการทำงาน ส่วนผู้ที่ไม่ทำงานเชิงเศรษฐกิจร้อยละ 54 ต้องการทำงาน ผู้สูงอายุชายมีความต้องการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุในเขตชนบท มีความต้องการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองทุกกลุ่มอายุเช่นกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี ต้องการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก (ตารางที่ 3)

การที่ผู้สูงอายุชายต้องการทำงาน อาจเพราะต้องเลี้ยงดูครอบครัวและอาจจะยังมีสุขภาพดีพอจะทำงานไหว และการที่ผู้สูงอายุในชนบทมีความต้องการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเมืองนั้น น่าจะมีเหตุผลทางเศรษฐกิจเช่นกัน ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่เคยเป็นเกษตรกร มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี ไม่สามารถมีเงินออม หรือบำนาญ จึงต้องการทำงานต่อไปเพื่อยังชีพ

ความต้องการทำงานของผู้สูงอายุที่มีสูงกว่าอัตราการทำงานเชิงเศรษฐกิจ ชี้แนะว่า ความต้องการด้านนี้ของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการสนองตอบ จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาการไม่มีโอกาสการทำงานที่เพียงพอ พบว่า กว่าครึ่ง (ร้อยละ 61) ของผู้สูงอายุคิดว่าการไม่มีโอกาสทำงานที่เพียงพอเป็นปัญหามากหรือเป็นปัญหาบ้าง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทมีร้อยละที่รู้สึกว่าเป็นปัญหาบ้างหรือเป็นปัญหามากสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง (ร้อยละ 64 เปรียบเทียบถึงร้อยละ 50)

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำเอาระยะเวลาที่ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองสามารถจะทำงานต่อไปได้ประกอบการพิจารณากลับพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้กำลังทำงานมีถึงร้อยละ 80 ที่คิดว่าไม่สามารถทำต่อไปได้แล้ว ร้อยละ 5 ทำต่อได้อีก 2-4 ปี ร้อยละ 6 ทำต่อได้ 5-9 ปี ส่วนผู้สูงอายุที่กำลังทำงาน มีร้อยละ 9 ที่คิดว่าจะสามารถทำต่อไปได้อีก 1 ปีหรือต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 27 คิดว่าสามารถทำต่อไปได้อีก 2-9 ปี อีกประมาณกว่าครึ่งรายงานว่า แล้วแต่สถานการณ์ (ตารางที่ 4) อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่กำลังทำงานส่วนใหญ่สามารถทำงานได้อีกระยะหนึ่ง สำหรับกลุ่มผู้ที่ไม่ได้กำลังทำงาน เมื่อพิจารณาความต้องการทำงาน และระยะเวลาที่คิดว่าจะสามารถทำงานต่อไปได้ ดูเหมือนว่าผู้สูงอายุต้องการทำงานแต่ไม่สามารถทำได้ ดังนั้นนโยบายที่จะจัดหางานให้ผู้สูงอายุทำ จึงพึงคำนึงว่าเป็นงานที่ผู้สูงอายุจะมีความสามารถทั้งทางกายและใจที่จะทำได้หรือไม่ด้วย

4.4 รายได้และแหล่งที่มาของการเลี้ยงชีพ

รายได้เป็นดัชนีใช้กันทั่วไปเพื่อวัดภาวะทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันว่า ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้จากการสำรวจ มักมีความเชื่อถือได้น้อย และมักจะมีรายงานต่ำกว่าระดับความเป็นจริง การตีความข้อมูลรายได้จึงควรคำนึงถึงข้อจำกัดนี้

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุถึงจำนวนรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนพบว่า ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุไม่มีรายได้ ร้อยละ 39 มีรายได้ต่ำกว่า 300 บาทต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 5) ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุในเมืองมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท ร้อยละของผู้สูงอายุในชนบทที่ไม่มีรายได้มีสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง (ร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 6) และที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือนขึ้นไปต่ำกว่าในเมือง (ร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 25) เช่นเดียวกับสภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุหญิง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุชายแล้วด้อยกว่ากัน

แหล่งที่มาของรายได้ในการเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุได้มาจากหลายแหล่ง เช่น ได้จากการทำงาน บำนาญ บุตร คู่สมรส เงินออมและอื่นๆ ผลของการศึกษาปรากฏว่า (ตาราง 6) แหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุได้มาจากบุตรมากกว่าจากการทำงานของตนเอง และมีเพียงส่วนน้อยที่อาศัยเงินออมหรือคู่สมรส และผู้สูงอายุซึ่งมีอายุมากขึ้นก็จะยิ่งต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลานมากขึ้น นั่นคือในกลุ่มที่อายุ 60-64 ปี ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยรายได้จากบุตรหลานคิดเป็นร้อยละ 37 กลุ่มอายุ 65-74 ปีและ 75 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51 และ 56 ตามลำดับ การที่ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยรายได้ในการเลี้ยงชีพจากบุตรหลาน เพราะว่าตนเองอาจจะไม่สามารถทำงานได้แล้ว จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือลดลงจากร้อยละ 43 ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี เหลือเพียง 12 ในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป และในกลุ่มอายุเดียวกันนี้ก็เป็นกลุ่มที่ไม่มีรายได้มากที่สุด เมื่อพิจารณาถึงเพศของผู้สูงอายุก็พบว่า อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุชายมีรายได้จากการทำงานมากกว่าหญิงคือ ร้อยละ 40 และ 21 ตามลำดับ และในทางกลับกันผู้สูงอายุหญิงมีอัตราส่วนร้อยของการได้รับรายได้มาจากบุตรหลานมากกว่าผู้สูงอายุชาย และขณะเดียวกันอัตราส่วนร้อยหญิงที่ไม่มีงานทำก็สูงกว่าชาย และเมื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบท จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุในเขตชนบทที่มีรายได้จากการทำงานสูงกว่าคนในเมืองมาก (ร้อยละ 31 เปรียบเทียบกับร้อยละ 17) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าลักษณะของการทำงานในเขตชนบทนั้น เป็นงานเกษตรกรรม ผู้สูงอายุจึงยัง

สามารถทำงานได้ตราบเท่าที่ยังมีความสามารถ ในขณะที่คนในเมืองนั้นลักษณะ และเงื่อนไขในการประกอบอาชีพแตกต่างจากชนบท ซึ่งเห็นได้จากร้อยละของผู้ที่มีรายได้จากบำนาญสูงกว่าคนชนบท ในทำนองเดียวกัน อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่ได้รับรายได้จากบุตรหลานในเมืองก็ย่อมสูงกว่าชนบท คือคิดเป็นร้อยละ 52 และ 47 ทั้งนี้ก็ด้วยเหตุที่คนในเมืองหยุดการทำงานเร็วกว่าคนชนบท

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะมีรายได้จากแหล่งต่างๆ ก็มิได้หมายความว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ (ตารางที่ 7) ในเขตเมืองนั้น ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในทุกกลุ่มอายุมีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในเขตชนบทมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว และร้อยละของผู้สูงอายุในเขตชนบทที่ไม่มีรายได้สูงกว่าในเมือง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองก็มีอัตราส่วนร้อยของการมีเหลือใช้สูงกว่าคนในชนบท จะเห็นได้ว่า เมื่อศึกษาจากข้อมูลนี้ปัญหาของผู้สูงอายุนั้นอยู่ที่การไม่มีเงินเพียงพอในการเลี้ยงชีพตนเอง และกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุดคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท

4.5 การอยู่อาศัย

เพื่อให้ทราบถึงลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ในส่วนนี้จะได้กล่าวถึงโครงสร้างของครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ การเป็นหัวหน้าครัวเรือน การเป็นเจ้าของบ้าน ปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ตลอดจนความต้องการและความรู้สึกของผู้สูงอายุในส่วนที่เกี่ยวพันกับบุตรหลานรวมถึงความคิดเกี่ยวกับการไปอยู่บ้านพักคนชราด้วย

ในเรื่องของครัวเรือนนั้น แต่เดิมมาโครงสร้างของครัวเรือนไทยส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยายซึ่งมีคนมากกว่า 2 รุ่น อาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งลักษณะโครงสร้างครัวเรือนเช่นนี้ ผู้สูงอายุก็จะอยู่ร่วมกันกับบุตรหลาน โดยที่ได้รับการดูแลจากบุตรหลาน และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็มีส่วนต่อการรับผิดชอบภาระเล็กๆน้อยๆในบ้าน เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็กๆ ทำอาหารหรือดูแลบ้าน แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบกับคนหนุ่มสาวที่เริ่มต้นชีวิตครอบครัวใหม่ มักจะแยกตัวเองออกไปตั้งครัวเรือนใหม่ กลายเป็นครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ย่อมมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุบ้างไม่มากก็น้อย จากผลการศึกษา (ตาราง 8) พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งคือร้อยละ 58 อาศัยอยู่ในครัวเรือนย่อย (ครัวเรือนที่ประกอบด้วยสามี และหรือภรรยากับบุตรหรือหลานที่สมรส 1 คน และอาจมีบุตรหลานหรือญาติอื่นๆ ที่ไม่ได้สมรสและอยู่ในรุ่นเดียวกับบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย) ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่อาศัยกับบุตรหลาน และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับอายุพบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากจะมีร้อยละของการอาศัยอยู่ในครัวเรือนย่อย สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า คือในกลุ่มอายุ 60-64, 65-74 และ 75 ปีขึ้นไปจะอาศัยอยู่ในครัวเรือนย่อยคิดเป็นร้อยละ 50, 57 และ

66 ตามลำดับ แต่ในทางกลับกันอัตราส่วนร้อยของผู้เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ คือ 60-64 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดี่ยวนั้นสูงถึง 40 และสัดส่วนดังกล่าวนี้จะลดลงในกลุ่มอายุสูงขึ้นคือคิดเป็นร้อยละ 31 และ 21 สำหรับกลุ่มอายุ 65-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไปตามลำดับ การที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมากๆนั้น ต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นมากขึ้น เพราะอาจจะไม่อยู่ในสภาพที่ช่วยตัวเองได้มากเหมือนกับเมื่อตอนที่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นต้องอาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือบางกรณีบุตรหลานก็ต้องกลับมาอยู่ด้วย เพื่อคอยดูแลปรนนิบัติ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นต้องอาศัยอยู่ในครัวเรือนย่อยมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว และแบบแผนนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของครัวเรือนขยายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งควรจะมีการส่งเสริมให้คงอยู่

เมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างของครัวเรือนที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทอาศัยอยู่พบว่ายังมีแบบแผนเช่นเดียวกัน เพียงแต่ในเขตชนบทนั้นมีอัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนย่อยมากกว่าในเขตเมืองเล็กน้อยในทุกกลุ่มอายุ และมีข้อที่น่าสังเกตคือ อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวในเขตชนบทนั้นสูงกว่าในเขตเมืองในทุกกลุ่มอายุ และร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่สูงขึ้นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท คือสำหรับกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในเขตเมืองและชนบทคิดเป็นร้อยละ 6.5 และ 6.6 ตามลำดับ ซึ่งพอจะชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่อยู่ลำพังเพียงคนเดียวอาจไม่มีผู้ใดดูแล และน่าจะเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ และยิ่งเมื่อพิจารณาถึงเพศของผู้สูงอายุจะพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราส่วนร้อยของการอยู่คนเดียวสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น แนวโน้มที่เพศชายแต่งงานกับผู้หญิงที่อ่อนกว่า และผู้ชายหม้ายก็มีโอกาสแต่งงานใหม่มากกว่าผู้หญิงหม้าย ประกอบกับความยืนยาวของอายุของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย ดังนั้นในปั้นปลายของชีวิตชายสูงอายุจึงมักอยู่ในสถานภาพ"สมรส" ขณะที่หญิงสูงอายุอยู่ในสถานะ"หม้าย" และมักจะอยู่คนเดียว

. เมื่อนำเอาความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือนเข้ามาพิจารณา (ตารางที่ 9) พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่บอกว่าเป็นหัวหน้าครัวเรือนสูงกว่าในสถานะอื่น และสถานะของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนลดลงในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น คือในผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60-64 ปี เป็นหัวหน้าครัวเรือนร้อยละ 60 และกลุ่มอายุ 65-74 และ 75 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 59 และ 47 ตามลำดับ การที่สัดส่วนของการเป็นหัวหน้าครัวเรือนของผู้สูงอายุลดลงนี้ ชี้ให้เห็นถึงว่าบทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในครัวเรือนลดความสำคัญลง เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมาจากการลดบทบาทของความเป็นหลักทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในครัวเรือนลงด้วย ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ใช่เป็นหัวหน้าครัวเรือนนั้นจะเป็นคู่สมรส พ่อแม่ ปู่ย่าตายายของหัวหน้าครัวเรือน และที่เหลือก็เป็นสมาชิกอื่นๆภายในบ้าน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในเรื่องสถานะการเป็นหัวหน้าครัวเรือน พบว่าผู้สูงอายุชายเป็นหัวหน้าครัวเรือนถึงร้อยละ 85 ในขณะที่มีผู้สูงอายุหญิงเพียงร้อยละ 37 เท่านั้นที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน และร้อยละ 31 เป็นคู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือน การที่มีอัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือนสูงเช่นนี้โดยเฉพาะในเขตชนบท น่าจะหมายถึงสถานภาพของผู้สูงอายุในชนบทไทยที่สูงด้วย เพราะการเป็นหัวหน้าครัวเรือนน่าจะควบคู่กับการมีอำนาจและบทบาทในครัวเรือนด้วย เช่น การเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานและมีส่วนในการตัดสินใจเรื่องสำคัญๆของครอบครัว(Cowgill, 1968) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลนี้มีข้อควรคำนึงคือ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าครัวเรือนก็มิได้หมายความว่าจะเป็นหลักในทางเศรษฐกิจของครัวเรือนนั้นด้วย เพราะเนื่องจากที่กล่าวแล้วข้างต้นบุตรหลานเป็นที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุมากกว่าตัวผู้สูงอายุหาเอง ดังนั้นการเป็นหัวหน้าครัวเรือนในหลายๆกรณี จึงเป็นเพียงสัญลักษณะของการให้ความเคารพนับถือยกย่องในฐานะที่เป็นผู้อาวุโสเท่านั้น

สำหรับเรื่องการเป็นเจ้าของบ้าน ในประเทศด้อยพัฒนาโดยเฉพาะในเขตชนบท ผู้สูงอายุสามารถเป็นผู้มีส่วนสำคัญในด้านเศรษฐกิจของครอบครัวในฐานะที่เป็นเจ้าของที่ดิน หรือทรัพย์สินอื่นๆ เช่น บ้าน (Hal Kendig, 1987) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 10) เสนอให้เห็นว่าผู้สูงอายุหรือคู่สมรสส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้านที่อาศัยอยู่ ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของบ้าน ลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น คือในกลุ่มอายุ 60-64, 65-74 และ 75 ปีขึ้นไปมีอัตราส่วนร้อยของการเป็นเจ้าของบ้านคิดเป็นร้อยละ 89, 81 และ 69 ตามลำดับ และสำหรับผู้สูงอายุที่ตนเองหรือคู่สมรสไม่ได้เป็นเจ้าของบ้านนั้นจะอยู่อาศัยในบ้านของบุตร เช่น ร้อยละ 21 ของผู้สูงอายุที่อายุ 75 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่กับบุตรและเมื่อศึกษาความแตกต่างของการเป็นเจ้าของบ้านระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทพบว่า ในเขตชนบทนั้น ผู้สูงอายุหรือคู่สมรสเป็นเจ้าของบ้านที่พักอาศัยสูงกว่าผู้สูงอายุในเมืองในทุกกลุ่มอายุ และในเขตเมืองนั้นจะเห็นได้ชัดเจนว่า อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ในบ้านของสมาชิกคนอื่น และบ้านเช่าหรือบ้านหลวงสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

จากที่กล่าวมาแล้วว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลาน ประกอบกับจากการศึกษามากมายในเรื่องเครือญาติพบว่า ความสัมพันธ์ในการดูแลส่งเสีย การเคารพนับถือระหว่างพ่อแม่ที่สูงอายุกับบุตรเป็นเรื่องที่ปฏิบัติกันทั่วไป และในประเทศด้อยพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่อย่างน้อยหนึ่งคน ที่สำคัญก็คือผู้สูงอายุมักอยู่กับบุตรหลาน(Marjorie H. Cantor,1987) ในการอยู่กับบุตรหลานนั้นก็ทำหน้าที่ช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆน้อยๆหรือเป็นที่พึ่งทางใจสำหรับบุตรหลาน ซึ่งในการอยู่ร่วมกันก็อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ สำหรับข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 11) เสนอถึงปัญหาของผู้สูงอายุในการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน โดยมีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น ที่ไม่ได้

อยู่ด้วยกันกับบุตรหลานและในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบุตรหลานนี้ มีผู้สูงอายุชายมากกว่าหญิง และในเขตเมืองน้อยกว่าในเขตชนบท และในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไปในทุกกลุ่มอายุบอกว่าไม่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน และไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างผู้สูงอายุชายกับหญิง และระหว่างเมืองกับชนบท การที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะไม่มีปัญหาจริงๆ ในการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน หรือเป็นลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทยที่ไม่นิยมบอกเรื่องราว หรือปัญหาภายในครอบครัวให้ผู้อื่นรับรู้ ดังคำพังเพยของคนไทยที่มีว่า "ไฟในอย่านำออก ไฟนอกอย่านำเข้า" ลักษณะเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิเสธถึงการมีปัญหาไว้ก่อน

สำหรับผู้สูงอายุที่บอกถึงปัญหา ร้อยละ 7 บอกว่ามีปัญหาที่บุตรหลานไม่เชื่อฟังโดยที่ผู้สูงอายุหญิงจะมีปัญหานี้มากกว่าชาย และในเขตเมืองมีมากกว่าในเขตชนบท

จากที่กล่าวมาแล้วว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุตรหลานและเมื่อถูกถามถึงความต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตร (ตารางที่ 12) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทุกกลุ่มอายุต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตร อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุตรเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น นั่นคือในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60-64 ปี ต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตรคิดเป็นร้อยละ 87 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89 และ 92 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 65-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไปตามลำดับ และในทางตรงกันข้ามอัตราส่วนร้อยของผู้ที่ไม่ต้องการการดูแลส่งเสียก็ลดลงในกลุ่มอายุที่มากขึ้น การที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น การดูแลช่วยเหลือตัวเองก็อาจทำได้น้อยลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ จึงย่อมต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตรหลานมากขึ้นกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า และในเรื่องความต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตรนั้น ผู้สูงอายุหญิงต้องการการดูแลส่งเสียมากกว่าผู้สูงอายุชาย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ร้อยละของผู้สูงอายุในเขตเมืองต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตรต่ำกว่าในเขตชนบท

จากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตรนี้ เป็นที่น่าคิดว่าความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ที่จะสามารถให้กับผู้สูงอายุอาจจะไม่สามารถดำรงอยู่ได้ตลอดไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในขนาดของครอบครัว จากครอบครัวขนาดใหญ่มาเป็นครอบครัวขนาดเล็ก ซึ่งนับวันจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้มากขึ้น เมื่อครอบครัวมีบุตรน้อยลง ภาระในการดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุก็ย่อมจะเป็นภาระหนัก เนื่องจากจำนวนบุตรที่จะช่วยเฉลี่ยความรับผิดชอบลดน้อยลง ซึ่งนับว่าจะเป็นปัญหาต่อไปในอนาคต

นอกเหนือจากเรื่องการดูแลส่งเสีย สิ่งหนึ่งที่น่าสนใจคือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานย้ายออกไปทำงานที่อื่นว่าจะมีความรู้สึกขาดคนดูแลหรือถูกทอดทิ้งหรือไม่ ในเรื่องของความรู้สึกว่าไม่มีคนคอยดูแลนี้ (ตารางที่ 13) ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่บุตรหลานย้ายออกไปทำงานที่อื่นๆ ไม่รู้สึกว่าขาดคนดูแล คิดเป็นร้อยละ 75 ขึ้นไปในทุกกลุ่มอายุ สำหรับกลุ่มที่รู้สึกว่าขาดคนดูแลนั้นมีประมาณร้อยละ 25 สำหรับกลุ่มอายุ 60-64 ปี และร้อยละ 21 และ 16 สำหรับกลุ่มอายุ 65-74 และ 75 ปีขึ้นไป นั่นคือความรู้สึกว่าขาดคนดูแลลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อาจจะเป็นเพราะความเคยชินที่ต้องยอมรับถึงความจำเป็นของการที่บุตรหลานออกไปทำงานที่อื่น และในเรื่องของการขาดคนดูแลนี้ ร้อยละของผู้สูงอายุชายที่รู้สึกขาดคนดูแลสูงกว่าหญิง ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ชายเป็นเพศที่เคยต่อการดูแลปรนนิบัติตามที่เป็นมาในสังคมและในเขตชนบท ร้อยละของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าขาดคนดูแลสูงกว่าในเขตเมือง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนในชนบทบุตรหลานย้ายถิ่นออกจากชนบทเข้ามาอยู่ในเมืองกันมาก ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีโอกาสที่จะขาดคนดูแลมาก

สำหรับความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เมื่อบุตรหลานย้ายไปทำงานที่อื่น ก็พบแบบแผนเช่นเดียวกันกับเรื่องของความรู้สึกขาดการดูแล (ตารางที่ 14) เว้นไว้แต่ว่าอัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งนั้นเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามในเรื่องนี้ถึงแม้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าขาดการดูแลหรือถูกทอดทิ้งจะมีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่รู้สึก แต่ก็ยังนับว่าเป็นกลุ่มที่น่าจะให้ความเอาใจใส่ เพราะมีประมาณ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาอันเกิดจากความจำเป็นในการครองชีพ แล้วใครจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่คนกลุ่มนี้

อนึ่ง ในเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุนี้ นอกเหนือจากบ้านแล้ว รัฐบาลก็ยังได้มีการจัดการบ้านพักคนชราสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งถึงแม้ว่าจำนวนและความสามารถในการรองรับผู้สูงอายุจะมีอยู่อย่างจำกัด แต่ก็เป็นสถานที่หนึ่งที่อาจจะเป็นที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้ อย่างไรก็ตาม ในเรื่องของความคิดของผู้สูงอายุที่จะไปอยู่บ้านพักคนชรานั้น(ตารางที่ 15) พบว่าอัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่ไม่เคยรู้จักหรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับบ้านพักคนชราสูงมาก คือมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป และอัตราส่วนร้อยนี้เพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น นั่นคือผู้สูงอายุที่อายุมากเท่าไรจะรู้จักหรือเคยได้ยินเกี่ยวกับบ้านพักคนชราน้อยลงเท่านั้น และร้อยละของผู้สูงอายุหญิงไม่รู้จักหรือไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับบ้านพักคนชราสูงกว่าชายและในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมือง สำหรับผู้สูงอายุที่คิดจะไปอยู่บ้านพักคนชรานั้นมีน้อยมาก คือต่ำกว่าร้อยละ 10 ในทุกกลุ่มอายุ โดยที่อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุชายคิดจะไปอยู่บ้านพักคนชราสูงกว่าหญิงและในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ในเรื่องบ้านพักคนชรานั้นความไม่รู้เป็นเรื่องสำคัญที่สุด ความรู้ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับบ้านพักคนชรานั้นมีอยู่ในวงจำกัด ผู้สูงอายุในเขตเมืองรู้จักมากกว่าในเขตชนบท และเพศชายรู้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งการที่จะให้บ้านพักคนชราเป็นสถานที่รองรับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยจะได้ผลดี ก็จะต้องเผยแพร่ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบ้านพักคนชราให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อที่จะเป็นหนทางหนึ่งในการบรรเทาปัญหาของผู้สูงอายุที่มีในด้านที่อยู่อาศัย

5. ภาวะสุขภาพ

เรื่องสุขภาพอนามัย นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดอันหนึ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบ ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ นอกจากจะบ่งชี้สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ยังสามารถใช้ประเมินถึงคุณภาพของการดูแลรักษา และประเมินความต้องการ (Needs) บริการด้านอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ อันเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางนโยบายและแผนปฏิบัติ

ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุนั้น อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ด้านกว้างๆคือ สุขภาพทางกาย (Physcial health) และสุขภาพทางใจ (Psychological health) มาตรการที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางกายและทางใจนั้นมีหลายวิธี (Liang and Whitelaw, 1987) โดยสรุปแบบของการวัดภาวะสุขภาพอาจแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือการวัดแบบภาวิสัย (objective) และการวัดแบบอัตวิสัย (subjective) การวัดแบบภาวิสัย เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและป่วยร้ายแรง ความไม่สามารถช่วยตนเองได้หรือไร้สมรรถภาพ (impairement) และการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน (functional limitations) เช่นใช้รายการ (listing) ที่แสดงอาการหรือการเจ็บป่วย จำนวนวันที่ไม่สามารถปฏิบัติงาน หรือการไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นต้น การวัดแบบอัตวิสัยเป็นการวัดโดยใช้ความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้ตอบ ซึ่งเป็นการวัดโดยตนเอง (self-rating) การวัดแต่ละแบบมีเครื่องมือที่ใช้วัดในรายละเอียดต่างกัน และแต่ละวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งอยู่นอกเหนือขอบข่ายของบทความนี้

โครงการวิจัย SECAPT เป็นโครงการวิจัยทางสังคมศาสตร์ มีวัตถุประสงค์กว้างหลายประการ การศึกษาถึงเรื่องสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องหนึ่งที่โครงการนี้มุ่งครอบคลุมเพียงกว้างๆ การวัดหรือประเมินภาวะสุขภาพอนามัยจึงไม่สามารถทำได้อย่างละเอียดเหมือนโครงการวิจัยเกี่ยวกับการอนามัยโดยเฉพาะ การวิจัยแบบสังคมศาสตร์ทำให้ต้องเลือกการวัดภาวะสุขภาพอนามัยแบบอัตวิสัย (subjective measures) เป็นส่วนใหญ่

อีกประเด็นหนึ่งที่ควรเน้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ คือ ข้อจำกัดของการสำรวจวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่มักจะไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ที่เจ็บป่วย หรือปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ หรือไม่พบบุคคลที่อยู่ในข่ายการสัมภาษณ์ บุคคลเหล่านี้มักมีคุณลักษณะที่ต่างไปจากตัวอย่างทั่วไป ทำให้ตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดโดยแท้จริง กรณีที่ไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางใจนั้น คงเป็นเรื่องที่สุดวิสัยและต้องยอมรับ ซึ่งโอกาสที่ผู้สูงอายุจะไม่อยู่ในภาวะที่จะให้สัมภษณ์ได้เพราะเหตุผลนี้มีพอประมาณ ดังนั้น แม้ข้อมูลนี้จะสะท้อนภาพบางส่วนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากตัวอย่างของผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์ได้ ส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจดีพอควร ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประเมินได้จึงอาจดูดีกว่าความจริง การตีความข้อมูลจึงควรคำนึงถึงข้อจำกัดนี้

5.1 ภาวะสุขภาพทางกาย

โครงการ SECAPT มีข้อมูลการวัดสุขภาพทางกายมากกว่าสุขภาพทางใจ เพราะการวัดสุขภาพทางใจเป็นเรื่องที่วัดยากและมีความซับซ้อนมาก ดังกล่าวข้างต้นในการวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ใช้แบบอัตวิสัยคือ ให้ผู้สูงอายุประเมินเอง โดยใช้มาตรการวัดหรือดัชนีหลายตัวประกอบกัน ดังนี้

1. ใช้คำถามคลุมทั่วไป (global question) ซึ่งเป็นคำถามที่ใช้ในการวิจัยเรื่องสุขภาพของ WHO คือ

   ก) "ในระหว่าง 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไร?"

   ข) "ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ท่านมีการป่วยหนักหรือได้รับบาดเจ็บจนทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือไม่"

2. ถามเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็นโรคนั้น

3. ถามเกี่ยวกับสมรรถนะในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ (functional abilities) เช่น ความสามารถในการมองเห็น การได้ยินและการเคลื่อนไหวร่างกาย

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพต่างๆดังกล่าว แสดงในตารางที่ 16-22 ตารางที่ 16 แสดงระดับสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุในรอบ 1 อาทิตย์ก่อนการสัมภาษณ์ พบว่าร้อยละ 41 ร้อยละ 31 และร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุรายงานว่าตนมีสุขภาพไม่ดี ดี และดีมากตามลำดับ

อายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคืออัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่อายุมากมีสุขภาพไม่ดีนั้นมีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า

โดยทั่วไปผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสุขภาพที่ด้อยกว่าผู้สูงอายุชายคือ ร้อยละ 43 และ 38 ของผู้สูงอายุหญิงและชายตามลำดับ กล่าวว่าตนมีสุขภาพไม่ดี เช่นเดียวกันผู้สูงอายุในชนบทมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุในเมือง ผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายกับที่หย่าร้าง มีภาวะสุขภาพไม่ต่างกันมากนักและจะมีภาวะสุขภาพแย่กว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดหรือสมรส

ตารางที่ 17 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ จนไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ในรอบปีที่ผ่านมา ข้อมูลในตารางนี้มีแบบแผนการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย เหมือนกับในตารางที่ 16 กล่าวคือระดับการเจ็บป่วย/บาดเจ็บเพิ่มตามอายุ ไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชายหรืออาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือชนบท ผู้สูงอายุหญิงมีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

ข้อมูลในตารางที่ 16 และ 17 ซึ่งประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุชี้แนะว่า กว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือต้องการการดูแลรักษา ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุมาก ผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแล เอาใจใส่เป็นพิเศษ ในเรื่องการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลอีกอันหนึ่งที่จะชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยคือ การมีโรคประจำตัว แม้ว่าข้อมูลนี้จะมีจุดอ่อนคือ เป็นการรายงานของผู้สูงอายุเอง ในการรายงานความแม่นตรงของโรคที่รายงานอาจมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีปัญหาในการจัดกลุ่มโรค อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้น่าจะเป็นการสะท้อนถึงแบบแผนการเป็นโรคของผู้สูงอายุได้บ้าง ตารางที่ 18 แสดงว่าเกือบ 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุ รายงานว่าตนเองมีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากคือ โรคระบบเนื้อกล้ามรวม โครงสร้าง และเนื้อยึดเสริม รองลงมาคือโรคระบบย่อยอาหาร โรคระบบหายใจ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบประสาท และอวัยวะสัมผัส และโรคเกี่ยวกับต่อมภายในโภชนาการและเมตะบอลิสึม ความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงเกี่ยวกับโรคประจำตัวต่างๆนั้น พบว่าผู้สูงอายุชายมีร้อยละที่เป็นโรคระบบย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบประสาท และอวัยวะสัมผัส มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ยกเว้นโรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบเนื้อกล้ามรวม โครงสร้างและเนื้อยึดเสริม ที่มีผู้สูงอายุหญิงเป็นมากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่โดยรวมแล้วผู้สูงอายุหญิงรายงานว่ามีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุชาย

ผู้สูงอายุในเขตชนบท มีโรคประจำตัวกันมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อรวม โครงสร้างและเนื้อยึดเสริม โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารและระบบหายใจ ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับงานอาชีพ และนิสัยการบริโภคอาหารและความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน ของผู้สูงอายุในสองเขตที่อาศัย

I 33532 26

นอกจากนี้ เพื่อให้ภาพพจน์ที่กระจ่างขึ้น เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การสำรวจนี้ได้ เก็บข้อมูล เกี่ยวกับการมีปัญหาทางสุขภาพ เฉพาะ เรื่อง (โรค) การสำรวจนี้ได้ถามผู้สูงอายุว่า "ปัจจุบัน ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่" โดยนักสำรวจอ่านปัญหาสุขภาพแต่ละเรื่อง ผลของคำตอบในเรื่องนี้แสดงในตารางที่ 19 ข้อมูลชี้ว่าผู้สูงอายุมีปัญหา เกี่ยวกับการปวดตามข้อมากที่สุด (ร้อยละ 75) รองลงมาคือ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 59) เป็นลม (ร้อยละ 46) ท้องผูก (ร้อยละ 40) ความดันสูง (ร้อยละ 12) ริดสีดวงทวาร (ร้อยละ 10) โรคหัวใจ (ร้อยละ 8) และ เบาหวาน (ร้อยละ 2) การที่พบว่ามีรายงานของการมีปัญหาโรค 4 โรคหลังต่ำนั้น อาจสัมพันธ์กับฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคม โรคดังกล่าวเป็นโรคที่ต้องอาศัยการตรวจและวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งผู้ที่จะไปหาแพทย์มักเป็นผู้ที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมในเกณฑ์ดีพอที่จะ เอื้อค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนปัญหา เรื่องสุขภาพอื่นๆ เช่น การปวดตามข้อ นอนไม่หลับ เป็นลม ท้องผูก เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกและประสบได้ด้วยประสาทของตน เอง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุใน เขต เมือง มีรายงานของการมีปัญหา เฉพาะโรคที่ต้องวินิจฉัยด้วยแพทย์ เช่น ริดสีดวงทวาร โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันสูง สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท ทั้งๆโดยทั่วไป เมื่อวัดด้วยดัชนีอื่น ผู้สูงอายุใน เขต เมืองมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท อัตราร้อยละของการ เป็นโรคต่างๆดังกล่าวของผู้สูงอายุใน เมืองที่สูงกว่าใน เขตชนบทนั้น อาจไม่ใช่ภาพที่แท้จริง เพราะผู้สูงอายุในชนบทอาจไม่ได้ไปตรวจอาการจึงไม่ทราบว่าตน เป็นหรือไม่ และอาจคิด เอา เองว่าตนไม่ได้ เป็น

ปัญหา เฉพาะโรคของผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุชายใน เกือบทุกโรค โดย เฉพาะการปวดตามข้อ นอนไม่หลับ และ เป็นลม ส่วนผู้สูงอายุชายมีปัญหา เรื่องริดสีดวงทวาร มากกว่าผู้สูงอายุหญิง

ความ เจริญอาหารของผู้สูงอายุ สะท้อนภาวะสุขภาพทางกายและใจของผู้สูงอายุได้บางส่วน ผู้สูงอายุที่ เจริญอาหารดีน่าจะมีสุขภาพทางกายและใจที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ เจริญอาหาร เลย เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46) ของผู้สูงอายุ เจริญอาหารดีหรือดีมาก ระดับความ เจริญอาหารลดลงตามอายุ เล็กน้อย ผู้สูงอายุชายมีระดับการ เจริญอาหารดีกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 53 ถึงร้อยละ 42) และผู้สูงอายุในชนบทมีการระดับการ เจริญอาหารต่ำกว่าใน เมือง (ร้อยละ 45 ถึงร้อยละ 52) (ตารางที่ 20)

ระดับของการ เจริญอาหารอาจ เกี่ยวข้องกับภาวะทางร่างกาย การมีฟันหรือไม่มีฟันจะ เคี้ยวอาหาร การไม่มีฟันจะ เคี้ยวอาหารหรือต้องการฟันปลอม อาจทำให้ไม่ เจริญอาหาร เท่าที่ควร เกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุใส่ฟันปลอม และ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่ไม่ใส่ฟันปลอม ต้องการใส่ฟันปลอม ผู้สูงอายุใน เมืองมีอัตราการใส่ฟันปลอมสูงมากกว่าในชนบท เท่าตัว (ร้อยละ 31 กับร้อยละ 16) การสามารถมีฟันปลอมใช้ส่วนหนึ่ง เกี่ยวข้องกับฐานะทาง เศรษฐกิจและความรู้ เกี่ยวกับการรักษาอนามัยช่องปาก ผู้สูง

อายุชายมีอัตราการใส่ฟันปลอมสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 21 กับร้อยละ 17) ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันปลอม อัตราร้อยละของผู้สูงอายุชายที่ต้องการใส่ฟันปลอมก็สูงกว่าของผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 26 กับร้อยละ 16) แต่ผู้สูงอายุในชนบทต้องการใส่ฟันปลอมสูงกว่าในเมืองเล็กน้อย (ร้อยละ 21 กับร้อยละ 18)

อนามัยในช่องปากนับว่าเกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านอื่นๆ ผู้สูงอายุเป็นคนรุ่นเก่า อาจมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้น้อย น่าจะได้มีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรักษาอนามัยของช่องปาก เพื่อสุขภาพด้านอื่นที่ดีตามมา

ตารางที่ 21 แสดงถึงสมรรถนะของอวัยวะต่างๆ ในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น มองเห็น การได้ยินและการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นที่ยอมรับว่าสมรรถนะของอวัยวะต่างๆ เหล่านี้จะเสื่อมตามอายุ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุ ข้อมูลนี้ชี้แนะว่าผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสายตามากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงในเขตชนบทมีปัญหาการมองเห็นมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง แต่ข้อมูลนี้อาจจะลวงได้ เพราะความสามารถในการมองนี้รวมถึงการมองที่ใช้แว่นตาช่วยถ้าผู้นั้นใส่แว่น และผู้สูงอายุชายมีอัตราส่วนร้อยที่ใส่แว่นตาสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึงสองเท่า คือร้อยละ 41 เปรียบเทียบกับร้อยละ 20 ผู้สูงอายุในเมืองมีอัตราใช้แว่นสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท (ร้อยละ 50 เปรียบเทียบกับร้อยละ 24) จึงอาจทำให้การรายงานระดับความสามารถของการมองของผู้สูงอายุในเมืองสูง อัตราส่วนร้อยของการใส่แว่นตาของผู้สูงอายุชายสูงกว่าหญิง และผู้สูงอายุในเมืองสูงกว่าในชนบท น่าจะสัมพันธ์กับระดับการอ่านออกเขียนได้ และความสามารถในเชิงเศรษฐกิจที่จะเอื้อต่อการมีแว่นตาใช้ของผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุในเมืองที่ดีกว่าผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุในชนบท

สมรรถนะของอวัยวะอีกส่วนหนึ่งที่มักจะเสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือการเดินหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้สูงอายุที่สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง แสดงถึงสุขภาพที่แข็งแรงพอที่จะช่วยตัวเองได้ เช่นเดียวกับเรื่องการวัดสมรรถนะของการมองเห็น ระดับความสามารถในการเดินนี้เป็นการเดินโดยตนเอง หรือโดยใช้ไม้เท้าช่วยเดินถ้าผู้สูงอายุนั้นใช้ไม้เท้า ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่ใช้ไม้เท้า พบว่าทั้งผู้สูงอายุหญิงและชายมีอัตราการใช้ไม่ต่างกันมากคือ ร้อยละ 14 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ร้อยละ 11 ของผู้สูงอายุในเมือง และร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุในชนบทใช้ไม้เท้า เกี่ยวกับความสามารถในการเดินนี้ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาเกี่ยวกับการเดินทั้งๆที่บางส่วนจะเป็นการเดินด้วยการใช้ไม้เท้าช่วยแล้วก็ตาม ยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีปัญหามากขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาการเดินมากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาการเดินสูงกว่าผู้สูงอายุในเมืองเล็กน้อย (ตารางที่ 21)

ความสามารถในการได้ยิน เป็นการแสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง ร้อยละ 79 ของผู้สูงอายุรายงานว่าตน เองได้ยินชัดมาก ระดับความสามารถในการได้ยินที่ประ เมินโดยผู้สูงอายุ เองนี้ อาจสูงกว่าความ เป็นจริง เล็กน้อย เพราะในการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ยิน นักสำรวจอาจต้องใช้เสียงดังมากกว่าปกติ การประ เมินระดับการได้ยินของผู้สูงอายุ โดยนักสำรวจรายงานว่า เพียงร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุ เท่านั้นมีระดับการได้ยินดีมาก ร้อยละ 50 ดี และร้อยละ 10 ไม่ดี ความสามารถของระดับการได้ยินไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาตาม เพศและ เขตที่อยู่อาศัย

5.2 ภาวะสุขภาพทางใจ

กล่าวสำหรับสภาวะสุขภาพทางใจ ข้อมูลที่มีไม่อยู่ในวิสัยที่ใช้วัดสภาวะทางใจของผู้สูงอายุโดยตรงได้ เพียงแต่อาจสะท้อนให้ เห็นถึงระดับสุขภาพทางใจอย่างคร่าวๆ โดยทางอ้อมของผู้สูงอายุ เท่านั้น ข้อมูลที่คิดว่าน่าจะสะท้อนถึงสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ คือความรู้สึกที่ว่าความ เหงา เป็นปัญหามากสำหรับตน ความไม่มี เพื่อน เป็นปัญหามากสำหรับตน และความรู้สึกว่าไม่ เป็นที่ต้องการของใคร เป็นปัญหามากสำหรับตน ข้อมูลดังกล่าวได้จากคำถามที่ว่า "ต่อไปนี้จะอ่านถึงปัญหาบางอย่างที่คนแก่โดยทั่วไปได้มีการพูดถึงว่าตน เองได้ประสบและสำหรับตัวท่าน เอง ท่านคิดว่าเรื่องต่อไปนี้แต่ละ เรื่อง เป็นปัญหามาก เป็นบ้าง หรือไม่ เป็น เลย"

จากดัชนีต่างๆที่ใช้วัดภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุไทยอย่างน้อย 1 ใน 10 คนมีปัญหา เกี่ยวกับสุขภาพ เกี่ยวกับจิตใจ (ตารางที่ 22) ระดับของการมีปัญหา เกี่ยวกับทางใจนั้นจะ เพิ่มตามอายุ ผู้สูงอายุหญิงดู เหมือนจะมีปัญหา เกี่ยวกับสุขภาพทางใจ มากกว่าผู้สูงอายุชาย เล็กน้อย กล่าวคือร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุหญิงกล่าวว่า รู้สึกว่าความ เหงา เป็นปัญหามากสำหรับตน เปรียบ เทียบกับร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุชายที่รายงาน เช่นนั้น ร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุหญิง เปรียบ เทียบกับร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุชายที่กล่าวว่า การไม่ เป็นที่ต้องการของใคร เป็นปัญหามากสำหรับตน

การที่ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุชายนั้น อาจจะ เนื่องจากผู้สูงอายุหญิงมีกิจกรรมหรือสนใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆในยามว่างน้อยกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ยังปรากฏว่ากว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58) ของผู้สูงอายุหญิงจะ เป็นหม้าย ไร้คู่คิด ขณะที่ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) ยังมีคู่สมรส

เป็นที่น่าสนใจ ที่พบว่าความแตกต่างของภาวะสุขภาพทางใจระหว่างผู้สูงอายุใน เมืองและชนบทอยู่ในทิศทางที่ตรงข้ามกับที่คาด กล่าวคือผู้สูงอายุของทุกกลุ่มอายุในชนบทดู เหมือนจะมีภาวะสุขภาพทางใจแย่กว่าผู้สูงอายุใน เมือง ไม่ว่าจะวัดด้วยดัชนีใดก็ตาม การที่ผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาภาวะสุขภาพทางใจ มากกว่าผู้สูงอายุใน เมือง เป็น เรื่องที่น่าสนใจหาคำอธิบายต่อไป

5.3 บริการด้านสุขภาพอนามัยและการดูแลรักษา

เรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอนามัยหรือการเจ็บป่วย คือการให้บริการหรือการไปขอรับบริการด้านการรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยโดยรัฐหรือครอบครัว เกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นที่น่าสนใจที่จะศึกษาว่าผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ จะไปขอบริการการรักษาจากที่ใด มีใครเป็นผู้ดูแลรักษาพยาบาล ได้รับการรักษาที่ต้องการหรือไม่ และมีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวจะช่วยให้เห็นภาพของปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุได้เด่นชัดขึ้น

ก) สถานที่ขอบริการรักษาพยาบาล

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่ผู้สูงอายุไปขอรับบริการการรักษาเมื่อเจ็บป่วยนั้น นอกจากจะสะท้อนถึงความเพียงพอของบริการแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย โครงการ SECAPT ได้ถามเกี่ยวกับสถานที่ที่ไปรับการรักษาเป็นส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วย กับสถานที่ที่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวไปรับการรักษา (ครั้งสุดท้าย) ข้อมูลจากทั้ง 2 คำถาม ให้ผลไม่ต่างกันมากนัก แต่ในที่นี้ได้เลือกเสนอข้อมูลจากคำถามที่ 2 คือสถานที่ที่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวไปรับการรักษา (ครั้งสุดท้าย) เนื่องจากข้อมูลของคำถามข้อหลังมีความเฉพาะเจาะจงและสะท้อนความจริง (fact) ที่เกิดขึ้น

ข้อมูลในตารางที่ 23 แสดงว่าสถานที่บริการของรัฐ เช่น โรงพยาบาล และสถานีอนามัยยังเป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุเข้าขอใช้บริการมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วย แต่การใช้บริการด้านอนามัยของรัฐในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับเอกชนและแหล่งอื่นนี้มิได้แสดงว่า คุณภาพของบริการของรัฐนั้นดีหรือเพียงพอ เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้สูงอายุอีกไม่น้อย (ประมาณ 1 ใน 5) ที่พึ่งร้านขายยา และมีบางส่วนที่พึ่งหมอแผนโบราณ พระ และอื่นๆ ประมาณร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแต่ไม่ไปรับการรักษา ข้อมูลนี้ชี้แนะว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีการดูแลสุขภาพของตนไม่ดีพอ อาจจะเพราะไม่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการหรือไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

ผู้สูงอายุหญิงที่เจ็บป่วย มีร้อยละที่จะไม่ไปหาใครเพื่อรักษา มากกว่าผู้สูงอายุชาย หรือมักจะพึ่งร้านขายยา ไปหาหมอแผนโบราณ พระ หรืออื่นๆมากกว่า การที่ผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมการรักษาตัวเช่นนี้ อาจจะเป็นเพราะการขาดความรู้ มีข้อจำกัดทางด้านการเงิน หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาแบบโบราณมากกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ข้อมูลในตารางยังแสดงว่า ผู้สูงอายุในชนบทจะพึ่งร้านขายยามากกว่าผู้สูงอายุในเมืองมาก การใช้บริการการรักษาพยาบาลของรัฐในอัตราส่วนที่มากกว่าของผู้สูงอายุในเมืองอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากบริการด้านอนามัยของรัฐและเอกชนในเมืองนั้นมีมากกว่าในชนบทมาก

สิ่งที่สะท้อนให้เห็นจากข้อมูลนี้คือ น่าที่จะมีการเผยแพร่บริการด้านการอนามัย โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะให้ทั่วถึง ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ดูแลตนเองให้ถูกสุขลักษณะหรือไปรับการรักษาที่ถูกต้อง

ในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีความพยายามที่จะประเมินถึงความเพียงพอของการรักษาพยาบาล โดยการถามผู้สูงอายุว่า:

1) ท่านรู้สึกว่า ท่านต้องการการรักษาพยาบาลที่ท่านไม่ได้รับอยู่หรือไม่

2) สำหรับตัวท่านเอง ท่านคิดว่าเรื่องการได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการไม่เพียงพอนั้นเป็นปัญหามาก เป็นปัญหาน้อย หรือไม่เป็นเลย

ตารางที่ 24ก และ 24ข แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการ และร้อยละที่รู้สึกว่าการได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการไม่เพียงพอนั้นเป็นปัญหามากสำหรับตนตามลำดับ จากข้อมูลในตาราง 24ก แสดงว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุคิดว่า ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการความรู้สึกดังกล่าวของผู้สูงอายุไม่ต่างกันมากตามอายุ แต่ผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุในชนบทรู้สึกว่าไม่ได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ต้องการสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุในเมืองมาก

เกือบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุรู้สึกว่าเรื่องการได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการไม่เพียงพอเป็นปัญหามาก (ตารางที่ 24ข) ผู้สูงอายุชายมีความรู้สึกว่าเรื่องนี้เป็นปัญหามากกว่าผู้สูงอายุหญิงเล็กน้อย (ทั้งๆที่สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุชาย ดีกว่าของผู้สูงอายุหญิง) ผู้สูงอายุในเมืองมีร้อยละที่รู้สึกว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาน้อยกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ผลการศึกษานี้ สะท้อนความเป็นจริงในสังคมถึงความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับการรักษาพยาบาล

ข) ค่าดูแลรักษาพยาบาล

ความรู้สึกที่ว่าได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการนั้น สาเหตุหนึ่งอาจจะเนื่องมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจ เกี่ยวกับเรื่องนี้ได้มีการสำรวจถึงค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้ง ของผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา และปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ถ้าต้องจ่ายครั้งละประมาณ 100 บาท ผลการศึกษาเรื่องค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง พบว่าร้อยละ 17 ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 39 เสียค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่า 100 บาท ร้อยละ 34 เสียค่ารักษาพยาบาล 100-500 บาท และมีร้อยละ 10 เสียค่ารักษาพยาบาล 500 บาทขึ้นไป (ไม่ได้แสดงตาราง) ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อครั้งนี้ อาจจะไม่สูงในมาตรฐานสากล แต่สำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ อาจจะมีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

ในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลถ้าต้องจ่ายครั้งละประมาณ 100 บาทนั้น ข้อมูลในตารางที่ 25 แสดงว่าร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุจะมีปัญหามาก ร้อยละ 30 มีปัญหาบ้าง และร้อยละ 56 ไม่มีปัญหา ยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีปัญหาค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า ตามที่คาดผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุในเมือง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุหญิงไม่มีรายได้ของตนเอง ต้องพึ่งสามีหรือบุตร ส่วนผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากจน

ค) ผู้ดูแลรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย ย่อมต้องมีผู้ดูแลพยาบาลหรือช่วยเหลือ จากการสอบถามผู้สูงอายุถึงผู้ดูแลปรนนิบัติหรือช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ยามเจ็บป่วยเท่าที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่(ประมาณ 2 ใน 3) ได้รับการดูแลปรนนิบัติจากบุตร ร้อยละ 19 จากคู่สมรส มีร้อยละ 3 ที่ไม่มีคนดูแล ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุชายรายงานว่าได้รับการดูแลจากคู่สมรส สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงหลายเท่า (ร้อยละ 34 เปรียบเทียบกับร้อยละ 8) ส่วนหนึ่งคือผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่เป็นหม้ายไม่มีคู่สมรส และอีกประการหนึ่ง ค่านิยมของสังคมที่กำหนดบทบาทของสตรีในการทำกิจกรรมต่างๆในครัวเรือน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุหญิงต้องพึ่งพิงบุตรหลานยามเจ็บป่วยมากกว่าพึ่งคู่สมรส ผู้สูงอายุชายมีร้อยละที่ขาดคนดูแลยามเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงเล็กน้อย (ตารางที่ 26)

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุในเมืองต้องพึ่งพาหลานหรือญาติอื่นๆ มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท และผู้สูงอายุในเมืองไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุในชนบทถึงเท่าตัว

ผู้สูงอายุต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแลมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วย รองลงมาคือ คู่สมรส หลาน และญาติอื่นๆ ประมาณร้อยละ 4 กล่าวว่า ไม่ต้องการให้ใครมาดูแล ผู้สูงอายุชายต้องการให้บุตรและคู่สมรสมาดูแลยามเจ็บป่วย ส่วนผู้สูงอายุหญิงต้องการบุตรหลานมาดูแลยามเจ็บป่วยมากที่สุด ผู้สูงอายุในเมืองมีร้อยละที่รายงานว่าใครก็ได้เป็นผู้ดูแลยามเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท (ตารางที่ 27)

ข้อมูลทั้ง 2 ตารางนี้ชี้แนะว่า สำหรับผู้สูงอายุในชนบท บุตร หลาน คู่สมรส ยังเป็นที่พึ่งพิงยามเจ็บป่วยได้มากกว่าในเมือง ผู้สูงอายุในเมืองแม้จะพึ่งพาบุตรหลาน คู่สมรสได้ แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ต้องพึ่งจากแหล่งอื่น หรือไม่มีคนดูแล สะท้อนภาพของชีวิตผู้สูงอายุในเมืองว่า อาจต้องมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจเพื่อซื้อบริการการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย

อนึ่งในเรื่องของปัญหาของผู้สูงอายุนี้ หากพิจารณาถึงปัญหาหลักของผู้สูงอายุ(ตารางที่ 28) พบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบคือ ปัญหาการเงิน และปัญหาสุขภาพ รองลงมาได้แก่ ปัญหาของความรู้สึกว่าด้วยการศึกษา และการไม่ได้รับการรักษาพยาบาลเพียงพอ และสิ่งที่เป็นปัญหาน้อยที่สุด

สำหรับผู้สูงอายุคือ การไม่มีเพื่อน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 12.0 เท่านั้นที่บอกว่ามีปัญหานี้ อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาถึงความแตกต่างระหว่าง เพศใน เรื่องของปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบนั้น พบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุชายประสบปัญหา เหล่านี้มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ยกเว้นปัญหา เกี่ยวกับสุขภาพ และปัญหาที่ เกี่ยวพันกับจิตใจซึ่งผู้สูงอายุหญิงประสบมากกว่า สำหรับความแตกต่างระหว่าง เขต เมืองและ เขตชนบทนั้น อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน เขตชนบท มีปัญหาในทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุใน เขต เมือง

6. สรุป

บทความนี้พยายามจะ เสนอภาพของปัญหาหลักๆของผู้สูงอายุ โดยแบ่งการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุ เป็น 2 เรื่องกว้างๆ คือ ปัญหาที่ เกี่ยวกับภาวะทาง เศรษฐกิจและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในส่วนที่ เกี่ยวกับปัญหาทาง เศรษฐกิจนั้น ผู้วิจัยมุ่งจะ เสนอข้อมูลประกอบปัญหา เกี่ยวกับภาวะทาง เศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่ได้มีการกล่าวถึงกัน เสมอ เช่น ภาวะการไม่มีงานทำ ฐานะทางการ เงิน แหล่งที่มาของการ เลี้ยงชีพ และสภาพความ เป็นอยู่ของผู้สูงอายุว่า เป็นอย่างไร

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการทำงานใน เชิง เศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้น เมื่อ เทียบกับประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานทั้งหมดจะต่ำกว่า คือ มี เพียงร้อยละ 38 ของผู้สูงอายุ เท่านั้นที่ทำงาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ โดย เฉพาะผู้สูงอายุหญิงและใน เมือง มีอัตราการทำงาน เชิง เศรษฐกิจต่ำกว่าผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุในชนบท มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุรู้สึกว่า การไม่มีงานทำที่ เพียงพอนั้น เป็นปัญหามากหรือ เป็นปัญหาบ้างสำหรับตน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่ทำงานนั้น ประมาณครึ่งหนึ่งต้องการทำงาน อีกครึ่งหนึ่งไม่ต้องการทำงาน ส่วนใหญ่ไม่ทำงาน เพราะสุขภาพร่างกายไม่ เอื้ออำนวย และครอบครัวไม่ต้องการให้ทำ และถ้าจะทำก็ไม่คิดว่าจะทำได้ ร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุ เท่านั้นที่คิดว่าการหางานให้ทำ เป็นสวัสดิการที่สำคัญที่รัฐควรให้กับผู้สูงอายุ แต่มีร้อยละถึง 37 ของผู้สูงอายุที่คิดว่า การให้ เงินช่วย เหลือๆ เป็นสวัสดิการที่สำคัญที่สุด

อัตราการทำงานที่ต่ำของผู้สูงอายุ หมายความว่า ผู้สูงอายุน่าจะมีแหล่ง เลี้ยงชีพจากแหล่งอื่นที่สำคัญกว่าการทำงาน ข้อมูลของการวิจัยพบว่า แหล่ง เลี้ยงชีพที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ บุตรหลาน คู่สมรส และการทำงาน แต่ผู้สูงอายุ เองมีรายได้ต่ำ ไม่ เพียงพอ เลี้ยงชีพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน โดย เฉพาะใน เขตชนบทมักจะอยู่ในฐานะของหัวหน้าครัว เรือนและ เป็น เจ้าของบ้าน และมีส่วนน้อยที่บอกว่ามีปัญหาในการอาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลาน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังต้องการการดูแลส่ง เสียจากลูกหลานและไม่คิดที่จะไปอยู่บ้านพักคนชรา

จากข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับภาวะทางเศรษฐกิจที่เสนอมาข้างต้น ชี้แนะว่าควรมีการเพิ่มโอกาสการทำงาน หรือจัดหางานที่เหมาะสมกับภาวะร่างกายให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ขณะเดียวกันก็ควรที่จะมีการส่งเสริมหรือรักษาไว้ซึ่งบทบาทของครอบครัวในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ เพราะส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุพอใจกับสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่ตนอยู่

ส่วนที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพยายามประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยมาตรการต่างๆ เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น ตลอดจนศึกษาถึงความต้องการการรักษาพยาบาล และความเพียงพอของบริการด้านนี้

จากดัชนีต่างๆที่ใช้ประเมินสุขภาพทางกายและทางใจของผู้สูงอายุพบว่า แม้จะมีผู้สูงอายุบางส่วนมีสุขภาพดีหรือดีมาก แต่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมาก ผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเฉพาะโรค และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุกับสถานที่ไปรับการรักษาพยาบาล ชี้แนะว่า ผู้สูงอายุไทยยังขาดความเข้าใจและมีการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ดีพอ จะเห็นว่าผู้สูงอายุไทยจำนวนมากเป็นโรคเกี่ยวกับระบบเนื้อกล้ามรวม โครงสร้าง และเนื้อยึดเสริม เป็นโรคระบบย่อยอาหาร หรือมีปัญหาการปวดตามข้อ ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ปัญหาสุขภาพในเรื่องเหล่านี้น่าจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ เช่น รับประทานอาหารให้ถูกสัดส่วน และออกกำลังกายที่เหมาะสม มีการพักผ่อนที่เพียงพอ

การเข้าถึงบริการด้านอนามัย เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุประสบ แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังใช้บริการด้านสาธารณสุขของรัฐ เมื่อเจ็บป่วย แต่ก็มีอีกไม่น้อยที่พึ่งพาแหล่งบริการอื่น เช่น ร้านขายยา หมอแผนโบราณ หรือไม่ไปหาใครเลย การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องน่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการ การไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการ ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากบริการไม่เพียงพอ อีกส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะการขาดความรู้ และขาดปัจจัยทางเศรษฐกิจที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ดังนั้นการมีคลินิคผู้สูงอายุและการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องที่ควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ข้อมูลของโครงการ SECAPT พบว่า ร้อยละ 33 ของผู้สูงอายุคิดว่าการรักษาพยาบาลฟรีเป็นสวัสดิการสำคัญที่สุดที่รัฐควรให้กับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการทำงานในเชิงเศรษฐกิจ และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	การทำงานในเชิงเศรษฐกิจ			รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	กำลังทำ	ทำในรอบปี	ไม่ทำ		
อายุ					
60-64	42.6	13.7	43.7	100	1,081
65-74	29.4	5.9	64.7	100	1,465
70+	13.1	3.0	83.8	100	700
เพศ					
ชาย	40.1	10.4	49.5	100	1,332
หญิง	23.1	6.1	70.5	100	1,914
เขตที่อาศัย					
เมือง	21.8	2.9	75.2	100	560
ชนบท	32.0	8.9	58.9	100	2,685
รวม	**30.3**	**7.9**	**61.8**	**100**	**3,245**

ตารางที่ 2 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (ในรอบปี) จำแนกตามสาเหตุของการหยุดทำงาน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	สาเหตุ					รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ร่างกายทำไม่ไหว	เกษียณ	ครอบครัวไม่ต้องการให้ทำ	งานหมด	เบื่อ, แก่ และอื่นๆ		
อายุ							
60-64	70.0	7.4	12.0	4.2	6.3	100	474
65-74	74.6	4.1	10.4	5.6	5.2	100	923
75+	79.0	1.5	11.5	3.1	4.8	100	581
เพศ							
ชาย	74.2	10.2	7.8	3.5	4.3	100	669
หญิง	75.2	1.0	12.8	5.1	5.8	100	1,307
เขตที่อาศัย							
เมือง	51.6	16.3	13.1	9.4	9.7	100	386
ชนบท	80.5	1.2	10.6	3.4	4.3	100	1,591
รวม	**74.8**	**4.1**	**11.1**	**4.6**	**5.3**	**100**	**1,978**

ตารางที่ 3 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความต้องการทำงาน สถานภาพการทำงาน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ความต้องการทำงาน		รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ต้องการ	ไม่ต้องการ		
สถานภาพการทำงาน				
กำลังทำ	83.8	16.2	100	979
ทำในรอบปี	85.3	14.7	100	255
ไม่ทำ	54.3	45.7	100	2,006
เพศและอายุ				
ชาย	**71.7**	**28.3**	**100**	**1,327**
60-64	80.1	19.9	100	431
65-74	71.8	28.2	100	622
75+	58.3	41.7	100	275
หญิง	**61.5**	**38.5**	**100**	**1,913**
60-64	70.8	29.2	100	648
65-74	61.0	39.0	100	841
75+	48.2	51.8	100	424
เขตที่อาศัยและอายุ				
เมือง	**51.2**	**48.8**	**100**	**559**
60-64	63.0	37.0	100	190
65-74	51.1	48.9	100	251
75+	32.3	67.7	100	119
ชนบท	**68.7**	**31.3**	**100**	**2,682**
60-64	76.9	23.1	100	889
65-74	68.6	31.4	100	1,212
75+	56.2	43.8	100	581
รวม	**65.6**	**34.4**	**100**	**3,241**

049167

ตารางที่ 4 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระยะเวลาที่สามารถทำงานต่อไปได้ สถานภาพการทำงาน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ระยะเวลา (ปี) ที่สามารถทำงานต่อไป							รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ไม่สามารถทำต่อไป	<1	2-4	5-9	10+	แล้วแต่กรณี	ไม่ทราบ		
สถานภาพการทำงาน									
กำลังทำ	0.1	9.2	19.2	7.9	3.3	51.7	8.6	100	982
ทำในรอบปีที่แล้ว	13.9	16.8	15.7	6.9	0.3	34.4	11.9	100	256
ไม่ทำ	79.5	0.4	5.2	6.2	3.7	3.5	1.5	100	1,940
อายุ									
60-64	33.7	6.2	13.8	8.2	3.9	29.5	4.8	100	1,059
65-74	51.7	3.9	10.1	6.5	2.9	20.3	4.7	100	1,433
75+	69.5	2.8	5.8	5.1	3.3	8.9	4.6	100	693
เพศและอายุ									
ชาย	**39.2**	**5.5**	**11.7**	**9.3**	**3.4**	**25.7**	**5.2**	**100**	**1,333**
60-64	22.3	7.3	15.5	10.9	4.4	34.0	5.6	100	433
65-74	41.2	4.7	11.1	9.6	2.7	26.2	4.5	100	808
75+	61.4	4.6	7.1	5.7	3.5	11.6	6.0	100	275
หญิง	**57.0**	**3.6**	**9.4**	**5.0**	**3.2**	**17.3**	**4.4**	**100**	**1,852**
60-64	41.6	5.4	12.5	6.3	3.6	26.3	4.3	100	626
65-74	59.8	3.3	9.3	4.1	3.0	15.6	4.8	100	808
75+	74.8	1.7	4.9	4.7	3.1	7.1	3.7	100	418
เขตที่อาศัยและอายุ									
เมือง	**43.6**	**2.8**	**8.9**	**12.7**	**8.4**	**17.6**	**6.0**	**100**	**518**
60-64	37.0	1.7	10.2	16.9	7.8	21.3	5.0	100	178
65-74	43.1	3.6	9.4	10.4	7.8	18.3	7.4	100	227
75+	55.1	2.7	5.9	10.8	10.3	10.4	4.8	100	112
ชนบท	**50.7**	**4.7**	**10.7**	**5.6**	**2.3**	**21.5**	**4.5**	**100**	**2,667**
60-64	33.0	7.1	14.5	6.4	3.1	31.1	4.8	100	881
65-74	53.3	4.0	10.2	5.8	1.9	20.6	4.1	100	1,205
75+	72.3	2.9	5.7	4.3	1.9	8.6	4.6	100	581
รวม	**49.7**	**4.4**	**10.4**	**6.8**	**3.3**	**20.9**	**4.5**	**100**	**3,179**

ตารางที่ 5 การกระจายร้อยละของคู่สมรส จำแนกตามรายได้ต่อเดือน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ไม่มี	รายได้ต่อเดือน (บาท)							รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
		<300	300-599	600-999	1,000-1,499	1,500-1,999	2,000-2,999	3,000+		
อายุ										
60-64	5.0	29.2	23.3	9.9	8.9	5.8	6.6	11.3	100	955
65-74	7.3	42.7	17.6	8.3	8.9	3.8	4.4	7.1	100	1,234
75+	13.4	49.3	17.9	4.1	4.6	2.9	2.8	5.0	100	564
เพศ										
ชาย	5.2	33.5	21.1	8.5	8.6	5.3	5.4	12.2	100	1,155
หญิง	9.6	43.5	18.6	7.6	7.5	3.5	4.4	5.2	100	1,597
เขตที่อาศัย										
เมือง	5.8	12.8	16.7	9.4	10.0	7.6	12.5	25.2	100	470
ชนบท	8.2	44.9	20.2	7.7	7.6	3.6	3.3	4.6	100	2,282
รวม	**7.8**	**39.3**	**19.6**	**8.0**	**8.0**	**4.3**	**4.8**	**8.1**	**100**	**2,753**

ตารางที่ 6 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้ในการเลี้ยงชีพตนเอง และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	แหล่งที่มาของรายได้								รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ไม่มี	จากการทำงาน	บำนาญ	บุตร	เงินออม	คู่สมรส	ญาติพี่น้อง	อื่นๆ		
อายุ										
60-64	4.5	42.5	3.5	37.4	5.8	3.2	1.5	1.6	100	1,077
65-74	6.2	25.8	2.0	51.0	8.8	1.6	2.7	1.8	100	1,455
75+	10.9	11.8	1.0	56.0	11.3	0.8	6.2	2.0	100	692
เพศ										
ชาย	4.6	39.6	4.5	37.4	8.4	1.4	2.3	1.8	100	1,323
หญิง	8.1	20.6	0.8	54.6	8.3	2.3	3.6	1.7	100	1,901
เขตที่อาศัย										
เมือง	4.9	17.3	9.2	51.7	9.2	2.8	4.0	1.0	100	557
ชนบท	7.0	30.7	0.9	46.7	8.2	1.8	2.9	1.9	100	2,666
รวม	**6.6**	**28.4**	**2.3**	**47.5**	**8.3**	**2.0**	**3.1**	**1.8**	**100**	**3,223**

ตารางที่ 7 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความเพียงพอในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ความเพียงพอในการเลี้ยงชีพ				รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ไม่มีรายได้	เหลือใช้	พอเพียง	ไม่พอเพียง		
อายุ						
60-64	4.6	4.7	39.3	51.4	100	1,042
65-74	6.5	5.1	40.7	47.7	100	1,382
75+	11.7	6.0	43.9	38.4	100	649
เพศ						
ชาย	4.8	5.4	39.4	50.4	100	1,271
หญิง	8.5	5.0	42.0	44.6	100	1,802
เขตที่อาศัย						
เมือง	5.1	10.8	52.2	31.9	100	532
ชนบท	7.3	4.0	38.5	50.2	100	2,541
รวม	**7.0**	**5.2**	**40.9**	**47.0**	**100**	**3,073**

ตารางที่ 8 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามโครงสร้างครัวเรือน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	โครงสร้างครัวเรือน						รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	คนเดียว	ครัวเรือนเดี่ยว	ครัวเรือนย่อย	ครัวเรือนรวม	ครัวเรือนผสม	อื่นๆ		
อายุ								
60-64	2.1	40.1	50.2	1.6	5.7	0.3	100	1,081
65-74	5.1	31.1	57.0	1.8	4.7	0.3	100	1,466
75+	6.6	20.6	65.5	1.9	5.0	0.4	100	705
เพศ								
ชาย	3.6	39.2	51.2	1.4	4.6	0.0	100	1,333
หญิง	5.1	26.7	60.3	1.9	3.5	0.5	100	1,919
เขตที่อาศัย								
เมือง	3.6	32.5	48.8	4.1	10.3	0.7	100	561
ชนบท	4.6	31.7	38.2	1.2	4.0	0.2	100	2,691
รวม	**4.4**	**31.8**	**56.6**	**1.7**	**5.1**	**0.3**	**100**	**3,252**

ตารางที่ 9 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน					รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	หัวหน้าครัวเรือน	คู่สมรส	พ่อแม่	สมาชิกอื่นๆ	อื่นๆ		
อายุ							
60-64	60.1	28.8	9.4	1.6	0.0	100	1,081
65-74	58.5	17.3	21.8	1.9	0.4	100	1,466
75+	47.1	6.6	43.6	2.5	0.2	100	705
เพศ							
ชาย	85.0	1.4	12.0	1.3	0.3	100	1,333
หญิง	36.8	30.9	29.7	2.4	0.2	100	1,919
เขตที่อาศัย							
เมือง	49.4	15.7	29.5	5.0	0.5	100	561
ชนบท	58.1	19.5	21.0	1.3	0.2	100	2,691
รวม	**56.6**	**18.8**	**22.4**	**1.9**	**0.2**	**100**	**3,252**

ตารางที่ 10 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการเป็นเจ้าของบ้าน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	การเป็นเจ้าของบ้าน				รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ตนเอง/คู่สมรส	ลูก เขย/สะใภ้	สมาชิกอื่น	เช่า/บ้านหลวง		
อายุ						
60-64	89.2	4.7	2.3	3.8	100	1,078
65-74	80.5	11.3	4.6	3.7	100	1,455
75+	68.6	21.3	7.1	3.0	100	692
เพศ						
ชาย	85.9	7.3	3.0	3.8	100	1,325
หญิง	77.3	14.0	5.3	3.4	100	1,900
เขตที่อาศัย						
เมือง	54.1	20.3	9.4	16.2	100	557
ชนบท	86.4	9.3	3.3	0.9	100	2,668
รวม	**80.9**	**11.2**	**4.4**	**3.5**	**100**	**3,225**

ตารางที่ 11 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ปัญหา					รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ไม่มีปัญหา	ไม่ถูกกับเขย/สะใภ้	บุตรหลานไม่เชื่อ	อื่นๆ	ไม่ได้อยู่ด้วยกัน		
อายุ							
60-64	77.7	0.3	7.7	4.9	9.4	100	1,069
65-74	73.9	0.9	7.2	4.2	13.7	100	1,452
75+	76.6	0.6	5.9	3.6	13.4	100	688
เพศ							
ชาย	75.6	0.4	4.9	4.9	14.2	100	1,314
หญิง	75.9	0.8	8.6	3.9	10.9	100	1,895
เขตที่อาศัย							
เมือง	75.5	0.7	8.8	4.3	10.7	100	554
ชนบท	75.8	0.6	6.7	4.3	12.5	100	2,655
รวม	75.7	0.6	7.1	4.3	12.2	100	3,209

ตารางที่ 12 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความต้องการการดูแลส่งเสียจากลูกและลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ความต้องการการดูแลส่งเสีย			รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	แล้วแต่กรณี		
อายุ					
60-64	87.1	11.4	1.5	100	1,041
65-74	89.0	9.5	1.5	100	1,402
75+	91.5	6.2	2.3	100	672
เพศ					
ชาย	86.2	12.0	1.8	100	1,280
หญิง	90.8	7.6	1.6	100	1,835
เขตที่อาศัย					
เมือง	81.0	16.0	3.0	100	523
ชนบท	90.5	8.1	1.4	100	2,592
รวม	88.9	9.4	1.7	100	3,115

ตารางที่ 13 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานไปทำงานที่อื่น จำแนกตามความรู้สึกว่าไม่มีคนคอยดูแล และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ความรู้สึกว่าไม่มีคนดูแล		รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	รู้สึก	ไม่รู้สึก		
อายุ				
60-64	25.0	75.0	100	416
65-74	20.5	79.5	100	451
75+	16.1	83.9	100	175
เพศ				
ชาย	25.5	74.5	100	470
หญิง	23.4	76.6	100	571
เขตที่อาศัย				
เมือง	14.6	85.4	100	156
ชนบท	26.1	73.9	100	886
รวม	**21.6**	**78.4**	**100**	**1,042**

ตารางที่ 14 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานไปทำงานที่อื่น จำแนกตามความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งเมื่อบุตรหลานย้ายไปทำงานที่อื่น และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง		รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	รู้สึก	ไม่รู้สึก		
อายุ				
60-64	24.8	75.2	100	416
65-74	24.4	75.6	100	447
75+	18.5	81.5	100	175
เพศ				
ชาย	22.2	77.8	100	469
หญิง	24.6	75.4	100	569
เขตที่อาศัย				
เมือง	15.8	84.2	100	156
ชนบท	24.9	75.1	100	882
รวม	**23.5**	**76.5**	**100**	**1,038**

ตารางที่ 15 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดที่จะไปอยู่บ้านพักคนชรา และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ความคิดที่จะไปอยู่บ้านพักคนชรา			รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	เคยคิด	ไม่เคยคิด	ไม่เคยรู้จักหรือได้ยิน		
อายุ					
60-64	9.1	35.5	55.4	100	1,072
65-74	8.5	32.0	59.5	100	1,451
75+	7.5	28.9	63.6	100	691
เพศ					
ชาย	9.8	37.6	52.6	100	1,315
หญิง	7.6	29.0	63.4	100	1,899
เขตที่อาศัย					
เมือง	15.9	59.5	24.6	100	556
ชนบท	6.9	26.9	66.2	100	2,657
รวม	8.5	32.5	59.0	100	3,214

ตารางที่ 16 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาวะสุขภาพในรอบ 1 อาทิตย์ก่อนการสัมภาษณ์ และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	สภาวะสุขภาพ					จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว
	ดีมาก	ดี	เรื่อยๆ	ไม่ดี	รวม	(N)
อายุ						
60-64	4.0	37.0	22.6	36.4	100	1,075
65-74	3.8	31.0	25.1	40.1	100	1,458
75+	2.4	23.0	25.0	49.6	100	692
เพศ						
ชาย	5.6	33.8	22.3	38.4	100	1,323
หญิง	2.2	29.5	25.6	42.7	100	1,902
เขตที่อาศัย						
เมือง	5.7	35.7	24.2	34.4	100	556
ชนบท	3.1	30.3	24.3	42.3	100	2,668
สถานภาพสมรส						
สมรส	4.5	33.4	23.4	38.8	100	1,776
หม้าย	2.4	28.3	25.5	43.8	100	1,359
หย่า, เลิก, ร้าง	3.8	32.5	21.6	42.1	100	51
โสด	2.8	35.0	25.9	36.3	100	39
รวม	**3.6**	**31.2**	**24.2**	**40.9**	**100**	**3,225**

ตารางที่ 17 อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บจนไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวัน ในรอบปีที่ผ่านมา ตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย

คุณลักษณะ	เพศ		เขตที่อาศัย		
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	รวม
อายุ					
60-64	29.1	35.0	27.6	33.7	32.6
65-74	36.7	38.3	30.6	39.1	37.6
75+	42.5	46.7	34.0	47.3	45.0
รวม	**35.4**	**39.0**	**30.3**	**39.1**	**37.6**

ตารางที่ 18 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดของโรคประจำตัวต่างๆ ที่เป็น ตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย

โรคประจำตัว	อายุ			เพศ		เขตที่อาศัย		รวม
	60-64	65-74	75+	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
1. ไม่มีโรคประจำตัว	32.2	28.0	25.1	33.2	25.7	36.5	27.2	28.8
2. โรคติดเชื้อและปรสิต	1.2	1.4	1.4	1.7	1.0	1.9	1.2	1.3
3. โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึม	3.3	3.8	2.3	3.6	3.1	5.6	2.8	3.3
4. ภาวะแปรปรวนทางจิต	0.7	0.5	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5
5. โรคระบบประสาทและอวัยวะสัมผัส	2.9	3.2	4.0	3.8	2.9	3.4	3.2	3.3
6. โรคระบบไหลเวียนโลหิต	5.0	5.0	3.8	3.5	5.7	12.0	3.2	4.8
7. โรคระบบหายใจ	5.7	5.8	5.7	7.6	4.5	4.2	6.1	5.7
8. โรคระบบย่อยอาหาร	11.1	10.1	7.8	13.1	7.7	8.6	10.2	9.9
9. โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	1.0	1.3	0.3	1.1	0.9	0.7	1.0	1.0
10. โรคผิวหนังและเนื้อใต้ผิวหนัง	1.1	1.8	2.4	2.0	1.5	0.9	1.9	1.7
11. โรคระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวรวมโครงสร้างและเนื้อยึดเสริม	17.3	20.2	23.3	14.6	23.6	13.6	21.2	19.9
12. อื่นๆ	18.6	18.9	23.4	15.1	23.0	12.0	21.4	19.8
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100
จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)	1,075	1,458	692	1,323	1,902	556	2,668	3,225

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพแต่ละประเภท จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย

ปัญหา	อายุ			เพศ		เขตที่อาศัย		รวม
	60-64	65-74	75+	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
1. ปวดตามข้อ	73.7	73.7	77.8	71.0	77.0	70.0	75.5	74.6
2. ท้องผูก	37.5	39.3	44.8	39.1	40.4	42.3	39.4	39.9
3. ริดสีดวงทวาร	10.5	10.0	9.9	13.6	7.7	12.5	9.7	10.1
4. นอนไม่หลับ	58.3	58.4	60.2	53.8	62.2	50.9	60.4	58.8
5. โรคหัวใจ	7.8	7.8	6.4	6.1	8.5	10.9	6.8	7.5
6. เบาหวาน	2.5	2.6	1.2	2.2	2.3	6.1	1.4	2.3
7. ความดันสูง	11.5	11.6	11.5	10.5	12.3	18.0	10.1	11.6
8. เป็นลม	41.5	45.1	53.0	36.4	52.0	35.2	47.8	45.6

ตารางที่ 20 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของความเจริญอาหาร และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ระดับความเจริญอาหาร				รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี		
อายุ						
60-64	10.1	41.3	38.4	10.2	100	1,076
65-74	7.7	37.5	43.3	11.5	100	1,458
75+	7.3	33.4	43.4	15.9	100	692
เพศ						
ชาย	10.0	43.1	38.3	8.6	100	1,322
หญิง	7.3	34.3	44.0	14.3	100	1,903
เขตที่อาศัย						
เมือง	9.7	42.1	39.0	9.3	100	556
ชนบท	8.1	37.0	42.2	12.6	100	2,670
รวม	**8.4**	**37.9**	**41.7**	**12.0**	**100**	**3,225**

ตารางที่ 21 อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุ ที่เห็นไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา การเดิน และการได้ยิน ตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย

ประเภทของสุขภาพทางกาย	เพศ		เขตที่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ร้อยละที่เห็นชัดมาก					
อายุ					
60-64	64.8	55.0	65.3	57.6	58.9
65-74	54.8	43.4	61.7	45.4	48.2
75+	40.3	33.0	43.3	34.4	35.9
รวม	**55.1**	**45.0**	**59.0**	**47.1**	**49.1**
ร้อยละที่เดินได้ไม่มีปัญหาเลย					
อายุ					
60-64	80.1	70.5	71.5	75.0	74.4
65-74	67.3	51.9	66.5	56.7	58.4
75+	42.9	29.8	40.7	33.8	35.0
รวม	**66.5**	**53.3**	**62.8**	**57.8**	**58.7**
ร้อยละที่ได้ยินชัดมาก					
อายุ					
60-64	88.2	87.6	87.1	88.0	87.8
65-74	76.7	82.1	80.1	79.7	79.8
75+	67.7	62.1	66.0	63.9	64.3
รวม	**78.6**	**79.5**	**79.6**	**79.1**	**79.1**

ตารางที่ 22 อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าความเหงา ความไม่มีเพื่อน และความรู้สึกว่าไม่เป็นที่ต้องการของใคร เป็นปัญหามากสำหรับตน ตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย

ปัญหา	เพศ		เขตที่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
ความเหงาเป็นปัญหามาก					
อายุ					
60-64	17.5	17.6	10.9	18.9	17.5
65-74	16.7	17.9	14.4	18.0	17.4
75+	16.3	21.6	15.7	20.3	19.5
รวม	**16.9**	**18.6**	**13.5**	**18.8**	**17.9**
ไม่มีเพื่อนเป็นปัญหามาก					
อายุ					
60-64	14.8	10.6	6.1	13.6	12.3
65-74	11.3	11.7	6.8	12.5	11.6
75+	13.3	12.1	7.8	13.6	12.6
รวม	**12.8**	**11.4**	**6.8**	**13.1**	**12.0**
ไม่เป็นที่ต้องการของใครเป็นปัญหามาก					
อายุ					
60-64	14.1	11.7	7.9	13.7	12.7
65-74	12.2	14.8	10.1	14.4	13.7
75+	11.9	13.8	10.5	13.6	13.0
รวม	**12.8**	**13.5**	**9.4**	**14.0**	**13.2**

ตารางที่ 23 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จำแนกตามสถานที่ที่ไป (ครั้งสุดท้าย) ในการรักษาโรคประจำตัว และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	สถานที่ไปรักษา							รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ไม่ไป	โรงพยาบาลของรัฐ	โรงพยาบาล/คลีนิคเอกชน	สถานีอนามัย	ร้านขายยา	หมอแผนโบราณ	พระ+อื่นๆ		
อายุ									
60-64	7.9	41.0	13.0	10.5	20.6	4.9	2.2	100	723
65-74	7.8	38.3	13.5	10.9	21.7	3.8	3.8	100	1,039
75+	10.0	31.5	11.8	11.6	24.9	5.2	4.9	100	503
เพศ									
ชาย	7.3	43.3	10.0	10.3	21.7	4.4	3.1	100	870
หญิง	9.0	34.1	14.9	11.4	22.3	4.5	3.8	100	1,394
เขตที่อาศัย									
เมือง	4.7	45.3	26.0	4.1	14.9	3.5	1.6	100	350
ชนบท	9.0	36.3	10.6	12.2	23.4	4.6	3.9	100	1,915
รวม	8.3	37.7	13.0	11.0	22.1	4.5	3.5	100	2,265

ตารางที่ 24ก อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการ ตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย

อายุ	เพศ		เขตที่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
60-64	46.0	45.1	34.0	48.0	45.5
65-74	45.0	42.5	29.5	46.6	43.6
75+	45.0	45.4	29.0	48.5	45.3
รวม	45.3	44.1	30.9	47.4	44.6

ตารางที่ 24ข อัตราส่วนร้อยของผู้สูงอายุ ที่รู้สึกว่าตนเองประสบปัญหามากเรื่องได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการไม่เพียงพอ

อายุ	เพศ		เขตที่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
60-64	23.0	22.9	19.0	23.8	22.9
65-74	25.8	22.8	16.9	25.6	24.1
75+	25.1	18.0	15.3	21.9	20.8
รวม	**24.8**	**21.8**	**17.3**	**24.2**	**23.0**

ตารางที่ 25 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลถ้าต้องจ่ายครั้งละประมาณ 100 บาท และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ระดับปัญหา				รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	มีปัญหามาก	มีบ้าง	ไม่มีปัญหา	แล้วแต่กรณี		
อายุ						
60-64	10.7	33.6	55.7	0.1	100	1,071
65-74	15.4	28.4	56.0	0.2	100	1,447
75+	16.7	29.4	53.9	-	100	687
เพศ						
ชาย	12.9	30.2	56.8	0.1	100	1,314
หญิง	14.9	30.5	54.4	0.2	100	1,885
เขตที่อาศัย						
เมือง	6.9	20.3	72.8	-	100	550
ชนบท	15.6	32.4	51.8	0.2	100	2,648
รวม	**14.1**	**30.3**	**55.9**	**0.1**	**100**	**3,199**

ตารางที่ 26 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามผู้ดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วยที่ผ่านมา และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ผู้ดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย									รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ไม่ป่วย	คู่สมรส	บุตร	เขย/สะใภ้	หลาน	ญาติอื่นๆ	เพื่อน/เพื่อนบ้าน	อื่นๆ	ไม่มีคนดู		
อายุ											
60-64	7.3	25.0	58.4	0.7	3.0	1.5	0.7	0.6	2.8	100	1,074
65-74	6.1	17.8	63.0	1.4	5.1	1.4	0.6	0.6	4.1	100	1,458
75+	4.7	10.7	66.1	2.3	12.4	0.8	0.2	0.7	2.0	100	689
เพศ											
ชาย	7.6	34.4	48.2	0.6	3.4	0.9	0.5	0.8	3.5	100	1,321
หญิง	5.2	7.8	71.8	1.9	7.7	1.6	0.6	0.6	3.0	100	1,899
เขตที่อาศัย											
เมือง	9.2	19.5	48.8	1.2	9.7	2.4	0.9	1.8	6.6	100	553
ชนบท	5.6	18.5	64.9	1.4	5.2	1.1	0.5	0.4	2.5	100	2,667
รวม	**6.2**	**18.7**	**62.1**	**1.3**	**5.9**	**1.3**	**0.6**	**0.7**	**3.2**	**100**	**3,221**

ตารางที่ 27 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม คนที่สูงอายุต้องการให้มาดูแล เมื่อเจ็บป่วย และลักษณะภูมิหลังบางประการ

ลักษณะภูมิหลัง	ผู้ที่ต้องการให้มาดูแล									รวม	จำนวนตัวอย่างที่ถ่วงแล้ว (N)
	ไม่ต้องการ	คู่สมรส	บุตร	คู่สมรสและบุตร	หลาน	พี่น้อง	ญาติอื่นๆ	อื่นๆ	ใครก็ได้		
อายุ											
60-64	3.9	15.7	66.8	5.4	2.6	1.4	0.4	1.9	2.2	100	1,070
65-74	3.6	10.7	71.7	3.2	4.6	1.3	0.3	1.5	3.1	100	1,454
75+	3.1	5.1	74.7	2.4	8.0	0.2	0.8	2.1	3.6	100	687
เพศ											
ชาย	3.9	21.0	58.5	6.6	3.1	0.8	0.5	2.3	3.5	100	1,316
หญิง	3.4	4.4	79.2	1.8	5.7	1.3	0.4	1.3	2.4	100	1,896
เขตที่อาศัย											
เมือง	7.6	12.6	60.4	2.0	7.7	1.6	0.2	3.2	4.7	100	552
ชนบท	2.8	10.9	72.9	4.1	4.0	1.0	0.5	1.4	2.5	100	2,660
รวม	**3.6**	**11.2**	**70.7**	**3.8**	**4.6**	**1.1**	**0.4**	**1.7**	**2.8**	**100**	**3,212**

Chulalinet
3 0021 00091912 6

บรรณานุกรม

คณะทำงานประมาณประชากร ในคณะอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากร (2529) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2523-2558. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2528). เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย กรุงเทพฯ.

Badry, M.A. El (1986). Aging in Developing Countries: One More Population Problem? Working Paper No.13 Cairo Demographic Centre.

Cantor, Majorie H. "Patterns of Aging and Social Supports in the United States? in Aging China: Family, Economics and Government Policy in Transition. The Gerontological Society of America 1987 pp 76-77.

Cowgill, D. "The Social Life of the Aging in Thailand", the Gerontologist 8, 3 pp 159-163.

Kendig, Hal "Roles of the Aged, Families and Communities in the Context of an Aging Society" Population Aging: Review of Emerging Issues. ESCAP, U.N. 1987 pp 75-82.

Liang, Jersey and Nancy Whitelaw (1987). Assessing The Physical and Mental Health of the Elderly Paper presented at the Semminar on Research on Aging in Asia and the Pacific, Singapore. Sept 1, 1987.