



การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ



โดย

นางสาวพนิดา โยวะมุข

นางสาวอักษรานันท์ ภัคดีสมัน

นางสาวประภัสสร วงษ์ศรี

วิทยาลัยพยานาลศรีมหาสารคาม
 สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
แนวโน้มทางประชากร	1
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุเป็นประชากรสูงอายุ	4
คุณลักษณะที่น่าสนใจและปัญหาของผู้สูงอายุ	6
โครงสร้างประชากร	10
ผู้สูงอายุกับการเป็นภาระ	13
ความยืนยาวของชีวิต	12
แนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	13
มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์	15
การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว	18
การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน	21
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ	23

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพ หรือ "HEALTH PROMOTION" หมายถึง " ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุง สุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถป้องกัน และตระหนักถึงความ มุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือปรับตน ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาด จิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียงจาก สิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ผู้สูงอายุในประเทศไทย

แนวโน้มทางประชากร

ในช่วงเวลากว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สภาวะการณ์ทางประชากรของ ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อัตราการเพิ่มประชากรลดลง จากระดับสูง คือ ประมาณร้อยละ 3.0 ต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2503 มาสู่ระดับที่ ค่อนข้างต่ำ ประมาณร้อยละ 1.1 ต่อปีในปัจจุบัน การลดลงของภาวะการตาย ของประชากรไทยเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการ นำเอาวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ และการดำเนินงานทางด้าน การสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการขยายบริการทางการแพทย์ เช่น การเพิ่มจำนวน ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาล ไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ หรือการ มีโครงการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน และการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ อีกส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจในอดีต ก็ส่งผลให้รายได้

ส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการใช้จ่ายในการป้องกันสุขภาพมีมากขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาทางสังคม โดยเฉพาะในด้านการศึกษาและการส่งเสริมสถานภาพสตรี น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยลดระดับการตาย โดยเฉพาะการตายของทารกและเด็ก ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากมารดาที่ได้รับการศึกษาที่ดี ย่อมจะมีโลกทัศน์ที่เปิดกว้าง ย่อมเปิดรับวิทยาการสมัยใหม่ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันรักษาสุขภาพให้กับบุตร

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุเป็นประชากรสูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะการเจริญพันธุ์ และภาวะการตายของประชากรดังกล่าว ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย กล่าวคือ พบว่าในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ในขณะที่จำนวนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต กล่าวคือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคนในปัจจุบันเป็นประมาณ 10 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุ จะเร็วกว่าประชากรโดยรวมทั้งหมด ดังจะเห็นได้จาก ระหว่างปี 2523 ถึงปี 2533 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 47 แต่เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มระหว่างปี 2523 ไปจนถึงปี 2563 จะพบว่าประชากรสูงอายุ จะเพิ่มสูงถึงกว่าร้อยละ 300 (ตารางที่ 1)

สาเหตุของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว เป็นเพราะภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีตและภาวะการตายที่ลดลงเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่หลังสงครามโรคครั้งที่ 2 ทำให้ประชากรในรุ่นที่เคยเป็นเด็ก ซึ่งเกิดมาเป็นจำนวนมากในอดีต ได้ค่อยๆ ททยอยเข้าสู่วัยแรงงานและวัยสูงอายุในที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มประชากรสูงอายุจะมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุมากๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับเช่นในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ประมาณ 700,000 คน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,400,000 คน ในราวปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นกว่า 2 ล้านคนในปีพ.ศ.2563

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย จะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง จะมีมากกว่าเพศชาย และเมื่อพิจารณาอัตราส่วนทางเพศของประชากรในประเทศไทยจะพบว่า อัตราส่วนทางเพศเมื่อแรกเกิด จะมีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่ในกลุ่มสูงอายุกลับพบว่า มีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สะท้อนถึงอัตราการตายที่สูงกว่าของประชากรเพศชาย หากพิจารณาจากความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด จะพบว่าประชากรไทยมีความหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538-2539 แนวโน้มความคาดหมายการคงชีพ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 และ 70 ปี จะพบว่าประชากรที่มีชีวิตอยู่จนถึงอายุ 60 ปีมีโอกาที่จะอยู่รอดเพิ่มสูงอีกเป็นลำดับ จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2528-2529 และ พ.ศ. 2538-2539 แสดงให้เห็นว่า ประชากรเพศชายที่มีอายุ 60 ปี มีจำนวนโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดต่อไป เพิ่มประมาณ 4.8 ปี และเพศหญิงเพิ่มประมาณ 5.4 ปี คือเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกา หรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอด สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามประเด็นที่ควรสนใจ คือ ความยืนยาวของชีวิตที่เพิ่มขึ้นนี้ เป็นการเพิ่มความยืนยาวที่มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่

คุณลักษณะที่น่าสนใจและปัญหาของผู้สูงอายุ

คุณลักษณะของผู้สูงอายุและปัญหาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุในปัจจุบันกำลังประสบ เป็นข้อมูลที่สำคัญ ที่สามารถใช้สะท้อนถึงแนวโน้มของปัญหา อันสืบเนื่องมาจากการที่จะมีประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นในอนาคต ตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางนโยบาย และแผนการดำเนินงานที่เหมาะสม เกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ และได้ทำงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลากว่า 10 ปี

ข้อมูลจากโครงการสำรวจระดับประเทศ ที่ทางวิทยาลัยดำเนินการร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2539 คือโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าคุณลักษณะของผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีความแตกต่างไปจากผู้สูงอายุในอนาคตในหลายด้าน เช่น ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนไม่น้อย ที่มีความสามารถในการอ่านอย่างจำกัด หรืออ่านหนังสือไม่ออก และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุเพศชายกับเพศหญิง จะเห็นถึงความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่อ่านไม่ออก หรืออ่านหนังสือได้ลำบากสูงกว่าผู้สูงอายุในเพศชาย อย่างไรก็ตาม ในสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ คงจะลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากการขยายการศึกษาภาคบังคับเป็นลำดับ

ความแตกต่างในระดับการศึกษา ระหว่างผู้สูงอายุปัจจุบันและในอนาคตนี้อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ อาทิเช่น ผู้สูงอายุในอนาคตที่มีการศึกษาดีขึ้น อาจชอบหรือเลือกรูปแบบการอยู่อาศัย ที่แตกต่างกันไปจากผู้สูงอายุในปัจจุบัน เช่น อาจเลือกที่จะอยู่กันเองตามลำพังมากกว่าจะอาศัยอยู่กับลูกหลาน

นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ผ่านมา ยังชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุไทยประสบคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและ สุขภาพ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก โรคที่มีการรายงาน ว่าเป็นกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ปวดหลัง ปวดเอว ไช้ข้อ

อัมเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนี้ เป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้

เมื่อพิจารณาถึงสภาวะสุขภาพ ในลักษณะของจำนวนปีที่คาดว่า จะมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุไทย พบว่า การที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มิได้หมายถึงประชากรผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น แต่ดูเหมือนว่าช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้น จะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับด้วย ดังจะเห็นได้จากจำนวนปีที่คาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี (Healthy life expectancy) ลดลงเป็นลำดับ ตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในประชากรเพศชาย และเพศหญิง และเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนร้อยละของอายุคาดหวัง ที่มีสุขภาพดีต่อความคาดหวังการคงชีพ จะพบว่า ในแต่ละอายุกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย ของจำนวนปีที่คาดหวังมีชีวิต จะเป็นปีที่มีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี และอัตราส่วนจะลดลงเป็นลำดับ ตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสมีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่มิได้หมายความว่ามีความรู้ดีกว่า เพราะจากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า อัตราส่วนของจำนวนปีที่คาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีต่อจำนวนปีที่คาดหวังจะมีชีวิต พบว่าอัตราส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิง จะต่ำกว่าเพศชายอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงวัยสูงอายุตอนปลาย

ประเด็นหนึ่ง ที่มักจะมีการพูดถึงกันบ่อยด้วยความหวังใญ่ คือ เรื่องของการที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่ผ่านมากลับพบว่า ประเทศไทยยังโชคดี ที่ครอบครัว และเครือญาติยังคงเป็นสถาบันหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันประมาณร้อยละ 72 ของผู้สูงอายุที่มีบุตร อาศัยอยู่กับบุตร แต่มีเพียงร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุที่มีบุตรแต่อยู่คนเดียว อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ยังได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร

ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรซึ่งมีอยู่น้อยมาก เพียงประมาณร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนใหญ่ก็อยู่กับญาติพี่น้อง มีเพียงร้อยละ 18 ที่อยู่ลำพังคนเดียวแต่ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เกือบครึ่งหนึ่งก็พบปะกับญาติพี่น้องทุกวัน

โดยสรุปภาพจากงานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันมีไม่มากนักที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว หรือญาติพี่น้อง สถาบันครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ไม่ควรชะล่าใจภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของครอบครัว ในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นหนึ่งที่น่าห่วงใย ทำอย่างไรจึงจะทำให้ประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้น มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นภาระของบุตรหลาน ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจ ในส่วนนี้กระทรวงสาธารณสุข คงมีบทบาทอย่างสำคัญในการส่งเสริม และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับคนที่เข้าใกล้วัยสูงอายุนั้น ควรณรงค์ให้มีการเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ การเตรียมการนี้ควรส่งเสริม ทั้งในด้านการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การกินอยู่ การตรวจสุขภาพ การเตรียมการด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนที่อยู่อาศัย ส่วนในกลุ่มวัยสูงอายุนั้น ควรมีมาตรการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง หรือลดโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยให้น้อยที่สุด

ตารางที่ 1 การคาดประมาณแนวโน้มของประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยมาตรวัดต่างๆ ทางประชากรศาสตร์. พ.ศ. 2513-2593

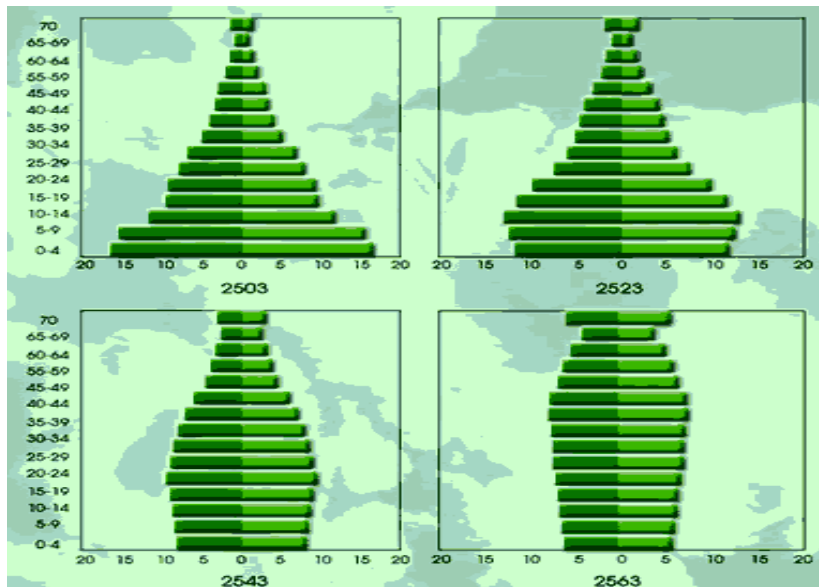
มาตรวัด	2513	2523	2533	2543	2553	2563	2573	2583	2593
1) จำนวนประชากร (พันคน)									
รวม	35,745	46,718	55,5580	60,495	64,568	67,798	70,735	72,678	72,969
60+	1,175	2,527	3,719	5,245	6,955	10,207	14,897	18,861	20,489
65+	1,1077	1,649	2,413	3,501	4,758	6,755	10,220	14,023	15,860
70+	616	922	1,477	2,142	3,097	4,141	6,482	9,512	11,637
75+	313	484	803	1,149	1,729	2,367	3,600	5,532	7,475
2) แนวโน้มการเพิ่มประชากรจาก ปี 2523 (ร้อยละ)									
รวม	-	-	19.0	29.5	38.2	45.1	51.4	55.6	56.2

มาตรวัด	2513	2523	2533	2543	2553	2563	2573	2583	2593
60+	-	-	47.2	107.6	175.2	303.9	489.5	646.4	710.8
75+	-	-	65.9	137.4	257.2	389.0	643.8	1403.0	1444.4
3) สัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุ									
< 15	46.2	40.0	31.8	25.2	21.6	20.1	19.0	18.7	18.6
60+	4.8	5.4	6.7	8.7	10.8	15.1	21.1	26.0	28.1
65+	3.0	3.5	4.3	5.8	7.4	10.0	14.4	19.3	21.7
4) อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ									
รวม	9.8	9.9	10.9	13.1	15.9	23.2	35.1	46.9	52.7
ชาย	9.0	4.5	4.9	5.8	7.1	10.4	15.9	21.3	23.8
หญิง	10.6	5.4	6.0	7.3	8.9	12.9	19.2	25.7	28.8
5) อัตราส่วนพึ่งพิงรวม	104.1	83.2	62.7	51.1	47.9	54.2	66.8	80.8	87.5

ที่มา : Napaporn Chayovan 1998. Calculated from data provided in United Nations (1996) World Population Prospects, the 1996 Revision, p. 794 and The Sex and Age Distribution of the World Populations, the 1996 Revision, p. 788.789

1. โครงสร้างประชากร

1.1 แนวโน้มประชากรในอนาคต



จากโครงการของประชากรในแต่ละช่วง 10 ปี เห็นได้ว่าประชากรในวัยเด็กมีสัดส่วนลดลง แต่ประชากรผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

2. ผู้สูงอายุกับการเป็นภาระ

จากการศึกษาระดับประเทศในกลุ่มประชากรสูงอายุ(สุทธิชัย จิตะพันธ์ กุลและไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ๒๕๔๒)พบว่าผู้สูงอายุทุก ๑ ใน ๔ คน มีปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำให้ การศึกษาความชุกและความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ พบอัตราความชุกร้อยละ ๑๙ ความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ในจำนวนผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพพบว่า เป็นผู้ที่มีระดับรุนแรงปานกลาง คือไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านได้อย่างอิสระมีสัดส่วนร้อยละ ๑๖.๔ ของประชากรที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวทั้งหมด ส่วนผู้ที่มีภาวะทุพพล

ภาพระดับรุนแรงและรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ ๓.๘และ๔.๙ ตามลำดับ (ดังตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ แสดงความรุนแรงและภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ

ระดับความรุนแรง	ลักษณะในการจำแนก	ร้อยละของประชากรทั้งหมด	ร้อยละของประชากรที่มีภาวะทุพพลภาพ
ไม่มี	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	๘๑	-
น้อย	สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย	๑๔.๒	๗๐.๙
ปานกลาง	ไม่สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย แต่ยังสามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องที่อยู่ได้	๓.๑	๑๖.๔
รุนแรง	ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องแต่นั่งได้	๐.๗	๓.๘
รุนแรงมาก	ต้องนอนตลอดเวลาและต้องการการดูแลอย่างมาก	๐.๙	๔.๙

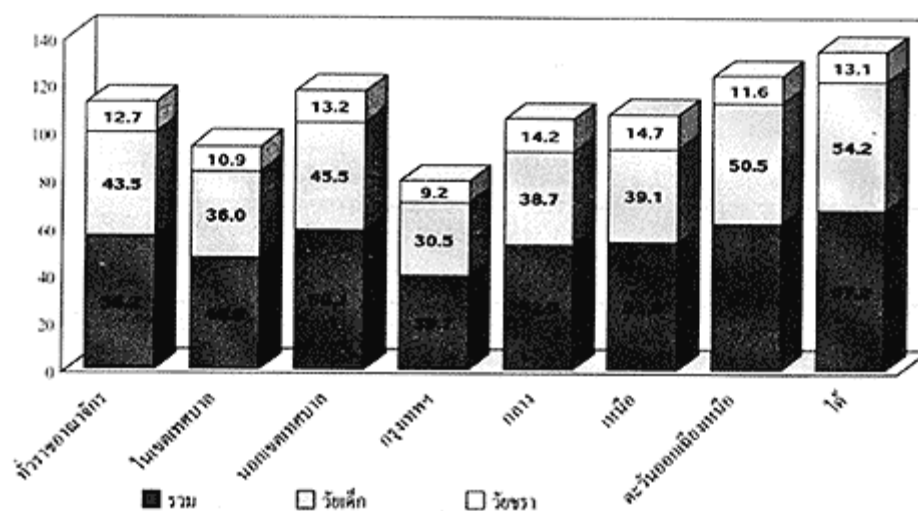
ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุนี้มีอัตราสูงกว่าในกลุ่มอายุอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นภาวะทุพพลภาพก็ยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย จากการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีกสองทศวรรษหน้าของสุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินิจสุร เหมพิสุทธ์ และทิพวรรณ อิศรพัฒน์สกุล (๒๕๔๐) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ จำแนกตามลักษณะของการดูแลและระดับความต้องการการดูแล

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล					
	ดูแลภายในครอบครัว			ดูแลภายในสถานบริการ		
	ญาติดูแล	จ้างผู้ดูแล	รวม	ต้องการการดูแลปานกลาง	ต้องการการดูแลมาก	รวม
๒๕๓๘	๕๒๐๑๓	19,264	71,277	1,445	4,335	5,780
๒๕๔๓	๖๐๕๔๑	22,703	83,244	4,415	13,243	17,658
๒๕๔๘	๖๗๓๙๕	25,675	93,070	8,826	26,476	35,302
๒๕๕๓	๗๓๒๒๐	28,475	101,695	15,254	45,763	61,017
๒๕๕๘	๗๙๘๘๘	31,955	111,845	25,298	75,894	101,192

ที่มา : ปรับปรุงจาก สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินธุสร เหมพิสุทธิ์ และ ทิพวรรณ อิศรพัฒน์สกุล(๒๕๕๐)

2.1 อัตราการเป็นภาระ



อัตราการเป็นภาระโดยรวมนั้นภาคใต้มีสัดส่วนสูงสุด รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคกลาง ส่วนกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการเป็นภาระน้อยที่สุด นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนการเป็นภาระมากกว่าในเขตเทศบาล นอกจากนี้การเป็นภาระในวัยเด็กของภาคใต้มีสัดส่วนสูงสุด แต่การเป็นภาระในวัยชราภาคเหนือมีสัดส่วนสูงสุด

2.2 แนวโน้มอัตราการเป็นภาระ

อัตราการเป็นภาระโดยรวมในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2533-2553 และค่อยๆ เพิ่มขึ้นหลังจากปี 2553-2563 เนื่องจากอัตราเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็วจนถึงระดับทดแทนและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่สูงขึ้นมีผลทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวน ดังนั้นอัตราการเป็นภาระในวัยเด็กจึงลดลง ในขณะที่การเป็นภาระในวัยชรามีอัตราเพิ่มขึ้น

3. ความยั่งยืนยาวของชีวิต

อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 60 ปี อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดทั้งเพศหญิงและชายเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จากปี 2517-19 ถึงปี 2528-29) แต่หลังจากปี 2528-29 เป็นต้นไปมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ส่วนอายุขัยเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี ลดลงเล็กน้อยจากปี 2517-19 ถึงปี 2528-29 หลังจากนั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยทั้งสองเพศ และอายุขัยเฉลี่ยของเพศหญิงสูงกว่าชาย

แนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ประการ ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือ สังคม มีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติ เพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้ง ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดภัยอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น
2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้สูงอายุนั้นเอง ซึ่งต้องมี

ส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยมีความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพกตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงวัยปีประเพณีรดน้ำดำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** ชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่ม เพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ เช่น การฟังกเทศน์ฟังธรรม เป็นต้น
4. **พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** โดยการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่างๆ
5. **ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข** โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกๆ ด้าน

มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์

1. มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ
2. มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 คู่
3. มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัธยาศัย



มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์

1. มีสุขภาพกายและจิตใจดีตามที่พึงประสงค์
 - 1.1 มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์ คือปราศจากประวัติและอาการของโรคต่างๆ ดังนี้
 - 1.1.1 โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
 - หัวใจขาดเลือด
 - โรคมะเร็ง
 - โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน
 - โรคข้อเสื่อม
 - โรคเอดส์
 - วัณโรค

1.1.2 โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

- โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mm/hg
- โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 150 mg

1.2 สุขภาพจิต

เกณฑ์สุขภาพด้านจิตใจดี

1.2.1 เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว และหรือ/เพื่อนบ้านเป็นประจำ

1.2.2 ไม่มี หรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิต ที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2.3 รู้สึกว่าตนเองมีค่า(รู้ด้วยตัวเอง)

1.2.4 รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง
ตั้งเกณฑ์(ไม่จำกัดว่าจะขาดข้อใดข้อหนึ่งในสี่ข้อ)

4	ดีมาก
3	ดี
2	พอใช้
1	ไม่พอใช้

หมายเหตุ ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ ถือว่าสุขภาพจิตดี

2. มีพนักงานที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ชั่วโมง

พนักงานที่ใช้งานได้ คือพนักงานที่อยู่ในสภาพดีสามารถใช้งานได้ และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถเก็บรักษาได้ได้แก่

2.1. ตัวพนักงานต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้งานได้

2.2. พนักงานต้องไม่ผูกกลมทะเล่โครงประสาทพนักงาน จนไม่สามารถรักษาคลองรากฟันได้

2.3. ฟันต้องไม่ผุจนเหลือแต่ราก

2.4. ฟันต้องไม่โยกจากโรคปริทันต์จนเก็บรักษาไว้ไม่ได้

3.

4. ดัชนีมวลกาย

นิยาม ดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) เป็นมาตรการที่ใช้ประเมินภาวะอ้วน ผอมในผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกคนสามารถกระทำได้ด้วยตนเองโดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและวัดส่วนสูงเป็นเมตรและนำมาคำนวณหาดัชนีมวลกาย

น้ำหนักตัวเป็น กิโลกรัม

(ส่วนสูงเป็นเมตร)²

ดังนั้นดัชนีมวลกายจึงมีหน่วยเป็นกิโลกรัม / ตารางเมตร (กก./ม²)

คำปกติ

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย โดยทราบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25.0 กก./ม² หรือต่ำกว่า 18.5 กก./ม² มีอัตราการตายสูงกว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม² ดังนั้นจึงได้มีการใช้เกณฑ์ดังนี้ เพื่อประเมินภาวะพลังงานที่สะสมไว้ในร่างกายของผู้ใหญ่ทุกอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ดังนี้

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (กก. / ม ²)		
ผอม			
ระดับ 1	18.5	-	19.9
ระดับ 2	17.0	-	18.4
ระดับ 3	16.0	-	16.9
ระดับ 4	< 16.0		
ปกติ	18.5 - 24.9		
อ้วน			
ระดับ 1			
ระดับ 2	25.0	-	29.9
ระดับ 3	30.0	-	39.9
	> 40.0		

ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร = อ้วน
 ค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร = ผอมแห้ง
 ค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร = ปกติ

5. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

- ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้
- สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง
- สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ได้ดี ลูกหลานควรคำนึงถึง คุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยทั่วไป ผู้สูงอายุก็มีความยินดีและเต็มใจให้ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าอยู่แล้ว ในอดีตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุยังให้ชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร ซึ่งจะให้ประโยชน์จากการดำเนินชีวิต

ของผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันด้วยเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัว อันประกอบด้วย ลูกหลาน ฯลฯ ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่าง ๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน
2. ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ยกตัวอย่างเช่น เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและตักข้าวให้
3. ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ยังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่
4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่าง ๆ ลูกหลาน ควรจัดเตรียมข้าวของต่าง ๆ ให้ และจัดการรับส่งหรือเป็นเพื่อน
5. เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย
6. ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่ หรือต้องการไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจ และพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกันเพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น
7. ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตร มาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัดหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน
8. ให้ความสำคัญเห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและขอแนะนำจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียม

ประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น

9. ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย
10. ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนัก เรื้อรัง



การเตรียมตัวที่ดีและพร้อม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข ฉะนั้นผู้สูงอายุควรรู้จักปฏิบัติตัว เพื่อการมีชีวิตที่เป็นสุขเช่นกันดังนี้ คือ

1. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส หางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ สุนัข หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น
2. ให้ความสนใจในลูกหลาน ปฏิบัติตนให้ลูกหลานมีความศรัทธา เชื่อมั่น และเป็นที่พึ่งเมื่อยามเดือดร้อนหรือทุกข์ใจได้
3. ให้ความสนใจต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยอ่านจากหนังสือ ฟังข่าวจากวิทยุ จากโทรทัศน์ จะได้มีความรู้ความเข้าใจ ถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคม อีกทั้งยังเป็นการบริหารความคิด และสมองไม่ให้เสื่อมถอยลง
4. ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในส่วนที่พอจะทำได้ เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็ก ช่วยดูแลบ้านเมื่อลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน

5. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ รู้จักออกกำลังกายตามความเหมาะสม ที่ร่างกายจะทำได้ ไม่ทำตัวให้เป็นที่กังวลของลูกหลาน หรือผู้อยู่ร่วมกัน

การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัว และสังคม

การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน จะเป็นรูปธรรมได้นั้น ทุกคนในชุมชนจะต้องได้รับการปลูกฝัง ให้มีพื้นฐานจิตสำนึก ความคิด และการปฏิบัติของทุกคนในชุมชน (ผู้สูงอายุ ลูกหลาน และผู้อยู่อาศัยในชุมชนทุกคน) ต้องตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะลูกหลาน) เสมอเหมือนปุชนียบุคคล ที่เปี่ยมด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ ล้มเหลว และดั่งงาม ซึ่งเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของลูกหลานชุมชนในปัจจุบัน โดยลูกหลาน และผู้อาศัยในชุมชน ต้องแสดงความเคารพยกย่อง ให้เกียรติเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ในการให้คำปรึกษา แนะนำแนวการดำเนินชีวิต การงานอาชีพ ครอบครัว การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ และเอกชน เพื่อเป็นรากฐานชีวิตในชุมชนที่จะเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อการช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างปกติ และมีความสุขอย่างต่อเนื่องตลอดไป เช่น สมัยปัจจุบันโดยนับถือผู้สูงอายุดุจตั้งร่วมโพธิ์ร่วมไทร สร้างสายใยในครอบครัว สืบสานวัฒนธรรมที่ดีงามของชุมชน

1. ชุมชนรวมจัดตั้ง “ชมรมพิทักษ์สุขภาพ” ร่วมกันทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยความร่วมมือของประชาชนในชุมชน โดยชมรมเป็นแกนร่วมสร้างสวนสุขภาพ ประกอบด้วย สนามออกกำลังกาย สนามเด็กเล่น ลานกิจกรรม และร่วมปลูกต้นไม้ดอกไม้ให้ร่มรื่น สวยงาม เป็นรากฐานการปลูกฝังการดูแลสุขภาพ รักษาธรรมชาติแก่ลูกหลาน เป็นการสร้างสายใยสัมพันธ์ ร่วมกันทุกกลุ่มอายุให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน
2. การประสานงานร่วมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อการส่งเสริมงบประมาณดำเนินกิจกรรมรณรงค์ การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี โดยจัดสัปดาห์ตรวจสุขภาพประจำปี จัดนิทรรศการเรื่องที่ชุมชนสนใจ การทัศนศึกษาใน และนอกสถานที่ของจังหวัด จัดฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรมทุกวันพระ และวันสำคัญทางศาสนา
3. ชุมชนจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน ในชุมชนนั้น ให้มีการสืบทอดการปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อถ่ายทอดถึงลูกหลาน และเป็นวัฒนธรรมในชุมชนตลอดไป เช่น กลุ่มจัดทำสิ่งของเครื่องใช้ อาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เพื่อจำหน่ายในร้านค้าของชุมชน และกลุ่มการนวดแผนไทยให้แพร่หลายตลอดไป
4. ชุมชนประกาศเกียรติคุณลูกหลาน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุดีเด่นในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ให้ลูกหลานมีจิตสำนึก ในความรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสืบไป
5. ชุมชนสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ให้ดำรงอยู่ตลอดไปอย่างมีประสิทธิภาพ
6. ชุมชนให้ความสำคัญ และจัดเตรียมความพร้อมบุคคล ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60 ปี) เพื่อการยอมรับ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ได้อย่างมีความสุข โดยการดำเนินโครงการฝึกทักษะชีวิต แบบมีส่วนร่วมในการปรับตัว รับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสม

7. ชุมชนจัดตั้งศูนย์ดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเตาะแตะ (เด็กอายุ 0-3 ปี) โดยผู้อยู่ในวัยก่อนสูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีความพร้อม และสมัครใจ เพื่อการแสดงถึงคุณค่า และมีการอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ของทรัพยากรบุคคลในชุมชน อย่างเป็นรูปแบบสมัยก่อนที่ดงามวิธีหนึ่ง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 **ระดับการศึกษา** ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้ดี และมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ

1.2 **งานอดิเรก** หมายถึง วิธีทางในการใช้เวลาทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ นอกเหนือไปจากหน้าที่การงานประจำ หรือเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างด้วยความสมัครใจ เพื่อก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน แก่ผู้กระทำโดยตรง บทบาท และกิจกรรมใดก็ตาม ที่บุคคลถูกผลักดันให้เลิกกระทำ จะต้องมีการกิจกรรมใหม่ขึ้นมาทดแทน และกิจกรรมหนึ่งที่ถูกเลือกเข้ามาคือ งานอดิเรก

1.3 **สุขภาพ** ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมลง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการต้องพึ่งพิงผู้อื่น สิ่งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้อย ในสายตาของบุคคลทั่วไป และมีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้วย

2. **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ** ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ ทำให้รายได้ลดน้อยลง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพ และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3. **ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทำให้ต้องเสียบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัว หาบทบาทใหม่ให้กับตนเอง ด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือ

ลูกหลานภายในบ้าน หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดี จะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอก หรือสังคมนั้น ในปี 1986 เบอร์กแมน ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 7,200 คน เป็นเวลา 10 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคม มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ถึง 2.5 เท่า

จากปัจจัย 3 ด้านที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในส่วนของงานอดิเรก และการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว รวมทั้งสังคม ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ ที่ควรมีต่อสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. **กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ** (Informal activity) เช่น การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว และการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ เป็นต้น
2. **กิจกรรมที่มีรูปแบบ** (Formal activity) เช่น เข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เป็นต้น
3. **กิจกรรมที่ทำคนเดียว** (Solitary activity) เช่น การทำงานในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจส่วนตัว และกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น

การส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรมหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ให้การยอมรับ ยกย่องผู้สูงอายุ จะส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

บรรลุ ศิริพานิช.(๒๕๔๒).ผู้สูงอายุไทย.พิมพ์ครั้งที่๒.กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
 สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(๒๕๕๔). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**.พิมพ์ครั้งที่
 ๓. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (๒๕๔๒). **ปัญหาสุขภาพ
 ของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิ
 ธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
 สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐและคณะ.(๒๕๔๐). **การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการ
 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก ๒ ทศวรรษหน้า**. วารสารส่งเสริม
 สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2) : 1-9

<http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic006.php>

ผู้จัดทำ

นางสาวพนิดา	โยวะผุย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวอักษรานัฐ	ภักดีสมัย	พยาบาลวิชาชีพ
นางสาวประภัสสร	วงศ์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ