

อายุยืนนาน อยู่ดีและมีคุณภาพไทยเทียบ OECD
ในการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์
Longevity, Well-being and Quality of Life
in Thailand Compared to the OECD
in the Transition to an Aged Society

พัทธ์ธีรา สมบูรณ์สิน (Pattheera Somboonsin)^{1,2}
ธีระ สินเดชารักษ์ (Teera Sindecharak)³

¹HEAL Global Research Centre, Health Research Institute,
University of Canberra, Australia

²School of Demography, Australian National University, Australia
Corresponding author E-mail: pthrs.pp@gmail.com

³คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Faculty of Sociology and Anthropology, Thammasat University Thailand
E-mail: teera.sd@gmail.com

(Received: March 13, 2025/Revised: May 29, 2025/Accepted: May 7, 2025)

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ และอายุคาดเฉลี่ยที่มากขึ้นส่งผลให้หลายประเทศต้องปรับนโยบายอายุเกษียณ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยไม่ได้มีการปรับปรงนโยบายนี้มานานกว่า 50 ปี แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างต่อเนื่อง การทำความเข้าใจสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปรับปรงนโยบายอายุเกษียณ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีสามารถทำงานได้นานขึ้น ลดภาระทรัพยากรภาครัฐ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ย อายุการมีสุขภาพดี และจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทยกับประเทศสมาชิกกลุ่มองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคม กับอายุการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลหัตถ์ภูมิและการวิเคราะห์ทางประชากรศาสตร์ในการประมาณอายุคาดเฉลี่ย อายุการมีสุขภาพดี และจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีของประชากรอายุ 55–95 ปี ทั้งนี้ยังได้นำการวิเคราะห์การถดถอยทางสถิติมาใช้เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยของไทยจะต่ำกว่าประเทศใน OECD แต่ผู้สูงอายุไทยมีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีมากกว่า ทั้งนี้อายุเกษียณที่ยืดออกไปและชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานขึ้นในกลุ่มประเทศ OECD มีความสัมพันธ์กับอายุการมีสุขภาพดีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่านโยบายในลักษณะเดียวกันนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย ปัจจัยด้านความเหลื่อมล้ำทางเพศ และเศรษฐกิจสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน การศึกษานี้เสนอแนะให้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแรงงานสูงอายุ แก้ไขความเหลื่อมล้ำทางเพศ และลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจสังคม เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านของประเทศไทยไปสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุไทย, อายุการเกษียณ, อายุคาดเฉลี่ย, อายุการมีสุขภาพดี, จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดี, ประเทศ OECD

Abstract

The growing elderly population and increased life expectancy have led many countries to adjust retirement age policies. However, Thailand has not revised its retirement policies for over 50 years, despite significant demographic changes. Understanding elderly health is crucial for revising retirement policies, as healthier older adults can work longer, reducing public resource burdens and improving well-being.

This study aims to compare life expectancy, healthy life expectancy, and years lived in poor health among older adults in Thailand and in countries within the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). It also analyses the relationship between demographic, economic, and social factors and the healthy life expectancy of older adults. Using secondary data and demographic analysis, this study estimates life expectancy, healthy life expectancy, and years lived in poor health for the population aged 55–95. These estimates are further examined through regression analysis to explore the underlying statistical relationships.

Findings indicate that although Thailand has a shorter life expectancy, its elderly spend a higher proportion of life in good health. Extended retirement ages and longer working hours in OECD countries correlate with increased healthy life expectancy, suggesting similar policies could benefit Thailand. Gender disparities and socio-economic factors also influence elderly health and workforce participation. The study recommends promoting elderly labour participation, addressing gender disparities, and investing in healthcare and socio-economic infrastructure to support Thailand's transition to a super-aged society.

Keywords: Thai elderly, Retirement age, Life expectancy, Healthy life expectancy, Unhealthy years, OECD countries

1. บทนำ

ในยุคที่แนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเด็นเกี่ยวกับอายุเกษียณจึงเป็นหัวข้อสำคัญในการกำหนดโครงสร้างตลาดแรงงาน ความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ และระบบสวัสดิการสังคมของแต่ละประเทศ รัฐบาลทั่วโลกต่างทบทวนนโยบายการเกษียณอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาสมดุลระหว่างการมีส่วนร่วมของแรงงานสูงวัยและเสถียรภาพทางการเงินของระบบบำนาญ (Been 2015)

ประเทศในกลุ่มองค์การเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) มีแนวโน้มที่จะเลื่อนอายุการเกษียณออกไปเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและรักษาความยั่งยืนของระบบบำนาญ (Larsen and Pedersen 2017) ในขณะที่ประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศรายได้ปานกลางที่มีประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ภายในปี พ.ศ.2576 (ค.ศ.2033) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2564) สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับปรุงนโยบายเกษียณอายุให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการใหม่ของสังคมไทยที่แตกต่างจากอดีต

ปัจจุบันแรงงานสูงวัยส่วนใหญ่ยังคงทำงานต่อหลังจากเกษียณตามกฎหมาย เนื่องจากสวัสดิการบำนาญที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาคแรงงานนอกระบบ (Been 2015) แม้ว่าการขยายอายุเกษียณอาจเสริมสร้างความมั่นคงทางการเงินและส่งเสริมสุขภาพสมอง แต่ก็มีโอกาสที่จะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่มีรายได้ต่ำหรือผู้ที่ทำงานใช้แรงกายมาก (Hoffmann, Kröger, and Pakpahan 2018; Fang and Shi 2022) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความเหลื่อมล้ำทางเพศในกระบวนการตัดสินใจเกษียณอายุ เนื่องจากผู้หญิงมักมีรายได้ตลอดชีพที่ต่ำกว่า ส่งผลให้เกิดความเสียเปรียบทางการเงินเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (García-Miralles and Leganza 2024)

การนำประเทศ OECD มาเปรียบเทียบกับในการศึกษานี้ เนื่องจากกลุ่มประเทศนี้มีมาตรฐานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่สูง และมีนโยบายเกษียณอายุที่ถูกพัฒนาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน การเปรียบเทียบบดงกล่าวจะช่วยให้ประเทศไทยสามารถเรียนรู้และประเมินแนวทางการบริหารจัดการด้านแรงงานสูงวัยและสวัสดิการบำนาญที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาดังกล่าวจะช่วยให้ประเทศไทยสามารถทราบแนวทางที่จำเป็นต้องดำเนินการ หากต้องการเข้าเป็นสมาชิกของ OECD ในอนาคต

ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับอายุคาดเฉลี่ยหลังเกษียณและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยและประสิทธิภาพของระบบสวัสดิการสังคมที่มีอยู่ การวิเคราะห์ประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญในการวางแผนนโยบายที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่การสำรวจการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างของอายุคาดเฉลี่ยหลังเกษียณ รวมถึงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศสมาชิก OECD เพื่อดูว่ามีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกันมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอายุการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ผ่านปัจจัยทางเพศ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อทำความเข้าใจว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างไร การวิเคราะห์นี้จะช่วยสนับสนุนการวางแผนและพัฒนานโยบายเกษียณอายุที่เหมาะสม รวมถึงเสนอแนะแนวทางปรับปรุงเงื่อนไขการเกษียณอายุและส่งเสริมระบบสวัสดิการที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

3. วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลักจำนวนสามแห่ง ได้แก่ (1) ข้อมูลประชากร จำนวนปีที่สูญเสียจากความพิการ (Years Lived with Disability: YLD) และดัชนีทางสังคมและประชากรศาสตร์ (Socio-Demographic Index: SDI) จากฐานข้อมูล Global Burden of Disease โดย Institute for Health Metrics and Evaluation

(IHME 2021) (2) ข้อมูลอายุเกษียณที่ได้รับผลประโยชน์ จากฐานข้อมูลของ The World Bank (The World Bank 2023) และ (3) ข้อมูลเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงาน ค่าจ้างรายเดือน และอัตราการมีงานทำ จากการสำรวจแรงงาน (Labour Force Survey: LFS) โดย International Labour Organization (ILO 2023)

การวิเคราะห์ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์ทางประชากรศาสตร์และการวิเคราะห์ทางสถิติ

3.1 การวิเคราะห์ทางประชากรศาสตร์

การวิเคราะห์นี้ใช้หลักประชากรศาสตร์ในการประมาณอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy), อายุการมีสุขภาพที่ดี (Healthy Life Expectancy: HLE) และจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดี (Unhealthy Years: UY) ของประชากรสูงอายุในช่วงอายุ 55-95 ปี ($40e_{55}^H$) โดยเริ่มต้นจากการใช้ข้อมูลความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตตามช่วงอายุและเพศ (q_x) จาก IHME เพื่อสร้างตารางชีพแบบย่อ (abridged life table) และคำนวณอายุคาดเฉลี่ยของประชากรสูงอายุในประเทศไทยและประเทศ OECD

ในการคำนวณอายุการมีสุขภาพที่ดี (HLE) และจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดี (UY) ใช้วิธีการของ Sullivan (1971) โดยทั้งสองตัวชี้วัดนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของอายุคาดเฉลี่ย กล่าวคืออายุคาดเฉลี่ยถูกใช้พื้นฐานในการคำนวณอายุการมีสุขภาพที่ดีและจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีโดยอายุการมีสุขภาพที่ดี คือ จำนวนปีเฉลี่ยที่ประชากรสามารถใช้ชีวิตโดยปราศจากโรคหรือความพิการตั้งแต่อายุ 55 ปีจนถึงอายุคาดเฉลี่ย ในขณะที่จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดี คือ จำนวนปีเฉลี่ยที่ประชากรใช้ชีวิตโดยมีโรคหรือความพิการตั้งแต่อายุ 55 ปีไปจนถึงอายุคาดเฉลี่ย การคำนวณสามารถแสดงด้วยสมการดังต่อไปนี้:

$$e_{55}^H = \sum_{x=55}^{\omega} \pi_H(x) Lx \quad (1)$$

โดยที่ e_{55}^H คืออายุการมีสุขภาพที่ดีจากอายุ 55 ปี ω คืออายุสุดท้ายในตารางชีพ $\pi_H(x)$ คือสัดส่วนของประชากรที่มีสุขภาพดี ณ อายุ x ซึ่งได้จากอัตราการสูญเสียจากความพิการ (YLD) และจำนวนประชากรของแต่ละประเทศ Lx คือจำนวนปีที่บุคคลใช้ชีวิตในช่วงอายุนั้น ๆ ตามตารางชีพ

ส่วนการคำนวณจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีตั้งแต่อายุ 55 ปี ($40e_{55}^{UY}$) คำนวณได้จากการนำอายุคาดเฉลี่ยมาลบด้วยอายุการมีสุขภาพที่ดี

$$40e_{55}^{UY} = 40e_{55} - 40e_{55}^H \quad (2)$$

นอกจากนี้ การศึกษายังได้วิเคราะห์จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีแยกตามกลุ่มอายุและเพศ ได้แก่ 55-64 ปี 65-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป ดังสมการต่อไปนี้: $40e_{55}^{UY,s} = 10e_{55}^{UY,s} + 10e_{65}^{UY,s} + 20e_{75}^{UY,s}$ โดย s หมายถึงการแบ่งตามเพศหญิงและเพศชาย

โดยจะสามารถนำมาวิเคราะห์อัตราส่วนเพศของตัวแปรต่างๆ เพิ่มเติมได้ เช่น อัตราการมีงานทำ ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน คำนวณโดยใช้ค่าของเพศหญิงหารด้วยค่าของเพศชาย

อีกทั้งการวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีในการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรนี้ในช่วงเวลา 10 ปี โดยจะพิจารณาจากความแตกต่างของตัวแปรระหว่างปี พ.ศ.2564 และ พ.ศ.2554 รายละเอียดเพิ่มเติมของการคำนวณสามารถดูได้จาก งานของ Somboonsin, Houle, and Canudas-Romo (2024); Jagger et al. (2014); Johnson (2008); Lau, Johnson, and Kamalanabhan (2012); Molla (2001)

3.2 การวิเคราะห์ทางสถิติ

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุการมีสุขภาพที่ดีของประชากรสูงอายุในกลุ่มประเทศ OECD โดยเน้นประชากรในช่วงอายุ 55 ปีขึ้นไปและ 65 ปีขึ้นไป ตัวแปรตามคือ อายุการมีสุขภาพที่ดี ส่วนตัวแปรต้น ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ค่าจ้างต่อเดือน อัตราการมีงานทำ อายุเกษียณที่ได้รับผลประโยชน์ และดัชนีทางสังคมและประชากรศาสตร์ (SDI)

4. ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแรกในประเทศไทยที่ใช้แนวทางประชากรศาสตร์ในการวิเคราะห์อายุการมีสุขภาพที่ดีและจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดี เพื่อศึกษาประเด็นด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชากรสูงวัย โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการทบทวนและปรับปรุงนโยบายการเลื่อนอายุเกษียณให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

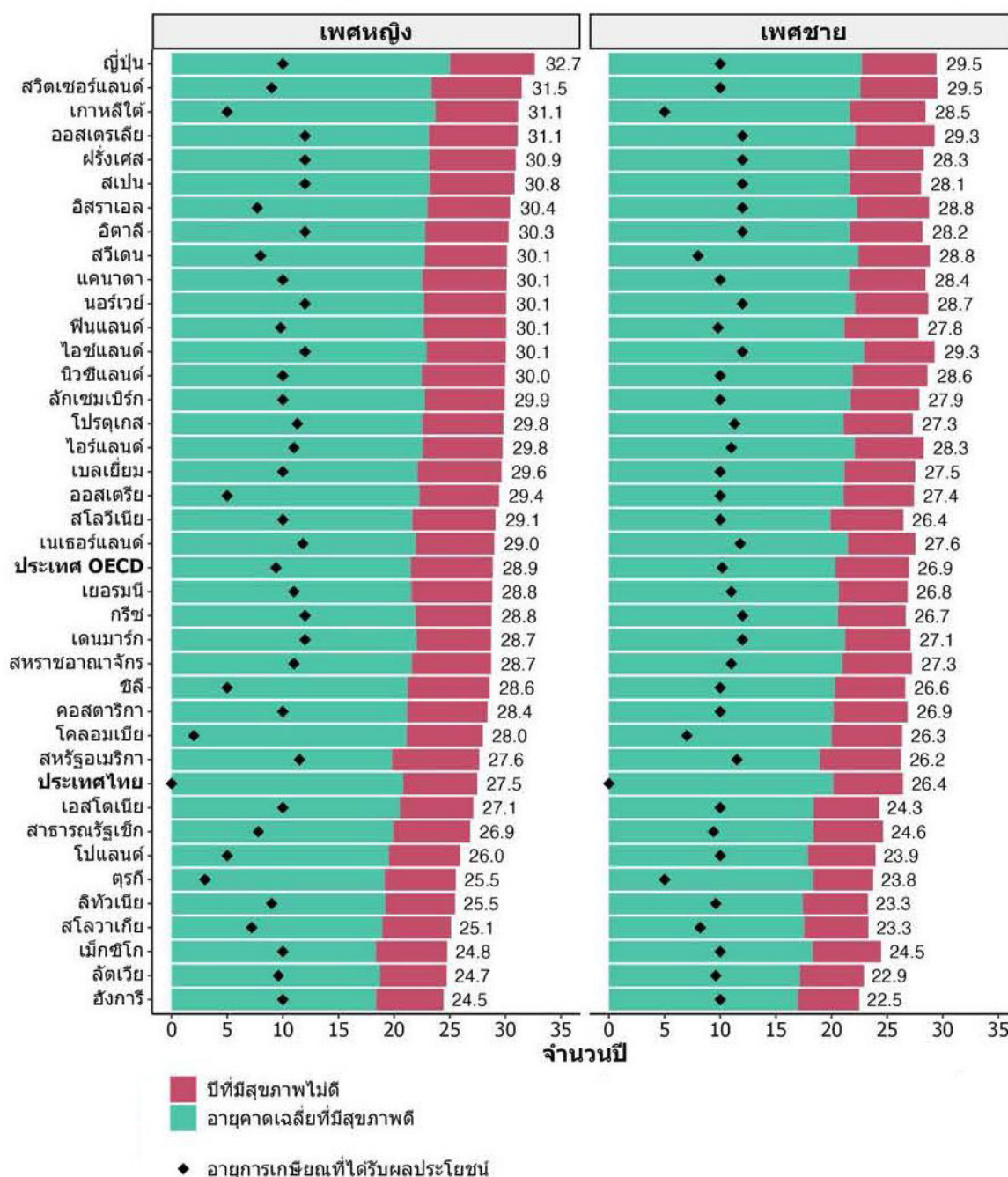
ผลการศึกษาดังภาพที่ 1 พบว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของประชากรอายุ 55-95 ปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่ม OECD ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยไทยมีอายุคาดเฉลี่ย 27.5 ปีสำหรับเพศหญิง และ 26.4 ปีสำหรับเพศชาย ขณะที่ OECD มีค่าเฉลี่ยที่ 28.9 ปี และ 26.9 ปี ตามลำดับ ประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ญี่ปุ่น สวิตเซอร์แลนด์ เกาหลีใต้ และออสเตรเลีย ในขณะที่บางประเทศใน OECD เช่น ฮังการีและลัตเวีย มีอายุคาดเฉลี่ยต่ำกว่าประเทศไทยราว 3-4 ปี ซึ่งสะท้อนถึงบริบททางเศรษฐกิจและระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกันระหว่างประเทศ

อายุเกษียณที่ได้รับสิทธิประโยชน์ของประเทศไทยกำหนดไว้ต่ำกว่ากลุ่ม OECD อย่างชัดเจน โดยไทยกำหนดที่อายุ 55 ปีทั้งเพศหญิงและชายอย่างเท่าเทียม เทียบกับ ค่าเฉลี่ย OECD ที่ 64.4 ปีสำหรับเพศหญิง และ 65.2 ปีสำหรับเพศชาย จะเห็นได้ว่า ประเทศ OECD โดยทั่วไปมักกำหนดอายุเกษียณแบบได้รับสิทธิประโยชน์ในระดับที่ ประชากรสูงวัยยังสามารถมีชีวิตที่เหลืออยู่หลังเกษียณอีกเกือบครึ่งหนึ่งของอายุ คาดเฉลี่ย หรือประมาณ 20 ปี นอกจากนี้ แม้ในประเทศ OECD ที่มีอายุคาดเฉลี่ย ต่ำกว่าไทย เช่น ตุรกี สโลวาเกีย และเม็กซิโก ก็ยังมีการกำหนดอายุเกษียณที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานต่อไปได้ การกำหนดอายุเกษียณที่ต่ำของไทยอาจทำให้ ผู้สูงวัยต้องพึ่งพารายได้จากการทำงานหรือครอบครัวมากขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญ ที่แรงงานไทยยังคงต้องทำงานต่อเนื่องหลังจากเกินอายุเกษียณไปแล้ว (Tur-Sinai et al. 2024)

แม้ประเทศไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มประเทศ OECD แต่ประชากรไทยกลับมีสัดส่วนของชีวิตที่อยู่ในภาวะสุขภาพดีสูงกว่า โดยพบว่า ประชากรไทยมีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีคิดเป็น 75.9% สำหรับเพศหญิง และ 76.4% สำหรับเพศชาย ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ย OECD ที่อยู่ที่ 74.5% และ 75.6% ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนปีที่มีสุขภาพไม่ดีของไทยต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD โดยมีสัดส่วน อยู่ที่ 24.1% สำหรับเพศหญิง และ 23.6% สำหรับเพศชาย เทียบกับ OECD ที่มีสัดส่วน ปีสุขภาพไม่ดี 25.5% และ 24.4% ตามลำดับ

การที่ประชากรไทยมีสัดส่วนของชีวิตที่มีสุขภาพดีสูงกว่าอาจมาจากปัจจัย หลายด้าน เช่น อาหารไทยที่เน้นผัก สมุนไพร และการบริโภคอาหารแปรรูปที่ต่ำกว่า ในประเทศตะวันตก พฤติกรรมสุขภาพที่ยังคงรักษาการเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมในระดับสูง รวมถึงระบบดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว (Family-Based Care) ซึ่งช่วยลดภาระสุขภาพและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Aung et al. 2021; Khanthapok and Sukrong 2019) แตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งผู้สูงอายุมักต้องพึ่งพาตนเอง เป็นหลัก (Lommi et al., 2015) อย่างไรก็ตาม อายุคาดเฉลี่ยของไทยยังคงต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น ความเหลื่อมล้ำ ทางเศรษฐกิจ ความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการลงทุนด้านสาธารณสุข ที่ยังไม่เทียบเท่าประเทศ OECD สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบสาธารณสุข และโครงสร้างสังคมให้เข้มแข็งมากขึ้น เพื่รองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ในอนาคต (พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ 2567)

ภาพที่ 1 อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี และปีที่มีสุขภาพที่ไม่ดีของประชากรอายุ 55-95 ปี
แยกตามเพศ ปี พ.ศ.2564



หมายเหตุ: 1. ตัวเลขที่แสดงท้ายแท่งกราฟคืออายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ระหว่างอายุ 55-95 ปี

2. สัญลักษณ์ ◆ หมายถึงอายุเกษียณที่ได้รับสิทธิประโยชน์ ดังนั้น หลังเครื่องหมายนี้คือจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่หลังอายุการเกษียณ.

แหล่งที่มา: IHME (2021) และ The World Bank (2023) คำนวณโดยผู้วิจัย

เมื่อวิเคราะห์จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีของประชากรอายุ 55-95 ปีในปี พ.ศ.2564 (ภาพที่ 2) พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม OECD โดยในเพศหญิงไทยมีจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีอยู่ที่ 6.6 ปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD ที่ 7.4 ปี และเพศชายไทยอยู่ที่ 6.2 ปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD ที่ 6.6 ปี ประเทศที่มีจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีสูงที่สุดในเพศหญิง ได้แก่ สวิตเซอร์แลนด์ (8.1 ปี) ออสเตรเลีย (7.9 ปี) สหรัฐอเมริกา (7.8 ปี) และฝรั่งเศส (7.7 ปี) ส่วนในเพศชาย ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (7.3 ปี) และออสเตรเลีย (7.1 ปี) ในขณะที่ประเทศที่มีจำนวนปีสุขภาพที่ไม่ดีต่ำที่สุด ได้แก่ สโลวาเกีย ลัตเวีย ฮังการี และตุรกี โดยมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 5.7 ปี

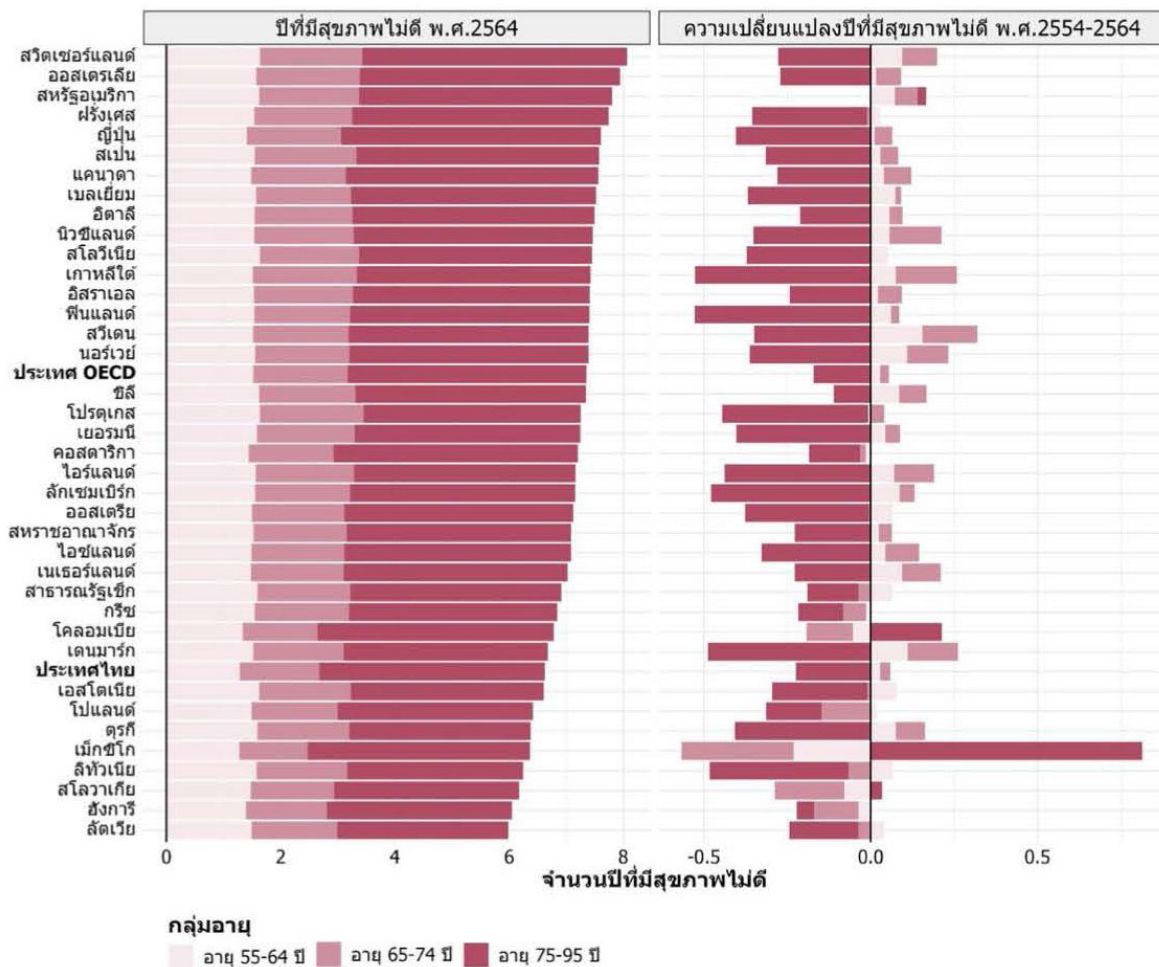
การที่ประเทศไทยมีจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD อาจไม่ได้บ่งชี้ถึงคุณภาพที่ดีกว่าของระบบสุขภาพไทยเสมอไป แต่สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยอาจมีการตรวจพบหรือวินิจฉัยภาวะสุขภาพเรื้อรังน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วในกลุ่ม OECD เนื่องจากประเทศกลุ่มนี้มีระบบสาธารณสุขที่เข้มข้นในการตรวจสุขภาพและเฝ้าระวังสุขภาพที่ครอบคลุมมากกว่า ทำให้ตรวจพบภาวะสุขภาพไม่ดีเร็วกว่า (พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ 2567; เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์ และคณะ 2560)

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศหญิงไทยในกลุ่มอายุขั้นต้น (55-64 ปี) และขั้นกลาง (65-74 ปี) มีจำนวนปีสุขภาพไม่ดีที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD อย่างชัดเจน (1.3 และ 1.4 ปี ตามลำดับ) และอยู่ในอันดับต้นๆ ของประเทศที่มีจำนวนปีสุขภาพไม่ดีต่ำที่สุดในกลุ่ม OECD อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้สูงอายุชั้นปลาย (75-95 ปี) จำนวนปีสุขภาพที่ไม่ดีของไทย (4.0 ปี) ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย OECD (4.2 ปี) สำหรับเพศชาย กลุ่มผู้สูงอายุขั้นต้นของไทยมีจำนวนปีสุขภาพไม่ดีอยู่ที่ 0.9 ปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD (1.1 ปี) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุขั้นกลางมีค่า 1.0 ปี ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD (1.2 ปี) เช่นเดียวกัน ในกลุ่มผู้สูงอายุชั้นปลาย จำนวนปีสุขภาพที่ไม่ดีของเพศชายไทยอยู่ที่ 4.4 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย OECD ที่ 4.3 ปี ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าเมื่ออายุมากขึ้น ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของทุกคนเริ่มลดลง และผลกระทบของความชราภาพเริ่มชัดเจนขึ้น ในช่วงอายุ 55-64 ปี ผู้สูงอายุไทยอาจยังสามารถประกอบอาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ซึ่งส่งผลให้จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีต่ำ อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่ช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป เป็นธรรมดาที่ความเสื่อมของร่างกายเริ่มเป็นปัจจัยสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้นและมีค่าคล้ายกับกลุ่ม OECD

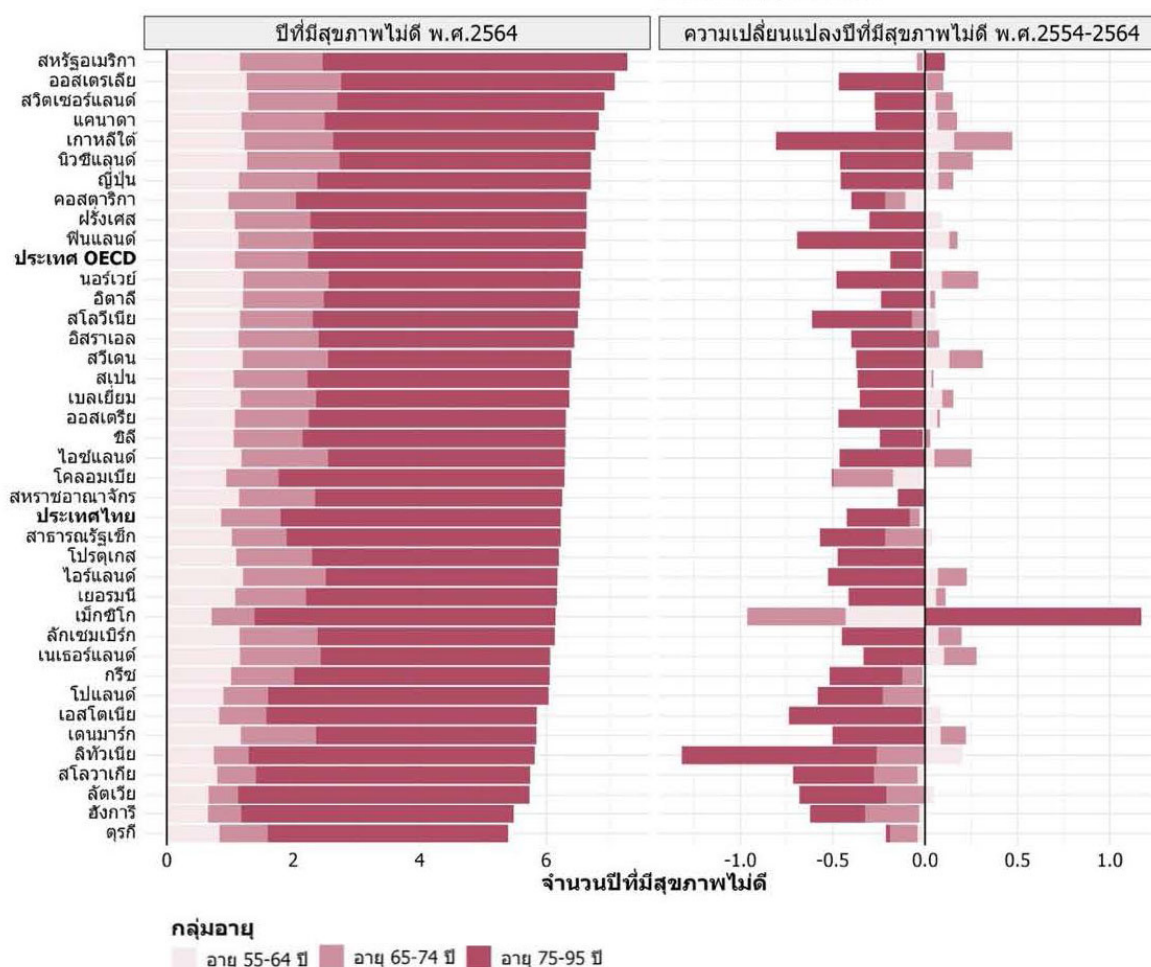
เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของจำนวนปีสุขภาพไม่ดีระหว่างปี พ.ศ.2554-2564 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชั้นปลาย (75-95 ปี) มีจำนวนปีสุขภาพที่ไม่ดีลดลงมากที่สุด ทั้งเพศหญิงและชาย โดยประเทศไทยมีการลดลง 0.3 ปี ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ย OECD (0.2 ปี) เล็กน้อย ในกลุ่มผู้สูงอายุชั้นต้นและชั้นกลาง ประเทศไทยมีอัตราการลดลงที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย OECD

การที่จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุชั้นปลายลดลงอย่างชัดเจน อาจสะท้อนถึงการพัฒนาด้านการแพทย์และระบบสาธารณสุขของไทยที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึงความสำเร็จจากนโยบายสาธารณสุขเชิงป้องกันและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายมากขึ้น ทำให้สามารถรักษาสภาพร่างกายและจัดการกับโรคเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับอดีต จึงแสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่พัฒนาต่อเนื่องในทางบวก (Jayasvasti et al. 2021; Tangcharoensathien et al. 2018) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายประเทศ พบว่าการลดลงของจำนวนปีสุขภาพไม่ดีในไทยยังน้อยกว่าหลายประเทศในกลุ่ม OECD แม้ว่าความก้าวหน้าด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ข้อจำกัดในระบบเศรษฐกิจและโครงสร้างสังคม รวมถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อยและผู้สูงอายุในชนบท ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ (Pongiglione, Stavola, and Ploubids 2015; Karcharnubarn, Rees, and Gould 2009) ส่งผลให้การลดลงของจำนวนปีสุขภาพไม่ดีในไทยยังไม่เทียบเท่าหลายประเทศ

ภาพที่ 2 ปีที่มีสุขภาพที่ไม่ดี และความเปลี่ยนแปลงปีที่มีสุขภาพที่ไม่ดีของประชากร
อายุ 55-95 ปี แยกตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ.2554-2564



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ



หมายเหตุ: ภาพด้านบนแสดงข้อมูลของเพศหญิง และภาพด้านล่างแสดงข้อมูลของเพศชาย

แหล่งที่มา: IHME (2021) คำนวณโดยผู้วิจัย

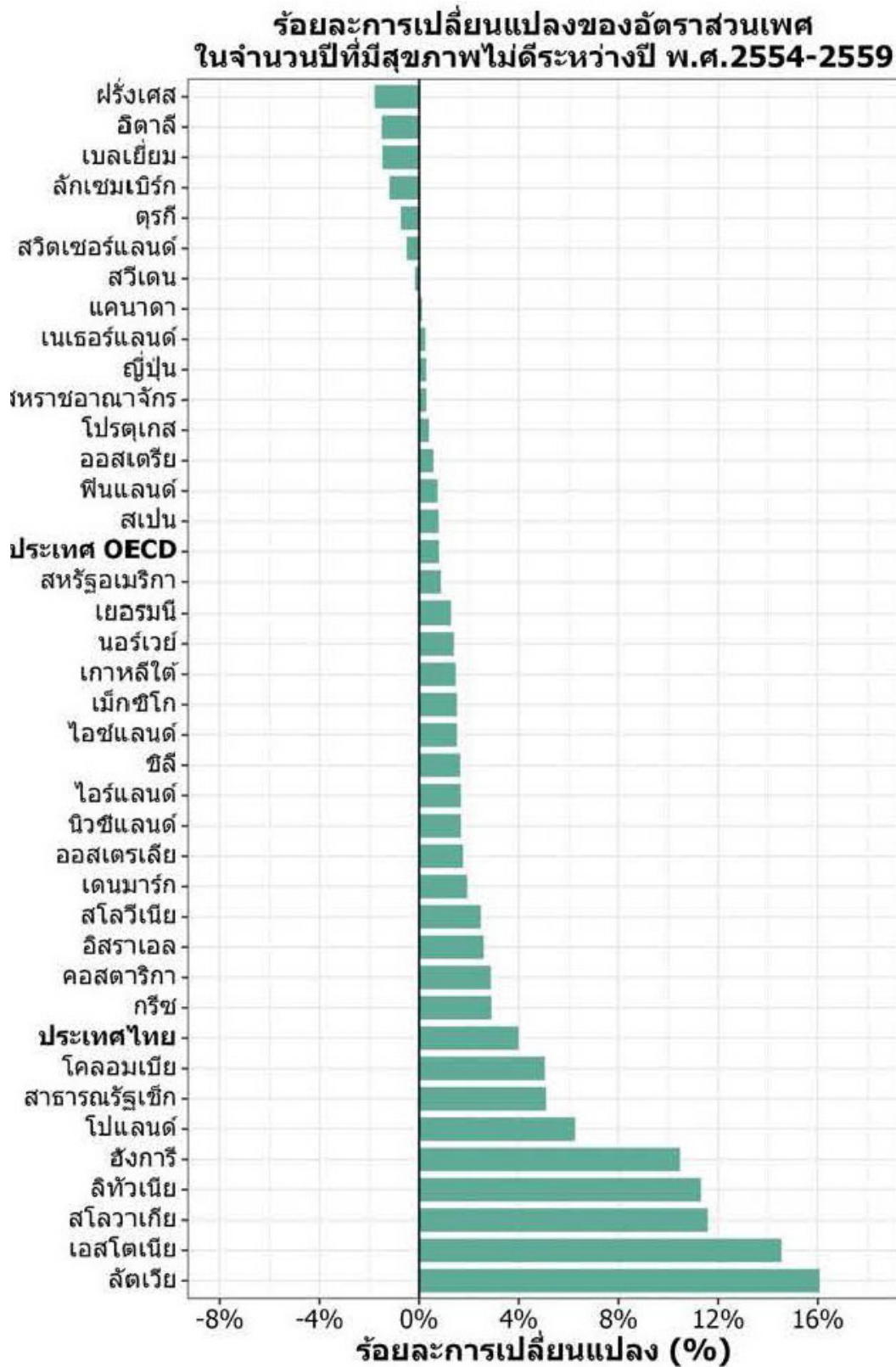
จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันในหลายด้าน โดยเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ย จำนวนปีที่มียุทธภาพดี และจำนวนปีที่มียุทธภาพไม่ดีมากกว่าเพศชาย สาเหตุที่สำคัญคือ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย จึงมีโอกาสเผชิญกับโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายที่มากกว่า นอกจากนี้ ปัจจัยทางชีววิทยา ส่งผลให้เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนเรื้อรังและ

ภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ประกอบกับการที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และรายงานภาวะสุขภาพของตนเองมากกว่า ส่งผลให้มีการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะสุขภาพไม่ดีสูงกว่าเพศชายด้วย (Somboonsin, Houle, and Canudas-Romo 2024; Bahall and Bailey 2022; Rogers et al. 2010; Sricharoen, Buchenrieder, and Dufhues 2008)

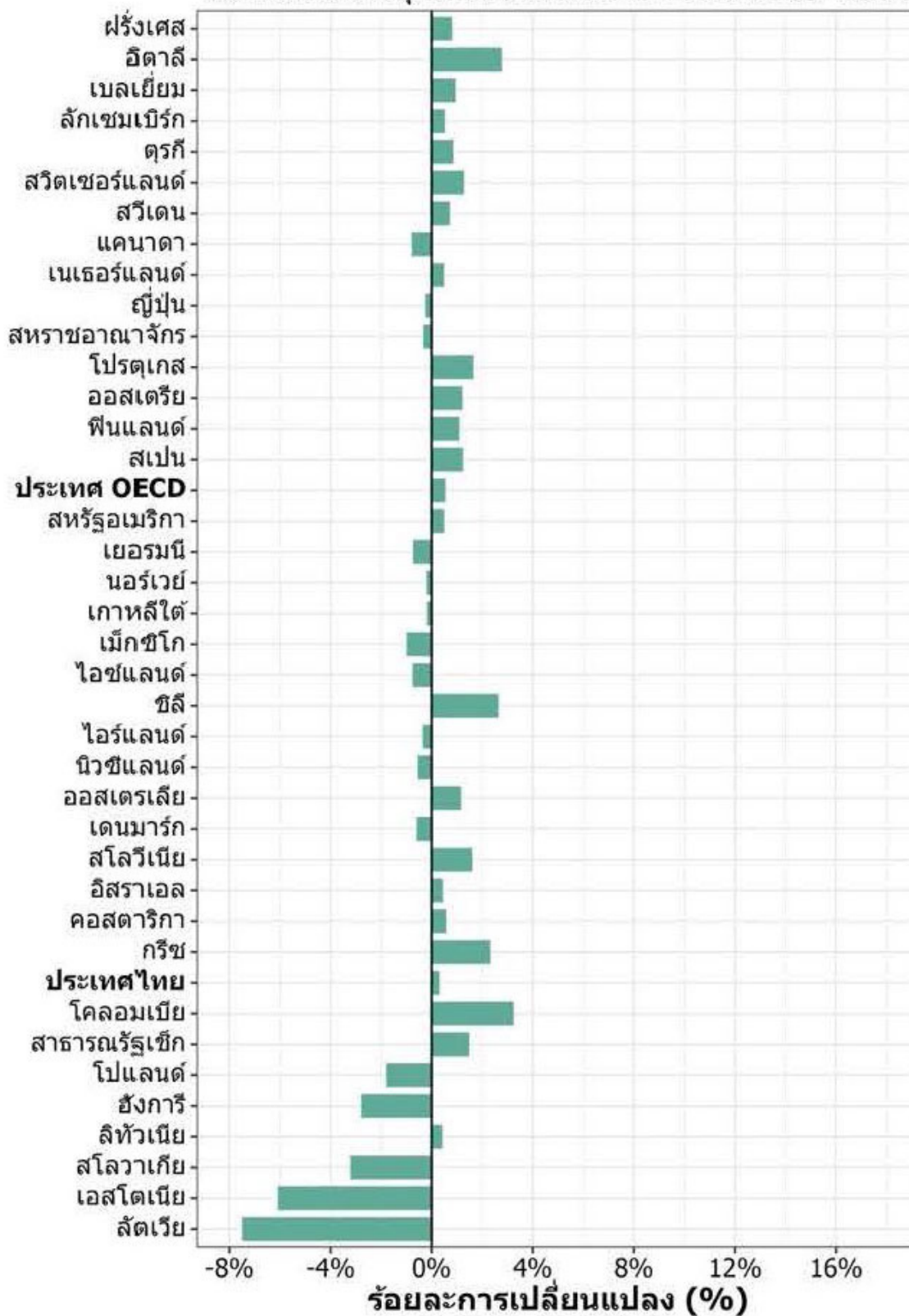
เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของอัตราส่วนเพศในจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีในช่วงปี พ.ศ.2554–2559 (ภาพที่ 3) พบว่าทั้งประเทศไทยและประเทศในกลุ่ม OECD มีอัตราส่วนเพศเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างทางเพศมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเพศหญิงมีจำนวนปีสุขภาพที่ไม่ดีมากกว่าเพศชายอย่างชัดเจน ประเทศไทยมีความแตกต่างระหว่างเพศสูงกว่าค่าเฉลี่ย OECD ประมาณร้อยละ 3 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญกับการลดช่องว่างทางเพศ โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหญิง อย่างไรก็ตาม บางประเทศในกลุ่ม OECD เช่น ฝรั่งเศส อิตาลี เบลเยียม และลักเซมเบิร์ก สามารถลดช่องว่างของอัตราส่วนเพศได้ในช่วงเวลานี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากนโยบายด้านสุขภาพและสวัสดิการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เท่าเทียมระหว่างเพศ (Zanier and Crespi 2015)

ในช่วงปี พ.ศ.2559–2564 ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการลดความแตกต่างทางเพศในด้านสุขภาพอย่างชัดเจน แม้ว่าความแตกต่างระหว่างเพศยังมีอยู่ แต่ร้อยละของความแตกต่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับช่วง 5 ปีก่อนหน้า ทำให้ประเทศไทยมีความแตกต่างระหว่างเพศต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD ในช่วงเวลานี้ โดยทั้งประเทศไทยและกลุ่ม OECD มีการเพิ่มขึ้นของอัตราส่วนเพศในระดับต่ำกว่าร้อยละ 1 สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาของระบบสุขภาพในประเทศไทยที่สามารถปรับปรุงสุขภาพของประชากรสูงวัยได้ทั้งเพศหญิงและชายในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจเป็นผลจากการรณรงค์และส่งเสริมให้มีการตระหนักรู้เรื่องสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทุกเพศเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง (Haque et al. 2016) ในขณะเดียวกัน ประเทศที่เคยมีอัตราส่วนเพศเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงปี พ.ศ.2554–2559 เช่น ลัตเวีย เอสโตเนีย สโลวาเกีย และฮังการี สามารถลดความแตกต่างนี้ได้ในช่วงปี พ.ศ.2559–2564 ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุขที่เน้นลดช่องว่างทางเพศมากขึ้น

ภาพที่ 3 ร้อยละการเปลี่ยนแปลง (Percentage Change) ของอัตราส่วนเพศ (Sex Ratio) ในจำนวนปีที่มีสุขภาพที่ไม่ดีของประชากรอายุ 55-95 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2554-559 และปี พ.ศ.2559-2564



ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของอัตราส่วนเพศ
ในจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีระหว่างปี พ.ศ.2559-2564



แหล่งที่มา: IHME (2021) คำนวณโดยผู้วิจัย

นอกจากด้านสุขภาพแล้ว การศึกษายังพบว่าความแตกต่างทางเพศของผู้สูงอายุในด้านการทำงานมีความน่าสนใจ ผลจากการวิเคราะห์อัตราส่วนเพศของผู้มีงานทำ ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงาน และค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงอายุ 55 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2564 แสดงไว้ในตารางที่ 1 พบว่า ทั้งประเทศไทยและกลุ่มประเทศ OECD เพศชายมีอัตราการการทำงานสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเพศชายมีอัตราการการทำงานสูงกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจนในทั้งสองบริบท

อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างทางเพศในด้านการทำงานของประเทศไทยยังมีน้อยกว่าประเทศ OECD ซึ่งอาจสะท้อนถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้หญิงไทยเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดแรงงานมากขึ้น (Cipollone, Patacchini, and Vallanti 2014) รวมถึงลักษณะของตลาดแรงงานไทยที่มีการทำงานในภาคนอกระบบอย่างแพร่หลาย โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ระบุว่า ประมาณร้อยละ 51 ของแรงงานหญิงไทยทำงานในภาคนอกระบบ โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตรและประมง พนักงานบริการและผู้จำหน่ายสินค้า ตลอดจนผู้ประกอบการอาชีพงานพื้นฐาน ลักษณะงานเหล่านี้มักมีความยืดหยุ่นสูง จึงทำให้ผู้หญิงไทยสามารถเข้าถึงตลาดแรงงานได้ง่ายกว่าประเทศ OECD ที่มีโครงสร้างแรงงานแบบเป็นทางการมากกว่า นอกจากนี้ ความแตกต่างที่มากกว่าของ OECD อาจเป็นผลจากการที่ประเทศ OECD ส่วนใหญ่กำหนดอายุเกษียณที่แตกต่างกันระหว่างเพศ โดยผู้ชายมีแนวโน้มที่จะเกษียณช้ากว่าเพศหญิง ส่งผลให้ผลการสำรวจแรงงานจาก ILO สะท้อนว่าเพศชายในประเทศ OECD ยังคงมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานสูงกว่าในกลุ่มผู้สูงวัย

ในส่วน of ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ แม้ว่าเพศชายจะมีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานมากกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ ประเทศไทยมีความแตกต่างทางเพศน้อยกว่าประเทศ OECD อาจเนื่องมาจากตลาดแรงงานไทยมีความยืดหยุ่นมากกว่า และผู้หญิงไทยมักมีบทบาทในการทำงานภาคอิสระหรือการค้าขายขนาดเล็ก ทำให้สามารถกำหนดชั่วโมงทำงานได้ยืดหยุ่นตามเงื่อนไขทางครอบครัว (Wacharaporn 2008; Siengthai and Leelakulthanit 1993)

สำหรับค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน พบว่าในช่วงอายุ 55-64 ปี เพศหญิงไทย มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย อาจเป็นผลจากลักษณะของอาชีพและรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกัน แต่เมื่อเข้าสู่ช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป เพศชายมีรายได้เฉลี่ยที่สูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่ประเทศ OECD โดยรวมพบว่าเพศชายมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุอย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะโครงสร้างแรงงานที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์และตำแหน่งสูงวัยของเพศชายมากกว่า รวมถึงความต่อเนื่องในการจ้างงานที่มีผลต่อการสะสมรายได้และบำเหน็จบำนาญที่สูงกว่า (Demir 2021)

ทั้งนี้ บางประเทศในกลุ่ม OECD เช่น ลัตเวีย เอสโตเนีย และฮังการี พบว่า ผู้หญิงสูงอายุมีการทำงานสูงกว่าหรือเทียบเท่ากับผู้ชาย ขณะที่ประเทศฝรั่งเศสมีความเท่าเทียมกันในประเด็นนี้ ความแตกต่างเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายและบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศในแง่ของตลาดแรงงานและบทบาททางเพศ โดยอาจมีปัจจัยทางวัฒนธรรม นโยบายการจ้างงาน และโครงสร้างสวัสดิการสังคมที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของผู้หญิงสูงอายุที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราส่วนเพศของผู้มีงานทำ ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนของผู้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป อายุระหว่าง 55-64 และผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.2564

ประเทศ	ผู้มีงานทำ			ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์			ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน		
	อายุ 55 ปีขึ้นไป	อายุ 55-64 ปี	อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 55 ปีขึ้นไป	อายุ 55-64 ปี	อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 55 ปีขึ้นไป	อายุ 55-64 ปี	อายุ 65 ปีขึ้นไป
ประเทศไทย	0.80	0.85	0.69	0.94	0.95	0.93	0.92	1.01	0.74
ประเทศ OECD	0.77	0.81	0.67	0.86	0.87	0.84	0.73	0.73	0.72
ออสเตรเลีย	0.83	0.89	0.66	-	-	-	0.76	0.66	0.92
ออสเตรีย	0.77	0.79	0.64	0.69	0.76	0.55	0.71	0.71	-
เบลเยียม	0.82	0.84	0.49	0.75	0.82	0.64	1.31	0.70	-
แคนาดา	0.80	0.86	0.61	0.84	0.86	0.83	0.73	0.73	0.74
ชิลี	0.56	0.61	0.43	0.88	0.89	0.86	0.78	0.80	0.76
โคลอมเบีย	0.56	0.61	0.45	0.87	0.87	0.89	1.16	1.06	1.29
คอซตาริกา	0.46	0.49	0.39	0.81	0.78	0.84	0.82	0.93	0.64
สาธารณรัฐเช็ก	0.82	0.84	0.69	0.89	0.95	0.83	0.83	0.82	0.84
เดนมาร์ก	0.80	0.90	0.43	0.88	0.90	0.86	0.88	0.82	0.95
เอสโตเนีย	1.25	1.21	1.36	0.92	0.94	0.89	0.92	0.94	0.90
ฟินแลนด์	0.91	1.01	0.51	0.84	0.92	0.73	0.62	0.78	0.50

ประเทศ	ผู้มีงานทำ			ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์			ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน		
	อายุ 55 ปีขึ้นไป	อายุ 55-64 ปี	อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 55 ปีขึ้นไป	อายุ 55-64 ปี	อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 55 ปีขึ้นไป	อายุ 55-64 ปี	อายุ 65 ปีขึ้นไป
ประเทศไทย	0.80	0.85	0.69	0.94	0.95	0.93	0.92	1.01	0.74
ประเทศ OECD	0.77	0.81	0.67	0.86	0.87	0.84	0.73	0.73	0.72
ฝรั่งเศส	1.00	1.01	0.84	0.89	0.88	0.90	0.70	0.57	0.87
เยอรมนี	0.86	0.90	0.65	0.76	0.77	0.76	0.49	0.60	0.38
กรีซ	0.66	0.69	0.51	0.96	0.92	1.01	0.81	0.95	0.70
ฮังการี	0.82	0.82	0.80	0.91	0.95	0.85	0.84	0.89	0.78
ไอซ์แลนด์	0.81	0.91	0.57	0.75	0.79	0.72	-	-	-
ไอร์แลนด์	0.70	0.82	0.40	0.77	0.82	0.72	0.49	0.59	0.37
อิสราเอล	0.81	0.90	0.63	0.79	0.83	0.74	-	-	-
อิตาลี	0.69	0.74	0.45	0.89	0.85	0.94	0.76	0.80	0.72
ญี่ปุ่น	0.74	0.78	0.70	-	-	-	-	-	-
ลัตเวีย	1.24	1.21	1.36	0.91	0.95	0.87	0.92	0.87	0.99
ลิทัวเนีย	1.21	1.23	1.15	0.93	0.97	0.90	0.89	0.96	0.80
ลักเซมเบิร์ก	0.70	0.74	0.46	0.88	0.86	0.91	0.72	0.68	0.76
เม็กซิโก	0.52	0.57	0.43	0.78	0.80	0.75	0.79	0.82	0.75
เนเธอร์แลนด์	0.75	0.80	0.51	0.75	0.71	0.81	0.62	0.59	0.65
นิวซีแลนด์	-	-	-	-	-	-	-	-	-
นอร์เวย์	0.83	0.86	0.72	0.81	0.86	0.75	0.79	0.71	0.89
โปแลนด์	0.70	0.71	0.68	0.90	0.95	0.83	0.87	0.88	0.87
โปรตุเกส	0.91	0.98	0.65	0.89	0.90	0.89	0.85	0.85	0.85
เกาหลีใต้	0.76	0.73	0.82	0.76	0.88	0.62	-	-	-
สโลวาเกีย	0.96	0.96	0.91	0.93	0.94	0.92	0.97	0.81	1.19
สโลวีเนีย	0.83	0.86	0.56	0.91	0.97	0.83	0.64	0.95	0.47
สเปน	0.82	0.83	0.68	0.80	0.87	0.73	0.55	0.75	0.42
สวีเดน	0.85	0.94	0.57	0.90	0.92	0.86	0.78	0.76	0.80
สวิตเซอร์แลนด์	0.82	0.86	0.64	0.72	0.72	0.70	0.53	0.57	0.44
ตุรกี	0.38	0.38	0.38	1.16	1.03	1.30	0.72	0.85	0.57
สหราชอาณาจักร	0.88	0.92	0.72	0.77	0.81	0.71	0.62	0.63	0.61
สหรัฐอเมริกา	0.87	0.90	0.79	0.90	0.90	0.90	0.73	0.75	0.72

หมายเหตุ: 1. – หมายถึงไม่มีข้อมูล

2. อัตราส่วนเพศถูกคำนวณจากจำนวนเพศหญิงต่อเพศชาย ดังนั้น หากมากกว่า 1 หมายถึงเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และหากน้อยกว่า 1 หมายถึงเพศชายมากกว่าเพศหญิง

แหล่งที่มา: Labour Force Survey โดย International Labour Organization (ILO 2023)

การเข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) เป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับประเทศที่ต้องการยกระดับมาตรฐานการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมให้เทียบเคียงกับระดับสากล ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังมุ่งพัฒนาตนเองเพื่อเข้าร่วมเป็นสมาชิก OECD อย่างไรก็ตาม การที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ ประเด็นด้านผู้สูงอายุนับเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงมาตรฐานการพัฒนาทางเศรษฐกิจและคุณภาพของระบบสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมที่มีประสิทธิภาพ (Zanier and Crespi 2015)

เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับอายุการมีสุขภาพดีของประชากรสูงอายุในกลุ่มประเทศ OECD เพื่อหาแนวทางที่ประเทศไทยควรพัฒนาให้สอดคล้องกับประเทศกลุ่มนี้

ผลการวิเคราะห์การถดถอยของอายุของการมีสุขภาพดี ในประชากรอายุ 55-95 ปี และ 65-95 ปี ในกลุ่มประเทศ OECD (ตารางที่ 2) พบว่า ชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี โดยทุก ๆ ชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้น จะทำให้อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นประมาณ 0.024 ปีในกลุ่มอายุ 55-95 ปี ($t = 2.837$, $p\text{-value} < 0.01$) และ 0.044 ปีในกลุ่มอายุ 65-95 ปี ($t = 6.538$, $p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับ อัตราการมีงานทำ ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี โดยในกลุ่มอายุ 55-95 ปี ทุก ๆ การเพิ่มขึ้นของอัตราการมีงานทำ 1% สัมพันธ์กับอายุการมีสุขภาพดีที่เพิ่มขึ้นประมาณ 0.250 ปี ($t = 6.747$, $p < 0.001$) และในกลุ่มอายุ 65-95 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 0.046 ปี ($t = 5.733$, $p < 0.001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การทำงานอาจมีส่วนช่วยในการรักษาสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำงานช่วยส่งเสริมกิจกรรมทางร่างกายและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าการทำงานช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตและชะลอความเสื่อมทางร่างกายได้ (Leijten et al. 2015; Rosenthal et al. 2012)

นอกจากนี้ อายุการเกษียณก็มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีเช่นกัน โดยทุก ๆ ปีที่เพิ่มขึ้นของอายุเกษียณจะสัมพันธ์กับอายุการมีสุขภาพดีที่เพิ่มขึ้นประมาณ 0.130 ปีในกลุ่มอายุ 55-95 ปี และ 0.103 ปีในกลุ่มอายุ 65-95 ปี ($t = 5.103$ และ $t = 5.376$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการขยายอายุเกษียณที่เหมาะสมอาจมีส่วนช่วยให้ประชากรสูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากสามารถลดความกังวลทางการเงินและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสวัสดิการที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับประเทศ OECD ที่ส่วนใหญ่มีการกำหนดอายุเกษียณในระดับสูงกว่า 60 ปี ขึ้นไป เพื่อให้ประชากรสามารถมีชีวิตที่มั่นคงและสุขภาพดีในช่วงเวลาหลังเกษียณที่ยาวนานขึ้น (Axelrad and Mahoney 2017)

ดัชนีทางสังคมและประชากรศาสตร์ (SDI) ซึ่งสะท้อนระดับการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญที่สุด โดยการเพิ่มขึ้นของ SDI 1 หน่วยจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีถึง 4.809 ปีในกลุ่มอายุ 55-95 ปี ($t = 5.914$, $p\text{-value} < 0.001$) และ 3.140 ปีในกลุ่มอายุ 65-95 ปี ($t = 5.089$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่าประเทศที่มีระบบโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการศึกษา การบริการสาธารณสุข และการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดี มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Miao et al. 2019)

อย่างไรก็ตาม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกลับไม่ได้มีผลต่ออายุการมีสุขภาพดีโดยรวมอย่างชัดเจน แม้จะพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบเล็กน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น โดยเพิ่มขึ้นหรือลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งถึงแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขนาดผลมีค่าต่ำมาก อาจไม่สะท้อนความหมายเชิงปฏิบัติหรือการกำหนดนโยบายอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้อาจบ่งชี้ว่า การมีรายได้สูงเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถรับประกันสุขภาพที่ดีได้ หากประเทศนั้นขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมที่มีคุณภาพและเหมาะสม

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องปรับปรุงนโยบายให้สอดคล้องกับประเทศในกลุ่ม OECD โดยเน้นการขยายอายุเกษียณอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของผู้สูงอายุ และลงทุนพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถมีสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นในอนาคต

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) ของอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy) ของประชากรอายุ 55-95 และ 65-95 ปี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับประเทศในกลุ่ม OECD

	อายุ 55-95		อายุ 65-95	
	Estimate	t-value	Estimate	t-value
ชั่วโมงการทำงาน	0.024**	2.837	0.044***	6.538
ค่าจ้างต่อเดือน	-0.00005**	-2.656	-0.000005	-0.884
อัตราการมีงานทำ	0.250***	6.747	0.046***	5.733
อายุการเกษียณ	0.130***	5.103	0.103***	5.376
ดัชนีทางสังคมและประชากรศาสตร์ (Socio-Demographic Index: SDI)	4.809***	5.914	3.140***	5.089
Intercept	-16.470***	-4.044	-0.783	-0.498
จำนวนตัวอย่าง	625		625	
Adjusted R-squared	0.17		0.13	

แหล่งที่มา: Labour Force Survey โดย International Labour Organization (ILO 2023), The World Bank และ IHME (2021)

5. สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประเทศไทยมีบริบทที่แตกต่างและใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศ OECD ในหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการทำงานของประชากรสูงวัย โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องจำนวนปีที่มีสุขภาพดี และไม่ดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุให้ใกล้เคียงกับมาตรฐานของ OECD ได้

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า อายุการเกษียณที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของผู้สูงอายุมีผลเชิงบวกอย่างชัดเจนต่ออายุการมีสุขภาพดี โดยเฉพาะการเพิ่มชั่วโมง และอัตราการทำงานและขยายอายุเกษียณ เนื่องจากช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจ เพิ่มรายได้ และเสริมสร้างสุขภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา ยังมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีสูงกว่าค่าเฉลี่ย OECD แต่ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ อายุคาดเฉลี่ยโดยรวมยังต่ำกว่ากลุ่มประเทศ OECD ซึ่งสะท้อนถึงระบบสุขภาพและโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่ยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อรองรับประชากรสูงอายุในอนาคต นอกจากนี้ ประเทศไทยยังต้องให้ความสำคัญกับการลดช่องว่างทางเพศในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุ ซึ่งปัจจุบันยังคงมีความเสียเปรียบหลายด้าน แม้ว่าจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีของประชากรไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ย OECD แต่การลดลงของจำนวนปีสุขภาพไม่ดีของไทยยังคงช้ากว่าประเทศอื่น ๆ ในกลุ่ม OECD ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาเพื่อให้ประชากรสูงวัยมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ ประการแรกคือการใช้ข้อมูลอายุเกษียณจาก World Bank ซึ่งแม้ว่าจะมีข้อดีในการแยกข้อมูลอายุเกษียณตามเพศในหลายประเทศ แต่ข้อมูลที่ได้เป็นการระบุอายุที่ได้รับสิทธิประโยชน์ เช่น เงินบำนาญ ไม่ใช่อายุเกษียณตามกฎหมายทั่วไป (เช่น อายุ 60 ปีในระบบราชการไทย) ซึ่งในหลายประเทศมีการกำหนดอายุเกษียณเพียงอายุเดียว แตกต่างจากประเทศไทยที่มีอายุเกษียณตามกฎหมายชัดเจน หากสามารถนำข้อมูลอายุเกษียณตามกฎหมายทั่วไปมาร่วมวิเคราะห์ด้วย ก็อาจช่วยให้ผลการศึกษาสะท้อนบริบทและข้อแตกต่างของแต่ละประเทศได้แม่นยำยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม จากผลการวิเคราะห์จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีแยกตามกลุ่มอายุ 55-64 ปี และ 65-74 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างสองกลุ่มนี้ จึงเป็นไปได้ว่าหากการวิจัยเปลี่ยนไปใช้อายุเกษียณที่ 60 ปีตามกฎหมายทั่วไปสำหรับประเทศไทย จะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาที่น่าเสนอในครั้งนี้

ประการที่สองคือข้อจำกัดด้านข้อมูลการทำงานในบางประเทศ OECD เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น และไอร์แลนด์ ซึ่งขาดข้อมูลชั่วโมงการทำงานและค่าจ้างที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละประเทศ แม้ว่าจะมีการใช้ค่าเฉลี่ยของภูมิภาคมาทดแทน แต่การขาดข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละประเทศอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องแม่นยำของผลการศึกษาได้ ดังนั้น การศึกษาต่อไปควรมุ่งเน้นไปที่การรวบรวมข้อมูลที่ครอบคลุมและแม่นยำมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีน้ำหนักและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต คือ ควรศึกษาวิเคราะห์ตามกลุ่มอาชีพเพื่อดูว่าอาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไร เนื่องจากการกำหนดนโยบายที่มีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงบริบทและลักษณะเฉพาะของแต่ละอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาชีพที่สามารถเลื่อนอายุเกษียณได้ เช่น อาจารย์ในมหาวิทยาลัยที่สามารถต่ออายุการทำงานได้ถึง 65 ปี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในด้านบวกและลบ

นอกจากนี้ควรวิเคราะห์จำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดี โดยแยกพิจารณาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถพัฒนานโยบายที่ตรงจุดและเหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษาแยกตามภูมิภาคหรือจังหวัด เพื่อสะท้อนบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีลักษณะประชากร การประกอบอาชีพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศ OECD ทั้งหมดนั้น อาจให้ผลที่ไม่ชัดเจนเพราะบริบทของแต่ละประเทศแตกต่างกัน ดังนั้น ควรพิจารณาแบ่งกลุ่ม OECD ตามทวีป โครงสร้างประชากร หรือบริบทอื่นๆ ที่ใกล้เคียงหรือแตกต่างจากไทย เพื่อให้การวิเคราะห์สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมของไทย

อีกทั้ง แม้ประเทศไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มประเทศ OECD แต่กลับมีจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีต่ำกว่า จึงควรมีการวิเคราะห์เพิ่มเติม เช่น การพิจารณาแยกรายประเทศ หรือการเพิ่มปัจจัยอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนว่า การมีอายุยืนยาวกว่าไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีตามมาด้วยเสมอไป ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของความสัมพันธ์ระหว่างอายุคาดเฉลี่ย สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การพิจารณารายประเทศยังสามารถเป็นฐานความรู้สำคัญสำหรับการวางแผนนโยบายการเกษียณอายุของไทย เช่น การศึกษากลุ่มประเทศที่มีอายุเกษียณช้ากว่า แต่อายุคาดเฉลี่ยสูง และมีจำนวนปีที่มีสุขภาพไม่ดีต่ำกว่าไทย โดยสามารถใช้ผลจากงานวิจัยนี้เป็นจุดตั้งต้น ทั้งในแง่ของการวิเคราะห์เชิงเอกสารและการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สุดท้าย แม้ว่าการวิเคราะห์ครั้งนี้จะพบว่าปัจจัยด้านการทำงาน ประชากร และสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากใช้ตัวแปรอิสระเพียง 5 ตัว ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายขอบเขตของตัวแปรให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ดังนั้น เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดอย่างเต็มรูปแบบ ประเทศไทยควรทบทวนนโยบายการเกษียณอายุให้เหมาะสมมากขึ้น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย และลงทุนในการพัฒนาระบบโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุให้เทียบเคียงได้กับมาตรฐานของประเทศ OECD ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- พงศธร พอกเพิ่มดี, กฤติยา สุขพัฒนานกุล, ไชยดากรณ์ พิมล, วันวิสา เพ็ญสุริยะ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, ปุณณิกา คงสืบ, ศศิภา จันทรา, ณัฐนรี ชิงจัตุรัส, อิศริยาภรณ์ คันธา, และอรจิรา หนูทองอินทร์. 2567. “การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566.” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/10/document.pdf>.
- เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, ชานีดา วิริยาทร, ศศิรัตน์ ลัพธิกุลธรรม, วิชา พานิชเกรียงไกร, กัญจนา ดิษยาธิคม, และ วลัยพร พัชรนฤมล. 2560. “ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการทันตกรรมในประเทศไทย พ.ศ.2558.” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 11 (2): 182-94.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2564. “Policy Brief: การประเมินผลกระทบและความยั่งยืนของการบริโภคของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบบำนาญของประเทศไทย.” *กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=14368
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. 2565. “สรุปผลที่สำคัญการทำงานของสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2564.” *กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ*. https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/Labor_of_women/2564/Pocket_book_64.pdf.
- Aung, Thin Nyein Nyein, Myo Nyein Aung, Saiyud Moolphate, Yuka Koyanagi, Siripen Supakankunti, and Motoyuki Yuasa. 2021. “Caregiver burden and associated factors for the respite care needs among the family caregivers of community dwelling senior citizens in Chiang Mai, Northern Thailand.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (11): 5873. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115873>.
- Axelrad, Hila, and Kevin J Mahoney. 2017. “Increasing the pensionable age: what changes are OECD countries making? What considerations are driving policy?” *Open Journal of Social Sciences* 5 (07): 56-70.

- Bahall, Mandreker, and Henry Bailey. 2022. "The impact of chronic disease and accompanying bio-psycho-social factors on health-related quality of life." *Journal of Family Medicine and Primary Care* 11 (8): 4694-4704. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_2399_21.
- Been, Jim. 2015. "Pensions, retirement, and the financial position of the elderly." <https://hdl.handle.net/1887/32882>.
- Cipollone, Angela, Eleonora Patacchini, and Giovanna Vallanti. 2014. "Female labour market participation in Europe: novel evidence on trends and shaping factors." *IZA Journal of European Labor Studies* 3: 1-40.
- Demir, Özlem. 2021. "Gender inequality in the labour market: Comparison of Turkey and OECD countries by multidimensional scaling method." *Yönetim ve Ekonomi Dergisi* 28 (2): 377-397. <https://doi.org/10.18657/yonveek.868465>.
- Fang, Liang, and Ruiyao Shi. 2022. "Comparative analysis of the effects of retirement on health status of older adulthood." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (16): 9957.
- García-Miralles, Esteban, and Jonathan M Leganza. 2024. "Joint retirement of couples: Evidence from discontinuities in Denmark." *Journal of Public Economics* 230: Article 105036. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2023.105036>.
- Haque, Md Nuruzzaman, Kusol Soonthorndhada, Pojjana Hunchangsith, and Manasigan Kanchanachitra. 2016. "Active ageing level in Thailand: a comparison between female and male elderly." *Journal of Health Research* 30 (2): 99-107.
- Hoffmann, Rasmus, Hannes Kröger, and Eduwin Pakpahan. 2018. "The reciprocal relationship between material factors and health in the life course: evidence from SHARE and ELSA." *European Journal of Ageing* 15 (4): 379-391.
- IHME. 2021. "Global Burden of Disease Study 2021 Results." Accessed January 5. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

- ILO. 2023. “Labour Force Survey (LFS) Data.” Accessed January 7. <https://ilostat.ilo.org/data/>.
- Jagger, Carol, B Cox, S Le Roy, A Clavel, JM Robine, I Romieu, and H Van Oyen. 2014. “Health expectancy calculation by the Sullivan method: a practical guide.” Nihon University Population Research Institute (NUPRI) Research Paper Series 68.
- Jayasvasti, Isareethika, Manisthawadee Jayasvasti, Supa Pengpid, Karl Peltzer, and Pheeraya Nanthananate. 2021. “Participants’ views on lifestyle intervention program enhancing long-term health-related behaviors improvement among prehypertension and/or prediabetes mellitus older adults: A qualitative study examined in Thailand at health promoting hospitals.” *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 58: 00469580211025209. <https://doi.org/10.1177/00469580211025209>.
- Johnson, C. Shanthi. 2008. “Ageing and healthy life expectancy: Will the extended years be spent in good or poor health.” *Journal of The Indian Academy of Geriatrics* 4: 64-7.
- Karcharnubarn, Rukchanok, Philip Rees, and M Gould. 2009. “Population Ageing and Healthy Life Expectancy in Thailand.” The 5th International Conference on Population Geographics.
- Khanthapok, Patipanee, and Suchada Sukrong. 2019. “Anti-aging and health benefits from Thai food: Protective effects of bioactive compounds on the free radical theory of aging.” *Journal of Food Health and Bioenvironmental Science* 12 (1): 54-67.
- Larsen, Mona, and Peder J Pedersen. 2017. “Labour force activity after 65: what explain recent trends in Denmark, Germany and Sweden?” *Journal for labour market research* 50 (1): 15-27.
- Lau, Robert S., Sarah Johnson, and T. Jayaraman Kamalanabhan. 2012. “Healthy life expectancy in the context of population health and ageing in India.” *Asia Pacific Journal of Public Health* 24 (1): 195-207.

- Leijten, Fenna RM, Swenne G van den Heuvel, Allard J van der Beek, Jan Fekke Ybema, Suzan JW Robroek, and Alex Burdorf. 2015. "Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: a 1-year follow-up study among older workers." *Journal of occupational rehabilitation* 25: 86-95.
- Lommi, Marzia, Maria Matarese, Rosaria Alvaro, Michela Piredda, and Maria Grazia De Marinis. 2015. "The experiences of self-care in community-dwelling older people: A meta-synthesis." *International Journal of Nursing Studies* 52 (12): 1854-1867. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.012>.
- Miao, Xin-lei, Xiu-hua Guo, Yue Cai, Xiang Zhang, and Qun Meng. 2019. "The Relationship and Trends of Socio-Demographic Index, Healthy Life Expectancy and Life Expectancy in China." *SSRN*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3478099
- Molla, Michael T. 2001. "Summary measures of population health: methods for calculating healthy life expectancy." *Healthy People 2010 Stat Notes*. 21: 1-11.
- Pongiglione, Benedetta, Bianca L. De Stavola, and George B. Ploubidis. 2015. "A Systematic Literature Review of Studies Analyzing Inequalities in Health Expectancy among the Older Population." *PLOS ONE* 10 (6): e0130747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130747>.
- Rogers, Richard G, Bethany G Everett, Jarron M Saint Onge, and Patrick M Krueger. 2010. "Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality." *Demography* 47: 555-578. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0119>.
- Rosenthal, Lisa, Amy Carroll-Scott, Valerie A Earnshaw, Alycia Santilli, and Jeannette R Ickovics. 2012. "The importance of full-time work for urban adults' mental and physical health." *Social science & medicine* 75 (9): 1692-1696. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.003>.

- Siengthai, Sununta, and Orose Leelakulthanit. 1993. "Women in management in Thailand: Participation for national prosperity." *International Studies of Management & Organization* 23 (4): 87-102.
- Somboonsin, Pattheera, Brian Houle, and Vladimir Canudas-Romo. 2024. "Sex disparities in the burden of air particulate matter-related unhealthy years and life-years lost in Asia-Pacific countries, 1990–2019." *Atmospheric Environment* 337: 120763. <https://doi.org/10.1016/j.atmosenv.2024.120763>.
- Sricharoen, Thitiwan, Gertrud Buchenrieder, and Thomas Dufhues. 2008. "Universal health-care demands in rural Northern Thailand: Gender and ethnicity." *Asia-Pacific Development Journal* 15 (1): 65-92.
- Tangcharoensathien, Viroj, Woranan Witthayapipopsakul, Warisa Panichkriangkrai, Walaiporn Patcharanarumol, and Anne Mills. 2018. "Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage." *The Lancet* 391 (10126): 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3).
- The World Bank. 2023. "World Development Indicators." Accessed January 10. <https://data.worldbank.org/>.
- Tur-Sinai, Aviad, Shosh Shahrabani, Ariela Lowenstein, Ruth Katz, Dafna Halperin, and Haya Fogel-Grinvald. 2024. "What drives older adults to continue working after official retirement age?" *Ageing & Society* 44 (7): 1618-1644.
- Wacharaporn, Ajjima. 2008. "Female Labour Participation and Women's Social Status in Contemporary Thai Society." *Journal of Demography* 24 (2): 49-69. <https://doi.org/10.56808/2730-3934.1243>.
- Zanier, Maria Letizia, and Isabella Crespi. 2015. "Facing the gender gap in aging: Italian women's pension in the European context." *Social Sciences* 4 (4): 1185-1206. <https://doi.org/10.3390/socsci4041185>.