

การวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทางประชากร ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและ
พฤติกรรมสังคมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น
Comparative Analysis of Population, Health Condition, Health and
Social Behaviors among Older Persons: Thailand and Japan

อาจารย์ณัฐพัชร สโรบล¹, และคณะ²

Nattapat Sarobola³ and Other⁴

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น และเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นผู้สูงอายุ ใน 2 ประเทศ ได้แก่ 1) ประชากรสูงอายุของประเทศญี่ปุ่น จำนวน 497 ราย และ 2) ประชากรสูงอายุของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 445 ราย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร แบบสอบถาม และข้อมูลจากการจัดสัมมนาเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง 5 ประเทศ ที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัยระดับอาเซียน และนำเสนอข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยายเพื่อแจกแจงความถี่ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาว โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีสถานภาพการสมรสสูงกว่าผู้สูงอายุไทย ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยมีสถานภาพการหย่าร้าง/เป็นหม้าย และสถานภาพโสดสูงกว่า ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมเชิงลบที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่น ใน

¹ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² นทีชัย จันทร์ปลุก และจิตินันท์ ตันยวรธนะ

³ Lecture at Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand

⁴ Nateerai Janpluk and Thitinan Tanyuwattana

E-mail : familypoooh@hotmail.com

ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุญี่ปุ่นเป็นอาสาสมัครและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุไทย ในขณะที่ด้านการสนับสนุนทางจิตใจและการสนับสนุนแบบช่วยเหลือ ทั้งผู้สูงอายุไทยและญี่ปุ่นได้รับการสนับสนุนทางจิตใจมากที่สุดจากคนในครอบครัว ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ภาครัฐควรมีการผลักดันให้เกิดสวัสดิการด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดบริการที่เอื้อต่อสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และควรมีบทบาทในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : การมีอายุยืนยาว, การวิเคราะห์, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to conduct comparative study of the factors affecting older person longevity in Japan and Thailand. It looks into two main population groups which are 497 older persons in Japan and 445 Thai older persons. Methodology used in this research is through information collection from available documents, questionnaires and experience sharing seminars among five data sources countries in Asia. This information is presented in statistical figures describing frequency and percentage of the experiment group and comparing general information as well as factors that affects long lifespan using content analysis method. Research found that in terms of marital status, Japanese older persons hold more “married” status whereas more “divorces/widow” and “single” found for Thais. Health aspect, Thai older person have negative behaviors to health, more than Japanese older persons. Socially, Japanese older person volunteers/participates more in social activities. At the same time, moral support is the support both Thai and Japanese older persons receives most from their families. Recommendation from this research to the government is to provide healthcare for older person. Local

administrative organizations should provide service that could accommodate health and lifestyle of older person in the community.

Keywords : Longevity, Analysis, Older Person

บทนำ

ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องเตรียมแผนรองรับ องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ.2544-2643 (ค.ศ.2001-2100) จะเป็นช่วงเวลาแห่งการก้าวเข้าสู่ศตวรรษการเป็นผู้สูงอายุ การเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงแค่การมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่เป็นศตวรรษที่ทุกประเทศต้องร่วมกันพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนประชากรและโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีชีวิตยืนยาวของผู้สูงอายุในสังคมไทยมีการบัญญัติคำว่า ศตวรรษิกชน หรือ คนร้อยปี โดยแปลเป็นคำในภาษาอังกฤษว่า Centenarian จากการศึกษาผู้ที่มีอายุสูงที่สุดในโลกจำนวน 10 อันดับ พบว่า ผู้ที่มีอายุสูงที่สุดในโลก อันดับที่ 1 คือ คุณยาย Jeanne Calment เป็นหญิงชาวฝรั่งเศส มีอายุสูงถึง 122 ปี 164 วัน และผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุสูงสุดเป็นอันดับ 1 คือ คุณตา Jiroemon Kimura ซึ่งเป็นชายชาวญี่ปุ่นอายุ 116 ปี 54 วัน และมีการบันทึกไว้ใน Guinness Book of World Records ซึ่งจากสถิติการเก็บผู้ที่มีอายุสูงที่สุดในโลก ส่วนใหญ่ พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับหลักความจริงของการมีอายุคาดเฉลี่ยว่าผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย และการที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวกว่า 110 ปี ทำให้เกิดการเรียกว่าเป็น อภิศตวรรษิกชน ซึ่ง นอร์ริส แมคเวอร์ธอร์ บรรณาธิการของกินเนส ได้บัญญัติคำศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Super Centenarian ขึ้นในทศวรรษ 1970

สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่าไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 (ค.ศ.2005) โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้ง

ประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 (ค.ศ. 2024-2025) ในขณะเดียวกัน นักประชากรศาสตร์ไทยได้มีการรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนรอดชีวิตมากขึ้น และผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น มีความเป็นอยู่ที่ดี มีโภชนาการทางอาหารที่ถูกหลักอนามัย ประชากรมีมาตรฐานชีวิตที่ดี มีการศึกษา มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ซึ่งจะส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น อัตราการตายลดลง ประชากรมีอายุยืนยาวจนทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และโครงสร้างของประชากรโลกเปลี่ยนไปในช่วงของผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น ตั้งแต่ปี ค.ศ.2010

นอกจากนี้ การสำรวจผู้สูงอายุที่มีอายุสูงที่สุดในประเทศไทยรายงานโดยสำนักข่าวผู้จัดการออนไลน์ พบว่า คุณยายที่มีอายุสูงที่สุดในประเทศไทย ชื่อ คุณยายสาย เวียงแก้ว อายุ 123 ปี เกิดเมื่อปี 2435 เป็นคนจังหวัดขอนแก่น การมีอายุยืนยาวของคุณยายนั้นได้มีการให้ข้อมูลด้านวิธีการดำเนินชีวิตว่าจะรับประทานผักเป็นประจำและไม่ทานเนื้อสัตว์ชนิดอื่นนอกจากปลา เป็นคนอารมณ์ดีและออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม การพบผู้สูงอายุที่มีอายุสูงที่สุดในประเทศไทยนั้นไม่สามารถอ้างอิงอายุที่แท้จริงได้ เนื่องจากระบบการยื่นขอจดทะเบียนเกิดของประเทศไทยเกิดขึ้นไม่นาน เมื่อเทียบกับประเทศตะวันตก (ปราโมทย์ ปราสาทกุล : 2549) ที่นับถือศาสนาคริสต์ซึ่งจะมีหลักฐานการเกิดที่น่าเชื่อถือ เพราะเด็กเกิดใหม่จะต้องมีพิธีการเข้ารีต (แบบดิส) ซึ่งทำที่โบสถ์และมีการลงบันทึกชื่อเด็กและพ่อแม่เอาไว้เป็นหลักฐาน และประเทศญี่ปุ่นที่มีระบบการจดทะเบียนชีพที่ดี เริ่มมาตั้งแต่สมัยเมจิเมื่อร้อยกว่าปีก่อน ชาวญี่ปุ่นภูมิใจว่าข้อมูลร้อยปีของเขาเชื่อถือได้ ปัจจุบันเขามีข้อมูลค่อนข้างสมบูรณ์ว่าคนสูงอายุสูงสุดในประเทศเป็นใครอยู่ที่ไหน และมีอายุกี่ปี ซึ่งนับว่าญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญแก่ศตวรรษิกชนมาก นอกจากนี้ มีการนำเสนอข้อมูลคนร้อยปีที่น่าสนใจในปี 2005 ประมาณว่ามีคนร้อยปีอยู่ในโลกนี้ทั้งหมด 450,000 คน มีการให้ข้อมูลจำนวนคนร้อยปีอยู่ในโลกนี้ทั้งหมด 450,000 คน มีข้อมูลจำนวนคนร้อยปีของบางประเทศ ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนคนร่อยปีในโลก

ประเทศ	จำนวนคนร่อยปี
สหรัฐอเมริกา	71,000 คน
ญี่ปุ่น	24,000 คน
สหราชอาณาจักร	17,000 คน
จีน	17,000 คน
ฝรั่งเศส	15,000 คน
ไทย	14,493 คน
เม็กซิโก	14,000 คน
เยอรมัน	14,000 คน
อิตาลี	11,000 คน
สเปน	4,000 คน
รัสเซีย	4,000 คน

ที่มา: ศตวรรษิกชน คนร่อยปี, ปราโมทย์ ประสาทกุล (2549)

ซึ่งในการสำรวจผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปีนั้น มีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาปริญญาเอกกาญจนาภิเษก พบว่า จากการสำรวจตัวเลขผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี ที่ระบุไว้ในทะเบียนราษฎรเมื่อปี 2553 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 14,493 คนทั่วประเทศ ซึ่งแท้จริงแล้วข้อมูลในทะเบียนราษฎรมีความผิดพลาดสูงและไม่สำรวจต่อเนื่อง ตัวเลขผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จึงมีจำนวนมากเกินจริง โดยผู้สูงอายุที่เสียชีวิตแล้วแต่ไม่มีการคัดออกจากระบบทะเบียนราษฎร

เรื่องการมีอายุยืนยาวนั้นเป็นเรื่องของการมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่จะพิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุไทยซึ่งเพิ่มสูงขึ้น เมื่อคนไทยอายุ 60 ปีจะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่อีก 22 ปี และเมื่ออายุ 65 ปีจะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่อีก 18 ปี ในอนาคต

30 ปีข้างหน้า เมื่อคนไทยอายุ 60 ปี จะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่อีก 26 ปี และเมื่ออายุ 65 ปีจะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่อีก 20 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในอีก 30 ปีข้างหน้าอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 3-5 ปี ซึ่งเป็นการคาดการณ์ที่แสดงถึงการมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นของผู้สูงอายุไทย (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2556 : 34) และจากการคาดการณ์ดังกล่าว ทำให้คณะผู้วิจัยเกิดความสนใจในการศึกษาปัจจัยในด้านสุขภาพและสังคมที่นอกเหนือจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ว่า อะไรคือปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว โดยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยมหาวิทยาลัยฟูกุอิในประเทศญี่ปุ่นได้เป็นผู้ริเริ่มทำโครงการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบเรื่องการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในแถบอาเซียน ประกอบด้วย ประเทศญี่ปุ่น ประเทศไต้หวัน ประเทศจีน ประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย ซึ่งในการนำเสนอบทความนี้ผู้วิจัยได้นำเอาข้อมูลในส่วนของประเทศไทยมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกันในประเทศที่มีประชากรสูงอายุที่มีอายุยืนยาวอย่างประเทศญี่ปุ่นภายใต้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย เรื่อง A Comparative Study between Asian countries on Health and Longevity from the Viewpoint of the Changes and Social Relationship ขึ้น ซึ่งเนื้อหาในการนำเสนอบทความวิจัย เป็นการนำเสนอเชิงพรรณนาเปรียบเทียบลักษณะทางประชากร เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในส่วนของการรวบรวมข้อมูลของประเทศไทยในด้านพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

ขอบเขตการศึกษา

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาในการศึกษา

การนำเสนอบทความวิจัยนี้เน้นนำเสนอผลการศึกษาลักษณะทางประชากร ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยใช้การเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของประเทศญี่ปุ่น โดยใช้ข้อมูลจากเอกสารหนังสือและบทความที่เกี่ยวข้องมาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง 2 ประเทศ คือประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

ขอบเขตด้านเนื้อหาในงานวิจัยเรื่อง A Comparative Study between Asian countries on Health and Longevity from the Viewpoint of the Changes and Social Relationship เป็นการศึกษาเปรียบเทียบใน 2 ประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคือ 1) ประเด็นด้านการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในสังคม และ 2) ประเด็นด้านการมีอายุยืนยาวโดยตัวแปรหลักที่สำคัญที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาว ประกอบด้วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมในด้านสุขภาพ โดยงานวิจัยนี้มีขอบเขตด้านเนื้อหาในประเด็นพฤติกรรมทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวเป็นหลัก

2. ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 2 ประเทศ ได้แก่

2.1 ประชากรผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่ในจำนวน 6 เมืองใน Fukui Prefectures (2007-2008) และ จำนวน 10 เมืองในประเทศญี่ปุ่น ได้แก่ Aomori, Kanagawa, Nagano, Toyama, Ishikawa, Fukui, Shiga, Kochi, Nagasaki, Okinawa (2009-2010)

2.2 ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในพื้นที่ตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท และประชากร

ผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลปายangk จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้รูปแบบในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รูปแบบคือ

1. การสืบค้นข้อมูลและวิเคราะห์จากเอกสาร (Documentary Searching) ตำรา และบทความทางวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. การเก็บแบบสอบถาม ประกอบด้วย

- 2.1 การเก็บแบบสอบถามในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 6 เมืองใน Fukui Prefectures (ค.ศ.2007-2008)

- 2.2 การเก็บแบบสอบถามในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 10 เมือง ได้แก่ Aomori, Kanagawa, Nagano, Toyama, Ishikawa, Fukui, Shiga, Kochi, Nagasaki, Okinawa (ค.ศ.2009-2010)

- 2.3 การเก็บแบบสอบถามในประเทศไทย จำนวน 2 จังหวัด คือ ตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรีและตำบลปายangk จังหวัดลำปาง

- 2.4 การเก็บแบบสอบถามในประเทศแถบภูมิภาคอาเซียน จำนวน 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไต้หวัน ประเทศจีน ประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย

ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ทางมหาวิทยาลัยฟูกุอิเป็นผู้ออกแบบและนำมาใช้ทั้ง 5 ประเทศ โดยนักวิจัยของประเทศไทยเป็นผู้นำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุในชุมชนเท่านั้น และส่งให้ทางมหาวิทยาลัยฟูกุอิเป็นผู้ประมวลผล และส่งข้อมูลกลับมายังประเทศไทยเพื่อเขียนผลการศึกษา

3. การจัดสัมมนาเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง 5 ประเทศที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย ประเทศญี่ปุ่น ประเทศไต้หวัน ประเทศจีน ประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย โดยผู้แทนแต่ละประเทศนำเสนอเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ และนำเสนอสถานการณ์ผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นักวิจัยเดินทางไปสำรวจชุมชนเพื่อศึกษาตำแหน่งของครัวเรือนที่มีประชากรสูงอายุ
2. นักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยแก่ผู้นำชุมชนและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. นักวิจัยลงเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญโดยเริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง และอธิบายถึงประเด็นคำถามและวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสอบถามถึงความสมัครใจในการให้ข้อมูล
4. เมื่อสิ้นสุดข้อคำถาม นักวิจัยจบบทสนทนาด้วยการขอบคุณและยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยายเพื่อแจกแจงความถี่ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบเรื่องการมีอายุยืนยาวในผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น คณะผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในบทความนี้ขอนำเสนอบางประเด็นที่น่าสนใจที่ได้จากผลการศึกษาดังนี้

1.1 สถานภาพการสมรส ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีสถานภาพการสมรส ร้อยละ 88.2 ซึ่งสูงกว่าประเทศไทยที่มีสถานภาพการสมรส ร้อยละ 67.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทไทยมีสถานภาพการหย่าร้าง/เป็นหม้าย และสถานภาพโสดสูงกว่า ร้อยละ 25.4 และ 6.7

1.2 สมาชิกในครัวเรือน ผู้ศึกษาขอแนะนำเสนอผลการศึกษาประเด็นดังกล่าวใน 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

1) บุคคลที่อยู่อาศัยด้วยกันในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นอยู่อาศัยกับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 82.7 และรองลงมาคืออยู่กับลูก ร้อยละ 48.1 ในขณะที่อันดับ 2 ของผู้สูงอายุในชนบทไทยอยู่อาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 59.5 ผู้สูงอายุในชนบทไทยอยู่อาศัยกับลูกมากที่สุด ร้อยละ 75.2

2) มีสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ใกล้บริเวณบ้าน อย่างน้อยใช้เวลาในการเดินทางไม่เกิน 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทไทยมีสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ใกล้บริเวณบ้านมากกว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่น ร้อยละ 73.3

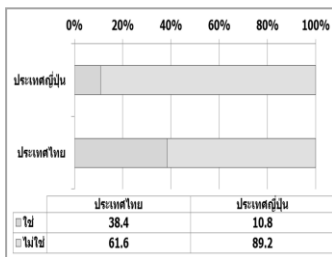
2. ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

2.1 ปัจจัยด้านสุขภาพกาย

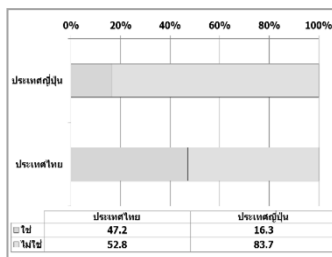
ในด้านสุขภาพกายผู้ศึกษาขอแนะนำเสนอปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบย่อยด้านสุขภาพ 7 องค์ประกอบที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวหรืออายุสั้นของผู้สูงอายุได้แก่ 2.1.1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 2.1.2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2.1.3) การรับประทานอาหารเข้า 2.1.4) การรับประทานอาหารระหว่างมือ 2.1.5) การควบคุมน้ำหนัก 2.1.6) การออกกำลังกาย 2.1.7) จำนวนชั่วโมงการนอนพักผ่อน

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเชิงลบ
(พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
และพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างมือ)

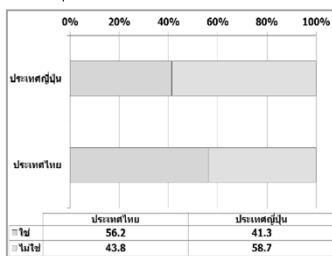
ตารางที่ 2.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่



ตารางที่ 2.2 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์



ตารางที่ 2.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างมือ

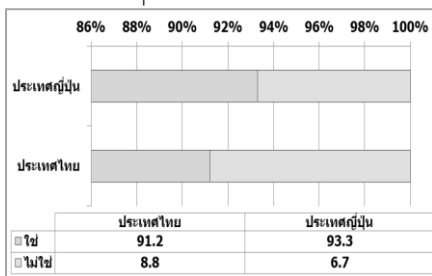


ผู้สูงอายุในชนบทไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 38.4 (ตารางที่ 2.1) และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 47.2 (ตารางที่ 2.2) และการรับประทานอาหารระหว่างมือ ร้อยละ 56.2 (ตารางที่ 2.3) ซึ่งเป็นพฤติกรรมเชิงลบที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่น

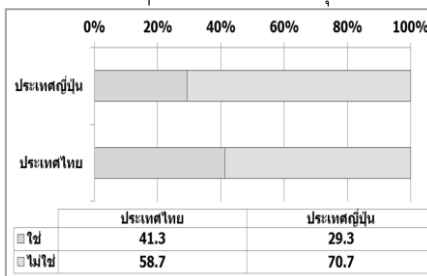
ตารางที่ 3 พฤติกรรมเชิงบวก

(พฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า, พฤติกรรมเรื่องการควบคุมน้ำหนัก, พฤติกรรมการออกกำลังกาย และจำนวนชั่วโมงในการนอนพักผ่อน)

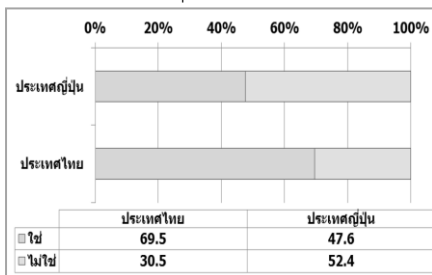
ตารางที่ 3.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเข้า



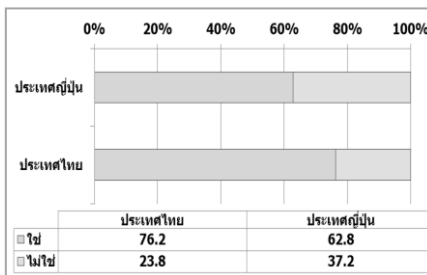
ตารางที่ 3.2 พฤติกรรมเรื่องการควบคุมน้ำหนัก



ตารางที่ 3.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย



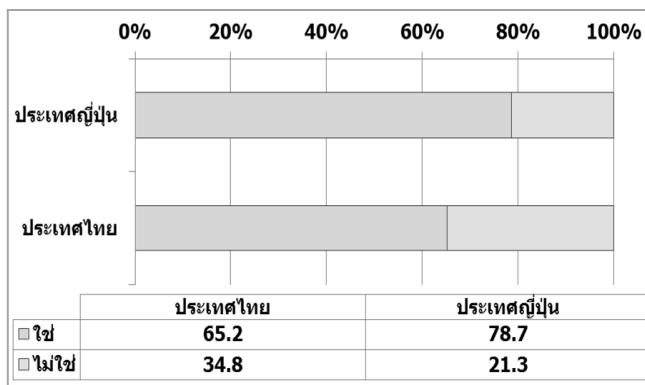
ตารางที่ 3.4 จำนวนชั่วโมงในการนอนพักผ่อน



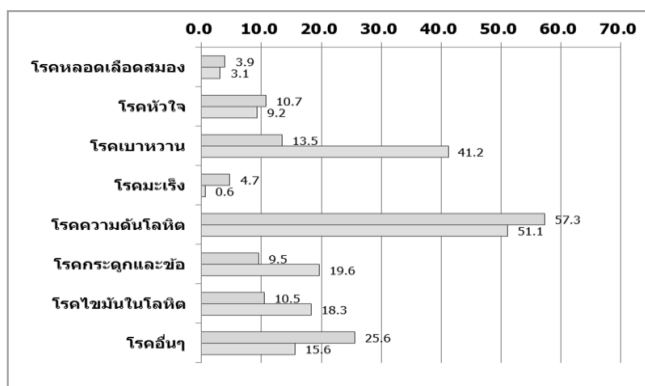
พฤติกรรมเชิงบวก พบว่า รับประทานอาหารเข้าสู่ถึง ร้อยละ 93.3 (ตารางที่ 3.1) ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุในชนบทไทย ยกเว้นพฤติกรรมเรื่องการควบคุมน้ำหนัก (ตารางที่ 3.2) การออกกำลังกาย (ตารางที่ 3.3) และจำนวนชั่วโมงในการนอนพักผ่อน (ตารางที่ 3.4) ผู้สูงอายุในชนบทไทยมีพฤติกรรมที่ดีกว่า ร้อยละ 41.3 ร้อยละ 69.5 และ 76.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี และโรคประจำตัวผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 78.7 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุในชนบทไทย ร้อยละ 65.2 (ตารางที่ 4)

ในขณะที่โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุญี่ปุ่นคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.3 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 51.1 แต่โรคที่ผู้สูงอายุในชนบทไทยเป็นมากกว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่นคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.2 โรคกระดูกและข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 19.6 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 การตรวจสอบสุขภาพประจำปี



ตารางที่ 5 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ



2.2 ปัจจัยด้านสุขภาพจิต

ด้านสุขภาพจิตพิจารณาจากบุคคลที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้สึกว่าสามารถพูดคุยได้อย่างสบายใจ ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นรู้สึกสบายใจมากที่สุด ร้อยละ 65 ที่จะคุยกับคู่สมรสและรองลงมา ร้อยละ 57.8 พอใจที่จะพูดคุยกับเพื่อน ผู้สูงอายุในชนบทไทยรู้สึกสบายใจมากที่สุด ร้อยละ 59.6 ที่จะพูดคุยกับลูก รองลงมา ร้อยละ 42.8 พอใจจะพูดคุยกับคู่สมรส

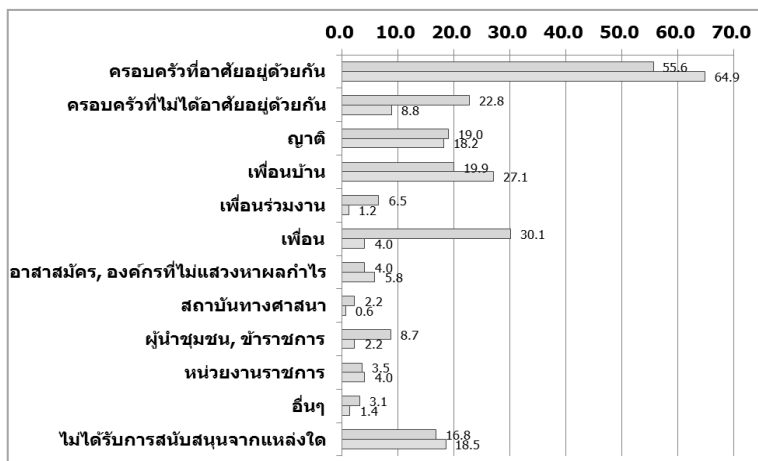
3. การมีส่วนร่วมทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นเป็นอาสาสมัครและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 83.2 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 32.8 ในขณะที่ความรู้สึกไวใจคนในชุมชนนั้น พบว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่นรู้สึกไวใจคนในชุมชน ร้อยละ 52.1 ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทไทยรู้สึกไวใจคนในชุมชนเพียง ร้อยละ 17.5 ในขณะที่ส่วนใหญ่มองว่าไวใจได้เป็นบางคน ร้อยละ 77.5 และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านนั้นผู้สูงอายุในชนบทไทยมากที่สุดจะคุยกับเพื่อนบ้านบ่อยๆ แต่เป็นเพียงการสนทนาสั้นๆ ร้อยละ 66.1 ในขณะที่ผู้สูงอายุญี่ปุ่นมากที่สุดจะเน้นการพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นบางครั้ง ร้อยละ 43.5

4. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ การสนับสนุนทางจิตใจและการสนับสนุนแบบช่วยเหลือ โดยผลการศึกษาปรากฏว่า ทั้งผู้สูงอายุในชนบทไทยและญี่ปุ่นได้รับการสนับสนุนทางจิตใจมากที่สุดจากคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 64.9 และ 55.6 รองลงมา ผู้สูงอายุญี่ปุ่นได้รับการสนับสนุนจิตใจจากเพื่อนร้อยละ 30.1 (ตารางที่ 6) ผู้สูงอายุไทยได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 27.2 ในขณะที่ การสนับสนุนแบบช่วยเหลือนั้น ผู้สูงอายุทั้งไทยและญี่ปุ่นได้รับการสนับสนุนมากที่สุดจากคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.9 และ ร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุในชนบทไทยไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใด ร้อยละ 31.6 และผู้สูงอายุญี่ปุ่น ร้อยละ 35.2

ตารางที่ 6 การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ



ผลการอภิปราย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบเรื่องการมีอายุยืนยาวในผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีสถานภาพการสมรสสูงกว่าประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในประเด็นบุคคลที่อยู่อาศัยด้วยกันในครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทของไทยส่วนใหญ่อยู่อาศัยกับลูกมากที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุญี่ปุ่นอยู่อาศัยกับคู่สมรสมากที่สุด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า สังคมและวัฒนธรรมไทยกับวัฒนธรรมญี่ปุ่นค่อนข้างแตกต่างกันในเรื่องของวิถีครอบครัว ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชนบทยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลาน หรือเมื่อบุตรหลานแต่งงานออกไปก็จะปลุกบ้านอยู่ใกล้กับพ่อแม่ เพื่อที่จะไปมาหาสู่กันได้ ในขณะที่สังคมญี่ปุ่นนั้นเมื่อลูกสาวแต่งงานออกไปก็จะไปอยู่กับบ้านสามีเพื่อไปดูแลพ่อแม่สามี หรืออาจแยกครอบครัวไปอยู่กันลำพังเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ข้อมูลด้านสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงอายุไทยกับญี่ปุ่นมีความแตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่น ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารระหว่างมื้อ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุไทยโดยเฉพาะในชนบทส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แต่การสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเป็นผลพวงที่เกิดมาจากการสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550 น. 37) ที่มีผลการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่ยังสูบบุหรี่อยู่เพราะสูบบุหรี่มาตั้งแต่วัยหนุ่มสาว โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 48.9 รองลงมา 20-24 ปี ร้อยละ 26.5 โดยอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่คือ 19 ปี

ในส่วนของการดื่มแอลกอฮอล์ก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทยมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการดื่ม ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุเชื่อว่าการดื่มเป็นการบำรุงทำให้มีกำลังวังชา พฤติกรรมการดื่มของผู้สูงอายุไทยในชนบทส่วนใหญ่ เกิดจากค่านิยมประเพณี โดยในสมัยก่อนงานบุญ งานศพ งานเลี้ยงสังสรรค์ในชุมชนจะนิยมดื่มสุรากันในงาน ซึ่งในช่วงหลังสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ลด ละ เลิกการดื่มในงานเลี้ยงต่างๆ แต่ผู้สูงอายุยังคงเคยชินกับพฤติกรรมการดื่ม และนอกจากการดื่มสุราที่หาซื้อได้ทั่วไปแล้ว ในสังคมชนบทของไทยจะมีการดื่มเครื่องดื่มเหล้า และยาตอง ทั้งนี้ "ยาตองเหล้า" มีสรรพคุณสารพัดประโยชน์ เป็นยารักษาโรคต่างๆ เช่น อาการปวดเมื่อย บำรุงเลือด บำรุงร่างกาย บำรุงธาตุ บางสูตรยังสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ แต่ในทางกลับกันบางกลุ่มบุคคลกล่าวว่า "ยาตองเหล้า" เป็นเพียงข้ออ้างของคนดื่มสุรา ไม่ได้มีสรรพคุณทางสมุนไพรจริง และอาจอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มเหล้านี้อีกด้วย ซึ่งพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้สูงอายุนี้ไปสอดคล้องกับผลการศึกษา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550 น. 39) ว่าสถิติการดื่มสุราและเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุในระหว่าง 12 เดือนของการศึกษามีผู้สูงอายุดื่มถึง 3 ใน 4 โดยส่วนใหญ่ดื่มทุกเดือน ร้อยละ 42.4 รองลงมาดื่มทุกสัปดาห์ ร้อยละ 26.9 แต่มีประเด็นที่น่าสนใจว่าในปี 2553 มีการรายงานว่า จำนวนนักดื่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงเหมือนว่าการรณรงค์ลด ละ เลิก เหล้า

จะได้ผลในกลุ่มที่ตึมน้อยอยู่แล้ว แต่หากเป็นกลุ่มที่ตึมประจำยังคงมีพฤติกรรมเช่นเดิม ซึ่งนักตีฆาประจามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย (ชินฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ, 2553 น. 54)

ซึ่งจากประเด็นข้างต้นที่กล่าวมาจัดเป็นเป็นพฤติกรรมเชิงลบที่เป็นผลมาจากวัฒนธรรมความเชื่อ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุในประเทศไทย และประเทศญี่ปุ่น จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าเหตุใดผู้สูงอายุญี่ปุ่นจึงมีอายุยืนยาว เพราะผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพเชิงลบในสัดส่วนที่น้อย และในทางกลับกันผู้สูงอายุในชนบทไทยมีการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในเชิงบวกในสัดส่วนที่มาก ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

พฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งเป็นพฤติกรรมในเชิงบวกที่ผู้สูงอายุในชนบทไทยทำมากกว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่น สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีการให้คำนิยามการออกกำลังกายว่า “การขยับร่างกาย แม้เพียงเล็กน้อย หรือการทำงานบ้านก็คือ การออกกำลังกาย” เพราะหลายปีที่ผ่านมาได้มีการประชาสัมพันธ์สื่อสารผ่านทางโทรทัศน์และวิทยุให้เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางโดยมีเนื้อความว่า “แค่ขยับเท่ากับออกกำลังกาย” ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุในชนบทไทยจึงมองว่าตนเองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าบางรายจะไม่เคยได้ออกนอกบ้านเลย ซึ่งต่างจากการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น แต่ก็จะเชื่อว่าการได้ทำกิจกรรมในบ้าน ทำสวน ทำงานบ้านคือการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2550 น.88) ที่ปรากฏผลการศึกษาว่ารูปแบบการออกกำลังกายของผู้สูงอายุนอกจากการรำไม้พลอง การวิ่ง การเดินแล้ว ยังรวมถึงการทำงานบ้านซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.6 เช่นเดียวกับผลการศึกษา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550 น.37) ที่ระบุว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทยมีการรวมเรื่องของการที่ต้องใช้แรงมากอยู่แล้วในการทำงานและการทำงานบ้านเข้าไปด้วย ซึ่งในระยะหลัง นักวิชาการด้านสุขภาพได้พยายามให้คำจำกัดความเพิ่มเติมว่า การออกกำลังกายคือ การทำกิจกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 30 นาที จึงจะถือได้ว่าเป็น การออกกำลังกาย แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ให้คำจำกัดความการออกกำลังกาย แต่พิจารณาถึงมุมมองของ

ผู้สูงอายุต่อการออกกำลังกายเป็นหลัก จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าตนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับพักผ่อน สำหรับจำนวนชั่วโมงในการพักผ่อนที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดไว้ที่ 7-8 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุไทยมีจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับสูงกว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่น ซึ่งอภิปรายได้จากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มักนิยมการตื่นเช้าและเข้านอนเร็ว บางรายตื่นตั้งแต่เวลา 4.00 น. และเข้านอนเวลา 19.00 น. ในขณะที่วัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทยนิยมนอนในช่วงเวลากลางวัน ตั้งแต่ 13.00-16.00 น. หรือที่เรียกกันว่า “การงีบหลับ” ซึ่งหมายถึง การนอนหลับเพียงระยะเวลาอันสั้นในช่วงกลางวัน ซึ่งผู้สูงอายุไทยมีความเชื่อว่าส่งผลดีต่อสุขภาพและทำให้ร่างกายสดชื่น

ในขณะเดียวกันพฤติกรรมด้านสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่พบจากการศึกษา คือ การตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้สูงอายุในชนบทไทย ประเด็นนี้อภิปรายได้ว่า ด้วยความแตกต่างของระบบสวัสดิการและบริการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นย่อมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในข้อนี้ การตรวจสุขภาพของคนไทยไม่ได้รวมอยู่ในระบบสวัสดิการสุขภาพเช่นในประเทศญี่ปุ่น เมื่อผู้สูงอายุไทยมีความต้องการในการตรวจสุขภาพกับทางโรงพยาบาลแบบครอบคลุมโรคภัยแรง ผู้สูงอายุจำเป็นต้องชำระค่าตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ในราคาประมาณครั้งละ 5,000-10,000 บาท ซึ่งปัจจุบันมีผู้สูงอายุเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวนไม่มาก หากมีการไปสำรวจเรื่องการตรวจสุขภาพกับผู้สูงอายุชนบทไทย ส่วนใหญ่จะตอบว่าได้รับการตรวจสุขภาพ ซึ่งบริการดังกล่าวเป็นการตรวจเบื้องต้นที่ทางหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการหรือจัดหามาให้ ซึ่งมีบริการตรวจเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตรวจปัสสาวะ และมีการทดสอบสมรรถนะทางกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2550 น.86) ซึ่งผู้สูงอายุหลายคนเข้าใจผิดคิดว่าเป็นการตรวจสุขภาพที่เพียงพอแล้ว แต่ในความเป็นจริงเป็นการตรวจสุขภาพเบื้องต้นเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ หากหน่วยบริการสาธารณสุขไม่จัดบริการให้ ผู้สูงอายุในชุมชนก็จะไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ

3. **การมีส่วนร่วมทางสังคม** ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้สูงอายุญี่ปุ่นเป็นอาสาสมัครและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุไทย ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีบทบาทภาระหลักใน 2 ด้าน คือ 1) ภาระในการดูแลลูกหลานและภาระงานบ้าน และ 2) ภาระในการทำงานหรือการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ และปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เดินทางมาร่วมกิจกรรมไม่ไหว ไม่มีลูกหลานมาส่ง ซึ่ง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและวรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2550 น.121) ได้อธิบายไว้ตรงกันถึงปัญหาของการที่ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพราะมีปัญหาสุขภาพ และผลการศึกษายังสอดคล้องกับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 น.26-27) ที่มีการสรุปว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย แต่กิจกรรมที่เข้าร่วมมากที่สุดคือ กลุ่มฌาปนกิจร้อยละ 40

โดยสรุป แม้ว่าจะมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่เข้าร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แต่เมื่อเทียบกับสัดส่วนของผู้สูงอายุในชุมชนแล้ว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะติดภาระหลักเสียมากกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งผลการศึกษาในประเด็นนี้ไปสอดคล้องกับงานวิจัย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2550 น.111-113) ซึ่งมีการศึกษาความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุไทยในกิจกรรมต่างๆของทางชมรม พบว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในการประชุมและเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก แต่มีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรมใหม่ๆ การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมคิดดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในระดับปานกลาง

ในขณะที่ความรู้สึกไว้วางใจคนในชุมชนนั้น พบว่าผู้สูงอายุญี่ปุ่นรู้สึกไว้วางใจคนในชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุไทย ส่วนหนึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งจังหวัดลำปางและจังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่ที่มีการอพยพย้ายถิ่นฐานสูง คนที่ย้ายเข้ามาอยู่อาศัยเป็นคนกลุ่มใหม่ ส่งผลให้ความไว้วางใจหรือเชื่อมั่นของคนในชุมชนลดน้อยลง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไทยมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากในอดีตที่อยู่กันแบบพี่น้อง มาเป็นวิถีความเป็นอยู่แบบสมัยใหม่มากขึ้นคือต่างคนต่างอยู่ และจะให้ความไว้วางใจเฉพาะในบางคนที่รู้จักสนิทสนมกันมาตั้งแต่ในอดีตเท่านั้น

4. การสนับสนุนทางสังคม ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมจากการอภิปราย สามารถนำเสนอผลการศึกษได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางจิตใจ และ 2) การสนับสนุนแบบช่วยเหลือ โดยผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้สูงอายุไทยและญี่ปุ่นได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการช่วยเหลือมากที่สุดจากคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าบุคคลในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นจะแตกต่างกันดังประเด็นข้างต้น แต่ผู้สูงอายุทั้ง 2 ประเทศต่างได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการให้ความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่คือคนในครอบครัวเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการสนับสนุนผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 น.45) ที่ระบุข้อมูลว่า การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มาจากลูกหลาน โดยเฉพาะด้านการเงิน ร้อยละ 56 แต่ในทางกลับกันผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของ เสื้อผ้า ของใช้ต่างๆ จากบุตรนอกครัวเรือนมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้

1) การส่งเสริมกิจกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สิ่งสำคัญคือการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลบ ได้แก่ การดื่มสุรา การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ และการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ซึ่งได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย และการนอนพักผ่อนให้เพียงพอ รวมถึงการให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ ในด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรมองหาบุคคลที่สามารถพูดคุยได้อย่างสบายใจ ในยามที่ประสบปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ เพื่อเป็นที่พึ่งและเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุสามารถปรับทุกข์เพื่อผ่อนคลายความทุกข์ได้

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือชุมชน ควรมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทาง

สังคม เพราะกิจกรรมทางสังคมเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการพัฒนาตนเอง ดังนั้น ผู้สูงอายุควรหาเวลาว่างจากภาระงานของครอบครัว เพื่อเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นงานอาสาสมัคร การเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่ามากขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น

3) การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกหรือคนในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อที่จะมีความสามารถในการพึ่งพิงตนเองได้ให้มากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนในเรื่องการเงินและสิ่งของ หรือการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ซึ่งมักไม่ได้รับการสนับสนุนมากนักจากกลุ่มบุคคลอื่นยกเว้นคนในครอบครัว ดังนั้น หากผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงตนเองได้ ผู้สูงอายุจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1) ข้อเสนอแนะต่อภาครัฐ ภาครัฐควรมีการผลักดันให้เกิดสวัสดิการด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ สวัสดิการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิในการเข้ารับการตรวจสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย การตรวจวัดสายตา การตรวจสุขภาพฟัน เพื่อให้ทราบปัญหาและจัดบริการให้ความช่วยเหลือ หรือเพื่อให้เกิดการป้องกันความเสื่อมในวัยสูงอายุ การจัดสวัสดิการดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการมีชีวิตยืนยาวของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีชีวิตยืนยาวได้ดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

2) ข้อเสนอแนะต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดให้มีบริการที่เอื้อต่อสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชน การจัดศูนย์บริการทางด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกที่หลากหลายในการร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ ท้องถิ่นยังมีความบทบาทในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งในด้านการเงินและสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ในรายที่ประสบปัญหาและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องของวิถีการรับประทานอาหาร วิถีคิด และการปรับตัวในการดำรงชีวิตที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาในรายภูมิภาคในประเทศไทย เพื่อหาตัวชี้วัดทางภูมิประเทศ ภูมิอากาศที่มีผลต่อการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุ

2) ควรมีการศึกษากการเตรียมการรองรับกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะมีอายุยืนยาวขึ้นในประเทศไทยทั้งในด้านการจัดสวัสดิการสังคม และการจัดบริการที่เหมาะสมในชุมชน เพื่อให้สามารถรองรับกับการขยายตัวของจำนวนประชากรสูงอายุในทุกช่วงอายุ

เอกสารอ้างอิง

หนังสือ

ชินุทัย กาญจนจิตรรา และคณะ. (2553). สุขภาพคนไทย 2553: วิถีทุนนิยม สังคมมีโอกาสน. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.). (2549). เวทีนโยบายสาธารณะ: เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท เปนไท่พับลิชชิ่ง จำกัด. ได้รับทุนสนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้แผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). Synthesis of Long-term Care System for the Elderly in Thailand. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด. ได้รับทุนสนับสนุน โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วรเวศม์ สุวรรณระดา และวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2553). สวัสดิการยามชราบ้านาญแห่งชาติ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท คิวพี จำกัด. ได้รับทุนสนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้แผนงานวิจัยและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีผู้สูงอายุ.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2013). SITUATION OF THE THAI ELDERLY 2013. (ม.ป.ท.)

งานวิจัย

นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์. (ม.ป.ป.). รายงานการวิจัย การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

Thipaporn Portawin and Nuchanat Yuhangow. Administrative Strategy for Social Welfare System for Thai Senior Citizens. รายงานวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคมมหาวิทยาลัย ห้วเจ็ญเฉลิมพระเกียรติ. (2544).

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. The Evaluation on Social Welfare Services to develop the quality of Life of the Elderly in Thailand. โครงการวิจัยและพัฒนา นโยบายระบบสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. (2542).

จิราลักษณ์ จงสถิตมัน พรประภา สินธุนาวา และณภัส ศิริสัมพันธ์. An Evaluation of Governmental Homes for the Aged: Case Studies of the Three Homes for the Aged. (2543).

อภิญา เวชชัย. The Evaluation of the allowance for the Elderly. โครงการวิจัยและพัฒนา นโยบายระบบสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. (2544).

ปิยะฉัตร ชื่นตระกูล. The Evaluation of The Funeral Welfare Service For The Improvement of Quality of Life of the Elderly People. (ม.ป.ป.).

ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. An Evaluation on Social Services for Aging People in Communities : A Case Study of Services of Welfare Centers in Communities.

(ม.ป.ป.)

ช.ชยินทร์ เพ็ชฌัญไชยภูมิ. The Guidelines and Legal Measures Relating to the Older Persons Welfare in Thailand. (ม.ป.ป.).

ศิริพร จิรวัดน์กุล. ทบทวนวรรณกรรม เรื่อง ภาวะสุขภาพและอนามัยผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2537).

สุกัญญา นิธังกร และนนนุช สุนทรชวกานต์. Resource allocation for improving quality of life of the aged: a proposed guideline. โครงการวิจัยและพัฒนานโยบายระบบสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. (2542).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2551). ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ. เวทีประชาคมองค์กรเอกชน: ชุมชนด้านผู้สูงอายุ 4 ภาค. ได้รับทุนสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ม.ป.ป.).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2548). การประเมินการพัฒนาสมรรถภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสาขาสภาฯ (ประเด็นด้านความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการสาขาสภาฯ ของคณะกรรมการสาขาสภาฯ). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2550). การประเมินการพัฒนาสมรรถภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสาขาสภาผู้สูงอายุฯ. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.

วารสารวิชาการ

สมโภชน์ อเนกสุข และกชกร สังขชาติ. [2548/06-10]. “The way of life of the over 100 years elderly in Chonburi Province, Thailand”. วารสารศึกษาศาสตร์. ปีที่ 17 (ฉบับที่ 1).

เอกสารประกอบการประชุม

นทีรีย จันทรปลูก และฐิตินันท์ ดันยววรรณะ. (2557). A Comparative Study between Asian countries on Health and Longevity from the Viewpoint of the Changes and Social Relationship. International Symposium: Healthy Longevity and Changes in Relationship with Community, Neighborhood, Family in the Global Economy. (Comparison of the Asian regions.).

แหล่งสืบค้นออนไลน์

Sukhothai Thammathirat open University. สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. [150516]. Available from: <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. ใครคือผู้มีอายุสูงสุดในโลก. [150516]. Available from: <http://www.popterms.mahidol.ac.th/newsletter/showarticle.php?articleid=45>.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. ศตวรรษิกชน คนร้อยปี. [150516]. Available from: <http://www.popterms.mahidol.ac.th/newsletter/showarticle.php?articleid=12>.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และศุทธิดา ขววัน. การใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎรเพื่อศึกษาประชากรศาสตร์ของคนร้อยปี. [150516]. Available from: <http://www.thai>

centenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php?Option=com_docman&task=doc_download&gid=97&Itemid=54.