

RESEARCH BRIEF

“สูงวัยกับภาวะพึ่งพิง ในเมืองหลวง”



เสนอโดย รศ.ดร. สุรียพร พันพึ้ง และ
รศ.ดร.บพ. ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

“สูงวัยกับภาวะพึ่งพิง ในเมืองหลวง”

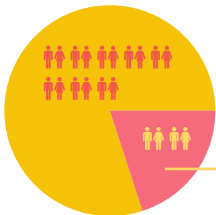
สถานการณ์สูงอายุในประเทศไทย

ในอีก 20 ปีข้างหน้า เกือบ 1 ใน 3 ของประชากรไทย จะอยู่ในวัยสูงอายุ สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562) ได้คาดประมาณประชากรของประเทศไทย ระหว่างปี 2553-2583 พบว่า ในปี 2563 มีประชากรไทย 66.5 ล้านคน ซึ่งจำนวนนี้ จะเพิ่มขึ้นจนถึง 67.2 ล้านคน ในปี 2571 แต่หลังจากนั้นประชากรจะลดลงอย่างช้าๆ ในอัตราติดลบ -0.2% ต่อปี ซึ่งจะทำให้มีประชากรอยู่ที่ประมาณ 65.4 ล้านคน ในปี 2583

คาดประมาณประชากรและ ประชากรสูงอายุ ประเทศไทย

พ.ศ.2563

จำนวนประชากร
66.5 ล้านคน



ประชากรสูงอายุ
18.1%

พ.ศ.2583

จำนวนประชากร
65.4 ล้านคน



ประชากรสูงอายุ
31.4%

ถึงแม้ว่าในภาพรวมประชากรทุกกลุ่มอายุของกรุงเทพฯ จะลดลงจาก 8.4 ล้านคนในปีนี้ เหลือ 8.1 ล้านคน ในปี 2583 ก็ตาม แต่จำนวนประชากรสูงอายุ จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือจะเพิ่มจาก 1.2 ล้านคน ในปี 2563 เป็น 2.6 ล้านคน ในปี 2583 โดยจะมีผู้สูงอายุผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

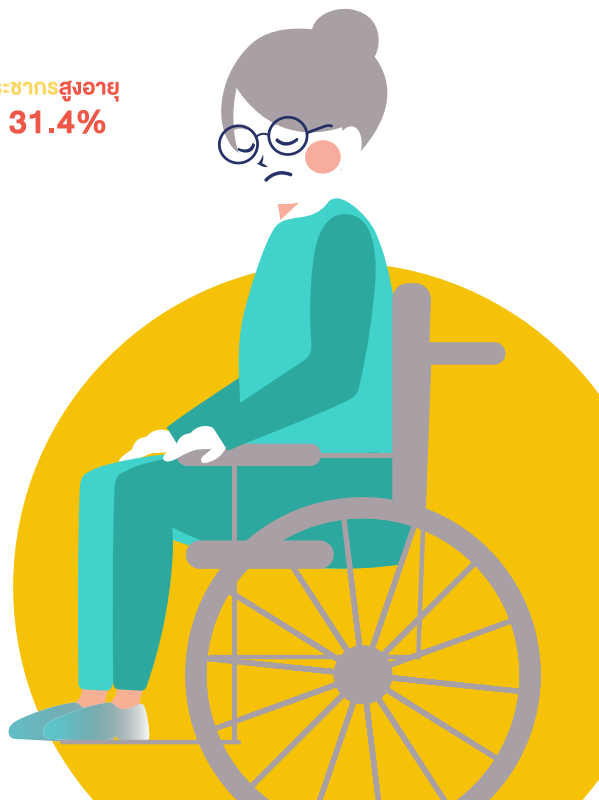
นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทุกกลุ่มอายุใน กรุงเทพฯ ก็เพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวล โดยจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ในระยะเวลา 20 ปี คือจะเพิ่มจาก 14% ในปี 2563 เป็น 32% ในปี 2583

**กรุงเทพมหานคร
ครองแชมป์เมืองที่มีจำนวน
ประชากรสูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย
ติดต่อกันมาตลอด และคาดว่า
จะยังคงรักษาแชมป์นี้ไว้ต่อไปอีกนานด้วย**

ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) 2562.
รายงานผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง), กรุงเทพมหานคร.

การลดลงของอัตราการเกิดและการที่ประชากรมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นในประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ - อายุ 60 ปีขึ้นไปของเราเพิ่มขึ้น คือ คาดว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 12 ล้านคนในปัจจุบัน เป็น 20.4 ล้านคน ในปี 2583 ซึ่งเป็นคิด 31 % ของประชากรทั้งหมด หรือคือในอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 3 ของประชากรไทย จะเป็นผู้สูงอายุนั่นเอง

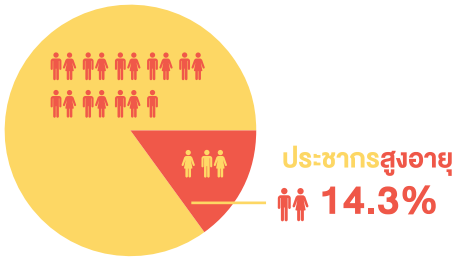
และเนื่องจากผู้หญิงมีอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ชาย มีผลให้ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึงประมาณ 2 เท่า



คาดประมาณประชากรสูงอายุ : กรุงเทพมหานคร

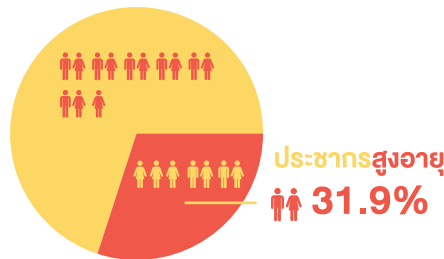
พ.ศ.2563

จำนวนประชากร
8.4 ล้านคน



พ.ศ.2583

จำนวนประชากร
8.1 ล้านคน



ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) 2562.
รายงานผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร.

ผู้สูงอายุในเมือง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเมืองมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าผู้สูงอายุในชนบท (เสน่ห์ แสงเงิน และถาวร มาตัน, 2561; อรนิษฐ์ แสงทองสุข, 2563; Cezar et al., 2017)

เนื่องจากหลายเหตุผล เช่น

- 1 คนในเมือง มีพฤติกรรม สุขภาพ และวิถีการดำรงชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ มากกว่า คนในชนบท เช่น คนในเมือง มักจะรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขอบตื้นสุรา สูบบุหรี่ เสพยาเสพติดไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย และ มีความเครียด เนื่องจากลักษณะการทำงาน
- 2 ปัญหาสิ่งแวดล้อมในเมือง เริ่มตั้งแต่ปัญหามลพิษด้านต่างๆ ในชุมชน โดยเฉพาะ ปัญหา ขยะ มลพิษทางอากาศเสียงและกลิ่น จนถึง ปัญหารถจากร และ ความแออัดที่ได้บั่นทอนทั้งสุขภาพกายละเอียดใจของผู้สูงอายุในเมืองมากกว่าในชนบท
- 3 สภาพแวดล้อมของสังคม ชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้สูงอายุในเมืองมีต้นทุนทางสังคมต่ำทั้งในเรื่องของความสัมพันธ์กับผู้คนในชุมชน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ที่ส่วนมากใช้เวลาอยู่ในบ้านหรือชุมชนมากกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ

- 4 ในกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุประมาณ สามแสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านที่อาศัยในปัจจุบัน เนื่องจากผู้สูงอายุในเมืองส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่ย้ายถิ่น หรือย้ายมากับอยู่ลูกหลานที่เข้ามาตั้งถิ่นฐานในเมือง ส่วนมากอาศัยในบ้านเช่า หรือในที่บุกรุก มักจะไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน ผู้สูงอายุประสบปัญหาการไม่สามารถเข้าถึง ระบบสวัสดิการสังคมและสุขภาพของรัฐ ที่ผูกติดอยู่กับเงื่อนไขที่ว่ามีสิทธิ์ต้องเป็นคนที่มีชื่อในทะเบียนบ้านพื้นที่นั้นๆ หรือว่า จะต้องได้รับการรับรองการอยู่อาศัยจริง จากทั้งเจ้าของบ้านเช่า และนายจ้าง (ซึ่งในทางปฏิบัติ มีข้อจำกัดที่เจ้าของบ้านเช่า/หรือนายจ้างไม่รับรองให้) ซึ่งปัญหานี้มักจะไม่ได้เกิดกับผู้สูงอายุในชนบทที่ส่วนมากมีชื่อในทะเบียนบ้านที่อาศัยอยู่ประจำ

ผู้สูงอายุในเมืองมีความเปราะบางในด้านสังคม สุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุอาศัยในชนบท ดังนั้นรัฐจึงควรให้ความสนใจกับปัญหา และหาวิธีการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในเขตเมือง ที่นับวันจะมีผู้สูงอายุอาศัยในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น โดยในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรอาศัยในเมืองเพิ่มสูงขึ้นในทุกจังหวัด และโดยเฉพาะ ในเขตเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก จะมีประชากรอาศัยในเขตเมืองถึงเกือบร้อยละ 80 ซึ่งแน่นอนว่าจำนวนผู้สูงอายุในเขตเมืองก็จะเพิ่มตามไปด้วย

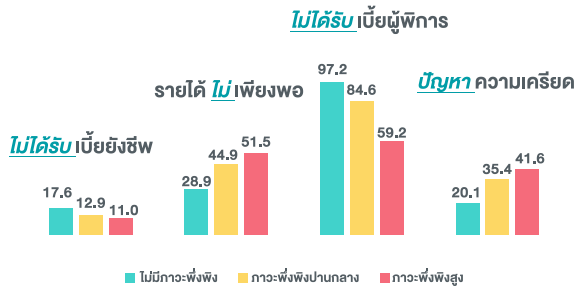
สูงวัยในกทม.

กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีประชากรสูงอายุในเมืองมากที่สุดในประเทศไทย ได้ดำเนินงาน ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเข้าถึงสวัสดิการระบบดูแลสุขภาพ ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมายังไม่ได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็น กรรมการในคณะกรรมการระดับชาติ ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ได้สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ระหว่างกรุงเทพมหานคร กับหน่วยงานวิชาการ คือ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินโครงการ “การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการจัดการชุดข้อมูลทางสังคมและสุขภาพของประชาชนรายเขตกรุงเทพมหานคร” (สุรีย์พร พันธุ์ และคณะ, 2563) โครงการนี้ เริ่มดำเนินการตั้งแต่กลางปี 2562 โดยหนึ่งในกิจกรรมของโครงการนี้ คือ การสำรวจครัวเรือนตัวอย่างใน 13 เขตของกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงตุลาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จาก 7,400 ครัวเรือน

ผลการศึกษาพบว่า ราว 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุ รายงานว่ามีโรคเรื้อรังหรือความพิการที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในเรื่องของการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการทำงาน โดยประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มนี้ มีภาวะพึ่งพิงสูง และที่เหลือ 2 ใน 3 มีภาวะพึ่งพิงต่ำถึงปานกลาง โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงนอกจากจะมีความต้องการการดูแลมากที่สุดแล้วยังเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในด้านอื่นๆ มากอีกด้วย

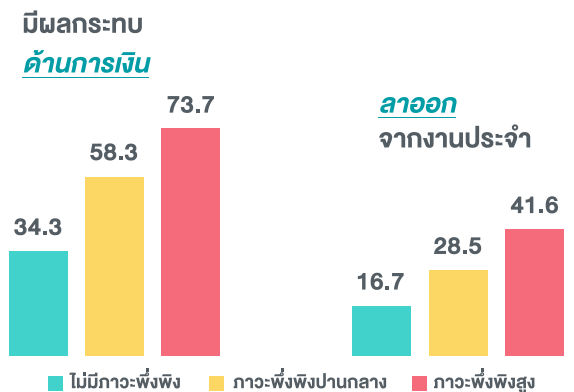


ผู้สูงอายุ



กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูงมีปัญหารายได้ที่ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันในสัดส่วนที่มากที่สุด เมื่อเทียบกับอีกกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางและไม่มีภาวะพึ่งพิง (51.5%, 44.9% และ 28.9% ตามลำดับ) และมีความเครียดทางจิตใจมากที่สุด (41.6%, 35.4% และ 20.1% ตามลำดับ) และยังพบว่า ประมาณ 60% ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงรายงานว่าไม่ได้เบียดเบียนการจากเหตุผลต่างๆ และในแง่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสำรวจพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงรายงานถึงผลกระทบด้านต่างๆ มากที่สุดเช่น ผลกระทบด้านการเงินของผู้ดูแล (73.7%) และการต้องออกจากงานประจำเพื่อดูแลผู้สูงอายุ (41.6%)

ผู้ดูแล



ผลการสำรวจเบื้องต้นนี้สรุปได้ว่า การเข้าถึงสวัสดิการต่างๆ ปัญหาทางการเงิน และปัญหาความเครียดยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของผู้สูงอายุจำนวนมากใน กทม. และไม่ใช่ผู้สูงอายุเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ต่อกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.

- 1** การช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเหล่านี้สามารถเข้าถึงสิทธิสวัสดิการต่างๆ และการดูแลที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ส่วนหนึ่งอาจแก้ไขได้โดยการมีผู้จัดการผู้ป่วย หรือ case manager ที่ดูแลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด ฝึกอบรมและจ้างคนในชุมชนมาดูแลหรือเป็นผู้จัดการผู้สูงอายุ โดยมีจำนวนผู้ที่ได้รับการดูแลไม่มากเกินไป เพื่อทำหน้าที่เสริม อสส. และบุคลากรสาธารณสุข ที่มีภาระหนักมากอยู่แล้ว ผู้จัดการผู้ป่วย สามารถอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงระบบการดูแลและสวัสดิการต่างๆ ได้ดีกว่าปล่อยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวจัดการตามลำพัง
- 2** ถึงแม้ว่า สปสช. ได้ริเริ่มจัดตั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนมาแล้วระยะหนึ่ง แต่ดูเหมือนยังประสบปัญหาเรื่องกฎระเบียบและการใช้จ่ายงบประมาณต่างๆ รวมทั้งยังมีปัญหาเรื่องความชัดเจนและการบริหารจัดการค่อนข้างมาก (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลกร & บวรศม สิริพันธ์, 2018) สปสช. ควรร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ทำความชัดเจนในประเด็นดังกล่าว นอกจากนี้ ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มอายุและที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือชุมชนทั้งหมด ไม่ว่าจะ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งควรครอบคลุมผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา ไม่ใช่เฉพาะบัตรทอง
- 3** การประเมินภาวะพึ่งพิงควรใช้เกณฑ์ที่เป็นสากล เช่น เกณฑ์ประเมินภาวะทุพพลภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-Disability Assessment Schedule หรือ WHO-DAS) (Federici, Bracalenti, Meloni & Luciano, 2017) ซึ่งประเมินความพิการและภาวะทุพพลภาพในด้านต่างๆ ได้ครอบคลุมทั้งการดำเนินกิจกรรมประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living หรือ ADL) และกิจกรรมประจำวันที่มีประโยชน์ (Instrumental Activities of Daily Living หรือ IADL) เนื่องจากดัชนี Barthel มีข้อจำกัดที่เน้นในเรื่องกิจกรรมประจำวันพื้นฐานมากเกินไป ไม่ได้ครอบคลุมถึงข้อจำกัดในกิจกรรมที่มีประโยชน์อื่นๆ เช่น การทำงาน การเดินทาง การสื่อสาร การใช้เครื่องมือ
- 4** ควรมีการประเมินประสิทธิผลโครงการสวัสดิการสังคมและโครงการดูแลผู้ป่วยระยะยาวต่างๆ ของรัฐที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน โดยประเมินถึงต้นทุนและประสิทธิผล (cost effectiveness) ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้

สรุป

จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุในเมืองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงในเรื่องความเป็นอยู่ทางสังคมและสุขภาพ เป้าหมายของระบบสวัสดิการสังคมและสุขภาพที่ดีต่อประชากรกลุ่มนี้ ควรครอบคลุมประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงที่หลากหลายทุกกลุ่มและทุกสิทธิ สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีประสิทธิผล

ติดตามชมคลิปวิดีโอ





เอกสารอ้างอิง

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงค์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัช เอกพลากร & บวรศม ลีระพันธ์.

2018. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2562. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี. 2563. ประชากรแฝงในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร.

สุริย์พร พันพื้งและคณะ. 2563 โครงการ “การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการจัดการชุดข้อมูลทางสังคมและสุขภาพของประชาชนรายเขต กรุงเทพมหานคร” ทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เสนห์ แสงเงิน และ ถาวร มาตัน . 2561 . การศึกษาเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และ เขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย . วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 48(2): 174-184

อรนิษฐ์ แสงทองสุข . 2563. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. สาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

Cezar, GR., Ferretti, F., & Antônio de Sá, C. 2017. Quality of life based on level of physical activity among elderly residents of urban and rural areas. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 20 (3). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160110>

Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., & Luciano, J. V. 2017. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and rehabilitation*, 39(23), 2347-2380.