



## ประชากรสูงอายุไทย ตอนที่ 1: สถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ

เรียบเรียงโดย  
**รศ.นพ.สุทธิชัย  
จิตะพันธ์กุล**

### >> การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากร

เป็นที่ทราบกันดีว่าในระยะยี่สิบปีข้างหน้าประเทศไทยกำลังดำเนินเข้าสู่สภาวะที่เรียกว่า “ประชากรชรา” (population aging) โดยคาดว่าจะในปีพ.ศ. 2563 จะมีจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) สูงถึง 10.8 ล้านคนหรือเท่ากับร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งประเทศ<sup>(1)</sup> แน่นนอนว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้จะส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการต่างๆ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีลักษณะสำคัญสองประการคือ ประการแรก กระบวนการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยเร็วกว่าที่เคยปรากฏในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก โดยในขณะที่ประเทศเหล่านั้นมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 7 ไปเป็นร้อยละ 14 ในเวลามากกว่า 100 ปี แต่การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยใช้เวลาเพียง 30 ปีเท่านั้น<sup>(1-10)</sup> (ดูกราฟที่ 1) ประการที่สอง ความได้เปรียบด้านอัตราส่วนพึ่งพา รวม (total dependency ratio) ของประเทศไทยในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาจากการที่สัดส่วนของประชากรเด็กลดลงอย่างรวดเร็วโดยเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในระหว่าง พ.ศ.

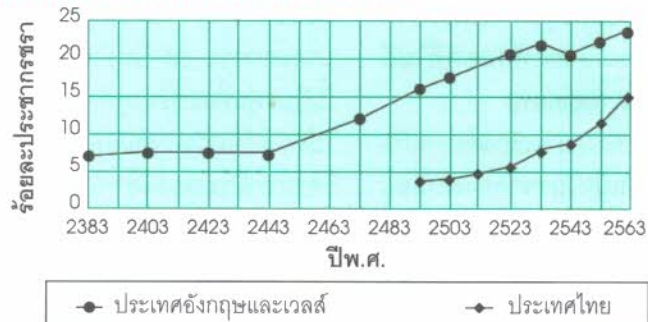
2528-2537 จะหมดไปในราวปี พ.ศ. 2553 หรืออีก 11-12 ปีข้างหน้า โดยหลังจากนั้นสัดส่วนประชากรพึ่งพาในส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจนทำให้อัตราส่วนพึ่งพา รวมเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ<sup>(1-5)</sup> (ดูกราฟที่ 2)

นอกจากนั้นประชากรสูงอายุที่มีอายุมาก ๆ เช่น อายุมากกว่า 75-80

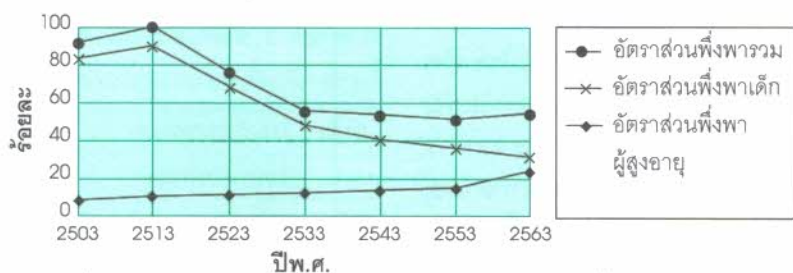
ปีขึ้นไปซึ่งมักจะเจ็บป่วยบ่อย

และต้องพึ่งพาการช่วยเหลือดูแลในระดับสูงจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วนของการดำเนินการต่างๆ เพื่อรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

กราฟที่ 1 แสดงความเร็วของปรากฏการณ์ประชากรชรา (ประชากรอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเพิ่มจากร้อยละ 7 ไปเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ) ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับของประเทศอังกฤษและเวลส์



กราฟที่ 2 แสดงอัตราส่วนพึ่งพา รวม\* อัตราส่วนพึ่งพาเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุของประเทศไทยในปีต่างๆ



\* อัตราส่วนพึ่งพา รวมแสดงถึงภาระของประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จากการที่ต้องดูแลเด็กและผู้สูงอายุในขณะเดียวกัน โดยอัตราส่วนพึ่งพาเด็กและอัตราส่วนพึ่งพาผู้สูงอายุเท่ากับจำนวนประชากรเด็กและประชากรสูงอายุหารด้วยจำนวนประชากรวัยทำงาน ตามลำดับ

### เกี่ยวกับผู้เขียน

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; วุฒิปริญญาโทความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอายุรศาสตร์; Certificate in Geriatric Medicine, London Hospital Medical College, University of London, UK. ผลงานวิชาการ งานวิจัยที่ลงพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศจำนวน 31 เรื่อง, งานทบทวนวรรณกรรมและบทความวิชาการจำนวน 7 เรื่อง, ตำราจำนวน 2 เล่ม และบทในตำราต่างๆจำนวน 14 บท ปัจจุบัน หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 256-4449, 256-4296



## >> ประชากรสูงอายุ สำคัญอย่างไร?

ประชากรทุกกลุ่มในสังคมย่อมมีความสำคัญ แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าประชากรแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะและความสำคัญที่จำเพาะบางอย่างซึ่งเป็นที่ที่จะต้องได้รับความสนใจและดำเนินการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อประชากรกลุ่มนั้นและต่อส่วนรวม ประชากรสูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่มีลักษณะบางประการที่มีความสำคัญต่อสังคมไทยและเป็นประเด็นหลักที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวข้างต้นมีความหมายอย่างยิ่ง กล่าวคือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสูง, เกิดผลกระทบจากความไม่เท่าเทียมกันในสังคมได้สูง, มีปัญหาสังคมและสุขภาพในระดับสูง, ใช้ทรัพยากรต่างๆ โดยเฉพาะระบบบริการทางสังคมและสุขภาพในอัตราที่สูง, และได้รับผลจากทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราสูง (ageism)

ลักษณะของความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือกระบวนการชราที่เกิดขึ้นกับทุกคน ผลของการเปลี่ยนแปลงจะชัดเจนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น กระดูกบางลง กำลักรกล้ามเนื้อลดลง หน้าตาไธทำงานด้อยลง และกำลักร่างกายของปอด-หัวใจลดลง เป็นต้น ความสามารถในการปรับสภาพร่างกายของอวัยวะต่างๆ จะด้อยประสิทธิภาพลงเมื่ออายุมากขึ้น (เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะแวดล้อมภายนอกและการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายจากสาเหตุต่างๆ) และความชุกของโรคเรื้อรังและปัญหาทางสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนั้นลักษณะทางสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังทำให้ประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสังคมนอกเหนือไปจากปัญหาทางสุขภาพดังกล่าว<sup>(11-13)</sup> ได้แก่

● การอยู่โดยลำพัง (ร้อยละ 3.6-4.3 โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิง ผู้

สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี และผู้ที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดโดยเฉพาะในเขตภาคเหนือและภาคใต้)

● การไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ที่มั่นคง (ผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 รายงานว่าทั้งครัวเรือนมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย โดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง ปัญหารายได้ต่ำนี้พบชัดเจนในเขตชนบท ในผู้สูงอายุหญิง และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่า)

● การอาศัยอยู่ในสภาพบ้านที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 11-12) หรือขาดสาธารณูปโภคที่จำเป็น (ร้อยละ 4-5)

● การที่มีระดับการศึกษาต่ำและอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ในอัตราสูง (ร้อยละ 30) และการที่มีอัตราการออมที่ต่ำ (ร้อยละ 32)

การที่ประชากรสูงอายุมีลักษณะของความเสียดังกล่าวประกอบกันเป็นประชากรที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมานานมากกว่า 60 ปีทำให้ประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จะปรากฏลักษณะของความไม่เท่าเทียมกัน (inequity) ได้สูง<sup>(14)</sup> โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการและสวัสดิการต่างๆ ความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างปัญหาทางสุขภาพ (ภาวะทุพพลภาพ) สถานะการเงินที่ไม่ดีและการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ปรากฏในการศึกษาระดับชาติของประชากรกลุ่มนี้ ลักษณะความไม่เท่าเทียมเป็นปัญหาที่

พบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ ผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุในเขตชนบทและที่ห่างไกล ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสทางการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจยากจน และผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาสูง

ปัญหาทางสังคมและสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้เด่นชัดเป็นอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและไม่สามารถดำรงชีพในชุมชนได้โดยลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยสังเกตจากจำนวนสถานบริการคนชราที่เพิ่มขึ้นเป็น 16 แห่งในปัจจุบัน และจากอัตราการเข้าใช้ที่สูงมากจนทำให้จำนวนผู้ใช้บริการเต็มหรือเกือบเต็มอยู่ตลอด สำหรับปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญจะเป็นโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่<sup>(15)</sup> (ดูตารางที่ 1)

แต่สิ่งที่เป็นปัญหาทางสุขภาพอย่างแท้จริงของคนวัยนี้คือ ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา พบว่าผู้สูงอายุไทยทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ โดยความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (เรื้อรัง) สูงถึงร้อยละ 18 ของประชากรสูงอายุไทยทั้งหมด (ร้อยละ 16.4 ของผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัย ร้อยละ 3.8 ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องได้โดยลำพัง และร้อยละ 4.9 ต้องนอนอยู่ตลอด)<sup>(14,16)</sup> ประการสำคัญ มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาใน

ตารางที่ 1 ลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ลำดับ	โรค-ปัญหาสุขภาพ	ลำดับ	โรค-ปัญหาสุขภาพ
1	โรคตาและตาบอด	11	การสูบบุหรี่
2	อุบัติเหตุ	12	การดื่มสุรา
3	โรคความดันโลหิตสูง	13	กลุ่มอาการสมองเสื่อม
4	โรคหลอดเลือดสมอง	14	โรคของหลังที่ทำให้ปวดหลังเรื้อรัง
5	โรคข้อโดยเฉพาะข้อเข่า	15	นอนไม่หลับ
6	ทุพโภชนาการและภาวะโลหิตจาง	16	ทกล้ม
7	โรคเบาหวาน	17	อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า
8	โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจอื่นๆ	18	โคเลสเตอรอลในเลือดสูง
9	ความผิดปกติของการได้ยิน	19	การกลืนบัสสาวะไม่ได้
10	การติดเชื้อ	20	ท้องผูกประจำ



ตารางที่ 2 อายุคาดหวัง (life expectancy; LE), อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว (longterm-disability free life expectancy; LDFLE) อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (total disability free life expectancy; TDFLE) และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy; ALE)

	ชาย				หญิง			
	LE	LDFLE	TDFLE	ALE	LE	LDFLE	TDFLE	ALE
60 - 64	20.29	16.39	15.44	18.65	23.89	18.18	16.66	21.30
65 - 69	17.14	13.53	12.77	15.51	20.20	14.77	13.55	17.59
70 - 74	14.18	10.93	10.29	12.63	16.89	11.84	10.92	14.34
75 - 79	11.87	8.96	8.38	10.37	14.60	9.84	9.08	12.03
80 +	10.90	7.89	7.27	8.96	13.60	8.71	8.20	10.76

กิจกรรมดูแลส่วนตัวอย่างน้อยหนึ่งอย่าง (กิจกรรมเหล่านั้น คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา และการอาบน้ำ) ร้อยละ 11.5 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อออกนอกเคหะสถาน และร้อยละ 45 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้การขนส่งสาธารณะ

จากการศึกษาอายุคาดหวังทางสุขภาพ\* ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจะต้องใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในสภาวะที่ทุพพลภาพและพึ่งพาในกิจกรรมดูแลส่วนตัวโดยเฉลี่ยนาน 3-5.5 ปีและ 1.6-2.9 ปีตามลำดับ ส่วนอายุคาดหวัง อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพทั้งหมด และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้นั้นแสดงในตารางที่ 2

จากลักษณะข้างต้นทำให้ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้ทรัพยากร

ต่างๆในระดับสูงโดยเฉพาะทางด้านการบริการสุขภาพและสังคม ปริมาณความต้องการจะเห็นได้ชัดจากอัตราการเข้าใช้บ้านพักคนชราและจากความต้องการเตียงในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าในขณะที่มีผู้สูงอายุราวร้อยละ 6 ของประชากรทั้งหมดแต่ผู้สูงอายุเหล่านี้ใช้เตียงถึงร้อยละ 30 ของเตียงทั้งหมดทั่วประเทศ<sup>(17)</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาที่แสดงว่าประชากรสูงอายุมีแนวโน้มที่จะใช้เตียงเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นถึงสามเท่า<sup>(18)</sup> ที่จะต้องสนใจควบคู่กันไปด้วยคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพและอยู่ในภาวะพึ่งพาการดูแลกิจส่วนตัว (self care) ที่ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอจากครอบครัวหรือชุมชนจะไม่มีทางออก (no care zone) เนื่องจากตามกฎของบ้านพักคนชราจะรับเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังดูแลกิจส่วนตัวได้ (ปัจจุบันบ้านพักคนชรายังมีทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะจัดการดูแลผู้

สูงอายุภายในบ้านพักที่มีสุขภาพทรุดลงจนเกิดภาวะพึ่งพาในระดับสูงได้<sup>(19)</sup> แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้ก็เกิดขึ้นกว่าที่รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีอยู่จะให้บริการในระยะเฉียบพลัน อีกทั้งในปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ทางสุขภาพแบบเรื้อรังของรัฐที่จะให้บริการแก่คนกลุ่มนี้ทั้งที่มีความต้องการอย่างมาก ในขณะที่เดียวกันระบบการบริการชุมชนที่เข้มแข็งและพอเพียงต่อการบรรเทาความทุกข์ยากของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้ก็ยังไม่ปรากฏ ดังนั้นไม่เพียงแต่ระดับความต้องการการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างมากเท่านั้น แต่ความต้องการทรัพยากรโดยเฉพาะการบริการซึ่งยังไม่ปรากฏก็มีปริมาณที่มากเช่นเดียวกัน

ลักษณะเฉพาะของประชากรสูงอายุที่สำคัญอีกประการคือการที่ได้รับผลจากทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราสูง (ageism) ที่ทัศนคติดังกล่าวปรากฏในประชากรทั่วไป ผู้ให้บริการ หรือแม้แต่ว่าผู้สูงอายุเอง ทำให้โรคหรือปัญหาบางอย่าง เช่น ต้อกระจก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือกลุ่มอาการสมองเสื่อม ได้รับการเข้าใจว่าเป็นลักษณะของความชราและไม่ต้องได้รับการรักษา การเลือกกระบวนการรักษาหรือให้บริการโดยนำเอาอายุมากกว่าสมรรถภาพมาเป็นหลักเกณฑ์ในการกำหนดก็เป็นลักษณะของทัศนคติที่ไม่เหมาะสมในหมู่ผู้ให้บริการ ทัศนคติที่ไม่ดียังนำไปสู่ปัญหาที่เรียกว่า elderly abuse จากบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็น

\* อายุคาดหวัง (life expectancy) คือ ค่าเฉลี่ย (มัธยศคณิตศาสตร์) ของช่วงชีวิตที่คาดว่าจะมีอยู่ในอนาคต เช่น อายุคาดหวังของชายอายุ 60 ปี เท่ากับ 18 ปี หมายความว่าชายที่มีอายุ 60 ปีในขณะนั้นจะมีช่วงชีวิตต่อไปในอนาคตเฉลี่ย 18 ปี ดังนั้นอายุคาดหวังจะพิจารณาและอาศัยข้อมูลของอัตราเสียชีวิตในการคำนวณ

อายุคาดหวังทางสุขภาพ (Health expectancy) เป็นอายุคาดหวังที่พิจารณาและใช้ข้อมูลของสถานะสุขภาพ เช่น ภาวะทุพพลภาพ หรือการเจ็บป่วยหรือความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น ดัชนีเช่นนี้จะให้ภาพของสถานะทางสุขภาพของประชากรที่มากกว่าการเสียชีวิตและเป็นประโยชน์ในการติดตามสถานะทางสุขภาพและความสำเร็จของการดำเนินงานทางสาธารณสุขและระบบบริการ ตัวอย่างอายุคาดหวังทางสุขภาพ ได้แก่ อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ (disability free life expectancy) ซึ่งหมายถึง อายุเฉลี่ยที่ประชากรนั้นจะสามารถมีต่อไปในอนาคตโดยปราศจากภาวะทุพพลภาพ (อาจพิจารณาแยกได้เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่เป็นมานานกว่า 6 เดือน ภาวะทุพพลภาพระยะสั้นที่เป็นชั่วคราวหรือที่เริ่มเป็นมาน้อยกว่า 2 สัปดาห์ และภาวะทุพพลภาพทั้งหมดที่รวมภาวะทุพพลภาพระยะยาวและระยะสั้นเข้าด้วยกัน) และอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy) ซึ่งหมายถึง อายุเฉลี่ยที่ประชากรนั้นจะสามารถมีต่อไปในอนาคตโดยสามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวได้อย่างอิสระ (กิจวัตรเหล่านั้น คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเข้าใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ)



ทางวาจา ทางกายภาพ ทางจิตใจ  
ทางการเงิน หรือทางเพศ ปัจจุบันพบว่า  
มีปัญหา elderly abuse ในสังคมไทย  
อย่างแน่นอนโดยเฉพาะทางวาจา จิตใจ  
และการเงิน แต่การเข้าถึงและแก้ไข  
ปัญหานี้ยังจำกัดอย่างมาก การจัดสรร  
ทรัพยากรแก่ประชากรสูงอายุแบบ  
หว่านเห็บจากทัศนคติที่ว่าผู้สูงอายุ  
เป็นกลุ่มด้อยโอกาสและควรได้รับการ  
เกื้อกูล นอกจากจะเป็นการสิ้นเปลือง  
(ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ไม่จำเป็น  
หรือไม่ต้องการได้รับการบริการหรือ  
สวัสดิการนั้น) และทำให้โครงสร้าง  
การจัดสรรทรัพยากรไม่มีประสิทธิ  
ภาพแล้ว ยังทำให้ความต้องการ  
ทรัพยากรของผู้สูงอายุที่มีความ  
ต้องการจริงจะไม่ได้รับการตอบสนอง  
อีกด้วย ข้อสังเกตนี้มีความสำคัญยิ่ง  
ยวดในสภาวะที่ประเทศมีปัญหาด้าน  
เศรษฐกิจเช่นในทุกวันนี้

## >> ข้อสังเกต

จากที่ผ่านมาสถานะของประชากร  
สูงอายุในประเทศไทยและความสำคัญ  
ได้ถูกหยิบยกให้เห็นอย่างชัดเจน การ  
ดำเนินการที่มีอยู่เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ  
มีสุขภาพและสถานะทางสังคมที่ดีมี  
ความสำคัญยิ่งและควรจะทำให้ความ  
สำคัญอย่างต่อเนื่อง แต่คงไม่มีใครจะ  
ปฏิเสธวิสัยทัศน์ที่จะเกิดกับตัวผู้สูงอายุ  
ในปัจจุบันและอนาคต และคงไม่มีใคร  
กล้าปฏิเสธถึงความจำเป็นเร่งด่วนใน  
การเตรียมการต่างๆโดยเฉพาะระบบ  
บริการและโครงสร้างสวัสดิการโดย  
เฉพาะจากภาครัฐ ความตื่นตัวและ  
ความเข้าใจในสาระข้างต้นมีความ  
จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีในอันที่จะ  
ผลักดันและดำเนินการเพื่อให้ได้สังคมที่  
คงอยู่อย่างมีคุณภาพ

## >> บรรณานุกรม

1. Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board. Population Projections for Thailand 1990-2020. Bangkok, Human Resources Planning Division, National Economic and Social Development Board, 1995.
2. National Statistic Office and Economic development Council. Office of the Prime Minister. Population Census Thailand 1960, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office and Economic development Council, Office of the Prime Minister, 1962.
3. National Statistic Office, Office of the Prime Minister. Population and Housing Census Thailand 1970, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1977.
4. National Statistic Office, Office of the Prime Minister. Population and Housing Census Thailand 1980, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1984.
5. National Statistic Office, Office of the Prime Minister. Population and Housing Census Thailand 1990, Whole Kingdom. Bangkok, National Statistic Office, Office of the Prime Minister, 1994.
6. United Nations. The Aging of Populations and its Economic and Social Implications. New York, United Nations, 1956, Population Studies No. 26.
7. General register Office. Census of England and Wales 1841 (vol ii). London, HMSO, 1843.
8. General register Office. Census of England and Wales 1861 (vol i). London, HMSO, 1862.
9. General register Office. Census of England and Wales 1881 (vol iii). London, HMSO, 1883.
10. General register Office. Census of England and Wales 1901. Preliminary report and summary table. London, HMSO, 1901.
11. National Statistical Office, Office of the Prime Minister. Report of the 1994 Survey of Elderly in Thailand. Bangkok, National Statistical Office, Office of the Prime Minister, 1994.
12. Chayovan N, Knodel J. A Report on the Survey of the Welfare of Elderly in Thailand. Institute of Population Study, Chulalongkorn university, 1996.
13. Thailand Health Research Institute, National Health Foundation. Report of the Health Status of Thai Elderly 1995: a National Survey of the Welfare of the Elderly in Thailand (SWET). Bangkok, Thailand Health Research Institute, National Health Foundation, 1996.
14. Jitapunkul S, et al. Preliminary Report of National Health Examination Survey 2: elderly population. 1998 (unpublished data)
15. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2538.
16. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994; 23:97-101.
17. Jitapunkul S, Na Songkha M, Chayovan N, et al. Factors associated with state hospital utilisation among Thai elderly who had illness which needed hospitalisation. J Med Assoc Thai 1998; 81: 658-64.
18. นภาพร ขัยวรรณ, จอห์น ซโนเดล, ศิริวรรณ ศิริบุญ. ประชากรสูงอายุกับการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารประชากรศาสตร์ 2535;7:47-59.
19. ประพนอม โอทกานนท์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2537.

### จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
โทร. 951-1286-93 โทรสาร 951-1295 E-Mail Address : duang@hsrint.hsr.or.th http : //www.moph.go.th/hsri  
บรรณาธิการ : นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ : นางสาวจิตลลิตี ธนภัทร