

ความแตกต่างของการตายในผู้สูงอายุไทยตามลักษณะประชากร เศรษฐกิจสังคม และสถานะสุขภาพ

ปัทมา วาพัฒน์วงศ์*

อุทัยทิพย์ รักรรณบรรณ†

ปราโมทย์ ประสาทกุล*

เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม‡

วิชัย เอกพลากร§

บทคัดย่อ

การศึกษาดูความแตกต่างของการตายของผู้สูงอายุไทยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ตามลักษณะประชากร, เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕ จากข้อมูล ๒ แหล่งที่เชื่อมโยงกันได้แก่ ข้อมูลผลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗ ซึ่งเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕. ตัวชี้วัดสถานะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่ใช้ คือ เขตที่อยู่อาศัย, ภาคของประเทศ, สถานภาพสมรส, การศึกษา, รายได้ของครัวเรือน, ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, และเปรียบเทียบความแตกต่างของการตายตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ด้วย “อัตราส่วนการตายปรับฐาน” แยกระหว่างชายกับหญิง.

ผลการศึกษาแสดงความแตกต่างของการตายตามตัวชี้วัดสถานะทางประชากร, เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ, ยกเว้นเขตที่อยู่อาศัย. ผู้สูงอายุชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในภาคใต้และกรุงเทพฯ มีการตายต่ำกว่า, ยกเว้นผู้สูงอายุหญิงที่อยู่ในกรุงเทพฯ มีการตายสูงกว่าผู้ที่อยู่ในภาคกลาง. นอกจากนี้ การตายของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่า แยก สูงกว่าผู้ที่อยู่เป็นโสด. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หรือมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการตายที่สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความพึ่งพา และไม่มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ. ความแตกต่างของการตายที่พบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ายังมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในประเทศไทย.

Abstract

Demo-socioeconomic and Health Differential of Mortality among the Thai Elderly
Pattama Vapattanawong*, Uthaithip Rakchanyaban†, Pramote Prasartkul*, Yawarat Porapakkham‡, Wichai Aekplakorn§

*Institute for Population and Social Research, Mahidol University, †Department of Education, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, ‡Setting Priorities Using Information on Cost-effectiveness Project, §Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

This study was aimed at assessing the mortality differential according to demographic, socio-economic and health status among the Thai elderly (aged 60 years and older) during the period 2004 and 2006. The data used were from the National Health Examination Survey III, 2004 (NHES III) and death registry between 2004 and 2006. Area of residence, geographical area, marital status, education, house-

*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

†ภาควิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

‡โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค กระทรวงสาธารณสุข

§สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



hold income, dependence on daily activities of living and cardiovascular risk factors were selected as demo-socioeconomic and health status indicators. The standardized mortality ratio (SMR) was used to measure old-age mortality according to these indicators, disaggregated by sex.

It was found that mortality differences existed in almost all demo-socioeconomic and health status indicators of the Thai elderly, except area of residence. Male and female elderly people who lived in northeastern and northern Thailand had higher mortality, while those who lived in the southern part of the country and Bangkok had lower mortality than those who lived in the central region. Furthermore, the elderly who had always been married, widowed, divorced or separated had higher mortality than those who had always been single. The dependent elderly or those with cardiovascular (CV) risk factors had higher mortality than those who were not dependent or who did not have CV risk factors. These mortality differences could reflect health inequality among different groups of the Thai population.

Key words: mortality differential, demo-socioeconomic status, health status, Thai elderly

ภูมิหลังและเหตุผล

เป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ภาวะการตายในแต่ละประเทศมีแนวโน้มลดลง ส่งผลให้ประชากรของประเทศนั้นมีอายุที่ยืนยาวขึ้น. ปัจจุบันนี้ อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้ว ๘๐ ปีเศษ ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาค่อยๆ เพิ่มขึ้นเช่นกัน^(๑). สำหรับประเทศไทย พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรได้เพิ่มจาก ๔๐ ปีใน พ.ศ. ๒๔๘๐ เป็น ๗๐ ปีเศษในปัจจุบัน^(๒). จากการศึกษาของปราโมทย์ และอุทัยทิพย์^(๓) แสดงว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยในอดีตที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากการลดลงของการตายในทารกและเด็กเป็นสำคัญ แต่ในอนาคต การลดลงของการตายในผู้ใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น. ดังนั้น การศึกษาภาวะการตายในผู้สูงอายุจึงเพิ่มความสำคัญขึ้นเป็นลำดับ.

การศึกษาภาวะการตายของผู้สูงอายุในต่างประเทศส่วนใหญ่เน้นไปที่ความแตกต่างของการตายตามลักษณะหรือปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม รวมทั้งสถานะสุขภาพ ดังเช่น การศึกษาของ อิตเลอร์ และแองเจิล^(๔), โรเจอร์ส^(๕), อิตเลอร์ และเบนยามิน^(๖) และการศึกษาอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกันต่างให้ผลตรงกันว่ามีความแตกต่างของการตายตามลักษณะดังกล่าวจริง เป็นการสะท้อนให้เห็นว่ามีความไม่เท่าเทียมกันของประชากรในแต่ละสังคม.

สำหรับประเทศไทยนั้น ใน ๑-๒ ทศวรรษที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุบ่อยขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านลักษณะการอยู่อาศัย, การทำงาน, งานและรายได้, การดูแลและเกื้อหนุนทางสังคม, สวัสดิการ, ภาวะพึ่งพา และสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ^(๗-๑๐). สำหรับการศึกษาภาวะการตายในผู้สูงอายุไทยนั้นมีเพียงส่วนน้อย และการศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุที่นำมาเพื่อศึกษาความแตกต่างของการตายก็อยู่ในวงจำกัด เช่น ศึกษาความแตกต่างของการตายระหว่างเพศ, อายุ, เขตที่อยู่อาศัย หรือ ภาค เท่านั้น^(๑๑-๑๔) ยังไม่เคยมีการศึกษาความแตกต่างของการตายตามสถานภาพเศรษฐกิจสังคมหรือสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเลย ซึ่งความแตกต่างด้านเศรษฐกิจและสังคมหรือสถานะสุขภาพนับเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของภาวะการตายที่แตกต่างกัน จึงทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการตายในผู้สูงอายุไทยมีอยู่น้อยเมื่อเทียบกับองค์ความรู้ที่ศึกษาในประเทศแถบยุโรป อเมริกา หรือแม้กระทั่งออสเตรเลีย และญี่ปุ่น. สำหรับตัวแปรที่แสดงถึงระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมนั้น งานวิจัยจำนวนมากที่ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับ การตาย. งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง อาชีพที่ใช้ทักษะสูง และรายได้สูงจะมีการตายต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า หรือประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานสูง หรือ มีรายได้ต่ำ^(๑๕-๑๗).

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงดำเนินการเพื่อหาคำตอบว่า การตายระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงคนไทยที่จำแนกตาม ลักษณะประชากรศาสตร์, เศรษฐกิจสังคม และสถานะสุขภาพ จะเป็นเช่นไร และมีความแตกต่างของการตายตามลักษณะดังกล่าวหรือไม่ ในทิศทางใด.

ระเบียบวิธีศึกษา

ข้อมูลที่ใช้

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๙,๒๙๐ คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น แบบชั้นภูมิสามขั้น (Three-stage stratified probability sampling) นับเป็นการสำรวจที่มีขนาดตัวอย่างครอบคลุมทั้งระดับประเทศและภาค. จากข้อมูลชุดนี้ คณะผู้วิจัยได้เลือกประชากรศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น (ผู้สูงอายุคือ “ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป”) ซึ่งมีทั้งสิ้น ๑๙,๓๗๒ ราย. นำข้อมูลผู้สูงอายุเหล่านี้ไปเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ ด้วยการ ใช้เลขประจำตัวประชาชนเป็นหลักในการเชื่อมโยง เพื่อทราบจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตภายหลังการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๔๙ ได้พบว่า มีข้อมูลเพียง ๑๗,๓๘๗ รายที่มีเลขประจำตัวประชาชนสมบูรณ์ (ครบทั้ง ๑๓ หลัก) สามารถนำไปเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรได้. เมื่อแบ่งเป็นข้อมูลชายและหญิงสูงอายุ ๘,๔๖๙ และ ๘,๙๑๘ รายตามลำดับ, พบว่าในช่วงเวลา ๓ ปีนับจากการสำรวจสภาวะสุขภาพมีผู้สูงอายุชายเสียชีวิต ๗๗๐ ราย และหญิงเสียชีวิต ๕๒๙ ราย.

การเชื่อมโยงข้อมูลจากการสำรวจและทะเบียนราษฎรเข้าด้วยกันในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ. ประการแรก มีข้อมูลจำนวนหนึ่งซึ่งไม่สามารถนำไปเชื่อมโยงได้ กล่าวคือ ข้อมูลผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยฯ ทั้งหมด ๑๙,๓๗๒ ราย มีข้อมูลที่มี

มีเลขประจำตัวประชาชนสมบูรณ์ที่สามารถนำไปเชื่อมโยงกับข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎรเพียง ๑๗,๓๘๗ ราย หรือร้อยละ ๘๙.๖ เท่านั้น. สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุที่เหลืออีก ๑,๙๘๕ ราย ไม่ได้นำมาร่วมวิเคราะห์ด้วย ซึ่งในจำนวนนี้ อาจมีผู้สูงอายุบางรายเสียชีวิตในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาก็เป็นได้ (แต่ไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการเชื่อมโยง). ข้อจำกัดประการที่ ๒ คือ การศึกษาครั้งนี้ตั้งอยู่ภายใต้สมมุติฐานที่ว่าข้อมูลที่เชื่อมโยงได้นั้นมีความครบถ้วน ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริง มีการตายจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้จดทะเบียนตาย. จากข้อจำกัดทั้งสองประการอาจทำให้จำนวนตายต่ำกว่าความจริง.

ตัวแปรทางประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และภาคของประเทศ. อายุถูกแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ ๖๐ - ๗๔, ๗๕ - ๘๔ และ ๘๕ ปีขึ้นไป แบ่งเป็นชายและหญิง. สถานภาพสมรสแบ่งเป็น โสด สมรส หม้าย/หย่า/แยก. สำหรับเขตที่อยู่อาศัยนั้นแบ่งเป็นในเขตและนอกเขตเทศบาล. ส่วนภาคแบ่งเป็นกลาง, เหนือ, ตะวันออกเฉียงเหนือ, ใต้ และกรุงเทพมหานคร.

การศึกษานี้ใช้การศึกษาและรายได้ของครัวเรือนเป็นตัวชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ. สาเหตุที่ไม่นำอาชีพของผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการศึกษา เพราะจะมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เคยทำงานแต่ปัจจุบันไม่ได้ทำเนื่องจากเกษียณอายุซึ่งจะทำให้จำแนกผิดกลุ่มอาชีพได้.

การศึกษานี้ยังศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของการตายตามสถานะสุขภาพ ๓ ด้าน คือ ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และจำนวนปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.

ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น ๓ ระดับตามคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ อาบน้ำ แต่งตัว กินอาหาร นั่งหรือลุกจากเตียงหรือเก้าอี้ เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ภายในบ้าน, โดยกำหนดคะแนน ๐ = ทำไม่ได้เลย, ๑ = ทำได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย, และ ๒ = ทำได้เอง, และแบ่งเป็น ๔ ระดับ ตามคะแนนความสามารถในการกลืนปัสสาวะและกลืนอุจจาระ โดยคะแนน ๐ = กลืนไม่ได้เป็นประจำ, ๑ =



กลั่นไม่ได้เฉพาะตอนกลางคืน, ๒ = กลั่นไม่ได้อย่างน้อย ๑ ครั้ง ใน ๒๔ ชั่วโมง, และ ๓ = กลั่นได้. คะแนนทั้งหมดถูกนำมา รวมกัน ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า ๑๐ (ร้อยละ ๖๐) นับว่าเป็น ผู้ต้องฟั่งพา.

ภาวะฟั่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านแบ่งเป็น ๔ ระดับ ตามคะแนนความสามารถในการเตรียมอาหาร ซั้อของ ใช้เงิน/ ทอนเงิน ใช้โทรศัพท์ ทำงานบ้านที่หนัก และทำงานบ้านที่เบา โดยคะแนน ๐ = ไม่สามารถทำได้เลย, ๑ = มีความยาก ลำบากมาก, ๒ = มีความยากลำบากบ้าง, และ ๓ = ไม่มี ความยากลำบากเลย. คะแนนทั้งหมดถูกนำมารวมกัน. ผู้ที่ได้ คะแนนรวมต่ำกว่า ๑๐ (ร้อยละ ๖๐) นับว่าเป็นผู้ต้องฟั่งพา เช่นกัน.

สำหรับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มี ๕ ปัจจัยด้วยกัน คือ การสูบบุหรี่, ภาวะความดันโลหิตสูง, เลือด มีไขมันมาก, เบาหวาน และดัชนีมวลกาย > ๒๕ กก./ตร.ม. โดยกำหนดให้ผู้ที่สูบบุหรี่คือผู้ที่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่มากกว่า ๑๐๐ มวนและปัจจุบันยังสูบอยู่, ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีแรงดันซิสโตลิกตั้งแต่ ๑๔๐ มม.ปรอท และแรงดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ ๙๐ มม.ปรอท หรือกำลังได้รับการรักษาเกินความดันโลหิต. ส่วนผู้ที่เลือดมีไขมันมากเกินคือ มีระดับไลโปโปรตีน ๒๔๐ มก./ดล. (๕.๗ มิลลิโมล/ลิตร) ขึ้นไป หรือกำลังกินยาลดไขมันในเลือด. สำหรับผู้ที่เป็น เบาหวาน คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ ๑๒๖ มก./ดล. ขึ้นไป หรือ กำลังกินยาลดน้ำตาลในเลือดหรือฉีดอินซูลิน. ผู้สูงอายุแต่ละคนจะถูกนับว่ามีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ที่ปัจจัยด้วยกัน.

การวิเคราะห์

การวัดความแตกต่างของการตายตามตัวแปรต่าง ๆ จะ วิเคราะห์ด้วยอัตราตาย, อัตราตายรายอายุ และอัตราส่วนการ ตายปรับฐาน (Standardized mortality ratio: SMR) แยก ระหว่างชายกับหญิง. อัตราตายเท่ากับจำนวนตายทั้งหมดหาร ด้วยจำนวนปี-คน. อัตราตายที่ใช้เป็นอัตราเฉลี่ยต่อปีสำหรับการ ตายที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙. ส่วนอัตราตายราย อายุเป็นอัตราตายจำแนกตามกลุ่มอายุ ๖๐-๗๔, ๗๕-๘๔ และ

๘๕ ปีขึ้นไป. สำหรับอัตราส่วนการตายปรับฐานนั้นเป็นการ เปรียบเทียบการตายเมื่อขจัดอิทธิพลของโครงสร้างอายุแล้ว เท่ากับจำนวนตายที่เกิดขึ้นจริงในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มต่อ จำนวนตายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มนั้น ๆ มีอัตรา ตายรายอายุเหมือนกับอัตราตายรายอายุของกลุ่มอ้างอิง เช่น เมื่อต้องการวัดความแตกต่างของการตายตามเขตที่อยู่อาศัย หากใช้พื้นที่ในเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง จำนวนตายที่คาด ว่าจะเกิดขึ้นของผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะเท่ากับ Σ (จำนวนปี- คนรายอายุของผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล x อัตราตายรายอายุของ ในเขตเทศบาล). เมื่อนำจำนวนตายนอกเขตเทศบาลที่เกิดขึ้น จริงหารด้วยจำนวนตายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจะได้เป็นอัตราส่วน การตายปรับฐาน. ค่าที่ได้นี้แสดงเป็นร้อยละด้วยการคูณด้วย ๑๐๐. ค่าที่สูงกว่า ๑๐๐ หมายถึงเมื่อขจัดอิทธิพลของโครงสร้าง อายุแล้ว การตายของประชากรกลุ่มนั้นสูงกว่ากลุ่มอ้างอิง. ใน ทางกลับกัน ค่าที่ต่ำกว่า ๑๐๐ แสดงว่าเมื่อขจัดอิทธิพลของ โครงสร้างอายุแล้ว การตายของประชากรกลุ่มนั้นต่ำกว่ากลุ่ม อ้างอิง. การศึกษาครั้งนี้นำเสนออัตราส่วนการตายปรับฐานใน รูปของกราฟ.

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๑ แสดงอัตราตายของผู้สูงอายุชายเท่ากับ ๓๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ปี-คน และของผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ ๒๐.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ปี-คน. เมื่อพิจารณาอัตราตายรายอายุจำแนกตาม ตัวแปรต่าง ๆ พบว่าแนวโน้มของอัตราตายรายอายุเพิ่มขึ้น เมื่ออายุสูงขึ้นเหมือนๆ กันในทุกลักษณะของตัวชีวิต ไม่ว่าจะเป็น ตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจและสังคม หรือ สถานะสุขภาพ. อัตราตายในกลุ่มอายุ ๗๕-๘๔ ปีสูงขึ้นประมาณ ๒ เท่าของอัตราตายในกลุ่มอายุ ๖๐-๗๔ ปี และอัตราตายใน กลุ่มอายุ ๘๕ ปีขึ้นไปสูงขึ้นประมาณ ๒ เท่าของอัตราตายใน กลุ่มอายุ ๗๕-๘๔ ปีเช่นกัน. อัตราตายที่เพิ่มขึ้นเช่นนี้พบทั้ง ในผู้สูงอายุชายและหญิงไม่ว่าจะจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย, ภาค, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน, ภาวะฟั่งพาในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะฟั่งพาในการทำกิจกรรม

ตารางที่ ๑ อัตราตายของผู้สูงอายุ จำแนกเพศและอายุ ตามตัวชี้วัดด้านประชากรศาสตร์, เศรษฐกิจและสังคม และสถานะสุขภาพ

ตัวชี้วัด	อัตราต่อพันปี-คน: ชาย*				อัตราต่อพันปี-คน: หญิง*			
	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+
รวม	๓๒.๐	๒๓.๒	๕๑.๐	๑๒๓.๗	๒๐.๖	๑๔.๑	๓๖.๐	๗๗.๑
เขตที่อยู่อาศัย								
ในเขตเทศบาล	๓๒.๗	๒๔.๐	๕๑.๖	๑๒๒.๗	๒๐.๒	๑๔.๓	๓๓.๕	๗๕.๖
นอกเขตเทศบาล	๓๑.๔	๒๒.๔	๕๐.๔	๑๒๔.๖	๒๑.๐	๑๓.๕	๓๗.๑	๗๘.๖
ภาค								
กลาง	๒๕.๓	๒๑.๔	๔๔.๕	๑๕๕.๓	๑๗.๗	๑๓.๗	๓๒.๗	๕๓.๗
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๓๗.๕	๒๗.๖	๕๕.๐	๑๕๖.๗	๒๓.๔	๑๕.๐	๔๔.๓	๗๖.๒
เหนือ	๓๔.๔	๒๔.๑	๖๐.๐	๕๔.๑	๒๑.๕	๑๔.๑	๓๖.๔	๑๐๔.๖
ใต้	๓๐.๑	๒๑.๗	๔๗.๓	๗๗.๕	๑๗.๔	๑๔.๓	๒๖.๖	๖๖.๕
กรุงเทพฯ	๑๕.๗	๑๗.๖	๓๑.๔	Na.	๒๓.๕	๑๓.๖	๖๐.๐	๑๑๔.๗
สถานภาพสมรส								
โสด	๒๖.๕	๒๖.๖	๒๕.๔	Na.	๑๖.๒	๑๐.๖	๓๗.๕	๕๗.๗
สมรส	๒๗.๗	๒๑.๕	๔๗.๓	๑๒๗.๕	๑๗.๑	๑๓.๓	๓๗.๑	๓๖.๑
หม้าย/หย่า/แยก	๔๕.๑	๓๑.๖	๖๓.๐	๑๒๐.๓	๒๔.๔	๑๕.๖	๓๔.๗	๗๕.๔
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้ศึกษา	๔๕.๖	๓๒.๓	๕๖.๒	๑๑๖.๑	๒๗.๓	๑๔.๒	๔๖.๖	๗๐.๐
ประถมศึกษา	๓๒.๐	๒๓.๔	๕๒.๑	๑๓๐.๓	๑๗.๗	๑๔.๖	๓๑.๗	๗๒.๐
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	๒๓.๒	๑๗.๓	๓๕.๗	๑๐๓.๕	๑๒.๖	๗.๕	๒๖.๗	๗๒.๓
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน (บาท)								
ต่ำกว่า ๑,๐๐๐	๔๓.๔	๒๗.๓	๕๕.๔	๑๕๕.๖	๒๔.๑	๑๔.๔	๔๒.๓	๖๐.๕
๑,๐๐๐ - ๔,๕๕๕	๓๓.๐	๒๔.๓	๕๒.๕	๑๒๑.๗	๒๑.๗	๑๕.๐	๓๗.๓	๕๔.๐
๕,๐๐๐ - ๕,๕๕๕	๓๐.๕	๒๓.๓	๔๕.๓	๑๓๓.๗	๑๗.๕	๑๓.๒	๓๑.๕	๖๐.๖
๑๐,๐๐๐-๒๔,๕๕๕	๒๗.๔	๒๑.๐	๔๔.๗	๑๓๗.๖	๑๗.๒	๑๓.๖	๒๗.๓	๑๐๕.๕
๒๕,๐๐๐ ขึ้นไป	๒๐.๐	๑๕.๕	๓๒.๑	๗๔.๑	๑๖.๗	๑๒.๐	๒๗.๐	๖๒.๖
ไม่ทราบ	๔๒.๗	๒๗.๒	๖๒.๑	๑๐๑.๕	๒๓.๖	๑๔.๕	๔๒.๐	๕๖.๖
ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน								
ไม่พึ่งพา	๓๑.๓	๒๒.๕	๔๕.๗	๑๑๕.๔	๑๕.๕	๑๔.๐	๓๔.๖	๖๕.๖
พึ่งพา	๑๑๓.๓	๕๕.๗	๑๖๓.๓	๔๖๔.๕	๗๗.๕	๓๑.๗	๑๒๗.๔	๒๗๕.๐
ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน								
ไม่พึ่งพา	๒๗.๐	๒๒.๑	๔๔.๕	๗๖.๔	๑๖.๕	๑๒.๗	๒๗.๕	๔๕.๔
พึ่งพา	๕๕.๗	๕๐.๗	๑๐๔.๖	๒๒๒.๗	๕๗.๕	๓๖.๐	๖๕.๐	๑๐๕.๔
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด								
ไม่มี	๒๗.๑	๑๗.๗	๔๗.๗	๑๐๓.๐	๑๗.๑	๑๒.๓	๓๓.๖	๔๗.๗
๑ - ๓ ปัจจัย	๓๑.๒	๒๓.๓	๔๗.๓	๑๒๓.๑	๑๕.๓	๑๓.๓	๓๓.๗	๗๐.๕
๔ - ๕ ปัจจัย	๒๕.๒	๒๓.๗	๗๐.๔	Na.	๓๕.๐	๓๑.๗	๔๖.๖	๑๓๒.๔
ไม่ทราบ	๕๑.๗	๓๕.๒	๗๕.๗	๑๖๖.๖	๓๕.๒	๒๐.๓	๕๕.๑	๑๑๐.๐

หมายเหตุ: * การกระจายร้อยละของปี-คนและจำนวนการตายตามตัวแปรต่าง ๆ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุได้แสดงไว้ในตารางผนวก ๑



ในบ้าน และจำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.

ความแตกต่างของการตายตามลักษณะประชากรศาสตร์

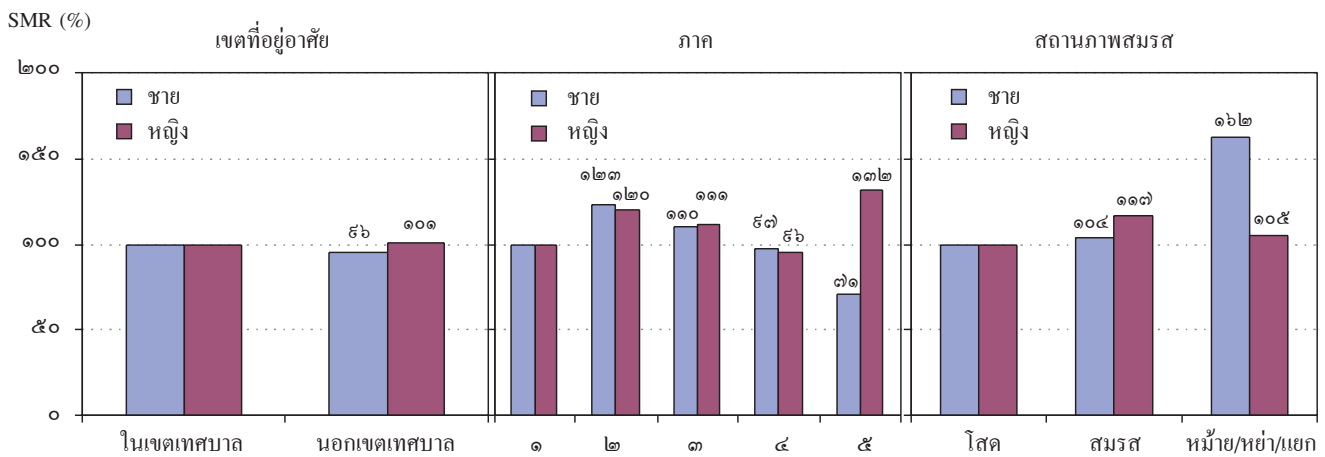
รูปที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบอัตราตายของผู้สูงอายุตามเขตที่อยู่อาศัย, ภาคของประเทศ, และสถานภาพสมรส โดยแยกตามเพศ พบว่าเมื่อใช้อัตราตายของในเขตเทศบาลเป็นมาตรฐาน อัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายที่อยู่นอกเขตเทศบาลต่ำกว่าในเขตเทศบาลประมาณร้อยละ ๔, ในขณะที่อัตราตายปรับฐานของเพศหญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเพียงร้อยละ ๑ (รูป ๑ ซ้าย). เมื่อเปลี่ยนมาใช้อัตราตายของภาคกลางเป็นมาตรฐาน อัตราตายปรับฐานในเพศชายของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือสูงกว่าอัตราตายปรับฐานของภาคกลางร้อยละ ๒๓ และ ๑๐ ตามลำดับ, ในขณะที่อัตราตายปรับฐานของภาคใต้ต่ำกว่าภาคกลางร้อยละ ๓ และกรุงเทพฯต่ำกว่าภาคกลางถึงร้อยละ ๒๙. สำหรับเพศหญิง พบว่า อัตราตายปรับฐานของภาคใต้เท่านั้นที่ต่ำกว่าภาคกลาง. อัตราตายปรับฐานของภาคใต้เท่ากับร้อยละ ๙๖ เมื่อเทียบกับอัตราตายปรับฐานของภาคกลาง. นอกนั้นอัตราตายปรับฐานของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และกรุงเทพฯ

สูงกว่าอัตราตายปรับฐานของภาคกลางทั้งสิ้น โดยกรุงเทพฯ เป็นภาคที่อัตราตายปรับฐานสูงกว่าภาคกลางมากที่สุด คือ สูงกว่าถึงร้อยละ ๓๒ (รูปที่ ๑ กลาง).

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาความแตกต่างของการตายตามสถานภาพสมรส โดยใช้อัตราตายปรับฐานของสถานภาพโสดเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า สำหรับเพศชาย อัตราตายปรับฐานของผู้ที่สมรสสูงกว่าอัตราของคนโสดเพียงร้อยละ ๔ ในขณะที่อัตราตายปรับฐานของผู้ที่เป็นหม้าย หย่า แยก สูงกว่าอัตราของคนโสดมากถึงร้อยละ ๖๒. ส่วนเพศหญิง ความแตกต่างนี้ต่างกับเพศชาย กล่าวคือ อัตราตายปรับฐานของสตรีสมรสสูงกว่าสตรีโสดอยู่ร้อยละ ๑๗ แต่อัตราของสตรีหม้าย หย่า แยก สูงกว่าอัตราของสตรีโสดเพียงร้อยละ ๕ เท่านั้น (รูปที่ ๑ ขวา).

ความแตกต่างของการตายตามสถานภาพเศรษฐกิจสังคม

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตาย. จากรูปที่ ๒ แสดงว่า เมื่อใช้อัตราตายของผู้ที่ไม่มีการศึกษาเป็นมาตรฐาน อัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงลดต่ำลงเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น. กล่าวคือ สำหรับเพศชาย อัตราตายตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาและสูงกว่า เท่ากับ



หมายเหตุ: ๑ = ภาคกลาง, ๒ = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ๓ = ภาคเหนือ, ๔ = ภาคใต้, ๕ = กรุงเทพมหานคร

รูปที่ ๑ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามเขตที่อยู่อาศัย, ภาค และสถานภาพสมรสจำแนกตามเพศ

ร้อยละ ๘๒ และ ๕๙ ของอัตราตายปรับฐานของผู้ไม่มีการศึกษาตามลำดับ. ส่วนเพศหญิง อัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาและสูงกว่า เท่ากับร้อยละ ๙๕ และ ๗๓ ของอัตราตายปรับฐานของผู้ไม่มีการศึกษาตามลำดับ (รูปที่ ๒ ซ้าย).

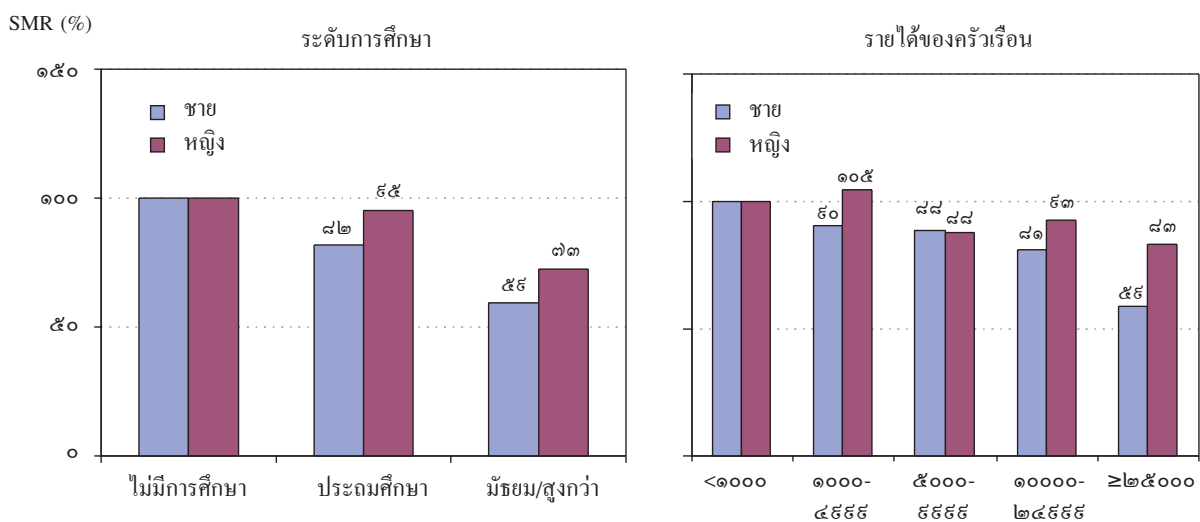
เมื่อนำอัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่รายได้ครัวเรือนระดับต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกับอัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน โดยจำแนกตามเพศ พบว่าสำหรับเพศชายนั้น อัตราตายปรับฐานได้ลดลงเมื่อรายได้ครัวเรือนสูงขึ้น อัตราตายปรับฐานของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๑,๐๐๐ - ๔,๙๙๙ บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๙๐ อัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๕,๐๐๐ - ๙,๙๙๙ บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๘๘ อัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๑๐,๐๐๐ - ๒๔,๙๙๙ บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ ๘๑ และอัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือน ๒๕,๐๐๐ บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๕๙ ของผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือนตามลำดับ. สำหรับเพศหญิง อัตราตายปรับฐานก็ลดลงเมื่อรายได้ครัวเรือนสูงขึ้นเช่นกัน ยกเว้นในกลุ่มที่รายได้ครัวเรือน ๑,๐๐๐ - ๔,๙๙๙ บาทต่อเดือน อัตราตายปรับฐานของกลุ่มนี้กลับสูงกว่าอัตราของผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือนอยู่ร้อยละ ๕ (รูปที่ ๒

ขวา).

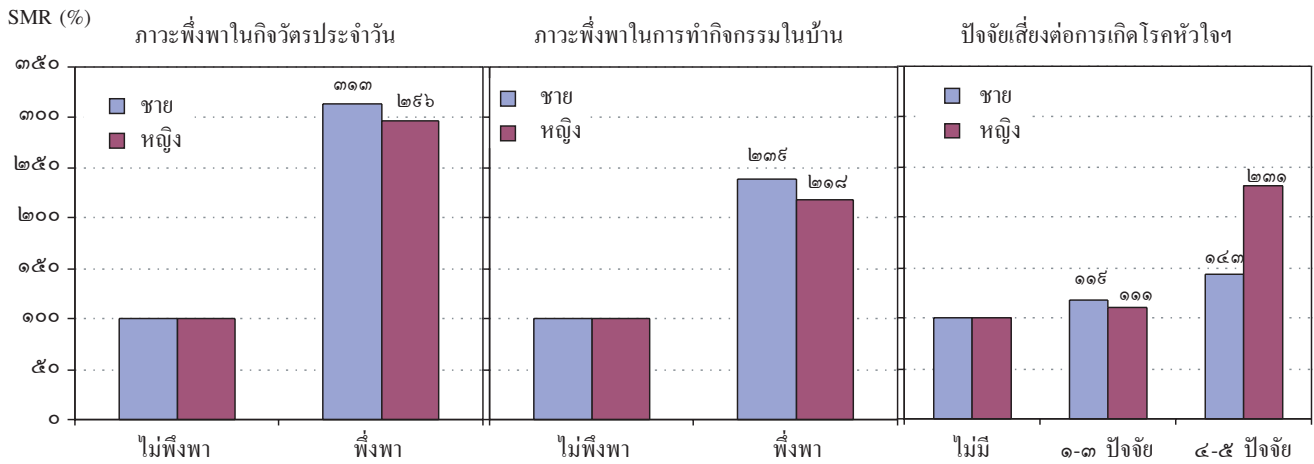
ความแตกต่างของการตายตามสถานะสุขภาพ

ตัวแปรด้านสถานะสุขภาพ ๓ ตัวแปร ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และจำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. ตัวแปรเหล่านี้แม้ไม่ได้วัดสถานะสุขภาพโดยตรงแต่สามารถสะท้อนระดับสถานะสุขภาพได้เป็นอย่างดี. ผู้ที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน พึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน หรือมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัย ย่อมมีสถานะสุขภาพที่ด้อยกว่าผู้ที่ไม่ต้องพึ่งพา หรือมีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าหรือไม่มีเลย.

ในศึกษานี้ได้เปรียบเทียบการตายเฉพาะกลุ่มที่ทราบปัจจัยเสี่ยง. สำหรับกลุ่มที่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง ซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้ที่ไม่ได้ตอบคำถามเรื่องการสูบบุหรี่ ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่ได้วัดแรงดันเลือด, ไม่ได้เจาะเลือด อย่างไม่อย่างหนึ่งหรือทุกอย่าง ทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่ หรือมีกี่ปัจจัยเสี่ยง จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย. ผลการศึกษาพบว่าอัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่ต้องมีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันสูงกว่าอัตราของผู้ที่ไม่



รูปที่ ๒ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามระดับการศึกษา และรายได้ของครัวเรือนจำแนกตามเพศ



รูปที่ ๓ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน, ภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน และปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามเพศ

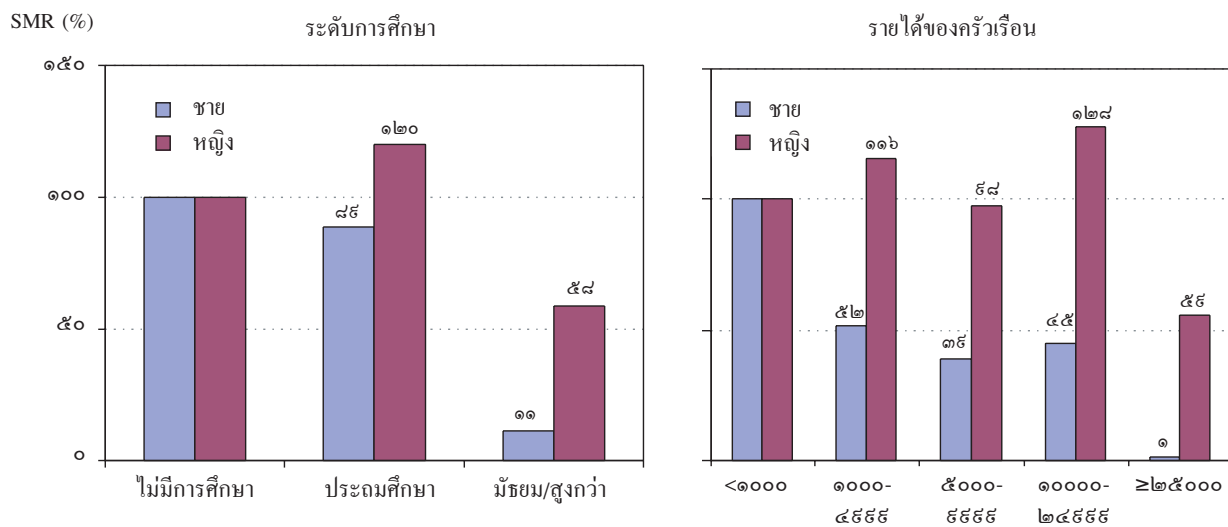
ต้องพึ่งพาถึง ๓.๑ และ ๓.๐ เท่าตามลำดับ (รูปที่ ๓ ซ้าย) และอัตราตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านสูงกว่าอัตราของผู้ที่ไม่ต้องพึ่งพา ๒.๔ และ ๒.๒ เท่าตามลำดับ (รูปที่ ๒ กลาง) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง พบว่า ในชายสูงอายุ อัตราตายปรับฐานของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ๑-๓ ปัจจัยสูงกว่าผู้ที่ไม่มี ๑.๒ เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๔ เท่า เมื่อมีปัจจัยเสี่ยง ๔-๕ ปัจจัย. สำหรับหญิงสูงอายุ อัตราตายปรับฐานของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ๑-๓ ปัจจัยสูงกว่าผู้ที่ไม่มี ๑.๑ เท่า แต่อัตรานี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๒.๓ เท่า เมื่อสตรีสูงอายุมีปัจจัยเสี่ยง ๔-๕ ปัจจัย (รูปที่ ๓ ขวา).

เมื่อพิจารณาการตายเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเช่นกัน. สาเหตุที่ไม่ทำการเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันเมื่อจำแนกตามสถานภาพเศรษฐกิจสังคมเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้น้อยกว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพาใน

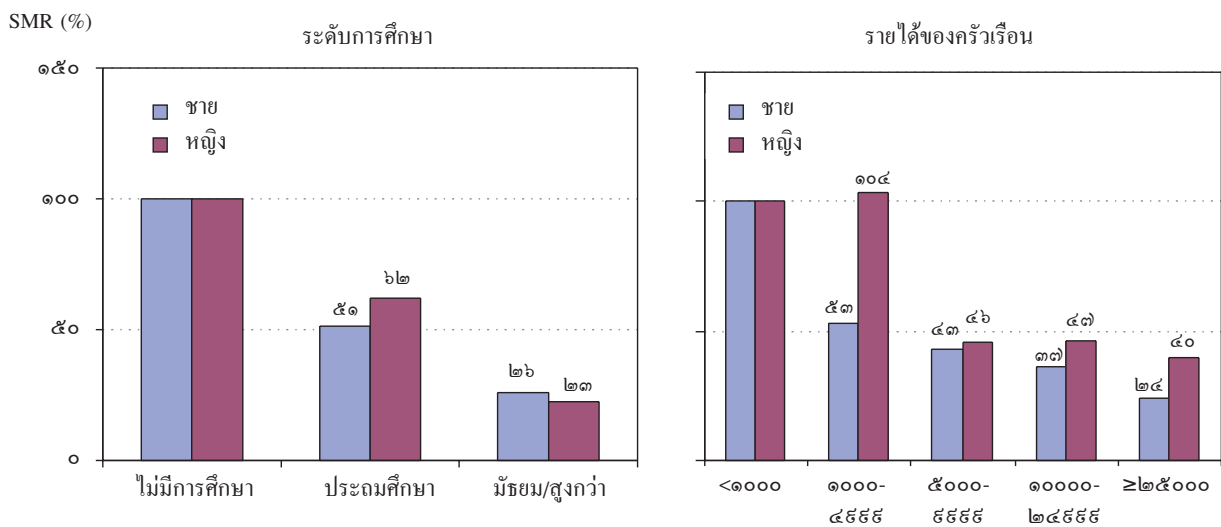
การทำกิจกรรมในบ้านมาก อาจทำให้ผลของการเปรียบเทียบด้วยอัตราส่วนการตายปรับฐานไม่ชัดเจน.

รูปที่ ๔ แสดงการเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้านเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา (ซ้าย) และรายได้ของครัวเรือน (ขวา) พบว่าสำหรับผู้สูงอายุชายนั้น ยิ่งการศึกษาของผู้สูงอายุสูงขึ้น อัตราส่วนการตายปรับฐานเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีการศึกษายิ่งลดลง และอัตราส่วนการตายปรับฐานเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท/เดือน ยิ่งลดลงเมื่อรายได้ครัวเรือนของผู้สูงอายุสูงขึ้น. แต่สำหรับผู้สูงอายุหญิง ไม่พบว่าอัตราส่วนการตายปรับฐานเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา หรือรายได้ของครัวเรือน มีทิศทางเช่นเดียวกับที่พบในผู้สูงอายุชาย.

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายปรับฐานของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจำแนกตามระดับการศึกษา (รูปที่ ๕ ซ้าย) และรายได้ของครัวเรือน (รูปที่ ๕ ขวา) พบว่าการตายทั้งในผู้สูงอายุชายและหญิงมีความแตกต่างกันในทิศทางที่เหมือนกัน กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบตามระดับการศึกษาและใช้ผู้ที่ไม่มีการศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง อัตราตายปรับฐานมีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อการศึกษาของผู้สูงอายุสูงขึ้น และเมื่อเปรียบ



รูปที่ ๔ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามระดับการศึกษา และรายได้ของครัวเรือน จำแนกตามเพศ เฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน



รูปที่ ๕ อัตราส่วนการตายปรับฐาน (SMR) ตามระดับการศึกษา และรายได้ของครัวเรือนจำแนกตามเพศ เฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เทียบตามรายได้ของครัวเรือน โดยใช้ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑,๐๐๐ บาท/เดือน เป็นกลุ่มอ้างอิง. อัตราตายปรับฐานก็มีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อรายได้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิงเช่นกัน.

วิจารณ์

การศึกษาชิ้นนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ซึ่งแสดงว่าการ

ตายของผู้สูงอายุแตกต่างกันตามลักษณะต่าง ๆ. ความแตกต่างของการตายในด้านประชากรศาสตร์ ปรากฏชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบตามภาคและสถานภาพสมรส. การตายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือจะสูงกว่า. การตายของผู้ที่อยู่ในภาคใต้และกรุงเทพฯจะต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในภาคกลาง ยกเว้นการตายของผู้สูงอายุหญิงใน



กรุงเทพฯ ที่สูงกว่าผู้ที่อยู่ในภาคกลาง แสดงว่าอาจมีปัจจัยบางอย่างแตกต่างกันระหว่างภาค ที่ทำให้คนในภาคต่าง ๆ มีการตายที่แตกต่างกัน. ปัจจัยที่สำคัญคือความยากจน. คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยากจนที่สุด, รองลงมาคือภาคเหนือ^(๒๐). นอกจากความยากจนแล้ว ประชาชนในภาคนี้ยังอาจเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเมื่อยามเจ็บป่วยได้น้อยกว่าประชาชนที่อยู่ในกรุงเทพฯ หรือภาคกลาง. เหตุผลสนับสนุนที่สำคัญคืออัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลต่อประชากร และอัตราส่วนจำนวนสถานบริการต่อประชากรสูงกว่าภาคอื่น ๆ มาก^(๒๑,๒๒). เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ในและนอกเขตเทศบาล พบว่ามีความแตกต่างของการตายน้อยมาก แสดงว่าคนที่อาศัยอยู่ในหรือนอกเขตเทศบาลมีลักษณะที่เหมือน ๆ กัน หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้พบความแตกต่างในสองพื้นที่นี้น้อยมาก.

สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพสมรสนั้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าชายสูงอายุชีวิตสมรสคู่มิมีการตายไม่แตกต่างจากผู้ที่เป็นโสดนัก แต่เมื่อเป็นหม้าย/หย่า/แยก การตายจะเพิ่มสูงขึ้นมาก อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุชายเหล่านี้เมื่อเป็นหม้าย/หย่า/แยก จะขาดผู้ที่คอยให้การดูแลเอาใจใส่ โอกาสเสียชีวิตจึงเพิ่มสูงขึ้น. ในขณะที่สตรีสูงอายุที่สมรสมีการตายสูงกว่าสตรีที่เป็นโสด แต่สตรีสูงอายุหม้าย/หย่า/แยก กลับมีอัตราตายพอ ๆ กับสตรีโสด ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าสตรีสูงอายุที่สมรสต้องมีภาระดูแลรับผิดชอบทั้งตนเองและสามี จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่โสด, แต่เมื่อเป็นหม้าย/หย่า/แยก ภาระต่าง ๆ ลดลง การตายของสตรีสูงอายุกลุ่มนี้จึงไม่ค่อยแตกต่างต่างจากสตรีสูงอายุที่เป็นโสดเท่าใดนัก.

ความแตกต่างของการตายยังพบชัดเจนระหว่างผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน. ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการตายต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีรายได้สูงจะมีการตายต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำทั้งสองเพศ. ข้อมูลที่พบในครั้งนี้น่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(๑๗-๒๑). ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมรู้หรือเข้าใจถึงวิธีการป้องกันการเกิดโรค

หรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่เสี่ยง และผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสัมพันธ์กับการทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และบุคคลเหล่านี้เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถเข้ารับบริการในสถานบริการได้หลากหลายกว่าหรือเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่านั่นเอง.

ปัจจัยด้านสุขภาพนับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตายอย่างชัดเจน. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน หรือพึ่งพาในการทำกิจกรรมในบ้าน หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจัดเป็นผู้ที่มีสถานะสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความดังกล่าวก่อน. เมื่อผู้สูงอายุมีทั้งสถานะสุขภาพไม่ดีและสถานภาพเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ การตายจึงสูงมากขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูล แสดงว่าสถานภาพเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อความแตกต่างของการตายจริงทั้งในกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย.

อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปความแตกต่างของอัตราตายนี้ได้ชัดเจนนัก เนื่องจากโครงสร้างของผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะมีความแตกต่างกัน.

ผลการศึกษานี้อาจยังมีจุดอ่อนในการอธิบายผล เพราะเป็นเพียงการศึกษาเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแตกต่างของการตายตามคุณลักษณะต่าง ๆ ทำที่ละตัวแปรโดยไม่มี การควบคุมตัวแปรอื่น ดังนั้นผลการศึกษาก็สามารถอธิบายความแตกต่างของการตายเมื่อจำแนกที่ละตัวแปรเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ ชัดเจนขึ้น ควรวิเคราะห์ต่อด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงพหุคูณ ซึ่งจะทำให้การอธิบายว่าปัจจัยใดมีผลต่อการตายในผู้สูงอายุนั้นถูกต้องยิ่งขึ้น.

ผลของความแตกต่างของการตายที่พบจากการศึกษานี้ สรุปว่าได้แสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันของการตายในกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจสังคมและสถานภาพสุขภาพที่แตกต่างกัน. ดังนั้น หากต้องการให้ประชากรเหล่านี้มีความยืนยาวของชีวิตเท่า ๆ กันแล้ว จะต้องจัดให้มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งเน้นการให้บริการให้ถึงกลุ่มที่มีสถานะสุขภาพที่ต่ำกว่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ, ผู้สูงอายุที่อยู่

ในครัวเรือนที่ยากจน และผู้สูงอายุที่การศึกษาชั้นน้อย.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจาก “คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข”. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อนุญาตให้นำข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพอนามัยและการตาย มาใช้สำหรับการศึกษานี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. Population Reference Bureau. 2007 World Population Data Sheet. [Online]. 2007 [cited 2007 Aug 19]; Available from: URL:<http://www.prb.org>
๒. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. ใน: กฤตยา อาชวนิจกุล, วรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม ๒๕๔๕: ภาวะการตายที่สะท้อนความมั่นคงของประชากร. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; ๒๕๔๕. หน้า ๒๒-๓๓.
๓. ปราโมทย์ ประสาทกุล, อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. ผลของการเปลี่ยนแปลงการตายรายอายุต่อการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย. ใน: สมาคมนักประชากรไทย. เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ๒๕๔๖ เมื่อ ๒๐-๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๖, กรุงเทพมหานคร; ๒๕๔๖. หน้า ๔๗-๖๒.
๔. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. Am J Pub Health 1990;80:446-52.
๕. Rogers RG. Sociodemographic characteristics of long-lived and healthy individuals. Population & Development Rev 1995;21:33-58.
๖. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Hlth Soc Behavior 1997;38:21-37.
๗. Kanchanakijisakul M, Prasartkul P, Thongthai V, De Jong GF, Hayward MD, Prachuabmoh V. Consequences of demographic transition on Thai elderly living arrangements. J Population & Soc Studies 2003;12:69-92.
๘. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๕.
๙. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล. การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
๑๐. ยาวรัตน์ ปรีกษ์งาม, สุพัตรา อติโพธิ. สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
๑๑. Vapattanawong P, Prasartkul P, Thongthai V, Guest P. Survival differentials among the Thai elderly, 1964 - 1996. J Population & Soc Studies 2002;11:51-70.
๑๒. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. Survival differentials among the Thai elderly, 1964 - 2000 [PhD thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2002.
๑๓. Rakchanyaban U, Prasartkul P, Hayward MD, Thongthai V, Punpuing P, Gray R. The impact of chronic diseases on disability-free life expectancy among the Thai elderly population. J Population & Soc Studies 2005;13: 91-119.
๑๔. Petcharoen N, Prasartkul P, Gray R, Vapattanawong P. Adult mortality of cardiovascular disease by socioeconomic status in Thailand. J Pub Hlth & Development 2006;4:61-72.
๑๕. Martelin T. Mortality by indicators of socioeconomic status among the Finnish elderly. Soc Sci Med 1994;38:1257-78.
๑๖. Hummer RA, Rogers RG, Eberstein IW. Sociodemographic differentials in adult mortality: a review of analytic approaches. Population & Development Rev 1998;24:553-78.
๑๗. Avlund K, Holstein BE, Osler M, Damsgaard MT, Holm-Pedersen P, Rasmussen NK. Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. Scand J Pub Hlth 2003;31:126-36.
๑๘. McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. Am J Pub Hlth 1997;87:1476-83.
๑๙. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. J Epidemiol Commun Health 2004;58:468-75.
๒๐. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สถิติผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๘. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ๒๕๕๐.
๒๑. Noree T, Chokchaichan H, Mongkolporn V. Abundant for the few, shortage for the majority: the inequitable distribution of doctors in Thailand. Thailand's country paper. International Health Policy Program, Thailand.
๒๒. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Human Resources for Health 2003;1. Available from: URL: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/12>



ตารางผนวก ๑ การกระจายร้อยละของปี-คนที่มีชีวิตอยู่ และจำนวนตายตามตัวชี้วัดด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม และสถานะสุขภาพ จำแนกตามเพศและอายุของผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด	ชาย								หญิง							
	ปี-คน (ร้อยละ)				จำนวนตาย				ปี-คน (ร้อยละ)				จำนวนตาย			
	อายุ		อายุ		อายุ		อายุ		อายุ		อายุ		อายุ			
	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+	๖๐+	๖๐-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕+
รวม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๗๗๐	๔๒๐	๒๗๑	๗๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๕๒๕	๒๗๕	๑๕๕	๕๕
เขตที่อยู่อาศัย																
ในเขตเทศบาล	๕๑	๕๑	๕๑	๕๐	๓๕๗	๒๒๐	๑๓๕	๓๕	๕๒	๕๒	๕๑	๔๕	๒๗๐	๑๔๖	๕๖	๒๗
นอกเขตเทศบาล	๔๙	๔๙	๔๙	๕๐	๓๗๒	๒๐๐	๑๓๖	๔๐	๔๘	๔๘	๔๙	๕๑	๒๕๕	๑๒๙	๑๐๓	๒๘
ภาค																
กลาง	๓๕	๓๖	๓๔	๒๕	๒๔๕	๑๓๕	๘๑	๒๕	๓๔	๓๔	๓๒	๓๗	๑๖๕	๕๒	๕๕	๑๔
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๒๑	๒๑	๒๐	๒๔	๑๗๖	๑๐๓	๕๕	๒๔	๒๐	๒๐	๒๐	๒๔	๑๒๒	๕๕	๔๗	๑๕
เหนือ	๒๕	๒๕	๒๖	๒๗	๒๐๖	๑๐๗	๘๒	๑๗	๒๕	๒๔	๒๖	๒๓	๑๓๗	๖๗	๕๓	๑๗
ใต้	๑๕	๑๕	๑๗	๑๖	๑๑๑	๕๗	๔๔	๕	๑๖	๑๕	๑๗	๑๓	๗๕	๔๓	๒๖	๖
กรุงเทพฯ	๔	๔	๓	๓	๑๗	๑๓	๕	๐	๕	๕	๔	๔	๓๐	๑๔	๑๓	๓
สถานภาพสมรส																
โสด	๒	๒	๑	๐	๑๑	๕	๒	๐	๕	๕	๔	๒	๑๕	๑๐	๗	๑
สมรส	๗๒	๗๖	๗๔	๕๓	๕๖๗	๓๓๕	๑๗๕	๔๓	๔๗	๕๒	๓๒	๑๖	๒๐๖	๑๓๕	๖๗	๔
หม้าย/หย่า/แยก	๑๖	๑๓	๒๕	๔๗	๑๕๒	๗๒	๗๔	๓๖	๔๕	๔๓	๖๔	๗๒	๓๐๔	๑๓๐	๑๒๔	๕๐
ระดับการศึกษา																
ไม่ได้ศึกษา	๑๐	๕	๑๓	๓๐	๑๑๐	๕๐	๓๗	๒๒	๒๓	๑๕	๓๐	๖๑	๑๖๕	๕๓	๗๗	๓๕
ประถมศึกษา	๗๕	๗๖	๗๔	๖๑	๕๗๗	๓๒๒	๒๐๕	๕๑	๗๑	๗๔	๖๕	๓๗	๓๔๕	๒๑๑	๑๑๕	๑๕
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	๑๕	๑๕	๑๓	๕	๗๒	๔๗	๒๗	๖	๖	๖	๕	๒	๑๕	๑๑	๗	๑
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน (บาท)																
ต่ำกว่า ๑,๐๐๐	๖	๕	๕	๑๑	๖๔	๒๖	๒๗	๑๑	๗	๗	๑๐	๑๒	๔๕	๒๐	๒๔	๕
๑,๐๐๐ - ๔,๕๕๕	๓๕	๓๕	๓๔	๓๕	๒๗๗	๑๕๕	๕๕	๒๗	๓๖	๓๖	๓๓	๓๔	๑๕๗	๑๐๖	๖๕	๒๓
๕,๐๐๐ - ๕,๕๕๕	๒๑	๒๑	๑๕	๑๖	๑๕๓	๕๐	๔๕	๑๔	๑๕	๒๐	๑๗	๑๖	๗๕	๕๑	๓๑	๗
๑๐,๐๐๐-๒๔,๕๕๕	๑๕	๒๑	๑๖	๑๔	๑๒๗	๗๕	๓๗	๑๒	๑๖	๑๗	๑๔	๑๑	๗๖	๔๕	๒๒	๕
๒๕,๐๐๐ ขึ้นไป	๗	๕	๗	๔	๔๐	๒๕	๑๓	๒	๖	๖	๕	๗	๒๕	๑๔	๗	๓
ไม่ทราบ	๑๑	๕	๑๕	๒๐	๑๐๗	๔๕	๕๐	๑๓	๑๕	๑๔	๑๕	๒๐	๕๒	๓๕	๔๕	๗
ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน																
ไม่พึ่งพิง	๕๕	๕๕	๕๕	๕๗	๗๔๕	๔๑๑	๒๖๒	๗๒	๕๕	๕๕	๕๕	๕๗	๕๐๖	๒๖๕	๑๗๕	๔๗
พึ่งพิง	๑	๑	๑	๒	๒๕	๕	๕	๗	๑	๑	๑	๓	๒๓	๖	๑๐	๗
ภาวะพึ่งพิงในการทำกิจกรรมในบ้าน																
ไม่พึ่งพิง	๕๔	๕๖	๕๐	๖๗	๖๓๒	๓๗๕	๒๑๔	๓๓	๕๐	๕๔	๗๑	๕๔	๓๗๑	๒๓๓	๑๒๕	๑๕
พึ่งพิง	๖	๔	๑๐	๓	๑๓๗	๓๕	๕๗	๔๖	๑๐	๖	๑๕	๔๖	๑๔๗	๔๒	๗๐	๓๖
จำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด																
ไม่มี	๑๕	๑๔	๑๖	๒๐	๑๐๑	๔๖	๔๒	๑๓	๑๕	๑๕	๑๕	๒๓	๕๐	๔๖	๓๖	๗
๑ - ๓ ปัจจัย	๗๕	๗๖	๗๕	๖๕	๕๖๔	๓๑๗	๑๕๒	๕๔	๗๑	๗๒	๗๑	๖๔	๓๕๔	๑๗๕	๑๓๒	๓๗
๔ - ๕ ปัจจัย	๓	๓	๒	๐	๒๑	๑๕	๖	๐	๓	๔	๒	๑	๒๕	๒๒	๖	๑
ไม่ทราบ	๗	๖	๗	๑๑	๗๔	๔๑	๓๑	๑๒	๖	๖	๗	๑๑	๕๖	๒๒	๒๕	๑