

## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Final Report)

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและประยุกต์ใช้ Active Ageing Index (AAI) เพื่อการออกแบบ  
ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Cares: LTCs)

### ทีมวิจัย

รศ.ดร. อมรรัตน์ อภินันทน์กุล (หัวหน้าโครงการ)	คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
ศ.ดร. ศาสตรา สุตสวาสดี (นักวิจัยร่วม)	คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
รศ.ดร. ประสพโชค มั่งสวัสดิ์ (นักวิจัยร่วม)	คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

## บทสรุปผู้บริหาร

จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างอายุประชากรไทย ทำให้ประเทศไทยมีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด (Super-aged society) ค่อนข้างจำกัด โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสามหรือประมาณร้อยละ 32 ของประชากรไทยในอีกประมาณยี่สิบปีข้างหน้า (พ.ศ.2583) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ จะส่งผลกระทบต่อระบบสวัสดิการทางสังคมของไทย โดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Cares: LTCs)

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) ได้ให้นิยาม ‘ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (LTCs)’ หมายถึง ความต้องการด้านการดูแลสำหรับบุคคลที่ต้องใช้เวลามากกว่าปกติ หรือต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic Activities of Daily Living: ADLs) อาทิ การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร ตลอดจนการลุกนั่งจากเตียงหรือเก้าอี้ เป็นต้น รวมถึงความต้องการช่วยเหลือในการใช้เครื่องมือเพื่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Instrumental of Activities of Daily Living: IADLs) เช่น การทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาหาร การช้อปปิ้ง และการเดินทาง เป็นต้น แต่ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยปัจจุบัน ยังเน้นด้านสาธารณสุขหรือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นหลัก การให้บริการด้าน ADLs และ IADLs จำกัดเฉพาะในครัวเรือนที่มีความพร้อม หรือมีฐานะดีพอที่จะซื้อบริการเอกชนได้

แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยทำให้ครัวเรือนไทยมีขนาดเล็กลง โอกาสที่ผู้สูงอายุในอนาคตจะพึ่งพิงระบบครอบครัวช่วยดูแลในยามเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันภายในบ้าน ก็จะมีแนวโน้มลดลงตามไปด้วย ระบบสนับสนุนจากภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTCs) จึงมีความจำเป็นมากขึ้น ในการเตรียมพร้อมของประเทศไทยเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด ที่ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทั้งนี้ ระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงควรขยายขอบเขตไม่จำกัดเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยติดเตียงแล้ว แต่ควรให้ความช่วยเหลือที่ครอบคลุมด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ และสังคมด้วย ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่ ให้สามารถดูแลตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันให้นานที่สุด ป้องกันหรือชะลอการเป็นผู้ป่วยติดเตียงออกไปให้นานที่สุด

อนึ่ง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยาม ‘พหุฒพลัง (Active Ageing)’ ว่าเป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อเสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ (Active Ageing is the process of optimizing opportunity for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age., WHO 2002) ในการนี้ คณะกรรมาธิการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Economic Commission for Europe: UNECE) ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาดัชนีชี้วัด Active Ageing Index (AAI) เพื่อเปรียบเทียบระดับความกระฉับกระเฉงของผู้สูงอายุระหว่างประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรป ที่มีความแตกต่างกันในทางเศรษฐกิจและสังคม อาทิ ระดับการ

เติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ระดับความเหลื่อมล้ำทางรายได้ โอกาสการมีงานทำ ตลอดจนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามช่วงวัยและเพศ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประเทศที่ประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุผ่านองค์ประกอบต่างๆของดัชนี AAI เพื่อกำหนดนโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุในแต่ละด้านของแต่ละประเทศ โดยดัชนี AAI ของ UNECE มี 22 องค์ประกอบ สามารถจัดหมวดหมู่เป็น 4 หมวด คือ (1) การจ้างงาน (Employment) (2) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) (3) ความสามารถในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง (Independent, Healthy and Secure Living) และ (4) ปัจจัยส่งเสริมการสร้างพหุพลัง (Capacity for Active Ageing) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ดัชนี AAI ของ UNECE เป็นดัชนีในระดับมหภาค ไม่สามารถบ่งชี้ปัญหาในระดับปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะความแตกต่างในแต่ละองค์ประกอบย่อยของดัชนี ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน Barslund et al. (2017) จึงได้เสนอแนวทางการวัดดัชนี AAI รายบุคคล เพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในรายละเอียด

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและประยุกต์ใช้ Active Ageing Index (AAI) เพื่อการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Cares: LTCs)” ในที่นี้ ต้องการอาศัยแนวคิดดัชนี AAI ของ UNECE (2019) และของ Barslund et al. (2017) ในการพัฒนาดัชนี AAI ระดับบุคคลของผู้สูงอายุไทย เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าดัชนีตามช่วงอายุของผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะร่างกายต่างกัน และวิเคราะห์ผลของดัชนี AAI ต่อความสามารถในการพึ่งตนเองในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มอายุ ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการส่งเสริมการพัฒนาพหุพลังของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยติดเตียงของผู้สูงอายุ ขยายขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมมากกว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพียงอย่างเดียว

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ

- 1) พัฒนาดัชนี Active Ageing Index (AAI) ระดับรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุไทย
- 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าดัชนี AAI ในรายองค์ประกอบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic Activities of Daily Living: ADLs) ของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ
- 3) กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาพหุพลังของผู้สูงอายุไทยตามช่วงอายุ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเป็นผู้ป่วยติดเตียง

งานศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการศึกษาวิจัย จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักประชากรจำแนกตามระดับการพึ่งพิงของตัวอย่าง โดยที่ ADL1 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (Total dependency) ADL2 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง (Medium dependency) และ ADL3 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (None or slight dependency) พบว่า ขณะที่ผู้สูงอายุไทยโดย

เฉลี่ยแล้วเป็นผู้สูงอายุวัยต้นมีอายุเฉลี่ยที่ 63 ปี ภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (ADL1) มีอายุเฉลี่ยที่ 78.51 ปี ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (ADL3) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 63 ปี ทั้งนี้ เพราะสมรรถนะร่างกายของคนเราโดยทั่วไปมักเสื่อมถอยตามอายุนั่นเอง นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้นยังพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อหัวของครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง เมื่อผู้สูงอายุในครัวเรือนมีระดับการพึ่งพิงมากขึ้น อาจเป็นเพราะสมาชิกครัวเรือนต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากขึ้น จึงเหลือเวลาในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ลดลง การป้องกันภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ ไม่เพียงต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง แต่อาจมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ครัวเรือนด้วย ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ แม้ว่าภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุที่มีคะแนนพหุผลัดในระดัสูง (high AAI score) โดยเปรียบเทียบแล้วจะมีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนพหุผลัดในระดับที่ต่ำกว่า และผู้ที่มีคะแนนพหุผลัดในระดัสูงก็มีแนวโน้มที่จะรักษาระดับคะแนน ADL ของตนเองไว้ในระดัสูงไว้ได้นาน การส่งเสริมการพัฒนาพหุผลัดของผู้สูงอายุจึงอาจเป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นานขึ้น ช่วยชะลอภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุออกไปให้นานที่สุด

จากการวิเคราะห์ตัวอย่างทั้งหมด (Whole sample) จำนวน 54,355 คนที่มีอายุระหว่าง 50-89 ปี ด้วยแบบจำลอง Ordered logistic regression พบว่า อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม มีผลให้ระดับการพึ่งพิงสูงขึ้น (ค่า ADL หรือ Yi ลดลง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดัร้อยละ 1 และพบว่า องค์ประกอบของดัชนีพหุผลัดในเกือบทุกด้านส่งผลบวกต่อคะแนน ADL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีงานทำ (Employment) และการมีความสุข (Mental wellbeing) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการค่อนข้างสูง ทั้งนี้ เพราะการทำงานน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจได้ ขณะที่อารมณ์ที่แจ่มใสเบิกบานเป็นยารักษาโรคที่ดี นอกจากนี้ ยังพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำทุกสัปดาห์ (Physical exercise) สุขภาพที่แข็งแรง (Healthy life) ตลอดจนการดูแลเด็กหรือลูกหลานในบ้าน (Care to children, grandchildren) และการดูแลผู้ป่วยหรือผู้พิการในครัวเรือน (Care to infirmed and disabled) ต่างเป็นปัจจัยหนุนเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงได้มีส่วนช่วยดูแลคนในครัวเรือน หรือทำงานจิตอาสาช่วยเหลือเพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้องที่เจ็บป่วย จะส่งผลดีทางอ้อมต่อความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุด้วย

เมื่อเปรียบเทียบผลการประมาณของตัวอย่างทั้งหมด กับผลการประมาณการตัวอย่างตามช่วงอายุ โดยแบ่งตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (Before elderly) คือผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Youngest-old elderly) ที่มีอายุ 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-old elderly) ที่มีอายุ 70-79 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Oldest-old elderly) ที่มีอายุ 80-89 ปี ตามลำดับ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มมีคะแนน ADL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือมีแนวโน้มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น และสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุวัย

ปลาย (80-89 ปี) สามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สะท้อนถึงความสำคัญที่ผู้สูงอายุวัยปลาย ต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา และไม่ควรถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง แม้อาจไม่ได้เจ็บป่วยติดเตียงก็ตาม

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุมีส่วนสนับสนุนความสามารถในการพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุในทุกช่วงวัยในทิศทางเดียวกัน ทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (50-59 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) ตามลำดับ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นมาตรการที่จะป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยติดเตียง ช่วยลดภาระของระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Cares) ช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี สร้างคุณค่าแก่ตนเองและสังคม และพลังส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน การศึกษาพบว่า การทำงาน (Employment) การดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการภายในบ้าน (Care to infirmed and disabled) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง (Physical exercise) และการมีความสุข (Mental wellbeing) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้อายุยืนยาวในทุกกลุ่มอายุมีระดับการพึ่งพิงตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุไทย จึงควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนปัจจัยทั้งสี่ประการดังกล่าว

#### **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ (Active Ageing) ของผู้สูงอายุไทย

- 1) **ส่งเสริมการทำมีงานทำของผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีความต้องการทำงาน ควรได้รับโอกาสในการทำงานให้เหมาะสมกับสมรรถนะของตนเอง ทั้งทางร่างกาย ความรู้ และทักษะในการทำงาน โดยควร **เข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning)** เพื่อการพัฒนาทักษะอาชีพที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงเงินทุนในกรณีที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว
- 2) **สร้างเสริมสุขภาพร่างกายที่ดี** ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำและมีโภชนาการที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกาย **เข้าถึงการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี** และ**เข้าถึงการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย** นอกจากนี้ ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยภายในบ้านเพื่อ**ป้องกันการหกล้ม** **ควรกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอ** ด้วยการเล่นเกมที่ต้องใช้สมองในการคิดวิเคราะห์ เป็นการออกกำลังกายสมอง และช่วยรักษาความสามารถในการจดจำ (cognitive skill) ของผู้สูงอายุ
- 3) **ปรับปรุงสวนสาธารณะและระบบขนส่งมวลชน** ให้เอื้อต่อการเดินทางของผู้สูงอายุ เพื่อการไปทำงาน การเดินทางไปทำธุระนอกบ้านด้วยตนเอง ตลอดจนการไปออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ โดยสวนสาธารณะควรมีทางเดินเท้า และอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุด้วย
- 4) **ส่งเสริมการดูแลสุขภาพใจในครัวเรือนที่เปราะบาง หรือการทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคม** เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สร้างคุณค่าและคุณค่าประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น

- 5) ส่งเสริมให้มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เข้าร่วมงานรื่นเริงประจำปีของชุมชน และหรือกิจกรรมสังคมอื่นๆ ตามความสนใจ ตลอดจนมีโอกาสไปท่องเที่ยว และทำงานอดิเรกที่สนใจ ทั้งนี้ การสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย ที่กล่าวไว้ในข้อ 2) และการส่งเสริมให้มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบานในที่นี้ เป็นพื้นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกวัยไม่เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น
- 6) เรียนรู้และเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีดิจิทัล ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการทำธุรกรรมทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่เข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต และเรียนรู้การใช้แอปพลิเคชันต่างๆ บนมือถือ เพื่อป้องกันการถูกหลอกลวง การติดต่อกับลูกหลานที่อยู่ห่างไกล การเข้าถึงข่าวสารข้อมูล การเรียนรู้ตลอดชีวิตผ่านสื่อออนไลน์ ตลอดจนการทำธุรกรรมออนไลน์ต่าง ๆ

## สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	i
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์	5
3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
3.1 ดัชนีพดพพลัง (Active Ageing Index: AAI)	5
3.2 ระบบการดูแลในระยะยาว (Long-term Cares)	22
4. แนวคิดและแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา	55
4.1 การพัฒนาดัชนีพดพพลังระดับรายบุคคลของผู้สูงอายุไทย	55
4.2 แบบจำลองทางเศรษฐมิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล	60
5. ผลการศึกษา	63
5.1 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา	63
5.2 ผลการประมาณการแบบจำลอง Ordered logistic regression	67
6. บทสรุป และข้อเสนอแนะ	75

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ตัวชี้วัดดัชนีพหุพลังใน 4 มิติ	7
ตารางที่ 3.2 ความเชื่อมโยงระหว่างดัชนีพหุพลังและนโยบายสหภาพยุโรป	13
ตารางที่ 3.3 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในการสร้างดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุของงานศึกษาต่าง ๆ ที่น่าสนใจในประเทศไทย	30
ตารางที่ 3.4 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานศึกษาของ UNECE (2018)	31
ตารางที่ 3.5 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานศึกษาของสำนักงานสถิติ (2560)	38
ตารางที่ 3.6 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานศึกษาของพินิจ ฟ้าอำนาจ (2563)	40
ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบองค์ประกอบและตัวชี้วัดต่างๆ ที่ใช้ในการสร้างดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุของงานศึกษา UNECE (2019) และ อมรรัตน์ และ นฤมล (2562)	45
ตารางที่ 3.8 องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานศึกษาของอมรรัตน์ และ นฤมล (2562)	47
ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบตัวชี้วัดดัชนีพหุพลังในระดับมหภาคของ UNECE กับการพัฒนาดัชนีพหุพลังในระดับรายบุคคลที่ใช้ข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564	57
ตารางที่ 4.2 คำถามเสนอแนะสำหรับโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย เพื่อการพัฒนาดัชนีพหุพลังระดับรายบุคคลในอนาคต.....	59
ตารางที่ 5.1 ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักประชากรสำหรับตัวแปรที่แสดงลักษณะทางประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้	64
ตารางที่ 5.2 จำนวนประชากร และค่าเฉลี่ยดัชนี AAI รายหมวด จำแนกตามระดับการพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง..	66
ตารางที่ 5.3 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีดัชนีพหุพลังในแต่ละองค์ประกอบย่อย จำแนกตามระดับการพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
ตารางที่ 5.4 ผลการประมาณการระดับการพึ่งตนเอง (ค่า ADL) ด้วยแบบจำลอง Ordered Logit Regression โดยอาศัยข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย ปี 2564 สำหรับผู้มีอายุ 50-89 ปี.....	69
ตารางที่ 5.5 ผลการประมาณการระดับการพึ่งตนเอง (ค่า ADL) ด้วยแบบจำลอง Ordered Logit Regression โดยอาศัยข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย ปี 2564 จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	72

## สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 5.1 ADL Score of Thai older persons in 2021.....	65



## 1. หลักการและเหตุผล

โครงสร้างอายุประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยมีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด (Super-aged society) ค่อนข้างจำกัด จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยโดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสามหรือประมาณร้อยละ 32 ของประชากรไทยในอีกประมาณยี่สิบปี (พ.ศ.2583) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้จะส่งผลต่อรูปแบบการจัดสวัสดิการทางสังคม เนื่องจากความต้องการบริการทางสังคมของผู้สูงวัยมีลักษณะแตกต่างจากประชากรในวัยอื่นๆ และมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ เพศ ภูมิภาค และสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของครอบครัวและชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ดังนั้น ประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเอง การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้สูงอายุกับชุมชน บทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานเอกชนในพื้นที่ ตลอดจนกฎเกณฑ์และระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความต้องการด้านการดูแลของผู้สูงอายุในอนาคตมีความแตกต่างจากความต้องการของผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง จากการมีบุตรลดลงของครอบครัว ความสามารถของครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจึงถูกจำกัดลง ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว หรือ Long Term Cares (LTCs) ในอนาคตจึงต้องครอบคลุมมากกว่าการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยติดเตียงเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องจัดสรรบริการอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเตียงแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม อาทิ การไปจ่ายตลาด การไปพบแพทย์ การทำความสะอาดบ้าน การเตรียมอาหาร และอื่น ๆ

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) ได้ให้นิยาม ‘ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (LTCs)’ หมายถึง ความต้องการด้านการดูแลสำหรับบุคคลที่ต้องใช้เวลามากกว่าปกติ หรือต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic Activities of Daily Living: ADLs) อาทิ การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร ตลอดจนการลุกนั่งจากเตียงหรือเก้าอี้ เป็นต้น รวมถึงความต้องการช่วยเหลือในการใช้เครื่องมือเพื่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Instrumental of Activities of Daily Living: IADLs) เช่น การทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาหาร การช้อปปิ้ง และการเดินทาง เป็นต้น แต่ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยปัจจุบัน ยังเน้นด้านสาธารณสุขหรือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นหลัก การให้บริการด้าน ADLs และ IADLs จำกัดเฉพาะในครัวเรือนที่มีความพร้อม หรือมีฐานะดีพอที่จะซื้อบริการเอกชนได้ จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุในปี 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวันจะพึงพาลูกสาวมากกว่าลูกชาย สัดส่วนผู้สูงอายุที่พึงพาลูกสาวคิดเป็นร้อยละ 52 ของผู้สูงวัยทั้งหมด ภาระการดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่ต้องออกจากงานกลางคัน ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานทวีความรุนแรงขึ้น ขณะที่ขนาดครอบครัวที่เล็กลงทำให้ผู้สูงอายุในอนาคตสามารถพึ่งพาลูกหลานได้น้อยลง ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ของผู้สูงอายุในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 8.6 และ 10.4 ในปี

2545 2554 และ 2557 ตามลำดับ ความสามารถในการพึ่งพิงระบบครอบครัวที่มีแนวโน้มลดลงนี้ ทำให้ระบบสนับสนุนจากภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTCs) มีความจำเป็นมากขึ้นในการเตรียมพร้อมของประเทศ เพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด ที่ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี 2557 รายงานว่า ผู้สูงอายุไทยโดยส่วนใหญ่แล้วยังเป็นผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity Daily Living: ADL) ได้ด้วยตนเอง มีเพียงประมาณร้อยละ 2 ที่ไม่สามารถทำได้เลย งานศึกษาของ อ่าไพร์ตัน และคณะ (2561) และศุทธิตา และคณะ (2561) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวันมีความต้องการทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้ การดูแลผู้สูงอายุจึงควรขยายขอบเขตไม่จำกัดเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยติดเตียงแล้ว แต่ควรให้ความช่วยเหลือที่ครอบคลุมด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่ ให้สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุด ป้องกันหรือชะลอการเป็นผู้ป่วยติดเตียงออกไปให้นานที่สุด

จากประสบการณ์ของกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป (European Union : EU) ที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Absolute-aged society) แล้วก่อนประเทศไทย พบว่ากลุ่มประเทศ EU ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาว่าประชากรสูงวัยถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าที่ยังประโยชน์แก่ครอบครัว สังคม และประเทศได้ หากมีระบบเกื้อหนุนช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มที่ ระบบคุ้มครองทางสังคม หลักประกันรายได้ และหลักประกันสุขภาพที่รัฐบาลจัดสรรให้ ควรเป็นเพียงมาตรการเยียวยาสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางที่ต้องการความช่วยเหลือเท่านั้น หลายประเทศที่พัฒนาแล้วจึงมีนโยบายส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุที่เรียกว่า ‘พดฒพล้ง (Active Ageing)’ หรือ ‘พลังของผู้สูงอายุ’ โดยมุ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีให้สามารถทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกของสังคมทั้งในการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในฐานะพลเมืองของประเทศ (Civic engagement) การส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีให้สามารถทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายและสมรรถนะการทำงาน ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการใช้ทรัพยากรมนุษย์ของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงวัยมีชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยาม ‘พดฒพล้ง (Active Ageing)’ ว่าเป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อเสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ (Active Ageing is the process of optimizing opportunity for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age., WHO 2002) ในงานนี้ คณะกรรมการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Economic Commission for Europe: UNECE) ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาดัชนีชี้วัด Active Ageing Index (AAI) เพื่อเปรียบเทียบระดับความกระฉับกระเฉงของผู้สูงอายุนานาชาติ ประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรป ที่มีความแตกต่างกันในทางเศรษฐกิจและสังคม อาทิ ระดับการเติบโตทาง

เศรษฐกิจของประเทศ ระดับความเหลื่อมล้ำทางรายได้ โอกาสการมีงานทำ ตลอดจนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามช่วงวัยและเพศ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประเทศที่ประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงวัยผ่านองค์ประกอบต่างๆของดัชนี AAI เพื่อกำหนดนโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุในแต่ละด้านของแต่ละประเทศ โดยดัชนี AAI ของ UNECE มี 22 องค์ประกอบ สามารถจัดหมวดหมู่เป็น 4 หมวด คือ (1) การจ้างงาน (Employment) (2) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) (3) ความสามารถในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง (Independent, Healthy and Secure Living) และ (4) ปัจจัยส่งเสริมการสร้างพลัง (Capacity for Active Ageing) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ดัชนี AAI ของ UNECE เป็นดัชนีในระดับมหภาค ไม่สามารถบ่งชี้ปัญหาในระดับปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะความแตกต่างในแต่ละองค์ประกอบย่อยของดัชนี ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน Barslund et al. (2017) จึงได้เสนอแนวทางการวัดดัชนี AAI รายบุคคล เพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในรายละเอียด

การศึกษาในที่นี้ต้องการอาศัยแนวคิดดัชนี AAI ของ UNECE (2019) และของ Barslund et al. (2017) ในการพัฒนาดัชนี AAI ระดับบุคคลของผู้สูงอายุไทย เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าดัชนีตามช่วงอายุของผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะร่างกายต่างกัน และผลของดัชนี AAI ต่อความสามารถในการพึ่งตนเองในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการส่งเสริมการพัฒนาพลังของผู้สูงอายุตามช่วงอายุอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยติดเตียงของผู้สูงอายุ ขยายขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมมากกว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพียงอย่างเดียว และช่วยลดภาระของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วย การศึกษานี้อาศัยข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี 2564 ที่เป็นข้อมูลการสำรวจล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อการพัฒนาดัชนี AAI ของไทย และการศึกษาวิเคราะห์

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาไทย

ศุทธิดา ชวนวัน และคณะ (2561) “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนซึ่งมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่หลากหลายในสังคมไทย เพื่อประเมินความเข้มแข็งและความต้องการสนับสนุนของครัวเรือน” RDG60X0004 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร ISBN 1906-2869 [https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge\\_th\\_20162508144025\\_1.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20162508144025_1.pdf)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) (2558) “รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อยอายุยืน”

อำไพรัตน์ อักษรพรหม และคณะ (2561) “รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ ความสามารถพึ่งตนเองทางการเงินและความต้องการฐานความคุ้มครองทางสังคมของครอบครัวลำพังผู้สูงอายุและครอบครัวข้ามรุ่น” RDG60X002 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

### ภาษาอังกฤษ

Barslund, M., Von Werder, M. & Zaidi, A. (2017), Inequality in Active Ageing: Evidence from a New Individual-Level Index from European Countries. *Ageing and Society*, 39, 1-27. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001052>

United Nations Economic Commission (UNECE). (2018). *Active Ageing Index: Analytical Report*,

United Nations Economic Commission (UNECE). (2019). *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. Geneva: United Nations.WHO (2002)

World Health Organization (WHO). (2002). *Active Ageing: A policy Framework*. Geneva: World Health organization.

## 2. วัตถุประสงค์

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและประยุกต์ใช้ Active Ageing Index (AAI) เพื่อการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Cares: LTCs)” มีวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ

- 1) พัฒนาดัชนี Active Ageing Index (AAI) ระดับรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุไทย
- 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าดัชนี AAI ในรายองค์ประกอบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic Activities of Daily Living: ADLs) ของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ
- 3) กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุไทยตามช่วงอายุ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเป็นผู้ป่วยติดเตียง

## 3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้แบ่งออกเป็นสองส่วน **ส่วนที่หนึ่ง** เป็นการสำรวจงานศึกษาในต่างประเทศและในประเทศไทย ในเรื่องการสำรวจฐานข้อมูล และตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินภาวะพลัดพรังของผู้สูงอายุ รวมถึงทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดัชนีพลัดพรังในการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ **ส่วนที่สอง** เป็นการทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อแสวงหาแนวทางการออกแบบและพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวที่ส่งเสริมการสร้างศักยภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เพิ่มสูงขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความกระฉับกระเฉงกระปรี้กระเปร่า สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### 3.1) ดัชนีพลัดพรัง (Active Ageing Index: AAI)

กระบวนการเกี่ยวกับเส้นทางชีวิต (Life course) และนโยบายผู้สูงอายุ ได้มีจุดเปลี่ยนจากแนวคิดที่เชื่อว่าผู้สูงอายุต้องมีภาวะถดถอยและอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้ หลีกหนีจากสังคม มีโรคภัยไข้เจ็บ พิการและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองอย่างไม้อาจหลีกเลี่ยงได้ ที่นำมาซึ่งแนวปฏิบัติและนโยบายเกี่ยวกับการเกษียณอายุงาน เข้าสู่ระบบสวัสดิการสังคม และการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ มาสู่แนวคิดที่มองในเชิงบวกและเน้นที่กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จในการเข้าสู่วัยชรา หรือ ‘Successful aging’ โดยแนวคิดนี้มีจุดเริ่มต้นจากความเชื่อที่ว่า การเข้าสู่วัยชราและโรคภัยไข้เจ็บเป็นกระบวนการที่แยกจากกัน (Rowe and Khan, 1987) ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมการเข้าสู่ช่วงสูงวัยที่ประสบผลสำเร็จจึงเน้นที่การชะลอความเสื่อมถอย และการป้องกันการเกิดโรคภัยและความพิการจากโรคที่สามารถป้องกันได้ Rowe and Khan (1997) ได้เสนอองค์ประกอบสำคัญสามประการของความสำเร็จ ได้แก่ โอกาสเกิดโรคและความพิการจากโรคในระดับต่ำ สมรรถนะทางร่างกายและสมองในระดับสูง และมีความกระตือรือร้นในการใช้ชีวิต (Active engagement with life)

‘Successful aging’ นับได้ว่าเป็นวาทกรรมที่จุดประกายแนวคิดเชิงบวกของการเข้าสู่ช่วงสูงวัย ที่เน้นการมีสุขภาพที่ดี ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมที่เคยทำในช่วงวัยกลางคน และความสามารถในการสร้างผลิตผลของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามมีข้อโต้แย้งถึงข้อจำกัดของแนวคิดนี้ Foster and Walker (2021) กล่าวว่า Rowe and Khan ให้ความสำคัญในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต มากกว่าด้านสังคมและพฤติกรรม และการมีสุขภาพที่ดีตลอดตามช่วงอายุนับเป็นเป้าหมายที่บรรลุได้ยากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจากข้อมูลที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว ซึ่งนั่นเป็นการตีความได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการเข้าสู่วัยชราเพราะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ แนวคิดนี้ยังให้น้ำหนักในระดับบุคคล ทั้งเรื่องการความพยายาม การตัดสินใจของตนเอง และการดำเนินชีวิตที่จะบรรลุ ‘Successful aging’ แต่ละเลยปัจจัยทางสังคม และอุปสรรคจากปัจจัยเชิงโครงสร้างที่เกิดขึ้นตลอดเส้นทางชีวิต

จากความไม่ครอบคลุมในหลากหลายมิติของแนวคิด ‘Successful aging’ แนวคิด ‘Active aging’ หรือ ‘พดุมพลัง’ หรือการสูงอายุอย่างกระฉับกระเฉง จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมปัจจัยทั้งในระดับบุคคล ระดับสังคม และปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นพลวัต อีกทั้งยังมีได้เน้นเพียงด้านเศรษฐกิจ แต่มองในองค์รวม ได้แก่คุณภาพชีวิต สุขภาวะทางกายและใจ และการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ (Foster and Walker, 2015)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยาม ‘พดุมพลัง’ ว่าเป็นกระบวนการหรือการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในการสร้างโอกาสที่ดีที่สุดในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อเสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงวัย (WHO, 2002; p.12) โดยความหมายของ ‘Active’ หรือกระฉับกระเฉงนั้น หมายรวมถึง การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และกิจกรรมในฐานะพลเมืองของประเทศ ทั้งนี้ได้จำกัดความอยู่เพียงแค่การมีสุขภาพที่ดี หรือการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเท่านั้น หัวใจสำคัญมุ่งเน้นให้ประชากรสามารถมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาวะของตนเอง ทั้งในด้านกายภาพ สังคม และจิตใจ ตลอดช่วงชีวิต ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมตามความต้องการและความสามารถของตนเอง อีกทั้งยังจัดสรรความคุ้มครอง ความมั่นคง และการดูแลที่เพียงพอในยามที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งจากคำนิยามดังกล่าวจะพบว่าพดุมพลังมีองค์ประกอบด้วยกัน 3 ด้าน คือ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Health) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) ความมั่นคง (Security)

“ดัชนีพดุมพลัง” (Active Aging Index: AAI) เป็นดัชนีที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสังเกตการณ์ แสดงหลักฐาน และประเมินภาวะพดุมพลังของผู้สูงอายุ ที่ถูกนำไปใช้โดยผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการวางนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรบลุคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้ คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติในยุโรป (United Nations Economic Commission for Europe: UNECE) ได้พัฒนาดัชนีพดุมพลังเพื่อประเมินและเปรียบเทียบภาวะพดุมพลังผู้สูงอายุของประเทศสมาชิก โดย

ดัชนีพัฒนาพลังของ UNECE มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน จากตัวชี้วัดทั้งหมด 22 ตัว ซึ่งองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีงานทำ (Employment) 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation in society) 3) ด้านความสามารถในการพึ่งตนเอง สุขภาพและความมั่นคงในชีวิต (Independent, healthy and secured living) 4) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพัฒนาพลัง (Capacity and enabling environment for active aging) ตารางที่ 3.1 แสดงสรุปตัวชี้วัดในแต่ละด้าน

ตารางที่ 3.1 ตัวชี้วัดดัชนีพัฒนาพลังใน 4 มิติ

1) การมีงานทำ	2) การมีส่วนร่วมในสังคม	3) การพึ่งพาตนเอง สุขภาพ และความมั่นคงในชีวิต	4) สภาพแวดล้อมเอื้อต่อภาวะพัฒนาพลัง
อัตราการจ้างงาน (Employment rate) ช่วงอายุ 55-59 ปี	กิจกรรมอาสาสมัคร (Voluntary activities)	การออกกำลังกาย (Physical exercise)	อายุขัย ที่อายุ 55 ปี (Remaining life expectancy at age 55)
อัตราการจ้างงาน (Employment rate) ช่วงอายุ 60-64	การดูแลลูกและหลาน (Care to children and grandchildren)	การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Access to health services)	สัดส่วนของอายุขัยที่มีสุขภาพดี ที่อายุ 55 ปี (Share of healthy life expectancy at age 55)
อัตราการจ้างงาน (Employment rate) ช่วงอายุ 65-69	การดูแลผู้ป่วยและพิการ (Care to infirm and disable)	การอยู่อาศัยโดยไม่พึ่งพา (Independent living)	สุขภาพจิต (Mental health)
อัตราการจ้างงาน (Employment rate) ช่วงอายุ 70-74	การมีส่วนร่วมทางการเมือง (Political participation)	ความมั่นคงทางการเงิน (Financial security) (3 ตัวชี้วัด) ความปลอดภัยทางกายภาพ (Physical safety) การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning)	การใช้อุปกรณ์ ICT (Use of ICT) ความรู้สึกผูกพันกับสังคม (Social connectedness) ระดับการศึกษา (Educational attainment)

ที่มา: UNECE (2019)

UNECE (2019) รายงานข้อมูลดัชนีพัฒนาพลัง ของกลุ่มประเทศ EU จำนวน 28 ประเทศ ในช่วงปี 2008 - 2016 โดยใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์แนวโน้มตามเวลา วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างประเทศและระหว่าง

กลุ่มคลัสเตอร์<sup>1</sup> วิเคราะห์ในแต่ละด้านองค์ประกอบ รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีพัฒนาพลังและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ต่อประชากร ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ และความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น

จากข้อมูลระดับกลุ่มประเทศ EU ในปี 2016 ดัชนีพัฒนาพลังมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าคะแนนปี 2008 ดัชนีมีการขยายตัวในช่วงเวลานี้แต่มีขนาดการขยายตัวที่แตกต่างกันไปในแต่ละคลัสเตอร์ โดยมีการแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 คลัสเตอร์ ได้แก่ 1) คลัสเตอร์สีเขียว (กลุ่มประเทศยุโรปตอนกลาง และแถบเมดิเตอร์เรเนียน): มีปัญหาในทุกด้านองค์ประกอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการมีส่วนร่วมในสังคม 2) คลัสเตอร์สีแดง (กระจายในทวีปยุโรป และหมู่เกาะเมดิเตอร์เรเนียน): มีปัญหาในด้านการจ้างงานในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย 3) คลัสเตอร์สีน้ำเงิน (กระจายอยู่ทั่วไป): มีการจ้างงานที่ดี แต่มีคะแนนในด้านอื่นต่ำ โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และ 4) คลัสเตอร์สีเหลือง (กลุ่มประเทศนอร์ดิก): มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยในทุกๆ ด้าน ยกเว้นด้านการพึ่งพาตนเอง ที่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยไม่มากนัก ซึ่งจากการวิเคราะห์ในลักษณะนี้ ทำให้สามารถแยกแยะลักษณะเฉพาะหรือปัญหาเฉพาะของแต่ละกลุ่มประเทศ ที่จำเป็นต้องวางกรอบนโยบายเพื่อจัดการแก้ไข เช่น ปัญหาตลาดแรงงานของผู้สูงอายุ หรือปัญหาภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของคะแนนระหว่างเพศชายและหญิง โดยพบว่าเกือบทุกประเทศ<sup>2</sup> เพศชายมีคะแนนสูงกว่าเพศหญิงในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการจ้างงาน ยกเว้นเพียงด้านการมีส่วนร่วมในสังคมที่เพศหญิงมีคะแนนสูงกว่า และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีพัฒนาพลังและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างดัชนีพัฒนาพลัง กับปัจจัยรายได้ต่อประชากร และความพึงพอใจในชีวิต ในขณะที่มีความสัมพันธ์ทางลบ (ในระดับนัยสำคัญที่ต่ำ) กับความเหลื่อมล้ำทางรายได้ นอกจากนี้ UNECE ยังได้วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของภาวะพัฒนาพลังในบางประเทศ ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาและเพศ ส่งผลต่อภาวะพัฒนาพลัง โดยเพศชายและผู้มีการศึกษาสูง จะมีคะแนนที่สูงกว่า

แม้ว่าดัชนีพัฒนาพลังสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือติดตาม สังเกตการณ์ และเป็นหลักฐานอ้างอิงเพื่อใช้ในการวางแผนนโยบายผู้สูงอายุ แต่ดัชนีซึ่งแสดงผลในระดับภาพรวม จึงอาจไม่สามารถชี้ให้เห็นถึงปัญหาในระดับบุคคล โดยเฉพาะประเด็นความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นภายในประเทศ Barslund et al. (2017) ได้เสนอการวัดภาวะพัฒนาพลังในระดับบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องความเหลื่อมล้ำที่ผู้สูงอายุได้ประสบมา ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายแก้ไขในเรื่องนี้ โดยใช้ข้อมูล the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) ปี 2013 ในการสร้างดัชนีในระดับบุคคล ของ 13 ประเทศในสหภาพยุโรป โดยขั้นตอนการจัดทำดัชนีจำเป็นต้องมีการปรับข้อมูลจากระดับมหภาค (เช่น อัตราการจ้างงาน หรือสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมทางการเมือง เป็นต้น) เป็นระดับบุคคล โดยใช้ระบบ 0/1 เช่นในกรณีการจ้างงาน คะแนน 1 หากผู้ตอบคำถามอยู่

<sup>1</sup> มีการจัดกลุ่มประเทศเป็นคลัสเตอร์ ตามคะแนนดัชนีที่มีลักษณะหรือปัญหาใกล้เคียงกัน

<sup>2</sup> ยกเว้นประเทศ เอสโตเนีย ฟินแลนด์ และ ฝรั่งเศส



ในตลาดแรงงาน และ 0 หากไม่อยู่ในตลาดแรงงาน เป็นต้น นอกจากนี้ตัวชี้วัดบางตัวที่มีได้ในฐานข้อมูล SHARE ก็จำเป็นต้องใช้ตัวแทนที่ใกล้เคียง Barlund et al. แบ่งกลุ่มศึกษาเป็นสามกลุ่มอายุ ได้แก่ 1) 55 – 64 ปี 2) 65 – 74 ปี และ 3) 75 ปีขึ้นไป และแบ่งกลุ่มตามเพศ รวมทั้งคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Gini เพื่อบ่งชี้ความเหลื่อมล้ำ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีค่าดัชนีสูงสุดคือ กลุ่มอายุที่ 1) ของประเทศสวีเดน ขณะที่กลุ่มอายุที่ 3) ของประเทศสเปน อิตาลี และเอสโตเนีย มีคะแนนต่ำที่สุด และเมื่อแยกค่าดัชนีตามเพศและกลุ่มอายุ พบความแตกต่างที่กว้างขึ้นระหว่างกลุ่มที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ชาวสวีเดนเพศชายในกลุ่มอายุที่ 1) และกลุ่มที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ชาวอิตาลีและสเปนเพศหญิงในกลุ่มอายุที่ 3) และเมื่อพิจารณาในด้านความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศ พบว่าผู้หญิงมีคะแนนต่ำกว่าเพศชายประมาณร้อยละ 10 โดยกลุ่มที่มีความเหลื่อมล้ำสูงที่สุดคือ กลุ่มอายุที่ 1) ของประเทศสเปน ซึ่งเพศหญิงมีคะแนนต่ำกว่าเพศชายถึงร้อยละ 20 ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำคือการมีงานทำ ซึ่งปัจจัยนี้ส่งผลน้อยลงในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น

นอกจากนี้ Barlund et al. รายงานข้อค้นพบที่น่าสนใจว่า ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยดัชนีพดพลง ในระดับบุคคลและความเหลื่อมล้ำของค่าดัชนีเป็นไปในทิศทางลบ โดยความสัมพันธ์ทางลบนี้นพบในทุกกลุ่มอายุ (และชัดเจนมากที่สุดในกลุ่มอายุที่ 1) และในทั้งสองเพศ ทั้งนี้ Barlund et al. ได้ทดสอบเพื่อยืนยันด้วยว่า แม้จะกำจัดอิทธิพลของระดับรายได้แล้วยังคงพบความสัมพันธ์เชิงลบนี้นี้ หมายความว่าประเทศที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีพดพลงสูงจะพบปัญหาความเหลื่อมล้ำของดัชนีพดพลงระดับบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ประเทศที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีพดพลงต่ำ จะประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำของดัชนีพดพลงระดับบุคคลในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการดำเนินนโยบายผู้สูงอายุของประเทศนั้นๆ

Steinmayr et al. (2020) ได้ต่อยอดพัฒนาดัชนีพดพลงระดับบุคคลจากงานของ Barlund et al. (2017) โดยอาศัยข้อมูล SHARE และเรียกว่าดัชนี “SHARE-AAI” โดยมีการคำนวณดัชนีย่อยในมิติต่างๆ แล้วประกอบเป็นดัชนีพดพลง ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ในระดับระหว่างประเทศ และวิเคราะห์ในระดับบุคคล ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันภายในประเทศ งานศึกษานี้ให้ความสนใจในประเด็นความแตกต่างของภาวะพดพลงที่เนื่องจากเพศ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนดัชนีรวมต่ำกว่าเพศชาย แต่ไม่ต่ำกว่าในทุกๆ ด้าน ซึ่งมิติที่มีคะแนนต่ำกว่าได้แก่ สุขภาพกาย การเรียนรู้ตลอดชีวิต รายได้ และการมีงานทำ ในขณะที่มีเพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าในด้านเครือข่ายสังคม การมีส่วนร่วมในสังคม และความสามารถ<sup>3</sup> ซึ่งการใช้ข้อมูลใน

---

<sup>3</sup> หมายถึงความสามารถทางด้านสมองในการรับรู้และตัดสินใจ ได้แก่ทักษะการคำนวณ การเขียน การอ่าน และรวมถึงทักษะทางกายภาพ เช่นสายตา และการได้ยิน

ระดับบุคคลนี้ช่วยให้การประเมินภาวะพหุพลังในมิติต่างๆ มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และข้อค้นพบเหล่านี้มีประโยชน์ในการ วิเคราะห์ในเชิงลึกเพื่อหาแนวนโยบายที่เหมาะสมต่อไป

### ○ นโยบายเสริมสร้างภาวะพหุพลัง

Foster and Walker (2015) กล่าวว่าจากความสำเร็จหลายของแนวคิด ‘Successful aging’ นโยบายของผู้สูงอายุช่วงทศวรรษที่ 90 ของกลุ่มสหภาพยุโรปสะท้อนแนวคิดนี้ ซึ่งเน้นในเรื่องความสามารถในการสร้างผลผลิตของผู้สูงอายุ ประจวบเหมาะกับประเด็นปัญหาสังคมสูงวัยที่กลุ่มประเทศสหภาพยุโรปกำลังเผชิญ ได้แก่ การลดจำนวนประชากรวัยแรงงาน รายจ่ายของระบบบำนาญและการจัดหารายได้ ความต้องการดูแลที่เพิ่มขึ้น และความแตกต่างด้านทรัพยากรและความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ดังนั้นนโยบายในช่วงนั้น เช่น Towards A European for All Ages (European Commission, 1999) ที่เน้นไปที่การจ้างงานของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเป้าเพิ่มอัตราการจ้างงานของผู้สูงอายุ เลื่อนอายุเกษียณ และต่อสู้กับการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในที่ทำงาน เป็นต้น จากการมุ่งเน้นในเรื่องการจ้างงานในระบบ จนละเลยกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำงานแบบไม่ได้รับค่าจ้าง และไม่ให้ความสำคัญกับงานช่วยเหลือสังคมอื่นๆ ที่คนเหล่านี้สามารถทำได้ และมีความเป็นไปได้ว่าแนวคิดนี้ส่งผลต่อการวางนโยบายในลักษณะที่เน้นความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และจัดสรรทรัพยากรไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ (Foster and Walker, 2021; p.4)

ในทางตรงข้ามกับแนวคิดในของ ‘Successful aging’ ที่ให้ค่ากับความสำเร็จในด้านสุขภาพ และสมรรถภาพในการทำงาน แนวคิดพหุพลังมองว่า แม้ผู้สูงอายุจะเกิดความสูญเสียในชีวิต เช่น เจ็บป่วย หรือพิการ แต่นั่นไม่ได้ปิดกั้นให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นประสบผลสำเร็จในการสร้างโอกาสให้กับตนเอง และไม่บ่อนทำลายพลังขับเคลื่อนในตัวของผู้สูงอายุ (Principi et al, 2021; p.2) อีกทั้งการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงนั้น สามารถเป็นได้ภายใต้ข้อจำกัดของตนเอง มิใช่ตามมาตรฐานที่กำหนดโดยผู้อื่น (Foster and Walker, 2021; p.4)

แนวคิดพหุพลังได้รับการยอมรับในวงการวิชาการ และกลายเป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายของหลากหลายประเทศ กระนั้นนโยบายผู้สูงอายุในช่วงทศวรรษที่ 2000 ยังคงเน้นที่การจ้างงาน หรือความสามารถในการสร้างผลผลิตของผู้สูงอายุ ดังเห็นได้จากนโยบาย the Lisbon Strategy<sup>4</sup> ที่วางเป้าหมายเพิ่มการจ้างงานกลุ่มผู้มีอายุ 55 – 64 ร้อยละ 50 ภายในปี 2010 และ EU Aging Report ในปี 2009 ที่ยังคงเน้นนโยบายการเพิ่มอายุเกษียณ จำกัดการเข้าถึงมาตรการเกษียณอายุที่กำหนด และการเชื่อมโยงที่มากขึ้นระหว่างการสะสมเข้ากองทุนบำนาญและการรับผลประโยชน์จากบำนาญ เพื่อกระตุ้นให้ยังคงอยู่ในตลาดแรงงาน (Walker, 2009)

ทว่านับตั้งแต่ปี 2010 แนวนโยบายผู้สูงอายุของสหภาพยุโรป เริ่มปรากฏความสอดคล้องกับแนวคิด Active Ageing ของ WHO ซึ่งเริ่มต้นจากการออกมาตรการสนับสนุนความกระฉับกระเฉงของผู้สูงวัยในหลายมิติ

<sup>4</sup> [https://ec.europa.eu/employment\\_social/eie/chap1-5-2\\_en.html](https://ec.europa.eu/employment_social/eie/chap1-5-2_en.html)

ได้แก่ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การทำงานจิตอาสา และการปฏิบัติต่อกันระหว่างรุ่น (intergenerational practice) เพื่อเชื่อมโยงกันระหว่างรุ่น และในปี 2012 คณะกรรมาธิการด้านเศรษฐกิจเพื่อยุโรปขององค์การสหประชาชาติ (UNECE) ร่วมกับคณะกรรมาธิการยุโรป (European Commission) ได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีพหุผลผลิต เพื่อเป็นเครื่องมือในการวัดความกระฉับกระเฉงของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมในมิติต่าง ๆ ได้แก่ การจ้างงาน (Employment) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ความสามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิต (Independent, Healthy and Secure Living) และปัจจัยส่งเสริมการสร้างพหุผลผลิต (Capacity for Active Ageing) ซึ่งดัชนีพหุผลผลิตนี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการสร้างนโยบายส่งเสริมภาวะพหุผลผลิต เพื่อเฝ้าสังเกต และประเมินผลที่ได้จากการดำเนินนโยบาย ภายใต้บริบทการปกครอง เศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันของประเทศในสหภาพยุโรป (Principi et al, 2021)

แม้หลักการของดัชนีพหุผลผลิตจะเป็นที่ยอมรับว่าเป็นดัชนีที่ครอบคลุมในหลากหลายมิติของชีวิตผู้สูงอายุ กระนั้นยังมีความท้าทายในเรื่องการสร้างดัชนี ที่รวมถึงการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูลในการสร้างตัวชี้วัด ที่อาจตกลงและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และปัญหาการให้น้ำหนักในตัวชี้วัดต่างๆ ที่อาจส่งผลให้ดัชนีมิได้สะท้อนความเป็นจริง (Foster and Walker, 2021; p.7) อย่างไรก็ตาม ดัชนีพหุผลผลิตสามารถแสดงข้อมูลเชิงเปรียบเทียบระดับความกระฉับกระเฉงของผู้สูงอายุนานาชาติในสหภาพยุโรป ดังรายงาน UNECE (2019) เสนอข้อค้นพบถึงความแตกต่างในเชิงพื้นที่ โดยกลุ่มประเทศนอร์ดิก มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มประเทศอื่นในทุก ๆ มิติ ในขณะที่กลุ่มประเทศยุโรปตอนกลาง และแถบเมดิเตอร์เรเนียน มีปัญหาในทุกๆ ด้าน เป็นต้น นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศ โดยเพศชายมีคะแนนสูงดัชนีกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในมิติการจ้างงาน และความสามารถในการพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิต ความเหลื่อมล้ำนี้เกี่ยวเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมของการจ้างงานในช่วงชีวิตก่อนวัยเกษียณ ซึ่งมาส่งผลต่อรายได้ของผู้สูงอายุเพศหญิง (Foster and Walker, 2021; p.7)

ในการวางนโยบายผู้สูงอายุนั้น ต้องคำนึงถึงความหลากหลายในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ให้ค่าและมีเป้าหมายในแต่ละมิติของพหุผลผลิตที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับค่านิยมและขนบธรรมเนียม (Timonen, 2016 อ้างใน Principi et al., 2021) เช่น หากต้องการส่งเสริมภาวะพหุผลผลิต ในบางพื้นที่ที่การมีงานทำคือคำตอบ ในขณะที่ในบางพื้นที่ การดูแลลูกหลานในครอบครัว หรือการทำงานจิตอาสา อาจส่งผลดีกว่า ดังนั้นการวางนโยบายในระดับพื้นที่ จำเป็นต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบภายในอย่างถี่ถ้วนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งดัชนีพหุผลผลิตสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการนี้ได้ (Principi et al, 2021) แม้สหภาพยุโรปจะมีการใช้ดัชนีในการวัดภาวะพหุผลผลิตของประเทศสมาชิก และมีการนำไปใช้วัดในระดับท้องถิ่นในบางประเทศ เช่น โปแลนด์ สเปน และเยอรมัน แต่การเชื่อมโยงดัชนีสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะนับว่าเป็นความท้าทายของผู้กำหนดนโยบาย (เช่น Foster and Walker, 2021; Principi et al., 2021; Barrios et al., 2020; UNECE, 2019 เป็นต้น)

UNECE (2019) รายงานความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลที่ได้จากดัชนีพหุคูณพลังและกรอบนโยบายของสหภาพยุโรปที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งได้แก่ the European Semester (ES) และ the Madrid International Plan of Action on Ageing and Regional Implementation Strategy (MIPAA/RIS) ซึ่งเป็นกรอบนโยบายสำหรับ 56 ประเทศในทวีปยุโรปภายใต้ UNECE โดยกรอบนโยบาย ES ใช้เพื่อเฝ้าสังเกตเป็นรอบรายปีและเพื่อผสานแนวนโยบายทางด้านเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการเริ่มจากประเมินแผนงานของรัฐบาล โดยเน้นในประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญจากข้อมูลในปีที่ผ่านมา ไปสู่ข้อเสนอแนะเฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละประเทศ (Country-specific recommendations: CSRs) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของอันดับความสำคัญที่กำหนดโดยสหภาพยุโรป จากนั้นข้อเสนอแนะจะผ่านเข้าคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป (European Council) ก่อนรับนำไปดำเนินการในรอบ 12 – 18 เดือนข้างหน้า ซึ่งนโยบายจาก ES นี้ครอบคลุมเฉพาะ 28 ประเทศสหภาพยุโรป และมีเป้าหมายหลักในด้านการจ้างงาน การขยายตัวเศรษฐกิจ และการคลัง แต่ยังคงมีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม และสังคมด้วย แต่เนื่องจากการดำเนินนโยบายรายปี จึงเน้นนโยบายแก้ปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้ การดำเนินนโยบายตามการจัดอันดับความสำคัญของปัญหา ส่งผลให้ปัญหาผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากมิได้มีอันดับความสำคัญอันดับต้น ดังเช่นกรณีของประเทศกรีซ ที่การแก้ไขปัญหาหนี้และการคลังสาธารณะถูกจัดเป็นอันดับความสำคัญที่สุด ดังนั้น สถานการณ์ผู้สูงอายุจึงมิได้รับการประเมินหรือมีนโยบายดำเนินการภายใต้กรอบนโยบาย ES นี้ จนกระทั่งถึงปี 2018 – 2019 (UNECE, 2019; p.48) ในขณะที่ MIPAA/RIS ครอบคลุมจำนวนประเทศมากกว่า และมีจุดเน้นด้านนโยบายผู้สูงอายุ โดยเป็นการดำเนินนโยบายช่วงละ 5 ปี เริ่มตั้งแต่ปี 2002 โดยที่สมาชิก UNECE ตกลงกันว่าจะดำเนินนโยบาย MIPAA/RIS ให้สอดคล้องกับพันธสัญญา 10 ประการ ตารางที่ 3.2 แสดงพันธสัญญาข้อ 2 – 9 ที่มีความเชื่อมโยงกับ 4 มิติของดัชนีพหุคูณพลัง

### ตารางที่ 3.2 ความเชื่อมโยงระหว่างดัชนีพัฒนาพลังและนโยบายสหภาพยุโรป

พันธสัญญาของ MIPAA/RIS 2017	มิติของดัชนีพัฒนาพลัง			
	การมีงานทำ	การมีส่วนร่วมในสังคม	การพึ่งพาตนเอง สุขภาพและความ มั่นคงในชีวิต	สภาพแวดล้อมเอื้อต่อ ภาวะพัฒนาพลัง
2. การบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ		x		
3. ความเท่าเทียมและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน			x	
4. ปรับระบบการคุ้มครองทางสังคม	x			
5. ตลาดแรงงานที่ตอบสนอง	x			x
6. การเรียนรู้ตลอดชีวิตและการศึกษา			x	x
7. คุณภาพชีวิต การพึ่งพาตนเอง สุขภาพและความอยู่ดีมีสุข			x	x
8. การบูรณาการประเด็นเพศสถานะ (Mainstreaming gender)	x	x	x	x
9. สนับสนุนการดูแลโดยครอบครัว และความสัมพันธ์ของประชากรต่างรุ่น		x		

ที่มา: UNECE (2019) หน้า 49

UNECE (2019) ได้เชื่อมโยงข้อมูลดัชนีพัฒนาพลัง ปี 2018 นโยบาย ES-CSRS 2018 และ MIPAA/RIS รอบปี 2012 – 2017 ของ 28 ประเทศสหภาพยุโรป เพื่อชี้ให้เห็นถึงประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการสังเกตการณ์และดำเนินนโยบายแล้ว และประเด็นที่ยังไม่ได้รับการดูแลซึ่งควรได้รับการพิจารณาดำเนินการในแผนนโยบายรอบต่อไป ซึ่ง UNECE พบว่าจากข้อมูลดัชนีพัฒนาพลังของประเทศต่างๆ บ่งชี้ปัญหาสำคัญในสองมิติคือการจ้างงาน และการมีส่วนร่วมในสังคม แต่พบว่านโยบาย ES-CSRs เน้นแก้ปัญหาด้านการจ้างงาน และด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเอง แต่ในขณะที่ MIPAA/RIS เน้นที่พันธสัญญาข้อ 4 5 และ 7 ซึ่งมีได้ตอบโจทย์ปัญหาการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากดัชนีพัฒนาพลังที่พบปัญหาช่องว่างระหว่างเพศ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญภายใต้มิติการจ้างงาน กลับมิได้ถูกกล่าวถึงภายใต้กรอบนโยบายทั้งสอง (UNECE, 2019; p.54)

ข้อมูลจากตัวชี้วัด 22 ตัว ของดัชนีพัฒนาพลัง ยังเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สามารถนำมาใช้ในการวางนโยบายในระดับประเทศหรือระดับพื้นที่ ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น มิติการจ้างงานที่พบว่าในบางประเทศ ปัญหาการจ้างงานเริ่มตั้งแต่ช่วงอายุ 55 – 59 ปี ในขณะที่บางประเทศเริ่มหลังจาก 60 ปี หรือบางประเทศที่มี

คะแนนมิติการพึ่งพาตนเองในระดับต่ำ เนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพ จากการขาดการออกกำลังกายและการเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพ ในขณะที่บางประเทศเกิดจากการขาดความปลอดภัยทางกายภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ แม้ประเทศที่มีค่าดัชนีพัฒนาพลังสูง ยังสามารถใช้ประโยชน์จากรายละเอียดของตัวชี้วัดในการช่วยชี้ประเด็นปัญหา ให้เด่นชัดขึ้น เช่น ประเทศเดนมาร์ค และสหราชอาณาจักร ซึ่งอยู่ในกลุ่มคลัสเตอร์สีเหลืองคือ มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยในทุกๆ มิติ แต่มีค่าตัวชี้วัดเรื่องการดูแลบุตรหลานในครัวเรือนในระดับที่ต่ำมาก แม้ว่าการดูแลบุตรหลาน จะสะท้อนการลักษณะทางวัฒนธรรมและการจัดสรรสวัสดิการโดยภาครัฐ แต่จากข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากของทั้งสองประเทศ ไม่ดูแลลูกหลานแม้จะเพียง 1 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งนั่นสะท้อนถึงการแบ่งแยก และขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างรุ่นอายุ และอาจหมายถึงการขัดขวางและบั่นทอนโอกาสที่จะมีภาวะพัฒนาพลังที่ดีขึ้น (UNECE, 2019; p.57)

UNECE ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ดัชนีพัฒนาพลังเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้จริง ในการประเมินและสังเกตการณ์การเปลี่ยนแปลง โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวาง ที่แสดงความเหมือนและแตกต่างของแต่ละกลุ่มประเทศหรือพื้นที่ และการวิเคราะห์แนวโน้ม ในการเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้วางนโยบาย อย่างไรก็ตามค่าดัชนีพัฒนาพลังนับเป็นเพียง ‘การวัดระดับของภาวะพัฒนาพลัง’ ที่ปรากฏอยู่ในระดับมหภาค ซึ่งมีได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความชอบและความต้องการของผู้สูงอายุในระดับบุคคล ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการกำหนดนโยบาย UNECE เสนอว่าการวางนโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงผู้มีส่วนได้เสียหลักในสังคม ในการวิเคราะห์และประเมินผล ซึ่งนั่นเป็นการเปิดโอกาสให้พิจารณาถึงความหลากหลายทั้งในแง่ของระดับบุคคลและความหลากหลายทางวัฒนธรรม และยังเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการกำหนดระดับความสำคัญของเป้าประสงค์ (UNECE, 2019; p.62)

ถึงแม้ว่ารัฐสภาคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรปจะเป็นผู้วางหลักการ และ ES-CSRs เป็นผู้จัดลำดับความสำคัญและกรอบนโยบายส่งเสริมภาวะพัฒนาพลัง แต่ยุทธศาสตร์และการดำเนินนโยบายอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเพื่อประสบความสำเร็จนั้น เป็นความรับผิดชอบของแต่ละประเทศ Sowa-Kofta et al. (2021) ได้ศึกษาการดำเนินนโยบายของ 8 ประเทศในสหภาพยุโรป ที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านคะแนนดัชนีพัฒนาพลัง ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ได้แก่ประเทศ ออสเตรีย ฝรั่งเศส เยอรมนี อิตาลี ลิทัวเนีย เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสวีเดน พบว่าทุกประเทศให้นโยบายส่งเสริมภาวะพัฒนาพลังเป็นวาระสำคัญของประเทศ อย่างไรก็ตาม มีจำนวนครั้งหนึ่งที่ได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์และมีการนำดำเนินนโยบายแล้ว (ประเทศออสเตรีย โปแลนด์ เยอรมนี และสวีเดน) ส่วนประเทศที่เหลือยังอยู่ในขั้นอภิปรายการจัดทำนโยบายเฉพาะเพื่อส่งเสริมภาวะพัฒนาพลัง ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมภาวะพัฒนาพลังเป็นขั้นตอนที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ และขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละประเทศด้วย แม้ว่าจะมีความแตกต่างในด้านต่าง ๆ กระนั้นแต่ละประเทศกลับมีแนวปฏิบัติที่ดีและนวัตกรรมในการดำเนินส่งเสริมภาวะพัฒนาพลัง (Sowa-Kofta et al., 2021; p.91)

Sowa-Kofta et al. กล่าวว่านโยบายของหลายประเทศเน้นด้านสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข (อิตาลี ฝรั่งเศส เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ และสวีเดน) สะท้อนถึงแนวคิดที่ว่า เมื่ออายุสูงขึ้นจำเป็นต้องใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น เพราะความอ่อนแอ ความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ ทว่าในบางประเทศได้เริ่มมีความพยายามในการเปลี่ยนจุดเน้นจากด้านสุขภาพ ไปสู่มิติอื่นของภาวะพหุพลัง เช่น การเรียนรู้ตลอดชีวิต (เช่น ลิทัวเนีย) กิจกรรมและการมีส่วนร่วมในสังคม (เช่น โปแลนด์) หรือการสร้างความรู้ในเรื่องความจำเป็นของนโยบายที่เน้นเรื่องผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี เป็นต้น

อนึ่ง วิกฤตโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล และสังคมโดยรวม ซึ่งแน่นอนว่าส่งผลกระทบต่อ การดำเนินนโยบายและกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมภาวะพหุพลัง การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 ได้บั่นทอนผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ ด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเองและศักดิ์ศรี และการมีส่วนร่วมในสังคม (Sidorenko, 2021) Sowa-Kofta et al. (2019) รายงานว่าจากข้อมูล 8 ประเทศที่ศึกษา พบว่าโควิด 19 ส่งผลมากในเรื่อง ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ปัญหาความโดดเดี่ยว และพบปัญหาการเหยียดอายุในรูปแบบใหม่ ซึ่งโดยรวมแล้ววิกฤตโควิด 19 เป็นตัวตอกย้ำแนวคิดเรื่องความอ่อนแอ เปราะบาง และภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม วิกฤตโควิด 19 กลับส่งผลดีต่อแนวปฏิบัติและนโยบายผู้สูงอายุด้วย ดังเห็นได้จาก การใช้นวัตกรรมเข้ามาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในประเทศอิตาลีและเนเธอร์แลนด์ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และสามารถเข้าถึงเทคโนโลยี ของประเทศเยอรมนีและโปแลนด์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสภาวะการณโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งอยู่ภายใต้มาตรการมีส่วนร่วมทางสังคม ได้รับการยกระดับความสำคัญในการกำหนดนโยบายพหุพลังในหลายประเทศ

โดยสรุปแล้วพบว่าแนวนโยบายผู้สูงอายุที่ปรากฏในปัจจุบัน ยังคงเป็นการคู่ขนานระหว่างนโยบายที่สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างผลผลิตของผู้สูงอายุ และนโยบายที่มองในหลากหลายมิติของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพหุพลัง (Foster and Walker, 2021; Principi et al, 2021; Sidorenko, 2021; Sowa-Kofta et al, 2019; UNECE, 2019; Walker, 2009) อย่างไรก็ตามการดำเนินนโยบายผู้สูงอายุที่เหมาะสมนั้นมิได้มีรูปแบบที่ตายตัวหรือมีรูปแบบใดที่ดีที่สุด นโยบายและแนวปฏิบัติจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและการปกครอง และจำเป็นต้องได้รับประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับให้เหมาะสมและสามารถตอบรับกับความท้าทายต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญอย่างเป็นพลวัต

#### ○ การวัดดัชนีพหุพลังของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย พบว่างานศึกษาส่วนใหญ่ที่พัฒนาดัชนีพหุพลังตามกรอบแนวคิดขององค์กรอนามัยโลก ซึ่งองค์ประกอบหลักของภาวะพหุพลังมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง

และในช่วงเวลาต่อมาได้มีการเพิ่มองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพหุพลังตามแนวทางของ UNECE ดังนั้นการวัดดัชนีพหุพลังของประเทศไทยจึงมีทั้งสองรูปแบบ

หนึ่งในงานศึกษาบุกเบิกในเรื่องนี้ ได้แก่ Thanakwang and Soonthornhdhada (2006) ได้สร้างดัชนีพหุพลัง ด้วยการใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่จัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยดัชนีประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้านตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก คือ 1) ด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดประกอบไปด้วย การประเมินสุขภาพกาย การประเมินสุขภาพจิต ความพิการ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และการออกกำลังกาย 2) ด้านการมีส่วนร่วม ตัวชี้วัดประกอบไปด้วย การทำงาน การมีส่วนร่วมในครอบครัว การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกลุ่มหรือชุมชน และ 3) ความมั่นคง ตัวชี้วัดประกอบไปด้วย รายได้ ความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สถานะความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย และความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ซึ่งตัวชี้วัดรวมกันทั้งหมดมี 15 ตัว (ตารางที่ 2.3) ผลจากการศึกษาพบว่า ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในปี 2545 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง<sup>5</sup> ขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 23 มีภาวะพหุพลังอยู่ในระดับต่ำ และมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีภาวะ พหุพลังอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และภาวะพหุพลังจะลดลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น แต่จะแปรผันตามระดับการศึกษา

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบภาวะพหุพลังทั้ง 3 ด้าน พบว่าด้านการมีส่วนร่วมมีคะแนนต่ำที่สุด สาเหตุเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมทำกิจกรรมกับสังคมภายนอก ส่วนผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพข้าราชการหรือพนักงานเอกชนจะมีภาวะพหุพลังสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ ขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร หรืออาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีภาวะพหุพลังด้านสุขภาพและด้านความมั่นคงสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ แต่จะมีภาวะพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมต่ำกว่า ทั้งนี้ในช่วงเวลาต่อมา กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553)<sup>6</sup> ได้ประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 ผลการศึกษาพบว่าภาวะพหุพลังลดลงจากช่วงเวลาก่อนหน้า สาเหตุเนื่องจากองค์ประกอบด้านความมั่นคง โดยเฉพาะดัชนีชี้วัดด้านรายได้และความพอเพียงของรายได้ลดลง โดยดัชนีดังกล่าวในปี พ.ศ. 2550 ลดลงจาก พ.ศ. 2545 เป็นอย่างมาก

<sup>5</sup> งานศึกษาส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนพหุพลังตามเกณฑ์การบางระดับคะแนนของการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติเพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถจำแนกคะแนนได้เป็น 3 ระดับคือ 0.000 ถึง 0.499 คะแนน หมายถึงระดับต่ำ, 0.500 ถึง 0.799 คะแนน หมายถึงระดับ ปานกลาง และ 0.800 ถึง 1.000 คะแนน หมายถึงระดับสูง

<sup>6</sup> องค์ประกอบและตัวชี้วัดของงานศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553) เหมือนกับ Thanakwang and Soonthornhdhada (2006) แตกต่างกันเพียงแค่ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเท่านั้น



ขณะที่ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น (2555) ได้นำแนวคิดพหุพลังขององค์กรอนามัยโลกมาเชื่อมโยงกับ แนวคิด การปันผลทางประชากรครั้งที่ 2 (Second Demographic Dividend) กล่าวคือ หากผู้สูงอายุในประเทศมี ระดับพหุพลังในระดับสูง ทั้งทางด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง ก็จะสามารถนำเอาองค์ความรู้ ประสบการณ์ และศักยภาพของผู้สูงอายุกลับคืนสู่ระบบเศรษฐกิจได้ และทำให้ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระพึ่งพิงทาง เศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ดัชนีพหุพลัง ของงานศึกษานี้ยังคงประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลักเหมือนงานศึกษาก่อนหน้าและมี 16 ตัวชี้วัด แต่มีตัวชี้วัดการ มองเห็น การได้ยิน ความรู้สึกไม่มีคุณค่า ความรู้สึกไม่มีความสุข การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตร เป็นตัวชี้วัดที่ เกิดขึ้นใหม่ (ตารางที่ 3.3) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยในปี 2550 มีภาวะพหุพลังในระดับที่ไม่สูงเพียงพอ ต่อการสร้างเสริมเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในภาวะสังคมสูงวัยของประเทศ (การปันผลทางประชากรครั้งที่ 2 ไม่ เกิดขึ้น) สาเหตุเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นคงทางการเงิน ต้องพึ่งพิงรายได้จากเงินอุดหนุนจาก สมาชิกภายในครอบครัว และยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาก็ สอดคล้องกับงานศึกษาของกุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ชำสุวรรณ (2553)

ศุภจักษ์ แสงประจักษ์กุล (2558) ได้พัฒนาดัชนีพหุพลังตามกรอบแนวคิดเชิงนโยบายขององค์กรอนามัย โลก ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน แต่มีตัวชี้วัดเพียง 11 ตัวเท่านั้น (ตารางที่ 3.3) และใช้ข้อมูลจาก การสำรวจประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 ผลการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีภาวะพหุ พลังอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการศึกษาภาวะพหุพลังในแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีภาวะพหุพลัง ด้านสุขภาพในระดับสูง กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยมีความรู้สึกเชิงลบ มองเห็นชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น ได้ ยืนชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่วนภาวะพหุพลังด้าน การมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ตั้งแต่ 1 กลุ่มขึ้นไป (แต่อัตราการเข้าร่วมยังคงต่ำ) ขณะที่ภาวะพหุพลังด้านหลักประกันความมั่นคงอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากทุกแหล่งอย่างเพียงพอ เป็นเจ้าของบ้านและไม่ได้อาศัยอยู่คนเดียวในบ้าน ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าคะแนนพหุพลังในแต่ละด้านที่อยู่ในระดับ สูงอาจมีสาเหตุมาจากงานศึกษานี้ไม่ได้ใช้ ตัวชี้วัดที่มีคะแนนต่ำเหมือนกับงานศึกษาก่อนหน้าที่ใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้ในการสร้างดัชนีพหุพลัง เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน ระดับรายได้ และแหล่งรายได้ที่สำคัญ เป็นต้น

ในส่วนของดัชนีพหุพลังที่พัฒนาโดย UNECE ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน และมีตัวชี้วัดทั้งหมดถึง 22 ตัว (ตารางที่ 3.4) โดยแยกดัชนีการมีงานทำ (Employment) ออกมาเป็นองค์ประกอบหลักจากเดิมที่เป็นแค่ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดเป็นการทำงานในแต่ละช่วงอายุ นอกจากนี้ได้รวมองค์ประกอบด้านสุขภาพและความมั่นคงเข้า มารวมกันเป็นองค์ประกอบด้านความสามารถในการพึ่งตนเอง สุขภาพและความมั่นคงของชีวิต (Independent, Healthy and Secure living) ซึ่งมีตัวชี้วัดประกอบไปด้วย การออกกำลังกาย การเข้าถึงการรักษาพยาบาล การ อาศัยอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส ความมั่นคงทางรายได้ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต นอกจากนี้ยังได้เพิ่มองค์ประกอบหลัก

ด้านปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพลุดพลัง (Capacity and enabling environment for active ageing) ขึ้นมาใหม่ โดยมีตัวชี้วัดได้แก่ อายุขัยที่เหลือ สุขภาพจิต การใช้อุปกรณ์ ICT การติดต่อกับสังคม และระดับการศึกษา ทั้งนี้ องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation in Society) ยังคงมีอยู่เหมือนเดิม แต่ประกอบไปด้วยตัวชี้วัด การทำงานจิตอาสา การดูแลบุตรหลาน การดูแลผู้พิการในครอบครัว การมีส่วนร่วมทางการเมือง อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดของ UNECE ข้างต้นค่อนข้างแตกต่างจากตัวชี้วัดของงานศึกษาในประเทศไทยดังที่กล่าวไปแล้วเป็นอย่างมาก เนื่องจากดัชนีพลุดพลังของ UNECE สร้างมาเพื่อเปรียบเทียบภาวะพลุดพลังระหว่างประเทศสมาชิกเป็นหลัก

ในระยะเวลาต่อมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) ได้พัฒนาดัชนีพลุดพลังผู้สูงอายุของประเทศไทย ด้วยการใช้ข้อมูลจากการสำรวจถึง 3 ฐานข้อมูล เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทุกมิติตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และ UNECE โดยฐานข้อมูลที่ใช้ประกอบไปด้วย 1) การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2) การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร และ 3) การสำรวจการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารของครัวเรือน ส่วนดัชนีพลุดพลังประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน<sup>7</sup> โดยมีองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเสริมสร้างภาวะพลุดพลังเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของ UNECE (ตารางที่ 3.3) แต่ด้วยข้อจำกัดของฐานข้อมูลจากการสำรวจในประเทศไทยส่งผลให้สามารถสร้างตัวชี้วัดได้เพียง 16 ตัวชี้วัดเท่านั้น (ตารางที่ 3.5) อย่างไรก็ตาม ดัชนีพลุดพลังของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้เพิ่มเติมตัวชี้วัดที่ไม่เคยใช้ในการศึกษาก่อนหน้า เช่น ระดับความสุข (ด้านสุขภาพ) การใช้อุปกรณ์ ICT และการอ่านออกเขียนได้ (สภาพแวดล้อมที่เอื้อฯ) เป็นต้น ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของ UNECE

ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีพลุดพลังรวมของผู้สูงอายุไทยในปี 2557 อยู่ในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาภาวะพลุดพลังในแต่ละด้านพบว่าภาวะพลุดพลังด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการมองเห็น และการได้ยินของผู้สูงอายุที่มีคะแนนค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับภาวะพลุดพลังด้านความมั่นคง ที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง สาเหตุเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานะเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยที่ตนเองอาศัยอยู่ แต่ยังคงมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตไม่มี ความปลอดภัย ขณะที่ภาวะพลุดพลังด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพลุดพลังและด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง เพราะแม้ว่าผู้สูงอายุจะสามารถอ่านออกเขียนได้ แต่ความสามารถในการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนอัตราการมีงานทำและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมของผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ตามลำดับ

<sup>7</sup> ทั้งนี้ ค่าดัชนีย่อยในแต่ละด้านเกิดจากผลของการรวมค่าดัชนีย่อยในระดับจังหวัด ซึ่งไม่ได้ประเมินภาวะพลุดพลังในระดับบุคคลได้ เหมือนกับงานศึกษาก่อนหน้า เนื่องจากงานศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากหลายฐานการสำรวจ จึงไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลได้

ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบภาวะพหุพลังระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่าไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ แต่ความแตกต่างระหว่างเพศด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพหุพลังค่อนข้างแตกต่างกัน ส่วนภาวะพหุพลังผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค พบว่าภาคเหนือมีภาวะพหุพลังสูงสุด รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ ทั้งนี้ เป็นที่น่าสนใจว่า แม้งานศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้เพิ่มตัวชี้วัดด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพหุพลังขึ้นมาใหม่ แต่ตัวชี้วัดขององค์ประกอบในด้านนี้มีเพียง 2 ตัวชี้วัดเท่านั้น คือการใช้อุปกรณ์ ICT และการอ่านออกเขียนได้ แต่ก็พอเข้าใจได้ว่าอาจเนื่องด้วยข้อจำกัดด้านฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อสำรวจภาวะพหุพลังเป็นการเฉพาะ นอกจากนี้ ตัวชี้วัดขององค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมยังขาดตัวชี้วัดของการมีส่วนร่วมในมิติในด้านการทำกิจกรรมอาสาสมัคร และทำกิจกรรมทางการเมืองหรือองค์กรพัฒนาภาคเอกชน (Non-Governmental Organizations: NGOs) เป็นต้น ทั้งนี้ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน นางลักษณ์ โง้ววัฒนชัย และศราวดี ศรีทอง (2560) ได้ประเมินภาวะพหุพลัง โดยเพิ่มองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพหุพลังตามแนวคิดการจัดทำดัชนีของ UNCEC ซึ่งผลการศึกษาพบว่า<sup>8</sup> ภาวะพหุพลังผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง โดยภาวะพหุพลังด้านสุขภาพยังคงมีคะแนนสูงที่สุด ตามมาด้วยภาวะพหุพลังด้านความมั่นคงหรือหลักประกัน และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพหุพลัง ส่วนด้านการมีส่วนร่วมได้รับคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งผลการศึกษาก็ค่อนข้างสอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้า

เอื่อมพร พิชัยสนธิ (2563) ได้ต่อยอดวิธีการประเมินภาวะพหุพลังจากงานศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) ด้วยการเพิ่มตัวชี้วัดการติดต่อสื่อสารและการรับข่าวสารทาง Social Media กับเพื่อนและญาติพี่น้อง (ดัชนีด้านการมีส่วนร่วมดังตารางที่ 3.3) และประยุกต์ใช้ดัชนีพหุพลังในการวิเคราะห์ ความเหลื่อมล้ำด้านพหุพลังเชิงพื้นที่ โดยประเมินภาวะพหุพลังผู้สูงอายุในปี 2557 และ 2560 ผลการศึกษาพบว่าระดับพหุพลังของผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง ทั้ง 2 ปีการสำรวจ แต่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำด้านพหุพลัง ซึ่งวัดด้วยระดับ Gini (AAI)<sup>9</sup> มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หมายความว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มพหุพลังลดลง ขณะที่ความเหลื่อมล้ำของดัชนีพหุพลังเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า จังหวัดที่มีค่าดัชนีพหุพลังสูงกว่าจะมีความเหลื่อมล้ำของดัชนีพหุพลังต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดที่มีค่าดัชนีพหุพลังต่ำกว่า ทั้งนี้ งานศึกษานี้ได้ให้ความสำคัญกับการกำหนดน้ำหนักในแต่ละองค์ประกอบและตัวชี้วัด จึงได้สร้างสถานการณ์จำลองด้วยการกำหนดให้น้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบหรือตัวชี้วัดแตกต่างกันออกไป ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การ

<sup>8</sup> ใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติประกอบไปด้วย 1) การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย 2) การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร และ 3) การสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของครัวเรือน

<sup>9</sup> คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์จินี (Gini coefficient) จากดัชนีพหุพลังของแต่ละจังหวัด หรือภูมิภาค

กำหนดน้ำหนักขององค์ประกอบและตัวชี้วัดที่แตกต่างกันไม่ได้ส่งผลให้ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้ ดัชนีพหุพลังของสำนักงานสถิติ (2560) จัดทำเป็นในลักษณะของดัชนีองค์ประกอบด้วยการประเมินคะแนนรวมในระดับจังหวัดและภูมิภาค เนื่องจากใช้ข้อมูลจากหลายฐานการสำรวจจึงไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อประเมินภาวะพหุพลังในระดับบุคคลได้ พินิจ พ้าอำนวย (2563) จึงได้พัฒนาดัชนีพหุพลังในระดับรายบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ 4) ด้านสังคม และ 5) ด้านความมั่นคง มีตัวชี้วัดที่น่าสนใจ เช่น การประเมินภาวะซึมเศร้า (ด้านจิตใจ) การประเมินภาวะสมองเสื่อม (ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้) ความสามารถในการเดินทาง (ด้านสังคม) เป็นต้น (ตารางที่ 3.6) ทั้งนี้ งานศึกษานี้ได้ประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่เพียง 8 จังหวัด<sup>10</sup> (ภาคละ 2 จังหวัด) ซึ่งผลการศึกษาส่งผลว่าผู้สูงอายุมีภาวะพหุพลังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสังคม และด้านร่างกาย นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับภาวะพหุพลังของกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง มีความแตกต่างกันในด้านร่างกาย และด้านสังคมมากกว่าด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา/การเรียนรู้ และความมั่นคง

ส่วน อมรรัตน์ อภินันทมหกุล และ นิรมล อริยาภาภมล (2562) ได้สร้างดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุไทย ตามกรอบแนวคิดการสร้างดัชนีของ UNECE (ตารางที่ 3.7) ดัชนีประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน (มี 15 องค์ประกอบย่อย) และมีจำนวนตัวชี้วัด 16 ตัว<sup>11</sup> (ตารางที่ 3.8) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจและศึกษาสุขภาพ การสูงอายุและการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand – HART) ผลการศึกษาพบว่าภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2558 อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 37.44) โดยผู้ชายมีภาวะพหุพลังสูงกว่าผู้หญิง องค์ประกอบด้านการจ้างงานมีคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 56.38) ตามมาด้วยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพหุพลัง (ร้อยละ 50.85) ถัดไปคือ ความสามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 39.88) ขณะที่ ภาวะพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ในระดับต่ำสุด (ร้อยละ 10.15) ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเพศชายและเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้น ด้านการจ้างงานเท่านั้นที่เพศชายมีคะแนนสูงกว่าเพศหญิงค่อนข้างมาก นอกจากนี้ คะแนนตัวชี้วัดด้าน ความมั่นคงทางรายได้อยู่ในระดับต่ำ (องค์ประกอบด้าน

<sup>10</sup> ประกอบไปด้วย สมุทรสงคราม ราชบุรี พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ชัยภูมิ มหาสารคาม ระนอง นครศรีธรรมราช

<sup>11</sup> อมรรัตน์ อภินันทมหกุล และ นิรมล อริยาภาภมล (2562) ไม่ได้กำหนดให้น้ำหนักแต่ละองค์ประกอบของดัชนีพหุพลังเท่ากัน เหมือนกับงานศึกษาอื่นๆ ที่ศึกษาภาวะพหุพลังผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยกำหนดให้น้ำหนักแต่ละองค์ประกอบเป็นไปตามข้อกำหนดของ UNECE กล่าวคือ ด้านการจ้างงานกำหนดให้คิดเป็นร้อยละ 35 ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมกำหนดให้คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนด้านความสามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิต กำหนดให้คิดเป็นร้อยละ 10 และด้านปัจจัยด้านการส่งเสริมการสร้างพหุพลังกำหนดให้คิดเป็นร้อยละ 20

ความสามารถในการพึ่งตนเอง) บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางรายได้สูง เนื่องจากพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีรายได้จากเบี้ยชราภาพเพียงแหล่งเดียวเท่านั้น

ส่วนภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้มีภาวะพหุพลังสูงสุด โดยสูงที่สุดเกือบทุกด้านยกเว้นการจ้างงาน รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาวะพหุพลังด้านการจ้างงานสูงที่สุด) ถัดไปคือภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ผลการศึกษายังคงพบว่าภาวะพหุพลังจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และภาวะพหุพลังในด้านการมีงานทำ การมีส่วนร่วมทางสังคมและความสามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิต พบว่า คะแนนแตกต่างกันอย่างมากระหว่างผู้สูงอายุระหว่าง 60-75 ปี กับผู้สูงอายุเกิน 75 ปี ทั้งนี้ ภาวะพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและความสามารถในการพึ่งตนเอง (ความเสี่ยงของรายได้ไม่เพียงพอ) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเกิน 75 ปี เป็นองค์ประกอบที่มีคะแนนน้อยเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ มีการศึกษาที่คำนวณดัชนีพหุพลังในระดับบุคคล ได้แก่ Keeratisiroj, Kriteerawutiwong and Mekrungrongwong (2022) เรียกดัชนีว่า “Self-Active Aging Index: S-AAI” โดยใช้ข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งการศึกษานี้คำนวณดัชนีตามคำจำกัดความของ WHO (2002) ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง ผลจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบททางภาคเหนือตอนใต้ของประเทศไทย มีภาวะพหุพลังในระดับปานกลาง ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนดัชนีระหว่างเพศ แต่พบความแตกต่างในด้านการประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิต สุขภาพกายและความปลอดภัยในชีวิต ในขณะที่เพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชายในด้านพฤติกรรมสุขภาพ โรคเรื้อรัง และความมั่นคงในชีวิต นอกจากนี้ ยังพบว่าสำหรับผู้สูงวัยในพื้นที่ชนบทนี้มีความมั่นคงในด้านที่อยู่อาศัย แต่มีปัญหาความเสถียรทางการเงิน ซึ่งผู้วิจัยเสนอแนะแนวทางสนับสนุนจากภาครัฐ ในด้านเงินบำนาญ และการประกันสุขภาพ

นอกจากการประเมินภาวะพหุพลังด้วยการสร้างดัชนีตามแนวคิดของ WHO และ UNECE แล้วยังมีงานศึกษาจำนวนหนึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่กำหนดภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ โดยระดับพหุพลังเป็นผลมาจากปัจจัยกำหนด (Determinant) และปัจจัยตัดขวาง (Cross-cutting determinant)<sup>12</sup> ทั้งจากตัวผู้สูงอายุและสภาวะแวดล้อมทางสังคม เช่น งานศึกษาของ ศุภจักษ์ แสงประจักษ์กุล (2558) ได้สร้างแบบจำลองโพลีโทมิก เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาพบปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้คะแนนพหุพลังสูงขึ้น ได้แก่

---

<sup>12</sup> ปัจจัยที่กำหนด เช่น การรักษาโรค การดูแลระยะยาว การให้บริการด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา กิจกรรมทางกายและการบริโภคอาหาร สุขภาพช่องปาก กรรมพันธุ์ ภาวะทางจิต สภาพแวดล้อมที่สะอาด ที่อยู่อาศัย ที่ปลอดภัย การล้มหรือการได้รับบาดเจ็บ การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงและการละเมิดสิทธิ การศึกษาและการเรียนรู้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ หลักประกันรายได้ การมีหลักประกันทางสังคม การมีงานทำ ส่วนปัจจัยภาคตัดขวางประกอบด้วย เพศ และวัฒนธรรม (องค์การอนามัยโลก, 2002)

ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และการอาศัยอยู่กับคู่สมรสในครัวเรือนเดียวกัน ระดับรายได้ที่สูงกว่า 100,000 บาทต่อปี การทำงาน การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกายเป็นประจำ ขณะที่ปัจจัยที่บ่งชี้ทอนภาวะพดพลัง ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และการมีผู้ปรนนิบัติดูแล ซึ่งอาจสรุปได้ว่า ความสามารถในการพึ่งพาตนเองทั้งทางการเงิน และการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย นอกจากนี้ งานศึกษาของเอ๋อมพร พิชัยสนธิ (2564) ได้สร้างแบบจำลอง Ordered Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับพดพลังผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะต่างๆ อาทิ ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการด้านต่างๆ จากภาครัฐ ผู้สูงอายุที่ติดต่อกับบุตรอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมจิตอาสา ผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักในการดำรงชีวิตจากครอบครัวหรือทรัพย์สิน ผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไปหรือเทียบเท่า จะมีระดับพดพลังสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ

จากการทบทวนงานศึกษาที่ผ่านมา พบว่างานศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่แล้ว พัฒนาดัชนีพดพลังตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งองค์ประกอบหลักของภาวะพดพลังจะมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง และในช่วงเวลาต่อมาได้มีการเพิ่มองค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพดพลังตามแนวทางของ UNECE อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลหลักที่งานศึกษาในประเทศไทยใช้สร้างดัชนี ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อประเมินภาวะพดพลังเป็นการเฉพาะ ส่งผลให้องค์ประกอบและดัชนีชี้วัดต่างๆ ไม่ครบถ้วนและไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO และ UNECE โดยมีตัวชี้วัดตามแนวคิดของ UNCEC ที่ไม่มีการสำรวจ ในฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น 1) การทำงานจิตอาสา<sup>13</sup> 2) การมีส่วนร่วมทางการเมือง 3) ความไม่ขัดสนจากสิ่งของที่ปรารถนา (No severe material deprivation) 4) การเรียนรู้ตลอดชีวิต และ 5) อายุขัยที่เหลือของผู้สูงอายุ (Remaining life expectancy achievement of years at 55)

### 3.2) ระบบการดูแลในระยะยาว (Long-term Cares)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ได้จำแนกระบบการดูแลหรือการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุประกอบไปด้วย 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute care) เป็นการรักษาโรคที่เกิดขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 2) การดูแลระยะกลางหรือระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care/Sub-acute care) เป็นการรักษาพยาบาลที่ดูแลช่วงพักฟื้น หลังจากเกิดอาการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเพื่อเตรียมตัวก่อนกลับไปดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน 3) การดูแลระยะยาว (Long-term Care) เป็นการให้บริการดูแล ทั้งด้านสุขภาพ

<sup>13</sup> อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลรายงานการสำรวจการทำงานของสูงอายุในประเทศไทย ปี 2564 เริ่มเก็บข้อมูลตัวชี้วัดนี้ เป็นปีแรก

และด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการ  
รักษาพยาบาลที่มุ่งเน้นเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและ  
จิตใจที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องประสบ ดังนั้นจะพบว่า การดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งของระบบการ  
รักษาพยาบาลที่มุ่งเน้นดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การบริการด้านสุขภาพและสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้  
ที่ประสบภาวะพึ่งพิง<sup>14</sup> ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รูปแบบ  
การดูแลมีทั้งการดูแลแบบทางการ (Formal care) ซึ่งดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุข และบุคลากรด้านสังคม  
เป็นหลัก และการดูแลรูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) ซึ่งดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว ญาติ อาสาสมัคร  
หรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ทั้งนี้ รูปแบบของการดูแลระยะยาวสำหรับ  
ผู้สูงอายุสามารถแบ่งตามสถานที่ให้บริการได้เป็น 2 ประเภทหลัก คือ 1) การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ  
เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟันฟู และการพักผ่อน ในสถานที่จัดบริการสำหรับการดูแล  
ระยะยาว เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น และ 2) การบริการดูแลระยะยาวนอก  
สถานบริการ เป็นการดูแลและให้บริการในบ้านหรือในชุมชน เช่น การจัดให้มีผู้ดูแลบริการทางการแพทย์และ  
พยาบาลที่บ้าน บริการเยี่ยมบ้าน การดูแลบ้าน ศูนย์บริการทางสังคมในเวลากลางวัน เป็นต้น ซึ่ง Thompson  
(2004) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกาได้รับบริการดูแลระยะยาวนอกสถานบริการแต่เพียงอย่างเดียว  
มากที่สุด โดยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 22 เท่านั้นที่ได้รับบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ เช่นเดียวกับ Scheil-  
Adlung and Bonan (2012) ที่พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปส่วนใหญ่ได้รับการบริการดูแลระยะ  
ยาวนอกสถานบริการมากกว่ารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ แม้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป  
ก็ยังมีส่วนที่รับการดูแลที่บ้านพักเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในต่างประเทศส่วนมากได้รับการ  
ดูแลระยะยาวนอกสถานบริการโดยมีบุคคลในครอบครัวหรือชุมชนเป็นผู้ดูแล

นอกจากนี้ Scheil-Adlung (2015, 2013) ได้จำแนกระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ตามรูปแบบ  
ของงบประมาณหรือเงินทุนที่ใช้ในการดำเนินงานไว้สามรูปแบบหลัก คือ 1) ระบบประกันสังคมสำหรับการดูแล  
ระยะยาว (Social long-term care insurance) แหล่งเงินทุนมาจากเงินสมทบของสมาชิกกองทุน หรือการร่วม  
จ่ายของฝ่ายต่าง ๆ เช่น นายจ้าง ลูกจ้าง ภาครัฐ โดยสิทธิในการรับบริการมีให้แก่สมาชิกทุกคน และมีการกำหนด  
เกณฑ์การมีสิทธิในการรับบริการไว้อย่างชัดเจน 2) ระบบการช่วยเหลือทางสังคม (Social assistance) ซึ่งส่วน

---

<sup>14</sup> หมายถึง บุคคลที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ ในกิจกรรมพื้นฐานต่างๆ เช่น การ  
อาบน้ำ การทำความสะอาด การรับประทานอาหาร การเดินทาง การซื้อของ ซึ่งอาจประเมินการพึ่งพิงได้ด้วยการประเมิน  
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living, ADL) และการประเมินความสามารถ ในการ  
การประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (เช่น การเดินทางไปไหนได้ การใช้โทรศัพท์) จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร  
ประจำวันโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (Instrumental activities of daily living, IADL) ได้

ใหญ่ใช้แหล่งเงินทุนจากงบประมาณรายจ่ายของภาครัฐที่มาจากรายได้ภาษี โดยสิทธิในการรับบริการมักถูกจำกัดตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และมักมีการกำหนดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขการช่วยเหลือโดยอาศัยระบบประเมินตามเกณฑ์รายได้ และ 3) ระบบการดูแลที่ผสมระหว่างการดูแลทางสังคมและการดูแลสุขภาพ (Mix of social assistance and health care schemes and system) โดยแหล่งเงินทุนมาจากทั้งเงินสมทบหรือการร่วมจ่ายของประชาชนและงบประมาณรายจ่ายภาครัฐ สำหรับรูปแบบผลประโยชน์ มีทั้งการสนับสนุนที่เป็นเงินสด (Cash) การสนับสนุนในรูปแบบอื่นที่มีใช้เงินสด (In kind) หรือการสนับสนุนที่ผสมผสานระหว่างที่เป็นเงินสดและที่มีใช้เงินสด

ในส่วนของประเทศไทย ระบบการดูแลระยะยาวมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นทางการมีอย่างน้อย 3 ช่องทาง<sup>15</sup> คือ 1) ระบบการดูแลภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย และ 3) สวัสดิการด้านต่างๆ ของภาครัฐที่เน้นจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ ขณะที่ ระบบการดูแลของรูปแบบที่ไม่เป็นทางการจะมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลเป็นหลัก

ระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บุคคลที่จะได้รับการดูแล<sup>16</sup> คือ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งประกอบด้วยกลุ่มคนที่ติดบ้าน<sup>17</sup> และกลุ่มคนที่ติดเตียง<sup>18</sup> ซึ่งมุ่งหมายให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการและบูรณาการการดูแลร่วมกับบุคคลในครอบครัวและหน่วยงานอื่นๆ ภายในพื้นที่ เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวคิดสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชนเป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้พักอาศัยในบ้านของตนเองหรือภายในชุมชนของตนเอง แต่จะมี

---

<sup>15</sup> อาจมีระบบการดูแลระยะยาวอื่นๆ อีก เช่น หมอครอบครัว (Family Cater Team; FCT) และคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) แต่ในทางปฏิบัติระบบการดูแลดังกล่าว มักดำเนินงานควบคู่ไปกับระบบการดูแลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<sup>16</sup> ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้จำกัดการดูแลเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น ยังให้การดูแลกลุ่มคนทุกช่วงอายุ แต่ต้องมีภาวะพึ่งพิง และยังให้การดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานของรัฐ และสวัสดิการการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคม อีกด้วย

<sup>17</sup> กลุ่มติดบ้าน หมายถึง กลุ่มคนที่เคลื่อนไหวได้บ้าง แต่มีปัญหาในด้านการกินและการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาด้านการกินและการขับถ่าย (คะแนนการประเมิน ADL อยู่ระหว่าง 5 ถึง 11 คะแนน)

<sup>18</sup> กลุ่มติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาด้านการกินและการขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (คะแนนการประเมิน ADL น้อยกว่า 4 คะแนน)



ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager, CM) ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้วางแผนการดูแล และมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) เป็นผู้สนับสนุนการดูแล

ทั้งนี้ ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำคัญประกอบด้วย 1) การดูแลด้านสาธารณสุข เช่น การทำกายภาพบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การแก้ไขปัญหาด้านภาวะโภชนาการ การให้คำแนะนำผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น 2) บริการดูแลที่บ้าน และให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล เช่น การให้บริการสาธารณสุขดังที่กล่าวไปแล้ว ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลเรื่องการกินยา/การกินอาหาร การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว รวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้ดูแล เป็นต้น และ 3) การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ที่นอนลม ลูกบอลฝึกกำลึงมือ รอกดึงบริหารแขนและหัวไหล่ เป็นต้น ทั้งนี้ รูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสำคัญ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้จัดเงินงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันแห่งชาติเพื่อดำเนินงานด้านการให้บริการดูแลระยะยาวจำนวน 1,025.56 ล้านบาท ครอบคลุมเป้าหมายผู้รับบริการ 205,926 คน โดยงบประมาณแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการในพื้นที่จำนวน 150 ล้านบาท (แห่งละ 100,000 บาท จำนวน 1,500 แห่ง) และค่าใช้จ่ายในการจัดชุดสิทธิประโยชน์จำนวน 875.56 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณนี้ มีจำนวนผู้เข้ารับบริการจริงรวมทั้งสิ้นสูงถึง 406,488 ราย มากกว่าจำนวนผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่ขอรับการจัดสรรงบประมาณถึง 2 เท่า ซึ่งอาจส่งผลให้คุณภาพและชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุควรได้รับต่ำกว่ามาตรฐาน ทั้งนี้ หากพิจารณางบประมาณในช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2563 พบว่าคิดเป็นร้อยละ 0.022 ถึง 0.038 ของงบประมาณประจำปี และคิดเป็นเพียงร้อยละ 0.004 ถึง 0.007 ของ GDP เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้รับบริการที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีสัดส่วนการเข้ารับบริการใกล้เคียงกับกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านมีสัดส่วนการขอรับบริการสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ศาสตรา สุตสวัสดิ์ และคณะ, 2564)

ทั้งนี้ ระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงมีข้อจำกัดที่สำคัญอยู่หลายประการด้วยกัน เช่น ขาดความชัดเจนของระเบียบการใช้งบการดูแลระยะยาว และระเบียบการใช้งบประมาณของอปท. ในการสนับสนุนการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และขาดเครื่องมือและกลไกสนับสนุน การทำงานของผู้จัดการระบบ (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) เป็นต้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ คณะ, 2561) ส่งผลให้ระดับการให้บริการเกิดความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำงานในลักษณะจิตอาสาเป็นหลัก โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ค่าตอบแทน หรือได้รับค่าตอบแทนในอัตราต่ำกว่าผลจากการปฏิบัติงานจริง ซึ่งการดำเนินงานที่ต้องพึ่งพาจิตอาสาก่อให้เกิดปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการให้บริการดูแลระยะยาวได้ (ศาสตรา สุตสวัสดิ์ และคณะ, 2564) สอดคล้องกับสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ

คณะ (2561) ที่พบอีกว่า อปท. ที่สามารถจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้จะมีมาตรฐานการให้บริการที่มีคุณภาพสูงกว่า อปท. ที่ไม่ได้จ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กิรีติ กิจธีระวุฒิมวงษ์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์ (2561) พบว่าจำนวนผู้จัดการระบบ (CM) ในปัจจุบันมีสัดส่วนไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลระยะยาว ส่งผลให้มีผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับการดูแลระยะยาวอย่างเพียงพอ และงานศึกษานี้ยังได้คาดว่าประเทศไทยมีความต้องการแพทย์อีกประมาณ 2,041 คน พยาบาลอีก 58,841 คน นักกายภาพบำบัดอีก 3,649 คน ผู้ช่วยพยาบาลอีก 412 คน และผู้ช่วยเหลือดูแลหรือนักบริบาลอีก 82,825 คน เพื่อรองรับความต้องการดูแลระยะยาวในอนาคตที่จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมากจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงมหาดไทยได้เริ่มดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขึ้นเป็นปีแรก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของรัฐ รวมทั้งช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบุคลากรในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น อาสาสมัครบริบาลจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด และต้องปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคลวันละไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง และเดือนละไม่น้อยกว่า 20 วัน โดยจะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ 5,000 บาท ถึง 6,000 บาท อาสาสมัครบริบาลจะมีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขับถ่าย การพาไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น นอกจากนี้ ยังให้การช่วยเหลือบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอีก เช่น การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินสุขภาพ การประเมินภาวะซึมเศร้า การทำแผลเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยา เบื้องต้น ทั้งนี้ บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ของระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความคล้ายคลึงกันเป็นอย่างมาก ส่งผลให้โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไม่ถูกนำมาใช้ประโยชน์มากนัก หากเกิดการบูรณาการเงื่อนไขการใช้งบประมาณจากทั้ง 2 ระบบ อาจช่วยส่งเสริมให้ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น (ศาสตรา สุดสวัสดิ์ และคณะ, 2564) นอกจากนี้ การจ้างงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีลักษณะเป็นรายปี<sup>19</sup> และต้องปฏิบัติงานเต็มเวลา แต่ได้รับค่าจ้างน้อยกว่าค่าแรงขั้นต่ำส่งผลให้มีผู้สมัครเข้าทำงานในโครงการนี้ค่อนข้างน้อย

นอกจากระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทยแล้ว ภาครัฐยังมีการสนับสนุนการดูแลระยะยาวอีกหลายโครงการ เช่น 1) การ

---

<sup>19</sup> อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไม่ใช่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม เป็นการจ้างงานที่ทำสัญญารายปี หากปีใดไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณก็จะไม่สามารถจ้างอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้

จัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบสวัสดิการต่างๆ<sup>20</sup> ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการฯ สวัสดิการรักษาพยาบาลของประชาชนโดยทั่วไป (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และเงินบำนาญของข้าราชการ เป็นต้น 2) การจัดตั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ปัจจุบันมี 12 แห่ง) โดยมีภารกิจเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ 3) สถานสงเคราะห์คนชราที่อยู่ภายใต้ อปท. (มีจำนวน 16 แห่ง) 4) โรงพยาบาลรัฐ คลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ 5) ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม แม้สถานบริการระยะยาวของภาครัฐเหล่านี้มักให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยถึงรายได้ระดับปานกลาง รวมทั้งผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่มีผู้ดูแลเป็นหลัก (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553) แต่ Sasat et al. (2013) พบว่าสถานบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย เกือบครึ่งกระจุกตัวอยู่ในเฉพาะในกรุงเทพฯ และยังประสบปัญหาหลายๆ ด้าน เช่น ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ทัศนคติเชิงลบกับผู้รับบริการ เป็นต้น

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแบบไม่เป็นทางการ หมายถึง การให้บริการช่วยเหลือดูแลในการดำเนินชีวิตแก่ผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำหน้าที่ ปกติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการ ทั้งนี้ มาตรการสนับสนุนผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทหลัก (Triantafyllou et al., 2010) ได้แก่ หนึ่ง มาตรการสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจง (Specific measures) เช่น การสนับสนุนทางการเงินสำหรับการดูแล (Cash-for-care) การให้ข้อมูล การฝึกอบรม การให้สิทธิลางาน และสอง มาตรการสนับสนุนที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Non-specific measures) เช่น การจัดสถานที่บริการดูแลแบบชั่วคราวระยะสั้น การสนับสนุนและบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ดูแล การสนับสนุนการสร้างสมดุลให้ชีวิตและการทำงาน (Work Life Balance) ที่ดีขึ้นด้วยการจัดระบบการทำงานแบบยืดหยุ่น

นอกจากนี้ WHO (2003), Courtin et al., (2014) และ Eurocarers (2020) ได้นำเสนอรูปแบบมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่น่าสนใจ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ การฝึกอบรม การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลระยะยาว รวมถึงช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแล 2) การจัดบริการดูแลแบบชั่วคราวระยะสั้น (Respite care) เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนในบางช่วงเวลา โดยช่วงเวลาที่ผู้ดูแลได้พัก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะเข้ารับบริการในบ้านพักคนชรา โรงพยาบาล สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Adult Day Care) แทน 3) กฎเกณฑ์ในการประกอบธุรกิจที่เอื้อต่อการทำหน้าที่

<sup>20</sup> ทั้งนี้ ยังมีสวัสดิการที่ภาครัฐได้จัดให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งถือได้ว่าเป็นการดูแลระยะยาวอีกจำนวนหนึ่ง แต่งบประมาณของสวัสดิการเหล่านั้นไม่มากนัก

ผู้ดูแล โดยผู้ดูแลจะได้รับสิทธิลางาน (Carer's leave) เพื่อมาดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะ และในบางประเทศได้ริเริ่มการจัดระบบการทำงานแบบยืดหยุ่น ทั้งในเรื่องชั่วโมง การทำงานหรือตารางการหยุดงาน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการพร้อมกับทำงานประจำไปด้วย 4) การให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีและเงินสนับสนุน โดยผู้ดูแลอาจได้การลดหย่อนทางภาษี ส่วนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอาจได้เงินช่วยเหลือหรือการให้สวัสดิการรายได้เพิ่มเติมโดยตรง และ 5) การให้เครดิตบำนาญแก่ผู้ดูแล (Pension credits หรือ Caregiver credits) ในหลายประเทศได้ชดเชยการขาดรายได้ให้แก่ผู้ดูแลด้วยการให้เครดิตบำนาญเพิ่มเติม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบไม่เป็นทางการของประเทศไทยยังคงพึ่งพาสมาชิกในครัวเรือนเป็นหลัก ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 – 2560 ของศาสตรา สุตสวาสดี และคณะ (2564) ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ได้รับการดูแลแบบไม่เป็นทางการจากสมาชิกภายในครัวเรือน โดยผู้ดูแลอยู่ในวัยแรงงานมากที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการเหล่านี้ อาจต้องออกจากการทำงาน รวมทั้งอาจสูญเสียรายได้หรือมีรายได้ได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากต้องใช้เวลาในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งอาจทำให้เกิดความยากลำบากทางการเงิน และต้องประสบปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพใจ เนื่องจากไม่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมือนแต่ก่อน นอกจากนี้ ครัวเรือนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบไม่เป็นทางการพบว่าไม่มีความมั่นคงทางการเงิน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีแนวโน้มยากจน และร้อยละ 30 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ

ทั้งนี้ มีงานศึกษาได้ศึกษาถึงภาระและปัญหาที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการต้องเผชิญ อาทิ Triantafillou et al. (2010) พบว่าผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการของประเทศในยุโรปเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 50 ถึง 90 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวทั้งหมด และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะยากจน เช่นเดียวกับ Colombo et al. (2011) ชี้ให้เห็นว่าหากผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการขาดมาตรการการสนับสนุนที่เพียงพอ จะส่งผลให้ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลระยะยาว จึงทำให้ต้องประสบกับความเสี่ยงที่จะมีโอกาสยากจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้ง มีสุขภาพที่แย่ง สอดคล้องกับรายงานการสำรวจคุณภาพชีวิตของยุโรปในปี 2016 พบว่ากลุ่มคนที่ทำงานไปด้วยพร้อมกับดูแลผู้สูงอายุจะประสบปัญหาสุขภาพ มีปัญหาารายได้น้อย มีปัญหาความรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่ได้รับการเห็นคุณค่า และมีปัญหาถูกกีดกันทางสังคม มากกว่ากลุ่มคนที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ (Eurofound, 2017)

นอกจากนี้ งานศึกษาจำนวนหนึ่งได้ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว เช่น ศาสตรา สุตสวาสดี และคณะ (2564) คาดว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่บ้านและติดเตียงจะเพิ่มขึ้นจาก 304,907 คนและ 132,002 คนในปี 2561 จะเพิ่มสูงสุดเป็น 560,608 คนและ 242,702 คนในปี 2583 หรือเพิ่มสูงขึ้น 1.83 เท่า และคาดว่าค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2583 จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 4,167 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.17 ของงบกองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คาดว่าจะได้รับการจัดสรร 2,696 ล้านบาท) ขณะที่ Khongboon and Pongpanich (2018) ได้ทำการสำรวจค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของคนไทย โดยเฉลี่ยอยู่ที่คนละประมาณ 240,000 บาท/ปี<sup>21</sup> ส่วน วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชระคุปต์ (2560) คาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>22</sup> ทั้งประเทศจะเพิ่มสูงขึ้นจาก 6 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2560 เป็น 3.4 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2590 หรือเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 5 เท่าในช่วงเวลา 30 ปี ขณะที่ วรเวชม์ สุวรรณระดา และคณะ (2553)<sup>23</sup> ได้สำรวจต้นทุนในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุพบว่าต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรงคิดเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของต้นทุนการดูแลระยะยาวทั้งหมด ซึ่งเมื่อกำนวณรวมต้นทุนไม่แข็งแรงด้วยค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ต้องดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะอยู่ในระดับที่สูงมาก

---

<sup>21</sup> แบ่งออกเป็น (1) ค่าใช้จ่ายทางตรง ได้แก่ ค่าของใช้ส่วนตัวในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายสำหรับสถานดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบเป็นทางการ ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ (2) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เกิดขึ้นในการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) ของสมาชิกในบ้าน ทั้งนี้ ร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายดังกล่าวประกอบไปด้วย 1) ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบเป็นทางการ 2) ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบไม่เป็นทางการ และ 3) ค่าใช้จ่ายสำหรับสถานดูแลตอนกลางวัน/กลางคืน

<sup>22</sup> ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วย 1) ค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 2) ค่าเดินทาง และ 3) ค่าบุคลากร งานศึกษานี้ คาดว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงประมาณ 9,667 และ 19,129 บาทต่อคนต่อเดือนตามลำดับ

<sup>23</sup> ต้นทุนการดูแลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ต้นทุนแข็งแรงคือต้นทุนที่ต้องจ่ายเงินออกไป และสามารถรวบรวมเป็นจำนวนเงินได้ และต้นทุนไม่แข็งแรงคือค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ต้องดูแลและไม่ได้ทำงานอื่น ๆ

ตารางที่ 3.3 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในการสร้างดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุของงานศึกษาต่าง ๆ ที่น่าสนใจในประเทศไทย

องค์ประกอบและตัวชี้วัด	Thanakwang (2006) กุศล และ คณะ (2553)	ศุภเจตน์ (2555)	สุภจักษ์ (2558)	สำนักงาน สถิติ (2560)	เอี่ยมพร (2564)
<b>1. สุขภาพ</b>					
1.1 การประเมินสุขภาพกายของตนเอง					
1.2 การประเมินสุขภาพจิต					
1.3 ความพิการ					
1.4 ความสุข					
1.5 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน					
1.6 ข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย					
1.7 พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
1.8 การมองเห็น					
1.9 การได้ยิน					
1.10 ความรู้สึกไม่มีคุณค่า					
1.11 ความรู้สึกไม่มีความสุข					
<b>2. การมีส่วนร่วมทางสังคม</b>					
2.1 การมีส่วนร่วมในการทำงาน					
2.2 การมีส่วนร่วมในครอบครัว					
2.3 การทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม					
2.4 การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม					
2.5 การดูแลบุคคลในครอบครัว					
2.6 การให้ความเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตร ในครัวเรือน					
2.7 การให้ความเกื้อหนุนทางการเงินแก่บุตรที่ อยู่ที่อื่น					
2.8 การเข้าร่วมทำกิจกรรมของชมรมหรือกลุ่ม					
2.9 การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน					
2.10 การติดต่อสื่อสารและการรับข่าวสารทาง social media					

องค์ประกอบและตัวชี้วัด	Thanakwang (2006) กุศล และ คณะ (2553)	ศุภเจตน์ (2555)	สุภจักษ์ (2558)	สำนักงาน สถิติ (2560)	เอี่ยมพร (2564)
3. ความมั่นคง					
3.1 รายได้					
3.2 ความเพียงพอของรายได้					
3.3 แหล่งรายได้					
3.4 เงินออม					
3.5 หนี้สิน					
3.6 ความเป็นเจ้าของบ้าน					
3.7 ลักษณะที่อยู่อาศัย					
3.8 สภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย					
4. องค์ประกอบด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนา พลัง					
4.1 การมีการใช้อุปกรณ์ ICT					
4.2 การอ่านออกเขียนได้					

หมายเหตุ : รวบรวมโดยคณะผู้ศึกษา

### ตารางที่ 3.4 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานศึกษาของ UNECE (2018)

องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัด	คำถาม
<b>1. การทำงาน (Employment)</b>	
1.1 Employment rate for the age group 55–59	Who during the reference week performed work, even for just one hour a week, for pay profit or family gain.  Who were not at work but had a job or business from which they were temporarily absent because of, e.g., illness, holidays, industrial dispute or education and training.
1.2 Employment rate for the age group 60–64	
1.3 Employment rate for the age group 65–69	
1.4 Employment rate for the age group 70–74	

องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัด	คำถาม
<b>2. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation)</b>	
<p>2.1 Voluntary work by older adults</p> <p>- Percentage of population aged 55+ engaging in unpaid voluntary activity through organizations (at least once a week).</p>	<p>Please look carefully at the list of organizations and tell us, how often did you do unpaid voluntary work through the following organizations in the last 12 months?</p> <p>a. Community and social services (e.g., organizations helping the elderly, young people, disabled or other people in need)</p> <p>b. Educational, cultural, sports or professional associations</p> <p>c. social movements (for example environmental, human rights) or charities (For example, fundraising, campaigning)</p> <p>d. Political parties, trade unions</p>
<p>2.2 Care to children, grandchildren</p> <p>- Percentage of population aged 55+ providing care to and educating their children, grandchildren (at least once a week).</p>	<p>In general, how often are you involved in any of the following activities outside of paid work?</p> <p>a. Caring for and/or educating your children</p> <p>b. Caring for and/or educating your grandchildren</p> <p>Scale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Every day</li> <li>2. Several days a week</li> <li>3. Once or twice a week</li> <li>4. Less often</li> <li>5. Never</li> </ol>
<p>2.3 Care to infirm and disabled</p> <p>- Percentage of population aged 55+ providing care to infirm or disabled family members, neighbors or friends (at least once a week)</p>	<p>In general, how often are you involved in any of the following activities outside of paid work?</p> <p>a. Caring for disabled or infirm family members, neighbors or friends under 75 years old</p> <p>b. Caring for disabled or infirm family members, neighbors or friends aged 75 or over</p> <p>Scale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Every day</li> <li>2. Several days a week</li> <li>3. Once or twice a week</li> <li>4. Less often</li> <li>5. Never</li> </ol>



องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัด	คำถาม
<p>2.4 Political participation</p> <p>- Percentage of population aged 55+ taking part in activities of a trade union, a political party or a political action group</p>	<p>Over the last 12 months, have you ...?</p> <p>a. Attended a meeting of a trade union, a political party or political action group</p> <p>b. Attended a protest or demonstration</p> <p>c. Signed a petition, including an e-mail or on-line petition</p> <p>Scale:</p> <p>1. Yes</p> <p>2. No</p>
<b>3. ความสามารถในการพึ่งพิงตนเอง สุขภาพ และความมั่นคง (Independent, Healthy and Secure Living)</b>	
<p>3.1 Physical exercise for older adults</p> <p>- Percentage of people aged 55 overtaking physical exercise or sport almost every day.</p>	<p>How frequently do you do each of the following?</p> <p>a. Take part in sports or physical exercise</p> <p>Scale:</p> <p>1. Every day or almost every day</p> <p>2. At least once a week</p> <p>3. One to three times a month</p> <p>4. Less often</p>
<p>3.2 Access to health and dental care</p> <p>- Percentage of people aged 55 and over who report no unmet need for medical and dental examination or treatment during the 12 months preceding the survey.</p>	<p>The indicator refers to respondents who say that there was no occasion when the person really needed medical or dental examination or treatment but was not able to receive it</p>
<p>3.3 Independent living arrangements</p> <p>- Percentage of people aged 75 and over who live in a single-person household or who live as a couple (2 adults with no dependent)</p>	<p>A classification developed by Eurostat for household surveys now refer to the number of adult members, their age and gender, and the numbers of dependent children living with them. Derived variable used here is HX060: Household type</p> <p>1- One person household</p> <p>2 - 2 adults, no dependent children, both adults under 65 years</p> <p>3 - 2 adults, no dependent children, at least one adult 65 years or more</p> <p>4 - Other households without dependent children</p> <p>5 - Single parent household, one or more dependent children</p> <p>6 - 2 adults, one dependent child</p>

องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัด	คำถาม
	<p>7 - 2 adults, two dependent children</p> <p>8 - 2 adults, three or more dependent children</p> <p>9 - Other households with dependent children</p> <p>10- Other (these household are excluded from Laeken indicators calculation)</p>
<p>3.4 Relative median income</p> <p>- The relative median income ratio is defined as the ratio of the equivalized disposable median income of people aged 65 and over to the median equivalized disposable income of those aged below 65.</p>	<p>Household disposable income is established by summing up all monetary incomes received from any source by each member of the household (Including income from work, investment and social benefits) – plus income received at the household level – and deducting taxes and social contributions paid. In order to reflect differences in household size and composition, this total is divided by the number of ‘equivalent adults’ using a standard (equivalence) scale, the so-called ‘modified OECD’ scale, which attributes a weight of 1 to the first adult in the household, a weight of 0.5 to each subsequent member of the household aged 14 and over, and a weight of 0.3 to household members aged less than 14. The resulting figure is called equivalized disposable income and is attributed to each member of the household.</p>
<p>3.5 No poverty risk (for those aged 65+)</p> <p>- Percentage of people aged 65 and over who are not at risk of poverty (People at risk of poverty are defined as those with an equivalized disposable income after social transfers below the at-risk-of-poverty threshold, which is set at 50% of the national median equivalized disposable income after social transfers).</p>	<p>See indicator 3.4</p>

<p>3.6 No severe material deprivation (for those aged 65+)</p>	
--	--

องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัด	คำถาม
<p>- Percentage of people aged 65 and over who are not severely materially deprived. Severe material deprivation refers to a state of economic and durable strain, defined as the enforced inability (Rather than the choice not to do so) to afford at least four out of the following nine items:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. to pay their rent, mortgage or utility bills;</li> <li>2. to keep their home adequately warm;</li> <li>3. to face unexpected expenses;</li> <li>4. to eat meat or proteins regularly;</li> <li>5. to go on holiday;</li> <li>6. a television set;</li> <li>7. a washing machine</li> <li>8. a car</li> <li>9. a telephone</li> </ol>	<p>Data on the material items mentioned above is collected using a direct question at the household level.</p>
<p>3.7 Physical safety (for those aged 55+)</p> <p>- Percentage of people aged 55 and over who are feeling very safe or safe to walk after dark in their local area.</p>	<p>‘How safe do you – or would you - feel walking alone in this area (Respondent’s local area or neighborhood) after dark? Do – or would – you feel’</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. very safe</li> <li>2. safe</li> <li>3. unsafe</li> <li>4. very unsafe</li> </ol>
<p>3.8 Lifelong learning (for those aged 55–74)</p> <p>- Percentage of people aged 55 to 74 who stated that they received</p>	<p>Did you attend any courses, seminars, conferences or received private lessons or instructions within or outside the regular education system within the last 4 weeks?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yes</li> <li>2. No</li> </ol>

องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัด	คำถาม
education or training in the four weeks preceding the survey.	
<b>4. สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างภาวะพลพลัง (Capacity for Active Ageing)</b>	
<p>4.1 Remaining life expectancy achievement of 50 years at age 55</p> <p>- Remaining life expectancy at 55 divided by 50 to calculate the proportion of life expectancy achievement in the target of 105 years of life expectancy</p>	Not available
<p>4.2 Share of healthy life expectancy at age 55</p> <p>- The proportion of years spent free of activity limitation caused by health problems in the remaining life expectancy at 55.</p>	Not available
<p>4.3 Mental well-being</p> <p>- Mental well-being (using EQLS and WHO's ICD-10 measurement model)</p>	<p>Five survey questions are used to calculate a composite measure of mental well-being: Over the last two weeks:</p> <p>a: I have felt cheerful and in good spirits</p> <p>b: I have felt calm and relaxed</p> <p>c: I have felt active and vigorous</p> <p>d: I woke up feeling fresh and rested</p> <p>e: My daily life has been filled with things that interest me</p> <p>Response categories of each of these five survey questions are:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. All of the time</li> <li>2. Most of the time</li> <li>3. More than half of the time</li> <li>4. Less than half of the time</li> <li>5. Some of the time</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. At no time</li> </ol>

องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัด	คำถาม
	<p>The raw score is calculated by reversing the value order of the variable, and then totaling the figures of the five answers. The raw score converted so as to range from 0 to 25, where 0 representing worst possible and 25 representing best possible quality of life. According to WHO, a raw score below 13 indicates poor well-being and is an indication for testing depression under the Major Depression (ICD-10) Inventory.</p>
<p>4.4 Use of ICT - Share of people aged 55-74 using the Internet at least once a week.</p>	<p>‘How often on average have you used Internet in the last 3 months?’</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Every day or almost every day</li> <li>- At least once a week (but not every day)</li> <li>- At least once a month (but not every week)</li> <li>- Less than once a month</li> </ul>
<p>4.5 Social connectedness - The indicator measures the share of people aged 55 and over that meet socially with friends, relatives or colleagues at least once a week. “Meet socially” implies meet by choice, rather than for reasons of either work or pure duty. The indicator measures contacts outside the household.</p>	<p>‘How often socially meet with friends, relatives or colleagues?’</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. never,</li> <li>2. less than once a month,</li> <li>3. once a month,</li> <li>4. several times a month,</li> <li>5. once a week,</li> <li>6. several times a week,</li> <li>6. several times a week,</li> <li>7. every day.</li> </ol>
<p>4.6 Educational attainment - Percentage of older persons aged 55-74 with upper secondary or or tertiary educational attainment.</p>	<p>Highest ISCED level attained?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Pre-primary,</li> <li>1. Primary,</li> <li>2. Lower secondary,</li> <li>3. Upper secondary,</li> <li>4. Post-secondary non-tertiary,</li> </ol>

ที่มา : รวบรวมโดยคณะผู้ศึกษา

ตารางที่ 3.5 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานศึกษาของสำนักงานสถิติ (2560)

1. ด้านสุขภาพ
1. การประเมินสุขภาพกายของตนเอง
(1) การประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนการสัมภาษณ์
1 = ดีมาก
2 = ดี
3 = ปานกลาง
4 = ไม่ดี
2. ความสุข
(2) การประเมินระดับความสุขด้วยตนเองในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา (ระดับ 0-10)
0 = ไม่มีความสุขเลย, 10=มีความสุขมากที่สุด
3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว
(3) การทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้าแปลงฟัน เข้าห้องสุขา และการเคลื่อนไหว เช่น นั่งยอง ยกของหนัก ขึ้นบันได
1 = ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ทุกอย่าง
0 = ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ 1 อย่างหรือมากกว่า
4. ความสามารถในการมองเห็น
(4) ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุ
1 = เห็นชัดเจน
0 = ไม่เห็น/ไม่ชัดเจน
5. ความสามารถในการได้ยิน
(5) ความสามารถในการได้ยินของผู้สูงอายุ
1 = ได้ยินชัดเจน
0 = ไม่ได้ยิน/ไม่ชัดเจน
6. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
(6) การออกกำลังกายในช่วง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์
1 = ออกกำลังกาย
0 = ไม่ออกกำลังกาย

## 2. ด้านการมีส่วนร่วม

### 7. การมีงานทำ

(7) ผู้สูงอายุยังคงทำงานทั้งที่รายได้และไม่มีรายได้ในช่วง 7 วันก่อนสัมภาษณ์

1 = ทำงาน

0 = ไม่ทำงาน

### 8. การเข้าร่วมชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ

(8) การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม หรือกลุ่มผู้สูงอายุในรอบปีที่แล้ว

1 = เข้าร่วม

0 = ไม่เข้าร่วม

### 9. การเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้าน/ชุมชน

(9) การได้เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน

1 = เข้าร่วม

0 = ไม่เข้าร่วม

### 10. การดูแลบุคคลในครัวเรือน

(10) การให้ความช่วยเหลือ/ดูแลสมาชิกในครัวเรือน เช่น การให้เงินบุตร การดูแลบุตรของบุตร การส่งเสียเลี้ยงดูบุตรของบุตร

1 = มีการช่วยเหลือ

0 = ไม่มีการช่วยเหลือ

## 3. ด้านความมั่นคง

### 11. ความเพียงพอของรายได้

(11) การประเมินรายได้ตนเองจากทุกแหล่งว่าเพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่

1 = เพียงพอ

0 = ไม่เพียงพอ

### 12. การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย

(12) สถานภาพการเป็นเจ้าของในที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

1 = เป็นเจ้าของ

0 = ไม่ได้เป็นเจ้าของ

### 13. ลักษณะการอยู่อาศัย

(13) ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน

1 = อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน

<p>0 = อยู่คนเดียว</p> <p>14. สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย</p> <p>(14) ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยเช่น การมีราวยึดเกาะที่บันได ห้องนอน ห้องน้ำ</p> <p>1 = มี</p> <p>0 = ไม่มี</p>
<p><b>4. ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีคุณภาพ</b></p>
<p>15. การมีการใช้อุปกรณ์ ICT</p> <p>(15) การมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต</p> <p>1 = มี/เคยใช้</p> <p>0 = ไม่มี/ไม่เคยใช้</p> <p>16. การอ่านออกเขียนได้</p> <p>(16) การอ่านออกเขียนได้ของผู้สูงอายุ</p> <p>1 = ได้</p> <p>0 = ไม่ได้</p>

ที่มา: คณะผู้ศึกษารวบรวมจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560)

หมายเหตุ: เกือบทุกตัวชี้วัดใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยยกเว้น ข้อ 7 การมีงานทำ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากร และ ข้อ 15 การมีการใช้อุปกรณ์ ICT ใช้ข้อมูลจากการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน

### ตารางที่ 3.6 องค์ประกอบและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในการงานศึกษาของพินิจ ฟ้าอำนาจ (2563)

<p><b>ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ</b></p> <p>1. ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับผู้อื่น</p> <p>1 = อยู่คนเดียว</p> <p>2 = อยู่กับครอบครัว/หรือผู้อื่น</p> <p>2. ภาวะพึ่งพิง (ที่ได้รับการประเมิน)</p> <p>1 = ติดสังคม</p> <p>2 = ติดบ้าน</p> <p>3 = ติดเตียง</p>
<p><b>1. ด้านร่างกาย</b></p> <p>1. การประเมินภาวะสุขภาพ</p> <p>(1) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างไร</p> <p>1 = ดีมาก</p>



2 = ดี

3 = ปานกลาง

4 = ไม่ดี

5 = ไม่ดีมากๆ

## 2. การพึงพิงในกิจวัตรประจำวัน

(2) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายเพียงใด

1 = ไม่มีปัญหา

2 = มีปัญหา

3 = มีปัญหามาก

(3) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีปัญหาในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การ  
แปลงฟัน ฯลฯ เพียงใด

1 = ไม่มีปัญหา

2 = มีปัญหา

3 = มีปัญหามาก

## 3. กิจกรรมทางกาย

(4) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ออกแรงอย่างหนัก เช่น ทำเกษตรกรรม ยกของหนัก วิ่ง เต้นแอโรบิค  
ต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไปบ่อยเพียงใด

1 = ไม่มี

2 = นานๆ ครั้ง

3 = ทุกสัปดาห์

4 = ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

(5) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น ยกของเบา ข่ายของ ทำงานบ้าน เดิน  
จักรยาน ต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไปบ่อยเพียงใด

1 = ไม่มี

2 = นานๆ ครั้ง

3 = ทุกสัปดาห์

4 = ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

(6) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเบาๆ ต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป บ่อยเพียงใด

1 = ไม่มี

2 = นานๆ ครั้ง

3 = ทุกสัปดาห์

4 = ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

## 2. ด้านจิตใจ

### 4. ภาวะซึมเศร้า

(7) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่

1 = มี

2 = ไม่มี

(8) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่

1 = มี

2 = ไม่มี

### 5. การประเมินความสุข

(9) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีความสุขระดับใด

1 = มากที่สุด

2 = มาก

3 = ปานกลาง

4 = น้อย

5 = น้อยที่สุด

### 6. กิจกรรมเสริมสร้างความสุข

(10) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขหรือสบายใจ เช่น การอ่านหนังสือ การทำงานอดิเรก การทำกิจกรรมทางศาสนา การท่องเที่ยว การพักผ่อนหย่อนใจ หรือไม่

1 = มี

2 = ไม่มี

## 3. ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้

### 7. ภาวะสมองเสื่อม

(11) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีการลืมบุคคลที่เคยรู้จักและคุ้นเคย เช่น คนในครอบครัวญาติ เพื่อที่ยังติดต่อกันอยู่ บ่อยเพียงใด

1 = ไม่เคยเกิดขึ้น

2 = เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง

3 = เกิดขึ้นทุกสัปดาห์

4 = เกิดขึ้นทุกวันหรือเกือบทุกวัน

(12) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีการลืมสถานที่หรือเส้นทางที่จะผ่านไปยังสถานที่ที่คุ้นเคย หรือเคยไปเป็นประจำบ่อยเพียงใด

1 = ไม่เคยเกิดขึ้น

2 = เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง

3 = เกิดขึ้นทุกสัปดาห์

4 = เกิดขึ้นทุกวันหรือเกือบทุกวัน

#### 8. การเรียนรู้และการรับข่าวสาร

(13) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ กอกระจายข่าว สื่อ  
บนอินเทอร์เน็ต หรือไม่

1 = ได้รับ

2 = ไม่ได้รับ

(14) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้มีการศึกษาหาความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ สื่อบนอินเทอร์เน็ต การ  
ฝึกอบรม และแหล่งข้อมูลอื่นๆ หรือไม่

1 = มี

2 = ไม่มี

#### 4. ด้านสังคม

#### 9. การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน

(15) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรม เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ  
หรือไม่

1 = เข้าร่วม

2 = ไม่เข้าร่วม

(16) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี ฯลฯ หรือไม่

1 = เข้าร่วม

2 = ไม่เข้าร่วม

(17) ในเดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีการทำงานที่เป็นอาชีพ เช่น การทำเกษตรกรรมเพื่อขาย การรับจ้าง การค้าขาย ฯลฯ  
หรือไม่ ทำงาน (โดยความสมัครใจ)

1 = ทำงาน (เพราะความจำเป็น แต่ไม่ยอมทำงาน)

2 = ไม่ทำงาน

(18) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลืองานของชุมชน การทำงานอาสาสมัคร การดูแลบุคคลในชุมชน  
การดูแลบุคคลในครอบครัว หรือไม่

1 = มี

2 = ไม่มี

#### 10. การปฏิสัมพันธ์กับสังคม

(19) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้มีการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านบ่อยเพียงใด

1 = เป็นประจำ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

2 = ทุกสัปดาห์

3 = นาน ๆ ครั้ง

4 = ไม่มีเลย

#### 11. ความสามารถในการเดินทาง

(20) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุสามารถเดินทางออกนอกบ้านตามที่ต้องการ โดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ  
หรือโดยยานพาหนะรับจ้าง หรือโดยยานพาหนะของตนเองหรือครอบครัว ได้หรือไม่

- 1 = สามารถได้ทุกครั้ง
- 2 = สามารถเดินทางได้บางครั้ง
- 3 = ไม่สามารถเดินทางได้

## 5. ด้านความมั่นคง

### 12. ความเพียงพอของรายได้

(21) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีรายได้จากทุกแหล่งรายได้ รวมกันเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- 1 = เกินเพียงพอ มีเหลือเก็บ
- 2 = เพียงพอ
- 3 = เพียงพอเป็นบางครั้ง
- 4 = ไม่เพียงพอ

### 13. การสนับสนุนจากครอบครัว

(22) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การให้เงิน การจัดหาอาหาร สิ่งของเครื่องใช้ การดูแล ฯลฯ หรือไม่

- 1 = ได้รับและเพียงพอ
- 2 = ได้รับแต่ไม่เพียงพอ
- 3 = ไม่ได้รับ
- 4 = ไม่ต้องการ

### 14. การสนับสนุนจากชุมชน

(23) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆ หรือไม่

- 1 = ได้รับและเพียงพอ
- 2 = ได้รับแต่ไม่เพียงพอ
- 3 = ไม่ได้รับ
- 4 = ไม่ต้องการ

### 15. ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย

(24) ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุเคยได้รับอุบัติเหตุหกล้มหรือตกจากที่สูง ในบริเวณบ้านหรือไม่

- 1 = เคย
- 2 = ไม่เคย

(25) มีการจัดบ้านให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ชั้นล่างโดยไม่ต้องขึ้นบันได หรือหากต้องขึ้นบันได มีการทำราวบันได หรือไม่

- 1 = มี
- 2 = ไม่มี

ที่มา : คณะผู้ศึกษารวบรวมจาก พิณีจ พ้าอำนวนย (2563)

ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบองค์ประกอบและตัวชี้วัดต่างๆ ที่ใช้ในการสร้างดัชนีคุณภาพของผู้สูงอายุของงาน  
ศึกษา UNECE (2019) และ อมรรัตน์ และ นฤมล (2562)

UNECE (2019)	อมรรัตน์ และ นฤมล (2562)
<b>1. การจ้างงาน (Employment)</b>	
1.1 Employment rate for the age group 55–59	1.1 อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 55–59 ปี
1.2 Employment rate for the age group 60–64	1.2 อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 60–64 ปี
1.3 Employment rate for the age group 65–69	1.3 อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 65–69 ปี
1.4 Employment rate for the age group 70–74	1.4 อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 70–74 ปี
<b>2. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation)</b>	
2.1 Voluntary work by older adults (aged 55+)	2.1 อัตราส่วนการทำกิจกรรมอาสาสมัครของผู้มีอายุ 55 ปีขึ้นไป
2.2 Care to children, grandchildren by older population (aged 55+)	2.2 อัตราส่วนการดูแลบุตรหลานของผู้มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป
2.3 Care to older adults by older population (aged 55+)	2.3 อัตราส่วนผู้มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป ที่ช่วยเหลือบิดามารดาในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดซื้อ จัดหาสิ่งของ อุปกรณ์ จัดหาสิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องใช้สอย หรือบริการ เช่น ทำอาหาร ดูแลทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า หรือให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ
2.4 Political participation of older population (aged 55+)	2.4 อัตราส่วนผู้มีอายุ 55 ปี ขึ้นไปที่เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม/สมาคมทางการเมือง NGOs
<b>3. ความสามารถพึ่งตนเองในการดำเนินชีวิต (Independent, Healthy and Secure Living)</b>	
3.1 Physical exercise for older adults (aged 55+)	3.1 อัตราส่วนผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ
3.2 Access to health and dental care (for those aged 55+)	3.2 อัตราส่วนผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปที่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และทันตกรรม
3.3 Independent living arrangements (for those aged 75+)	ไม่มีข้อมูล
3.4 Relative median income (for those aged 65+)	3.4 อัตราส่วนรายได้มัธยฐานของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ต่อรายได้มัธยฐานของผู้ที่มี อายุต่ำกว่า 65 ปี
3.5 No poverty risk (for those aged 65+)	3.5 สัดส่วนของผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ไม่เสี่ยงต่อความยากจน

UNECE (2019)	อมรรัตน์ และ นฤมล (2562)
3.6 No severe material deprivation (for those aged 65+)	ไม่มีข้อมูล
3.7 Physical safety (for those aged 55+)	ไม่มีข้อมูล
3.8 Lifelong learning (for those aged 55–74)	3.8 อัตราส่วนของผู้ที่มีอายุ 55 – 74 ปี ที่ได้รับการอบรมจากปราชญ์ชาวบ้าน หรือหน่วยงานรัฐ
<b>4.ปัจจัยส่งเสริมการสร้างพัฒนาพลัง (Capacity for Active Ageing)</b>	
4.1 Life expectancy at age 55	ไม่มีข้อมูล
4.2 Share of healthy life expectancy at age 55	ไม่มีข้อมูล
4.3 Mental well-being (for those aged 55+)	4.3 ดัชนีความสุขในชีวิตของผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป
4.4 Use of ICT by older adults (aged 55–74)	ไม่มีข้อมูล
4.5 Social connectedness of older people (aged 55+)	4.5 อัตราส่วนของผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม/สมาคม ด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ ศาสนา อาชีพ ศิษย์เก่า หรือผู้ที่มีภูมิลาเนาเดียวกัน ดนตรี กีฬา
4.6 Educational attainment of older people (aged 55+)	4.6 อัตราส่วนของผู้ที่มีอายุระหว่าง 55 – 74 ปี ที่ได้รับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือระดับอุดมศึกษา

ที่มา : รวบรวมโดยคณะผู้ศึกษา

หมายเหตุ : อมรรัตน์ อภินันทมกุล และ นฤมล อริยาภาภามล (2562) ใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามการสำรวจและศึกษาสุขภาพ การสูงอายุและการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand – HART)

ตารางที่ 3.8 องค์ประกอบหลักและตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานศึกษาของอมรรัตน์ และ นฤมล (2562)

<b>1. การจ้างงาน (Employment)</b>
<p>1. อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 55–59 ปี</p> <p>2. อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 60–64 ปี</p> <p>3. อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 65–69 ปี</p> <p>4. อัตราการจ้างงานของผู้มีอายุ 70–74 ปี</p> <p>(1- 4) ในปัจจุบันนี้ ท่านมีงานทำอยู่ใช่หรือไม่ (มีงานทำ หมายถึง การทำงานที่มีนายจ้าง หรือประกอบการเอง หรือทำงานให้กับธุรกิจของครอบครัวหรือของญาติ</p> <p>1 = ใช่</p> <p>2 = ไม่ใช่</p>
<b>2. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation)</b>
<p>5. อัตราส่วนการทำกิจกรรมอาสาสมัครของผู้มีอายุ 55 ปีขึ้นไป</p> <p>(5) ท่านเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม/ชมรม/สมาคมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>(5) กลุ่ม/ชมรม/สมาคมอาสาสมัคร</p> <p>6. อัตราส่วนการดูแลบุตรหลานของผู้มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป</p> <p>(6) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดูแลหลาน/เหลนที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปีหรือไม่</p> <p>1 = มีการดูแล</p> <p>2 = ไม่มีการดูแล</p> <p>7. อัตราส่วนผู้มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป ที่ช่วยเหลือบิดามารดา ในด้านต่างๆ เช่น การจัดซื้อ จัดหาสิ่งของ อุปกรณ์ จัดหาสิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องใช้สอย หรือบริการ เช่น ทำอาหาร ดูแลทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า หรือให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ</p> <p>(7) ท่านช่วยเหลือในรูปแบบที่ไม่ใช่เงินแก่บิดาหรือมารดาของท่านในรูปแบบใดบ้าง</p> <p>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>1 = พักผ่อน/เที่ยว</p> <p>2 = ผลิตภัณฑ์หรือสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ</p> <p>3 = สิ่งของ/เครื่องใช้ในบ้าน</p> <p>4 = อุปกรณ์ไฟฟ้า</p> <p>5 = ทำอาหารมาให้</p> <p>6 = อื่นๆ</p> <p>8. อัตราส่วนผู้มีอายุ 55 ปี ขึ้นไปที่เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม/สมาคมทางการเมือง NGOs</p> <p>(8) ท่านเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม/ชมรม/สมาคมต่างๆดังต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>6 = กลุ่ม/ชมรม/สมาคมทางการเมือง NGOs</p>

3. ความสามารถพึ่งตนเองในการดำเนินชีวิต (Independent, Healthy and Secure Living)

9. อัตราส่วนผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ

(9) ปกติท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่วัน

- 1 = ทุกวัน
- 2 = 5-6 วัน/สัปดาห์
- 3 = 3-4 วัน/สัปดาห์
- 4 = 1-2 วัน/สัปดาห์
- 5 = ไม่ออกกำลังกาย

10. อัตราส่วนผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปที่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และทันตกรรม

(วัดจากอัตราส่วนผู้ที่มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ รวมถึงผู้ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี)

(10) ท่านได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพจากที่ใดในปัจจุบัน

- 1 =สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 2 = กองทุนประกันสังคม
- 3 = โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- 4 = ไม่ทราบ
- 5 = ไม่ตอบ
- 6 = อื่นๆ

11. อัตราส่วนรายได้มีฐานของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ต่อรายได้มีฐานของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี

(11) รายได้จากแหล่งอื่นๆท่านอยู่ในช่วงใด

- 1 = น้อยกว่า 100,000 บาทต่อปี
- 2 = 100,000 - 200,000 บาทต่อปี
- 3 = 200,001 - 300,000 บาทต่อปี
- 4 = 300,001 - 400,000 บาทต่อปี
- 5 = 400,001 - 500,000 บาทต่อปี
- 6 = มากกว่า 500,000 บาทต่อปี

12. สัตว์สวนของผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ไม่เสี่ยงต่อความยากจน

(หากรายได้ต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของรายได้มีฐานจะถือว่ามีความเสี่ยงต่อความยากจน)

(12) ใช้คำถามข้อ 12

13. อัตราส่วนของผู้ที่มีอายุ 55 - 74 ปี ที่ได้รับการอบรมจากปราชญ์ชาวบ้าน หรือหน่วยงานรัฐ

(13) ในรอบปีที่ผ่านมาน ท่านได้เข้าร่วมการฝึกอบรม/เรียนรู้ด้านการเกษตรเพิ่มเติมจากปราชญ์ชาวบ้าน หรือหน่วยงานราชการจัดให้หรือไม่

- 1 = ได้
- 2 = ไม่ได้



#### 4. ปัจจัยส่งเสริมการสร้างพลัง (Capacity for Active Ageing)

##### 14. ดัชนีความสุขในชีวิตของผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป

(14) ในภาพรวม ท่านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของท่าน (ท่านมีความสุข) มากน้อยเพียงใด  
มีค่า 0 – 100 หากดัชนีมีค่ามาก หมายถึงมีความสุขมาก หากดัชนีมีค่ามาก หมายถึงมีความสุขมาก

##### 15. อัตราส่วนของผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม/สมาคม ด้านใดด้านหนึ่ง ต่อไปนี้ ด้านศาสนา ด้านอาชีพ ด้านศิษย์เก่า หรือผู้ที่มีภูมิลำเนาเดียวกัน ด้านดนตรี หรือกีฬา

(15) ท่านเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม/ชมรม/สมาคมต่างๆดังต่อไปนี้หรือไม่

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 = กลุ่ม/ชมรม/สมาคมทางศาสนา
- 2 = กลุ่ม/ชมรม/สมาคมทางสังคม อาชีพ
- 3 = กลุ่ม/ชมรม/สมาคมกีฬา ดนตรี ศิลปวัฒนธรรม
- 4 = กลุ่ม/ชมรม/สมาคมศิษย์เก่า
- 5 = กลุ่ม/ชมรม/สมาคมอาสาสมัคร
- 6 = กลุ่ม/ชมรม/สมาคมทางการเมือง

##### 16. อัตราส่วนของผู้ที่มีอายุระหว่าง 55 – 74 ปี ที่ได้รับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

(16) ท่านจบการศึกษาสูงสุดในระดับใด

- 1 = ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)
- 2 = ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านออกเขียนได้)
- 3 = ประถมศึกษา
- 4 = มัธยมศึกษาตอนต้น
- 5 = มัธยมศึกษาตอนปลาย
- 6 = อนุปริญญา ปวส.
- 7 = ปริญญาตรี
- 8 = ปริญญาโท
- 9 = ปริญญาเอก
- 10 = อื่นๆ

ที่มา : คณะผู้ศึกษารวบรวมจาก อมรรัตน์ อภินันทมกุล และ นิรมล อริยอากาศ (2562)

หมายเหตุ : อมรรัตน์ อภินันทมกุล และ นิรมล อริยอากาศ (2562) ใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามการสำรวจและศึกษาสุขภาพ  
การสูงอายุและการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand – HART)

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กุศล สุนทรธาดา และ กมลชนก ขำสุวรรณ. (2553). ระดับและแนวโน้มความมีพฤติกรรมของผู้สูงอายุไทย. *การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2553*. 26-38
- กীরติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (The Development Direction for Long-Term Care Giver in Community), *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, ปีที่ 36 ฉบับที่ 4: ตุลาคม-ธันวาคม 2561
- นงลักษณ์ โง้ววัฒนชัย และ ศราวุฒิ ศรีทอง. (2560). ดัชนีพฤติกรรมผู้สูงอายุไทย. *บทความสืบเนื่องการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์ 2560*. วันที่ 17 พฤศจิกายน 2560
- พินิจ ฟ้าอำนวยผล. (2563). *โครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะ Active ageing สำหรับผู้สูงอายุไทย (Development of Active Ageing Assessment Tool for the Thai Elderly)*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2558). ปัจจัยกำหนดระดับบุคลิกวัยของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. ปีที่ 21 เล่มที่ 1 มกราคม ถึง มีนาคม 2558. 139-167.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *ดัชนีพฤติกรรมผู้สูงอายุไทย (Active Ageing Index of Thai Elderly)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัยเอกพลากร, และ บวรศม สิริระพันธ์. (2561) รายงานฉบับสมบูรณ์ *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, กรุงเทพฯ
- วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพฯ
- ศาสตรา สุดสวาสดิ์ และ ภาวีน ศิริประภาณุกุล. (2564). *ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

- ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น. (2555). พหุพลังของผู้สูงอายุไทย การปันผลทางประชากรและโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในสังคมสูงวัย. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา*. ปีที่ 4 ฉบับที่ 7 มกราคม-มิถุนายน.201-214.
- เอื้อมพร พิชัยสนิธ. (2563). ความเหลื่อมล้ำเชิงภูมิภาคด้านพหุพลังผู้สูงอายุ: นัยต่อประสิทธิผลของนโยบายผู้สูงอายุระดับชาติ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2563
- อมรรัตน์ อภินันท์มหกุล และนิรมล อริยอภาภมล. (2562). *ดัชนีพหุพลังของประเทศไทย (Thailand Active Ageing Index)*. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

### ภาษาอังกฤษ

- Barslund, M., Von Werder, M. & Zaidi, A. (2017), Inequality in Active Ageing: Evidence from a New Individual-Level Index from European Countries. *Ageing and Society*, 39, 1-27. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001052>
- Bednarik, R., Brichtova, L., Ceruzzi, F., Cordero, L., Mastroyiannakis, T., Ferrando, M., Mingot, K., Ritter, J. & Diamantoula, V. (2010). *Informal Care in the Long-Term Care System*. European Overview Paper, Interlinks Health System and Long-Term Care for Older People in Europe. [https://www.researchgate.net/publication/242658253\\_Informal\\_care\\_in\\_the\\_long-term\\_care\\_system](https://www.researchgate.net/publication/242658253_Informal_care_in_the_long-term_care_system) (August 31, 2020.)
- Boudiny K. (2013). 'Active ageing': From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 33, 1077–1098. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X>
- Colombo, F., Llena-Noza, A., Mercier, J., & Tjadens, Fr. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Courtin, E., Jemai, N. & Mossialos, E. (2014). Mapping Support Policies for Informal Carers across the European Union. *Health Policy*, 118(1), 84-94.
- Eurocarers. (2020). *Enhancing the Social Rights of Informal Carers: The Way Forward*. Eurocarers' Position Paper, Eurocarers.

- Eurofound. (2017). *European Quality of Life Survey 2016: Quality of Life, Quality of Public Services, and Quality of Society*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Commission. (1999). *Towards a Europe for All Ages*. Brussels: European Commission.
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- Foster, L., & Walker, A. (2021). Active Ageing across the Life Course: Towards a Comprehensive Approach to Prevention. *Hindawi BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2021/6650414>
- Keeratisiroj, O., Kriteerawutiwong, N. & Mekrungrongwong, S. (2022). Development of Self-Active Aging Index (S-AAI) Among Older Rural Elderly in Lower Northern Thailand Classified by Age and Gender. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1476224/v1>
- Khongboon, P. & Pongpanich, S. (2018). Estimating Long-Term Care Costs among Thai Elderly: A Phichit Province Case Study. *Journal of Aging Research*, 10(3), 1-11.
- Principi, A., Di Rosa, M., Domínguez-Rodríguez, A., Varlamova, M., Barbabella, F., Lamura, G. & Socci, M. (2021). The Active Ageing Index and Policy in Italy. *Ageing and Society*, 1-26 <https://doi.org/doi:10.1017/S0144686X21001835>
- Rowe, J. & Kahn, R. (1987). Human ageing: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sasat, S., Choowattanapakorn, T., Pukdeeprom, T., Lertrat, P., & Aroonsang, P. (2013). Long-Term Care Institutions in Thailand. *Journal of Health Research*, 27(6), 413-418.
- Scheil-Adlung, X. (2013). Gaps in Social Protection for Health Care and Long-Term Care in Europe: Are the Elderly Faced with Financial Ruin? *International Social Security Review*, 66, 25-48.

- Scheil-Adlung, X. (2015). Long-term Care Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries. *ESS – Working Paper No. 50*, Extension of Social Security, International Labour Office, Geneva.
- Scheil-Adlung, X. & Bonan, J. (2012). Can the European Elderly Afford the Financial Burden of Health and Long-Term Care? Assessing Impacts and Policy Implications,” *ESS Paper Series No. 31*. International Labour Office, Social Security Department, Geneva.
- Sidorenko, A. (2021). *The End of “Active Ageing”?* European Center for Social Welfare Policy and Research. <https://www.euro.centre.org/webitem/4026>
- Sowa-Kofta, A., Marcinkowska, I., Ruzik-Sierdzinska, A. & Mackevicute, R. (2021). *Ageing policies – access to services in different Member States*. Publication for the committee on Employment and Social Affairs, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, European Parliament, Luxembourg.
- Steinmayr, D., Weichselbaumer, D. & Winter-Ebmer, R. (2020). Gender Differences in Active Aging: Findings from a New Individual-Level Index for European Countries. *Social Indicators Research*, 151, 691–721. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02380-1>
- Thanakwang, K. & Soonthorndhada, K. (2006). Attributes of Active Ageing among Older Persons in Thailand: Evidence from the 2002 Survey. *Asia-Pacific Population Journal*. December. 113-135.
- Thompson, Lee. (2004). *Long-Term Care: Support for Family Caregivers*. Washington, DC: Georgetown University Long-Term Care Financing Project.  
<https://hpi.georgetown.edu/archive/ltc/papers/> (November 26, 2020.)
- Timonen, V. (2016). *Beyond Successful and Active Ageing. A Theory of Model Ageing*. Bristol, UK: Policy Press.
- Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., Di Santo, P.,  
United Nations Economic Commission (UNECE). (2018). *Active Ageing Index: Analytical Report*,
- United Nations Economic Commission (UNECE). (2019). *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. Geneva: United Nations.

- Walker A. (2009). The emergence and application of active ageing in Europe. *Journal of Aging and Social Policy*, 21, 75–93. <https://doi.org/10.1080/08959420802529986>
- World Health Organization (WHO). (2000). *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing*, Report prepared by Giovanni Lamura and Andrea Principi under contract with the United Nation Economic Commission for Europe (Geneva). co-founded by the European Commission's Directorate general for Employment, Social Affairs and Inclusion.  
[https://www.who.int/ageing/publications/long\\_term\\_care/en/](https://www.who.int/ageing/publications/long_term_care/en/) (August 31, 2020.)
- World Health Organization (WHO). (2002). *Active Ageing: A policy Framework*. Geneva: World Health organization.
- World Health Organization (WHO), (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*, edited by Brodsky, Jenny, Habib, Jack, and Hirschfeld, Miriam J., World Health Organization Collection on Long-Term Care.

#### 4. แนวคิดและแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

##### 4.1) การพัฒนาดัชนีพัฒนาพลังระดับรายบุคคลของผู้สูงอายุไทย

การจัดทำดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะใช้ข้อมูลมหภาคของประเทศ โดยมักต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูลประกอบกัน ค่าดัชนีที่คำนวณได้จึงเป็นการให้ข้อมูลภาพรวมที่เป็นค่าเฉลี่ยของประเทศ เป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ระดับรายบุคคลหรือระดับกลุ่มย่อยของประชากรที่อาจมีระดับพัฒนาพลังแตกต่างกัน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรถูกละเลย งานศึกษาในเวลาต่อมาจึงได้ต่อยอดการพัฒนาดัชนีพัฒนาพลังด้วยการใช้ข้อมูลผู้สูงอายุในระดับบุคคลที่มาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันมากขึ้น เช่น งานศึกษาของ Barslund et al. (2017) ที่ได้พัฒนาดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในระดับบุคคล (Individual-Active Ageing Index) สำหรับประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป 13 ประเทศ พบว่าประเทศต่าง ๆ มีความแตกต่างกันในด้านการกระจายตัวของค่าภาวะพัฒนาพลังระดับบุคคล และประเทศที่มีค่าดัชนีพัฒนาพลังในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีความไม่เท่าเทียมกันของค่าดัชนีพัฒนาพลังภายในประเทศค่อนข้างสูง งานศึกษาของ Tajvar et al. (2022) ได้นำแนวคิดการพัฒนาดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุรายบุคคลไปใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีพัฒนาพลัง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน พบว่า ดัชนีพัฒนาพลังในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุมากกว่าสุขภาพจิตใจ ขณะที่องค์ประกอบย่อยของดัชนีพัฒนาพลังในสองด้าน คือ ด้านความมั่นคง และสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพัฒนาพลัง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

การจัดทำดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุนับว่ายังอยู่ในช่วงเริ่มต้น อีกทั้งการวิเคราะห์ระดับกลุ่มย่อยของประชากรยังมีการศึกษาไม่มากนัก การศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องนี้จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของค่าดัชนีพัฒนาพลังในระดับปัจเจกบุคคลได้ดีขึ้น เพื่อประยุกต์ใช้ค่าดังกล่าวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ งานศึกษาในที่นี้จึงต้องการต่อยอดงานศึกษาที่ผ่านมา ด้วยการจัดทำดัชนีพัฒนาพลังรายบุคคลของผู้สูงอายุไทย แล้ววิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าดัชนีนี้กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ที่วัดจากค่า Active Daily Living (ADL) หากตัวชี้วัดต่างๆ ของดัชนีพัฒนาพลังสามารถอธิบาย ADL ของผู้สูงอายุในช่วงอายุต่างๆ ได้ ผลการศึกษาน่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในการออกแบบนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดการรักษาเชิงป้องกัน (Preventive care) ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มแต่ละช่วงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีเวลายาวนานที่สุดในการทำกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ และช่วยตนเองได้ในการทำกิจกรรมประจำวันโดยไม่มีข้อจำกัดหรือมีน้อยที่สุด เพื่อลดโอกาสหรือชะลอเวลาที่ผู้สูงอายุจะตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง อันจะเป็นการลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และลดภาระของระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Cares : LTCs) ด้วย

การจัดทำดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุนับว่ายังอยู่ในช่วงเริ่มต้น อีกทั้งการวิเคราะห์ระดับกลุ่มย่อยของประชากรยังมีการศึกษาไม่มากนัก การศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องนี้จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของค่าดัชนีพัฒนาพลังในระดับปัจเจกบุคคลได้ดีขึ้น เพื่อประยุกต์ใช้ค่าดังกล่าวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ งานศึกษาในที่นี้จึงต้องการต่อยอดงานศึกษาที่ผ่านมา ด้วยการจัดทำดัชนีพัฒนาพลังรายบุคคลของผู้สูงอายุไทย แล้ววิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าดัชนีนี้กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ที่วัดจากค่า Active Daily Living (ADL) หากตัวชี้วัดต่างๆ ของดัชนีพัฒนาพลังสามารถอธิบาย ADL ของผู้สูงอายุในช่วงอายุต่างๆ ได้ ผลการศึกษาน่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในการออกแบบนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดการรักษาเชิงป้องกัน (Preventive care) ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มแต่ละช่วงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีเวลายาวนานที่สุดในการทำกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจ และช่วยตนเองได้ในการทำกิจกรรมประจำวันโดยไม่มีข้อจำกัดหรือมีน้อยที่สุด เพื่อลดโอกาสหรือชะลอเวลาที่ผู้สูงอายุจะตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง อันจะเป็นการลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และลดภาระของระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Cares : LTCs) ด้วย

คะแนนน้ำหนักของแต่ละตัวชี้วัดตามที่ UNECE (2018) ได้ให้คำแนะนำสำหรับประเทศที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของสหภาพยุโรป ทั้งนี้ ดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุระดับรายบุคคลของประเทศไทยที่จัดทำครั้งนี้ ประกอบด้วยดัชนีย่อยทั้ง 4 ด้าน แต่มีจำนวนตัวชี้วัดเพียง 12 ตัวชี้วัด โดยคะแนนที่ให้แต่ละตัวชี้วัดจะมีค่าเป็น 1 หากผู้ตอบแบบสอบถามได้ดำเนินกิจกรรมตามที่ระบุ มิเช่นนั้นแล้วจะมีค่าเป็น 0 สำหรับคำอธิบาย น้ำหนัก และคำถามที่ใช้จากแบบสำรวจได้แสดงในตารางที่ 4.1

ความท้าทายและข้อจำกัดในการจัดทำดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุระดับรายบุคคลมีหลายประการ โดยปัญหาสำคัญเกิดจากตัวชี้วัดภาวะพัฒนาพลังผู้สูงอายุที่เดิมถูกจัดทำและออกแบบให้ใช้ข้อมูลในระดับมหภาค ซึ่งมาจากหลายแหล่งข้อมูล การใช้ข้อมูลระดับรายบุคคลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ที่ไม่ได้ถูกออกแบบเพื่อใช้จัดทำดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุโดยตรง จึงไม่สามารถสร้างดัชนีพัฒนาพลังได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ตัวชี้วัดภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุจำนวน 7 ตัวชี้วัด ไม่ถูกรวมอยู่ในการจัดทำดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุระดับรายบุคคลในการศึกษานี้

นอกจากนั้น การจัดทำตัวชี้วัดพัฒนาพลังแต่ละตัวชี้วัดต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของคำถามที่มีในแบบสำรวจ ซึ่งอาจไม่ตรงทีเดียวกับคำอธิบายของ UNECE (2018) ตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมทางการเมือง (Political participation) ที่ต้องการวัดการมีส่วนร่วมหรือการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่สามารถมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทางการเมืองได้ ซึ่งข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยยังไม่มีคำถามโดยตรงในเรื่องนี้ งานศึกษานี้จึงใช้คำถามการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ อาทิ กลุ่มฅาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสหกรณ์/ออมทรัพย์ กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน และการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน (ข้อ F98-F103 และ F105) ซึ่งคำถามเหล่านี้มีขอบเขตกว้างกว่า ไม่เจาะจงเฉพาะการมีส่วนร่วมในทางการเมือง ทำให้การวัดผลอาจไม่ตรงกับนิยามของของ UNECE (2018) ที่เดียว เช่นเดียวกัน ตัวชี้วัดอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่ออายุ 55 ปี ที่ยังไม่มีคำถามนี้โดยตรงในการสำรวจประชากรสูงอายุไทยปี 2564 งานศึกษานี้จึงใช้คำถามการประเมินตนเองว่า สุขภาพร่างกายของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นอย่างไร (ข้อ F65) ซึ่งอาจใช้แทนการวัดอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่ได้ทีเดียว เป็นต้น

ในตอนท้ายข้อหวัข้อนี้ ทีมวิจัยจึงได้จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแบบสำรวจในโครงการการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย เพื่อประโยชน์ในการจัดทำดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุรายบุคคลในอนาคต การศึกษาในอนาคตก็จะสามารถพัฒนาดัชนีพัฒนาพลังที่มีความสมบูรณ์แบบยิ่งขึ้น



ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบตัวชี้วัดดัชนีพัฒนาพลังในระดับมหภาคของ UNECE กับการพัฒนาดัชนีพัฒนาพลังในระดับรายบุคคลที่ใช้ข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564

Macro-AAI Indicator (UNECE & European Commission, 2018)	Explicit weights	Individual-AAI Indicator (proposed by this study)	Explicit weights
<b>Domain:</b>			
<b>1. Employment</b> (Contribution through paid activities)	<b>35%</b>		<b>35%</b>
1.1 Employment rate for the age group 55–59	25%	Employment status over the past 12 months (F6, F8)	100%
1.2 Employment rate for the age group 60–64	25%		
1.3 Employment rate for the age group 65–69	25%		
1.4 Employment rate for the age group 70–74	25%		
<b>2. Participation in society</b> (Contribution through unpaid activities)	<b>35%</b>		<b>35%</b>
2.1 Voluntary activities	25%	Participated in voluntary activities over the past 12 months (F104)	25%
2.2 Care to children, grandchildren	25%	Gave care to grandchildren under the age of 10 years over the past 12 months (F51)	25%
2.3 Care to infirmed and disabled	30%	Gave care to infirmed and disabled persons within/outside the household over the past 12 months (F52-F54)	30%
2.4 Political participation	20%	Participated in social/ club/ communities-related activities over the past 12 months (F98-F103, F105)	20%
	<b>10%</b>		<b>10%</b>
<b>3. Independent, healthy and secure living</b>			
3.1 Physical exercise	10%	Engaged in physical activity or a job that involved physical labour more than once a week over the past 6 months (F84)	20%
3.2 Access to health and dental care	20%	- Not available -	
3.3 Independent living arrangements	20%	Lived in single or couple household (Members, F42)	40%
3.4 Relative median income	10%	- Not available -	
3.5 No poverty risk	10%	Average household income per person is greater than the poverty line (Members, F33)	20%
3.6 No severe material deprivation	10%	Had enough income to cover basic needs (F34)	20%
3.7 Physical safety	10%	- Not available -	
3.8 Lifelong learning	10%	- Not available -	

Macro-AAI Indicator (UNECE & European Commission, 2018)	Explicit weights	Individual-AAI Indicator (proposed by this study)	Explicit weights
4. Capacity and enabling environment for active ageing	20%		20%
4.1 Remaining life expectancy achievement of 50 years at age 55	33%	- Not available -	
4.2 Share of healthy life expectancy at age 55	23%	Had good or very good health (self-reported) during the last week (F65)	50%
4.3 Mental well-being	17%	Had high happiness level (self-reported) during the past 3 months (F83)	35%
4.4 Use of ICT	7%	- Not available -	
4.5 Social connectedness	13%	- Not available -	
4.6 Educational attainment	7%	Completed at least upper secondary or tertiary educational attainment (A10)	15%

ที่มา: ทีมวิจัย

เพื่อให้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีความสมบูรณ์ ครอบคลุมตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ใช้ในการจัดทำดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุในระดับบุคคลได้ดียิ่งขึ้น งานศึกษานี้ได้เสนอข้อคำถามที่อาจพิจารณานำไปใช้ในการปรับปรุงแบบสอบถาม ในโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยต่อไป ทีมวิจัยได้เสนอให้เพิ่มข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับดัชนีย่อย 3 หมวด คือ การมีส่วนร่วมทางสังคม ความมั่นคง และสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพหุพลัง ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม งานศึกษานี้เสนอให้เพิ่มเติมคำถาม 1 คำถาม เพื่อปรับปรุงการจัดทำตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมทางการเมืองให้สอดคล้องกับคำอธิบายในแบบสำรวจของ UNECE มากขึ้น คือ สำรวจการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือเข้าประชุมทางการเมือง หรือสหภาพแรงงาน ในรูปแบบต่าง ๆ ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ด้านความมั่นคง ตัวชี้วัดที่ยังขาดหายไปมี 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ 2) ค่ามัธยฐานของรายได้เปรียบเทียบกับ 3) ความปลอดภัยทางกายภาพ และ 4) การเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยงานศึกษานี้เสนอให้เพิ่มคำถาม 4 คำถาม ได้แก่ สถานการณ์ที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาสุขภาพร่างกายและหรือสุขภาพฟัน แต่กลับไม่ได้รับการตรวจรักษา, จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเด็ก (เพื่อคำนวณค่า Equivalence disposable income) ความปลอดภัยในการเดินคนเดียวรอบบริเวณที่อยู่อาศัยในเวลากลางคืน และการเข้าร่วมการสัมมนา การอบรม หรือเข้าเรียน ทั้งภายในและภายนอกระบบการศึกษาในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุพลัง ตัวชี้วัดที่ยังขาดหายไปมี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 55 ปี 2) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 3) การมีคุณค่าทางสังคม โดยคำถามในแบบสอบถามที่เสนอแนะให้เพิ่มเติม 3 คำถาม ได้แก่ อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 55 ปี และอายุคาดเฉลี่ยในปัจจุบัน ความถี่โดยเฉลี่ยของการใช้

อินเทอร์เน็ตในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา และความถี่ในการพบปะกับเพื่อนฝูงและญาติพี่น้อง นอกจากนี้ เสนอให้เพิ่มเติมข้อความเพื่อการจัดทำตัวชี้วัดในด้านอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่ออายุ 55 ปี อีกหนึ่งคำถามคือ จำนวนปีคงเหลือที่จะดำเนินกิจกรรมได้อย่างไม่มีข้อจำกัด ที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ เมื่อตอนอายุ 55 ปี และในปัจจุบัน

สำหรับข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่ การกำหนดน้ำหนัก (Weights) ที่ใช้สำหรับแต่ละตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบ งานศึกษาต่อไปในอนาคตอาจพิจารณาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามช่วงอายุ โดยอาจใช้คณะกรรมการที่มาจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกันพิจารณาเพื่อกำหนดค่าน้ำหนักที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

#### ตารางที่ 4.2 คำถามเสนอแนะสำหรับโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย เพื่อการพัฒนาดัชนีพหุคูณหลังระดับรายบุคคลในอนาคต

Macro-AAI Indicator (Description)	Suggested survey question
Domain:	
2. Participation in society	
2.4. Political participation (percentage of population aged 55 years and older taking part in the activities or meetings of a trade union, a political party or political action group, or signing a petition, including an email or on-line petition or contacting a politician over the last 12 months)	Did you take part in the activities or meetings of a trade union, a political party or political action group, or signing a petition, including an email or on-line petition or contacting a politician over the last 12 months?
3. Independent, healthy and secure living	
3.2. Access to health and dental care (percentage of people aged 55 years and older who report no unmet need for medical and dental examination or treatment during the 12 months preceding the survey)	Did you have a situation when you needed a medical examination or treatment and a dental care but did not receive during the last 12 months? If yes, why...
3.4. Relative median income (ratio of the median equivalised disposable income of people aged 65 and above to the median equivalised disposable income of those aged below 65)	What are the numbers of adults and children in the household? (to calculate the equivalised disposable income by using OECD-modified equivalence scale)
3.7. Physical safety (percentage of people aged 55 years and older who are feeling safe or very safe to walk after dark in their local area))	How safe do you feel walking alone in this area (respondent's local area or neighborhood) after dark?
3.8. Lifelong learning (percentage of people aged 55-74 who stated that they received education or training in the four weeks preceding the survey)	Did you attend or take any courses, seminars, conferences or received private lessons or instructions within or outside the regular education system within the last 4 weeks?

Macro-AAI Indicator (Description)	Suggested survey question
<b>4. Capacity and enabling environment for active ageing</b>	
4.1. Remaining life expectancy at age 55 as a proportion of 50 years goalpost (remaining life expectancy at 55 divided by 50 to calculate the proportion of life expectancy achievement in the target of 105 years of life expectancy)	What is your life expectancy at age 55? And what is your life expectancy now?
4.2. Share of healthy life expectancy at age 55 (the proportion of years spent free of activity limitation caused by health problems in the remaining life expectancy at 55.)	What are your remaining number of years spent free of activity limitation caused by health problem at age 55? And what are your remaining number of years spent free of activity limitation caused by health problem now?
4.4. Use of ICT (share of people aged 55-74 using the internet at least once a week)	How often on average have you used Internet in the last 3 months?
4.5. Social connectedness (share of people aged 55 or more that meet socially with friends, relatives, or colleagues at least once a week)	How often socially meet with friends, relatives or colleagues?

ที่มา: ทีมวิจัย

#### 4.2) แบบจำลองทางเศรษฐมิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับแบบจำลองปัจจัยที่กำหนดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุของงานศึกษานี้ จากสมการที่ (1) ตัวแปรตาม ( $Y_i$ ) คือ ตัวชี้วัดระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ  $i$  เป็นตัวแปรอันดับ (Ordinal variable) มีค่าเป็น 1, 2, หรือ 3 งานศึกษานี้จึงใช้แบบจำลอง Ordered logistic regression ที่มีรูปแบบสมการ ดังนี้

$$Prob (Y_i = j) = Pr (K_{j-1} < x'_{it}\beta_1 + z'_{it}\beta_2 + u_i < K_j) \quad (1)$$

โดย  $Y_i$  มีค่าเท่ากับ 1 เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (Total dependency) วัดจากคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL) ในประเทศไทย ผลการประเมินที่มีค่า 0 ถึง 4 เรียกว่ากลุ่ม ADL1  $Y_i$  มีค่าเท่ากับ 2 เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (Medium dependency) วัดจากคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล มีค่า 5 ถึง 11 เรียกว่ากลุ่ม ADL2 และ  $Y_i$  มีค่าเท่ากับ 3 เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (Slight or none dependency) วัดจากคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล มีค่า 12 ถึง 20 เรียกว่ากลุ่ม ADL3 ตามลำดับ

$\beta$  เป็นเวกเตอร์ของค่าสัมประสิทธิ์ที่ต้องการประมาณการ ใช้อธิบายความสามารถของตัวแปรอิสระในการอธิบายตัวแปรตาม  $Y_i$  ส่วน  $u_i$  คือค่าความคลาดเคลื่อนที่กำหนดให้มีการแจกแจงแบบลอจิสติกส์ และ  $K$  คือ จุดตัด ซึ่งกรณีนี้จะมี 2 จุด ได้แก่  $K_1$  และ  $K_2$  ดังนี้

$$\begin{aligned} Y_i &= 1 \text{ if } Y_i^* \leq K_1 \\ Y_i &= 2 \text{ if } K_1 < Y_i^* < K_2 \\ Y_i &= 3 \text{ if } Y_i^* \geq K_2 \end{aligned}$$

$X_{it}$  คือ เวกเตอร์ของตัวแปรพื้นฐานที่ใช้อธิบาย  $Y_i$  โดยงานศึกษานี้ใช้ชุดตัวแปรที่มักถูกใช้อธิบายสุขภาวะของผู้สูงอายุในงานศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรที่แสดงลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ (เป็นตัวแปรหุ่น Male มีค่าเท่ากับ 1 ถ้าเป็นเพศชาย มิเช่นนั้นแล้วมีค่าเป็น 0) พื้นที่ที่อยู่อาศัย (เป็นตัวแปรหุ่น Urban มีค่าเท่ากับ 1 ถ้าอยู่อาศัยในเขตเทศบาล มิเช่นนั้นแล้วมีค่าเป็น 0) สถานภาพสมรส (ตัวแปรหุ่น Single มีค่าเท่ากับ 1 ถ้าเป็นโสด มิเช่นนั้นแล้ว มีค่าเป็น 0) สถานะทางการเงิน (วัดจากรายได้จากทุกแหล่งเฉลี่ยต่อปีต่อคนของครัวเรือน) และจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน นอกจากนี้ งานศึกษานี้ยังได้เพิ่มตัวแปรหุ่นของจังหวัดที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในแบบจำลอง เพื่อใช้ในการควบคุมผลของปัจจัยจังหวัดที่มองไม่เห็น แต่อาจมีผลต่อค่าของตัวแปรตาม

งานศึกษาวิจัยนี้ต้องการตอบคำถามว่า ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุ (Active ageing) เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุได้หรือไม่ ด้วยเหตุนี้ เวกเตอร์  $z$  ในสมการที่ (1) จึงเป็นค่าดัชนีพลพลังของผู้สูงอายุรายบุคคล (Individual-Active Ageing Index หรือ Individual-AAI) ที่งานศึกษานี้พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดที่ได้อธิบายแล้วในหัวข้อ 4.1

ผลจากแบบจำลอง Ordered logistic regression จะให้ผลประมาณการสมการดังนี้

$$Z_i = E(Y_i^*) = x'_{it}\beta_1 + z'_{it}\beta_2 \quad (2)$$

และค่าประมาณการความน่าจะเป็น สามารถคำนวณได้จาก

$$\begin{aligned} Prob(Y_i = 1) &= \frac{1}{1 + e^{(x'_{it}\beta_1 + z'_{it}\beta_2 - K_1)}} \\ Prob(Y_i = 2) &= \frac{1}{1 + e^{(x'_{it}\beta_1 + z'_{it}\beta_2 - K_2)}} - \frac{1}{1 + e^{(x'_{it}\beta_1 + z'_{it}\beta_2 - K_1)}} \\ Prob(Y_i = 3) &= 1 - \frac{1}{1 + e^{(x'_{it}\beta_1 + z'_{it}\beta_2 - K_2)}} \end{aligned}$$

อนึ่ง เพื่อป้องกันปัญหา Heteroskedasticity ที่อาจเกิดขึ้น งานศึกษานี้ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนที่มีความแกร่ง (Robust standard errors) หรือรู้จักกันในชื่อ Huber/White sandwich estimator มาใช้ทดสอบระดับที่ มีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรต่าง ๆ และเพื่อให้มั่นใจว่า ค่าสัมประสิทธิ์จากการประมาณการสมการที่ค่า  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 1 เป็น 2 และสมการที่ค่า  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 2 เป็น 3 ให้ผลการประมาณการที่สอดคล้องกันและสามารถใช้ผลการประมาณการจากสมการเดียว กล่าวคือ การทดสอบสมมติฐาน Parallel-lines assumption งานศึกษานี้ได้ทดสอบ Brant test ซึ่งผลการทดสอบชี้ให้เห็นว่า ค่าสัมประสิทธิ์ ( $\beta_1$  และ  $\beta_2$ ) หน้าตัวแปรอธิบาย X และ Z ที่ได้จากการประมาณการสมการการเปลี่ยนแปลงค่า  $Y_i$  ในระดับต่าง ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน ในระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 1 ดังนั้น งานศึกษานี้จึงสามารถใช้วิธีการประมาณการด้วยวิธีการ Ordered logistic regression โดยรายงานผลการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรเป็นค่าเดียวกัน ไม่ว่าจะจากสมการที่ค่า  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 1 เป็น 2 หรือสมการที่ค่า  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 2 เป็น 3

### เอกสารอ้างอิง

- Barlund, Mikkel, Von Werder, Marten, & Zaidi, Asghar (2019). Inequality in active ageing: Evidence from a new individual-level index for European countries. *Ageing and Society*, 39(3), 541-567. doi:10.1017/S0144686X17001052
- Long, Scott J. & Freese, Jeremy (2001). *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata*, 2nd ed. College Station, TX: Stata Press.
- Tajvar Maryam, Yaseri Mehdi, Mahmoudi Roya, & Zaidi, Asghar (2022). Individual-Level Active Aging Index and Quality of Life of Older People: A Population-Based Survey in Tehran. *International Journal of Preventive Medicine*, 13(2), 1-8. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_358\_20
- UNECE (2018). *Active Ageing Index (AAI) in Non-EU Countries and at Subnational Level: Guidelines*, prepared by Varlamova, Maria of the National Research University, Higher School of Economics (Moscow), under contract with United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by the European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.
- Williams, Richard (2006). Generalized Ordered Logit/Partial Proportional Odds Models for Ordinal Dependent Variables. *The Stata Journal*, 6(1), 58-82. doi:10.1177/1536867X0600600104

## 5. ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาในบทนี้แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนแรกเป็นการรายงานค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักประชากร (population weight) ของข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของค่าดัชนี AAI ในแต่ละองค์ประกอบย่อย กับระดับการพึ่งพิง (ค่า ADL) ของผู้สูงอายุ ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการประมาณการด้วยแบบจำลอง Ordered logistic regression โดยจำแนกผู้สูงอายุตามช่วงอายุ

### 5.1) ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา

ดังกล่าวแล้วว่า งานศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการศึกษา ทิมีวิจัยเริ่มต้นด้วยการนำแบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจไปเปรียบเทียบกับแบบสอบถามที่ใช้ในโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในปีก่อนหน้า (พ.ศ. 2554 2557 และ 2560) พบว่า การสำรวจในแต่ละรอบมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในส่วนของคำถามที่ใช้ในการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยแบบสอบถามปี 2564 มีการอ้างอิงข้อความและเกณฑ์การให้คะแนนที่สอดคล้องกับดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL) ของประเทศไทยมากขึ้น ในส่วนของคำถามที่ใช้ในการจัดทำดัชนีพหุผลของผู้สูงอายुरายบุคคล การสำรวจผู้สูงอายุในรอบล่าสุดก็มีขอบเขตที่ครอบคลุมตัวชี้วัดต่างๆ ของ UNECE (2018) มากกว่าด้วย จึงเป็นสาเหตุหลักที่งานศึกษานี้เลือกใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยเฉพาะปี พ.ศ. 2564 ในการศึกษา ไม่ได้รวมข้อมูลในปีก่อนหน้าในการศึกษา

โครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ครอบคลุมประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งจะแตกต่างจากการพัฒนาดัชนีพหุผลที่ผ่านมาในอดีต ที่ครอบคลุมเฉพาะผู้ที่มีอายุ 55 ถึง 74 ปีเท่านั้น แม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามในช่วงอายุ 50 ถึง 59 ปี จะไม่นับเป็นผู้สูงอายุตามนิยามผู้สูงอายุไทย แต่เนื่องจากเป็นช่วงอายุตอนปลายของวัยทำงาน ที่พฤติกรรมและลักษณะทางประชากรอาจส่งผลกระทบต่อภาวะพึ่งพิงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ งานศึกษานี้จึงได้รวมประชากรอายุ 50-59 ปีไว้ในการศึกษาด้วย เพื่อค้นหาปัจจัยที่อาจช่วยชะลอเวลาหรือช่วยลดระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุในอนาคต นอกจากนี้ งานศึกษานี้ต้องการศึกษาด้วยว่า การสูงวัยอย่างมีพหุผลจะส่งผลกระทบต่อภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุแตกต่างกันตามช่วงอายุหรือไม่ การศึกษานี้จึงรวมผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 74 ปีเอาไว้ด้วย

ตารางที่ 5.1 ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักประชากรสำหรับตัวแปรที่แสดงลักษณะทางประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้

Variable	Whole sample	Total dependency (ADL1)	Medium dependency (ADL2)	None or Slight dependency (ADL3)
Mean values:				
Age	63.17	78.51	77.89	62.87
Male (%)	45.91%	42.83%	37.09%	46.04%
Urban (%)	42.78%	39.24%	41.56%	42.82%
Single (%)	6.35%	7.44%	6.36%	6.34%
Average income per person (THB)	45,474.53	15,936.77	16,028.23	46,054.75
No. of household members (persons)	3.28	3.89	3.69	3.27

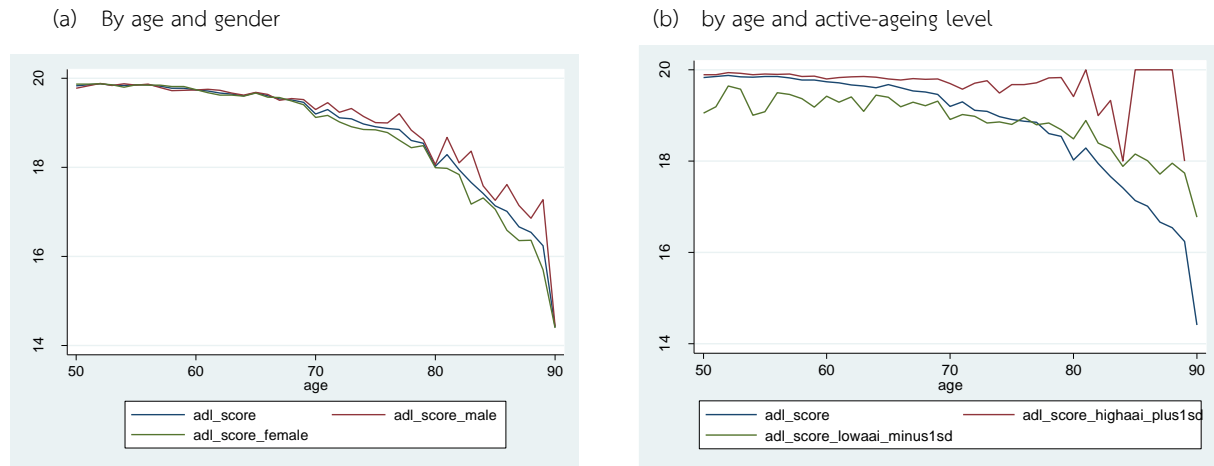
ที่มา ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2564

ตารางที่ 5.1 แสดงค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักประชากรจำแนกตามระดับการพึ่งพิงของตัวอย่าง โดยที่ ADL1 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (Total dependency) ADL2 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง (Medium dependency) และ ADL3 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (None or slight dependency) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ ตามระดับการพึ่งพิง จะเห็นว่า ขณะที่ผู้สูงอายุไทยโดยเฉลี่ยแล้วเป็นผู้สูงอายุวัยต้นมีอายุเฉลี่ยที่ 63 ปี ภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (ADL1) มีอายุเฉลี่ยที่ 78.51 ปี ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (ADL3) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 63 ปี ทั้งนี้ เพราะสมรรถนะร่างกายของคนเราโดยทั่วไปมักเสื่อมถอยตามอายุ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุในหัวข้อถัดไป ก็แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ พึ่งสังเกตว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มอาศัยในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 3-4 คน สะท้อนถึงรูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนไทยที่มีขนาดเล็กลง ไม่ใช่ครัวเรือนสามรุ่นที่ปู่ย่า หรือตายายอาศัยอยู่กับลูกหลาน ขนาดครัวเรือนที่เล็กลงทำให้ความสามารถของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำกัด การรักษาด้วยการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงมีความสำคัญในปัจจุบัน

สำหรับลักษณะทางประชากรอื่นๆ พบว่า เพศชาย (Male) มีภาวะการพึ่งพิงที่น้อยกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ (ดูแผนภาพที่ 5.1 (a) ประกอบ) และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล (Urban) โดยเปรียบเทียบแล้วมีภาวะการพึ่งพิงน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด (Single) มีสัดส่วนของการพึ่งพิงค่อนข้างต่ำ อนึ่ง จะสังเกตว่า รายได้เฉลี่ยต่อหัวของครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง เมื่อผู้สูงอายุในครัวเรือนมีระดับการพึ่งพิงมากขึ้น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสมาชิกครัวเรือนต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากขึ้น จึงเหลือเวลาในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ลดลง การป้องกันภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ ไม่เพียงต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง แต่อาจมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ สำหรับครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่



## แผนภาพที่ 5.1 ADL Score of Thai older persons in 2021



แผนภาพ 5.1 (b) แสดงความสัมพันธ์ของค่าดัชนีพหุผลพลัง (AAI) กับระดับการพึ่งพิง (ADL) จะเห็นว่าแม้ว่าภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุที่มีคะแนนพหุผลพลังในระดับสูง (high AAI score) โดยเปรียบเทียบแล้วจะมีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนพหุผลพลังในระดับต่ำกว่า และมีแนวโน้มที่จะรักษาระดับคะแนน ADL ในระดับสูงไว้ได้นาน กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การส่งเสริมการพัฒนาพหุผลพลังของผู้สูงอายุอาจช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นานขึ้น ช่วยชะลอภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาในขั้นต่อไปต้องการวิเคราะห์ในรายละเอียดว่า องค์ประกอบใดของดัชนีพหุผลพลังมีความสำคัญต่อการรักษาความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุได้มากที่สุด เพื่อกำหนดมาตรการส่งเสริมอย่างตรงจุดตรงประเด็น

ตารางที่ 5.2 แสดงจำนวนประชากร และค่าเฉลี่ยคะแนน AAI ในสี่หมวดหลักโดยจำแนกตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ในประการแรกจะเห็นว่า ประเทศไทยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ราว 13.36 ล้านคน ขณะที่ผู้ที่มีอายุในช่วง 50-59 ปีราว 10.31 ล้านคน (23,670,660 – 13,358,751) จึงสะท้อนว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูงสุด (Super aged society) ค่อนข้างเร็วเมื่อผู้ที่มีอายุในช่วง 50-59 ปีมีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่แล้ว (ร้อยละ 96.11) ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเทศไทยจึงควรมีมาตรการในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาระดับการพึ่งตนเองไว้ให้นานที่สุด และผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยมีคะแนนพหุผลพลังที่ 47.76 (จากคะแนนเต็ม 100) สะท้อนถึงช่องว่างจำนวนมากในการพัฒนาพหุผลพลังของผู้สูงอายุไทย ที่หากกำหนดให้เหมาะสมแล้วก็จะช่วยลดภาวะการพึ่งพิงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นด้วย

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จะเห็นว่า คะแนน AAI ของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีระดับการพึ่งพิงสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่ำ (กลุ่ม ADL3) มีคะแนนการมีงานทำสูงกว่าทุกกลุ่ม ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการทำงานทั้งกลุ่มที่มีระดับการพึ่งพิงปานกลาง (ADL2) และกลุ่มที่มีระดับการพึ่งพิงอย่างสมบูรณ์ (ADL1) อนึ่ง เนื่องจากแต่ละองค์ประกอบย่อยของดัชนีพหุผลพลังมีค่าน้ำหนักไม่

เท่ากัน (ดูตารางที่ 4.1 ประกอบ) โดยองค์ประกอบที่ 1 (Employment) และองค์ประกอบที่ 2 (Social participation) มีค่าน้ำหนักเท่ากันที่ 35% องค์ประกอบที่ 3 (Living arrangement) มีค่าน้ำหนัก 10% และองค์ประกอบที่ 4 (Capacity for active ageing) มีค่าน้ำหนัก 20% ตามลำดับ ด้วยเหตุนี้ หากหารคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวดด้วยค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบดังกล่าวแล้ว จะพบว่า ผู้สูงอายุไทยในปี 2564 มีคะแนนในองค์ประกอบที่ 2 (Social participation) ต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ร้อยละ 27.9  $((9.79/35)*100)$  ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ที่รัฐบาลณรงค์การงดจัดกิจกรรมทางสังคมและไม่ให้ผู้สูงอายุออกจากบ้าน เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสติดเชื้อโควิดได้ง่าย

ตารางที่ 5.2 จำนวนประชากร และค่าเฉลี่ยดัชนี AAI รายหมวด  
จำแนกตามระดับการพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง

	Total persons	Total dependency (ADL1)	Midium dependency (ADL2)	None or Slight dependency (ADL3)
Number of Persons (aged 50 and above)	23,670,660	190,292	267,121	23,035,870
Percent of Population	100.00%	0.80%	1.13%	97.32%
Number of Persons (aged 60 and above)	13,358,751	174,409	241,395	12,839,603
Percent of Population	100.00%	1.31%	1.81%	96.11%
Average AAI Scores (aged 50 to 89)	47.76	11.45	11.23	47.98
- Average AAI Scores in Domain 1: <u>Employment</u>	20.50	0.54	0.52	20.83
- Average AAI Scores in Domain 2: <u>Social Participation</u>	9.79	3.17	4.11	9.89
Average AAI Scores in Domain 3: <u>Independent Living</u>	4.36	1.79	2.03	4.40
Average AAI Scores in Domain 4: <u>Capacity for Active Ageing</u>	12.62	1.35	3.51	12.68

ที่มา ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2564

ตารางที่ 5.3 แจกแจงรายละเอียดของดัชนีพหุผลข้างในแต่ละองค์ประกอบย่อย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพิงน้อยหรือไม่มีเลย (ADL3) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88) แล้วประเมินตนเองว่ามีความสุขดีในรอบสามเดือนที่ผ่านมา (Mental wellbeing) ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพิงปานกลาง (ADL2) และระดับการพึ่งพิงสูง (ADL1) มีสัดส่วนดังกล่าวเพียงร้อยละ 37 และร้อยละ 13 ตามลำดับเท่านั้น การตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างจำกัด อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ ประมวลร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่ำหรือไม่มีภาวะพึ่งพิง (ADL3) จะมีงานทำ (Employment) มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง (Physical exercise) และ

ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ก่อนการสำรวจ (Healthy life) ทั้งสามตัวแปรล้วนเป็นองค์ประกอบย่อยของดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพิงปานกลาง (ADL2) และระดับการพึ่งพิงสูง (ADL1) มีคะแนนต่ำกว่าค่อนข้างมาก ในหัวข้อต่อไป จะเป็นการวิเคราะห์ว่าองค์ประกอบต่าง ๆ ของดัชนีคุณภาพชีวิตสามารถอธิบายระดับการพึ่งพิง หรือ ระดับ ADL ของผู้สูงอายุไทยได้มากน้อยเพียงใด

**ตารางที่ 5.3 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตในแต่ละองค์ประกอบย่อย จำแนกตามระดับการพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง**

Indicators	Total persons	Total dependency	Severe dependency	None or Slight dependency
Domain 1: Employment				
1.1. Employment	58.58%	1.54%	1.50%	59.52%
Domain 2: Participation in society				
2.1. Voluntary activities	17.01%	7.63%	7.32%	17.17%
2.2. Care to children, grandchildren	20.25%	1.80%	5.52%	20.52%
2.3. Care to infirmed and disabled	26.95%	5.05%	5.84%	27.30%
2.4. Political participation	50.99%	25.26%	33.51%	51.33%
Domain 3: Independent, healthy and secure living				
3.1. Physical exercise	58.82%	0.50%	11.80%	59.67%
3.2. Independent living arrangements	31.78%	14.32%	14.45%	32.06%
3.3. No poverty risk	39.60%	9.92%	10.25%	40.08%
3.4. No severe material deprivation	55.84%	49.98%	49.51%	55.94%
Domain 4: Capacity and enabling environment for active and health ageing				
4.1. Healthy life	59.05%	2.61%	4.38%	59.96%
4.2. Mental well-being	87.84%	13.06%	37.02%	88.17%
4.3. Educational attainment	19.32%	7.92%	5.98%	19.52%

ที่มา ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2564

## 5.2) ผลการประมาณการแบบจำลอง Ordered logistic regression

ดังกล่าวแล้วในหัวข้อ 4.2 ว่า การศึกษานี้ได้ทำการทดสอบสมมติฐานเรื่อง Parallel-lines assumption ด้วยวิธี Brant test แล้ว พบว่าค่าสัมประสิทธิ์จากการประมาณการ  $\beta$  ในกรณีที่  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 1 เป็น 2 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จากค่าสัมประสิทธิ์ของการประมาณการเมื่อ  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 2 เป็น 3 การศึกษาในที่นี่จึงสามารถรายงานผลการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรอิสระเป็นค่าเดียวกัน ไม่ว่าจะสมการที่ค่า  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 1 เป็น 2 หรือสมการที่ค่า  $Y_i$  เปลี่ยนจากค่า 2 เป็น 3

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Validity) ของแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา จากตารางที่ 5.4 ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มตัวแปรที่สนใจในการศึกษานี้เข้าไปในแบบจำลองทีละชุด หากแบบจำลองที่ใช้มีความน่าเชื่อถือแล้ว ค่าที่ได้จากการประมาณการที่มีนัยสำคัญสถิติในสมการหนึ่ง ควรคงความมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในสมการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มตัวแปรอธิบายเพิ่มขึ้น การศึกษาเริ่มจากการใส่ลักษณะทั่วไปของประชากรในสมการแรก (Eq. 1) ตามด้วยการเพิ่มตัวแปรดัชนีพหุคูณของผู้สูงอายุรายบุคคล (AAI score) ในสมการที่สอง (Eq.2) เพิ่มตัวแปรการมีงานทำ (Employment) ซึ่งเป็นหมวดที่ 1 ของดัชนีพหุคูณในสมการที่สาม (Eq.3) เพิ่มตัวแปรต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบย่อยของการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ในสมการที่ 4 (Eq.4) แล้วเพิ่มตัวแปรต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบย่อยของความมั่นคงในการอยู่อาศัย (Independent living) และสภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาพหุคูณ (Capacity in Active Ageing) ในสมการที่ 5 และ 6 (Eq.5 & Eq.6) ตามลำดับ ส่วนสมการที่ 7 (Eq.7) จะใช้ตัวแปรทั้งหมดที่สนใจในการศึกษานี้ในการประมาณการ จากผลการศึกษาในตารางที่ 5.4 จะเห็นว่า แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือ เพราะค่าสัมประสิทธิ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละสมการ ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติในสมการที่ 7 ด้วย

จากสมการที่ 7 (Eq.7) พบว่า อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม มีผลให้ระดับการพึ่งพิงสูงขึ้น (ค่า ADL หรือ  $Y_i$  ลดลง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับร้อยละ 1 อันเนื่องจากการเสื่อมถอยของสมรรถนะร่างกายตามช่วงอายุนั่นเอง ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่เป็นโสดก็มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น อย่างมีนัยสำคัญที่ร้อยละ 5 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะคนโสดมีภาระที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าผู้มีสถานภาพสมรสอื่น ในการทำงานหาเลี้ยงตนเอง การทำงานบ้านโดยไม่มีบุตรหลานหรือสมาชิกอื่นในครัวเรือนช่วยเหลือ และหรือการดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วยที่สูงวัยกว่า ภาระงานที่มากกว่าหรือหนักกว่าอาจส่งผลให้คนโสดมีแนวโน้มที่จะมีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พึงสังเกตว่า ตัวแปรที่ส่งเสริมความมีพหุคูณในเกือบทุกด้านส่งผลบวกต่อคะแนน ADL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สำคัญ ได้แก่ การมีงานทำ (Employment) และการมีความสุข (Mental wellbeing) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการค่อนข้างสูง น่าจะเป็นเพราะการงานทำให้มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ ขณะที่อารมณ์ที่แจ่มใสเบิกบานเป็นยารักษาโรคที่ดี นอกจากนี้ จะพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำทุกสัปดาห์ (Physical exercise) สุขภาพที่แข็งแรง (Healthy life) ตลอดจนการดูแลเด็กหรือลูกหลานในบ้าน (Care to children, grandchildren) และการดูแลผู้ป่วยหรือผู้พิการในครัวเรือน (Care to infirmed and disabled) ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลบวกต่อการพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (คะแนน ADL) ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ได้มีส่วนช่วยดูแลคนในครัวเรือน หรือทำงานจิตอาสาช่วยเหลือเพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้องที่เจ็บป่วย จะส่งผลดีต่อความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5.4 ผลการประมาณการระดับการพึ่งตนเอง (ค่า ADL) ด้วยแบบจำลอง Ordered Logit Regression  
โดยอาศัยข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย ปี 2564 สำหรับผู้มีอายุ 50-89 ปี

<i>Explanatory variables</i>	Eq.1	Eq.2	Eq.3	Eq.4	Eq.5	Eq.6	Eq.7
<i>Age</i>	-0.1123 *** (0.0052)	-0.0475 *** (0.0115)	-0.0791 *** (0.0059)	-0.1011 *** (0.0053)	-0.0995 *** (0.0053)	-0.0833 *** (0.0112)	-0.0493 *** (0.0114)
<i>Male</i>	-0.0080 (0.0933)	0.1076 (0.1628)	-0.1641 * (0.0933)	-0.0247 (0.0960)	-0.1172 (0.0974)	0.3154 * (0.1650)	0.1619 (0.1629)
<i>Urban</i>	0.0778 (0.0905)	0.2502 (0.1591)	0.1380 (0.0899)	0.1845 * (0.0948)	0.0807 (0.0929)	0.0801 (0.1682)	0.1997 (0.1759)
<i>Single</i>	-0.5105 *** (0.1796)	-0.7011 ** (0.3271)	-0.4709 *** (0.1745)	-0.3230 * (0.1896)	-0.5063 *** (0.1843)	-0.9267 *** (0.3436)	-0.8118 ** (0.3558)
<i>ln (Income)</i>	0.5032 *** (0.0430)	0.1019 (0.1270)	0.3355 *** (0.0423)	0.5074 *** (0.0460)	0.3851 *** (0.0544)	0.3524 *** (0.1053)	0.2237 (0.1368)
<i>No. of household members</i>	0.0055 (0.0248)	-0.0477 (0.0578)	-0.0299 (0.0240)	-0.1062 *** (0.0279)	0.0413 (0.0314)	0.0037 (0.0537)	-0.0122 (0.0779)
<i>AAI Score</i>		0.1241 *** (0.0129)					
<i>AAI Indicators</i>							
<i>Domain 1: Employment</i>							
<i>1.1 Employment</i>			3.3700 *** (0.2856)				2.3638 *** (0.3908)

<i>Explanatory variables</i>	Eq.1	Eq.2	Eq.3	Eq.4	Eq.5	Eq.6	Eq.7
Domain 2: Participation in society							
<i>2.1 Voluntary activities</i>				0.1124 (0.1601)			-0.5995 ** (0.3047)
<i>2.2 Care to children, grandchildren</i>				1.9427 *** (0.2069)			0.9199 *** (0.3254)
<i>2.3 Care to infirmed and disabled</i>				1.7820 *** (0.1714)			1.1806 *** (0.2762)
<i>2.4 Political participation</i>				0.7725 *** (0.1182)			0.4723 * (0.2564)
Domain 3: Independent, healthy and secure living							
<i>3.1 Physical exercise</i>					2.5948 *** (0.1966)		1.3915 *** (0.2822)
<i>3.2 Independent living arrangements</i>					0.6201 *** (0.1395)		0.9529 *** (0.2416)
<i>3.3 No poverty risk</i>					0.0734 (0.1723)		-0.7490 ** (0.3041)
<i>3.4 No severe material deprivation</i>					0.0257 (0.1011)		-0.0770 (0.2049)

<i>Explanatory variables</i>	Eq.1	Eq.2	Eq.3	Eq.4	Eq.5	Eq.6	Eq.7
Domain 4: Capacity and enabling environment for active and health ageing							
<i>4.1 Healthy life</i>						1.7254 *** (0.3510)	1.3771 *** (0.3614)
<i>4.2 Mental well-being</i>						2.3112 *** (0.2069)	2.1762 *** (0.2058)
<i>4.3 Educational attainment</i>						0.3243 (0.3417)	0.6072 (0.3775)
Number of obs.	72,376	54,355	72,367	70,235	72,192	55,828	54,355
Log likelihood	-5509.2	-1543.2	-5260.0	-5050.9	-5009.7	-1567.6	-1399.6

Notes: Robust standard errors are in parentheses. \*, \*\*, \*\*\* denote the significance at the 10%, 5%, 1% levels, respectively.

ตารางที่ 5.5 ผลการประมาณการระดับการพึ่งตนเอง (ค่า ADL) ด้วยแบบจำลอง Ordered Logit Regression โดยอาศัยข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุไทย ปี 2564 จำแนกตามกลุ่มอายุ

<i>Explanatory variables</i>	Whole sample (50-89 yrs.)	Before elderly (50-59 yrs.)	Youngest-old (60-69 yrs.)	Middle-old (70-79 yrs.)	Oldest-old (80-89 yrs.)
<i>Age</i>	-0.0493 *** (0.0114)	-0.0513 (0.0823)	-0.0294 *** (0.0604)	-0.0404 (0.0544)	-0.1539 *** (0.0594)
<i>Male</i>	0.1619 (0.1629)	0.4233 (0.5368)	-0.0630 (0.4505)	0.2093 (0.2887)	0.6446 * (0.3500)
<i>Urban</i>	0.1997 (0.1759)	-0.2652 (0.5159)	-0.1487 (0.3867)	0.2865 (0.3277)	0.4051 (0.3399)
<i>Single</i>	-0.8118 ** (0.3558)	-1.5185 ** (0.7115)	0.2515 (0.8066)	-0.8938 (0.9581)	1.1179 (1.0083)
<i>ln (Income)</i>	0.2237 (0.1368)	0.5825 ** (0.2562)	0.6216 ** (0.2925)	-0.0316 (0.1969)	0.1666 (0.2100)
<i>No. of household members</i>	-0.0122 (0.0779)	-0.0789 (0.1271)	0.2223 (0.2184)	-0.2753 *** (0.1025)	0.2203 * (0.1285)
AAI Indicators					
Domain 1: Employment					
<i>1.1 Employment</i>	2.3638 *** (0.3908)	1.4535 ** (0.6423)	3.0720 *** (0.8297)	2.9625 *** (0.9123)	2.3795 ** (1.1560)
Domain 2: Participation in society					
<i>2.1 Voluntary activities</i>	-0.5995 ** (0.3047)	1.0591 (0.9808)	-0.8659 (0.5818)	-1.2718 ** (0.5406)	-0.7665 (0.5938)
<i>2.2 Care to children, grandchildren</i>	0.9199 *** (0.3254)	0.9829 (0.7606)	1.7775 *** (0.6129)	1.2230 ** (0.5054)	0.2832 (0.5926)
<i>2.3 Care to infirmed and disabled</i>	1.1806 *** (0.2762)	1.5580 ** (0.7638)	1.5906 *** (0.5744)	1.2361 ** (0.4959)	1.7063 *** (0.5459)
<i>2.4 Political participation</i>	0.4723 * (0.2564)	1.0765 (1.1642)	0.7529 * (0.4007)	0.0859 (0.3802)	0.3888 (0.3871)



<i>Explanatory variables</i>	Whole sample (50-89 yrs.)	Before elderly (50-59 yrs.)	Youngest-old (60-69 yrs.)	Middle-old (70-79 yrs.)	Oldest-old (80-89 yrs.)
Domain 3: Independent, healthy and secure living					
3.1 Physical exercise	1.3915 *** (0.2822)	2.5738 *** (0.7510)	1.6594 *** (0.5140)	1.2460 *** (0.4320)	0.9179 ** (0.3831)
3.2 Independent living arrangements	0.9529 *** (0.2416)	0.8392 (0.5711)	1.1458 * (0.6089)	0.2050 (0.3872)	2.0487 *** (0.4757)
3.3 No poverty risk	-0.7490 ** (0.3041)	-0.0369 (0.9589)	-1.7740 ** (0.7011)	-0.0289 (0.5152)	-1.2132 ** (0.5262)
3.4 No severe material deprivation	-0.0770 (0.2049)	-0.0637 (0.4967)	0.0955 (0.4499)	-0.2347 (0.3385)	-0.0479 (0.3382)
Domain 4: Capacity and enabling environment for active and health ageing					
4.1 Healthy life	1.3771 *** (0.3614)	1.1119 (0.7095)	16.3160 *** (0.3576)	2.1010 *** (0.5750)	0.5212 (0.4854)
4.2 Mental well-being	2.1762 *** (0.2058)	1.9671 *** (0.5971)	2.1894 *** (0.6595)	2.8148 *** (0.3116)	2.4815 *** (0.3241)
4.3 Educational attainment	0.6072 (0.3775)	-0.1610 (0.8491)	0.4361 (0.5215)	1.1001 (0.7307)	0.5994 (0.7698)
Number of obs.	54,355	21,493	19,644	9,823	3,395
Log likelihood	-1399.6	-149.7	-254.0	-407.6	-416.5

Notes: Robust standard errors are in parentheses. \*, \*\*, \*\*\* denote the significance at the 10%, 5%, 1% levels, respectively.

ตารางที่ 5.5 นำเสนอผลการประมาณการโดยแบ่งตัวอย่างตามช่วงอายุ กลุ่มที่หนึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (whole sample) ที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวน 54,355 คน เป็นผู้มีอายุระหว่าง 50-89 ปี กลุ่มที่สองเป็น

กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (Before elderly) คือผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี กลุ่มที่สามเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (Youngest-old elderly) ที่มีอายุ 60-69 ปี กลุ่มที่สี่คือผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-old elderly) ที่มีอายุ 70-79 ปี และสุดท้ายเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (Oldest-old elderly) ที่มีอายุ 80-89 ปี ตามลำดับ

จากตัวแปรด้านประชากร พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มมีคะแนน ADL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือมีแนวโน้มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ขณะที่สถานภาพสมรสที่เป็นโสดสามารถอธิบายภาวะพึ่งพิงเฉพาะกลุ่มตัวอย่างก่อนวัยสูงอายุ (50-59 ปี) เท่านั้น ไม่สามารถอธิบายภาวะพึ่งพิงสำหรับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ สำหรับร้อยละของรายได้ที่เพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างก่อนวัยสูงอายุ (50-59 ปี) และผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีระดับการพึ่งพิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการอธิบายภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) แต่อย่างใด และสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) สามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น จึงสะท้อนถึงความสำคัญที่ผู้สูงอายุวัยปลายต้องการผู้ดูแลตลอดเวลาและไม่ควรถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง แม้อาจไม่ได้เจ็บป่วยติดเตียงก็ตาม

อนึ่ง ผลจากการประมาณการ พบว่า การทำงาน (Employment) การดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการภายในบ้าน (Care to infirmed and disabled) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Physical exercise) และการมีความสุข (Mental wellbeing) เป็นปัจจัยสำคัญสี่ประการที่ช่วยให้ตัวอย่างในทุกกลุ่มอายุมีระดับการพึ่งพิงตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (มีค่า ADL สูงขึ้น) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุไทย จึงควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนปัจจัยทั้งสี่ประการดังกล่าว

โดยการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีความต้องการทำงาน นอกจากจะช่วยลดการพึ่งพิงทางการเงินของตัวผู้สูงอายุแล้ว ยังมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นถึงคุณค่าของตนเอง ช่วยคงความกระปรี้กระเปร่า (active) ของผู้สูงอายุ และส่งผลทางอ้อม (indirect effect) ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรด้วยตนเองของผู้สูงอายุด้วย ในทำนองเดียวกัน การช่วยดูแลผู้ป่วยหรือผู้พิการภายในครัวเรือน หรือภายในชุมชน เป็นการสร้างคุณประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม สร้างความผูกพันในครอบครัว และช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน ในส่วนของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ และการมีอารมณ์แจ่มใสเบิกบานมีความสุข ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุห่างไกลโรค จึงมีผลโดยตรงต่อความสามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน

อาจสรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุมีส่วนสนับสนุนความสามารถในการพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุในทุกช่วงวัยในทิศทางเดียวกัน ทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (50-59 ปี) ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) ตามลำดับ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นมาตรการที่จะป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยติดเตียง ช่วยลดภาระของ

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Cares) ช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี สร้างคุณค่าแก่ตนเองและสังคม และพลังส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน

## 6. บทสรุป และข้อเสนอแนะ

จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างอายุประชากรไทย ทำให้ประเทศไทยมีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด (Super-aged society) ค่อนข้างจำกัด โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสามหรือประมาณร้อยละ 32 ของประชากรไทยในอีกประมาณยี่สิบปีข้างหน้า (พ.ศ.2583) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ จะส่งผลต่อระบบสวัสดิการทางสังคมของไทย โดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Cares: LTCs)

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) ได้ให้นิยาม ‘ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (LTCs)’ หมายถึง ความต้องการด้านการดูแลสำหรับบุคคลที่ต้องใช้เวลามากกว่าปกติ หรือต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic Activities of Daily Living: ADLs) อาทิ การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร ตลอดจนการลุกนั่งจากเตียงหรือเก้าอี้ เป็นต้น รวมถึงความต้องการช่วยเหลือในการใช้เครื่องมือเพื่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Instrumental of Activities of Daily Living: IADLs) เช่น การทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาหาร การช้อปปิ้ง และการเดินทาง เป็นต้น แต่ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยปัจจุบัน ยังเน้นด้านสาธารณสุขหรือการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นหลัก การให้บริการด้าน ADLs และ IADLs จำกัดเฉพาะในครัวเรือนที่มีความพร้อม หรือมีฐานะดีพอที่จะซื้อบริการเอกชนได้

แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยทำให้ครัวเรือนไทยมีขนาดเล็กลง โอกาสที่ผู้สูงอายุในอนาคตจะพึ่งพิงระบบครอบครัวช่วยดูแลในยามเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันภายในบ้าน ก็จะมีแนวโน้มลดลงตามไปด้วย ระบบสนับสนุนจากภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTCs) จึงมีความจำเป็นมากขึ้น ในการเตรียมพร้อมของประเทศไทยเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด ที่ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทั้งนี้ ระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงควรขยายขอบเขตไม่จำกัดเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยติดเตียงแล้ว แต่ควรให้ความช่วยเหลือที่ครอบคลุมด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ และสังคมด้วย ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่ ให้สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุด ป้องกันหรือชะลอการเป็นผู้ป่วยติดเตียงออกไปให้นานที่สุด

อนึ่ง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยาม ‘พหุผลสำเร็จ (Active Ageing)’ ว่าเป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง เพื่อเสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ (Active Ageing is the process of optimizing opportunity for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age., WHO 2002) ในการนี้ คณะกรรมการด้านเศรษฐกิจ

เพื่อยุโรปขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Economic Commission for Europe: UNECE) ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาดัชนีชี้วัด Active Ageing Index (AAI) เพื่อเปรียบเทียบระดับความกระฉับกระเฉงของผู้สูงอายุระหว่างประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรป ที่มีความแตกต่างกันในทางเศรษฐกิจและสังคม อาทิ ระดับการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ระดับความเหลื่อมล้ำทางรายได้ โอกาสการมีงานทำ ตลอดจนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามช่วงวัยและเพศ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประเทศที่ประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงวัยผ่านองค์ประกอบต่างๆของดัชนี AAI เพื่อกำหนดนโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุในแต่ละด้านของแต่ละประเทศ โดยดัชนี AAI ของ UNECE มี 22 องค์ประกอบ สามารถจัดหมวดหมู่เป็น 4 หมวด คือ (1) การจ้างงาน (Employment) (2) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) (3) ความสามารถในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง (Independent, Healthy and Secure Living) และ (4) ปัจจัยส่งเสริมการสร้างพหุพลัง (Capacity for Active Ageing) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ดัชนี AAI ของ UNECE เป็นดัชนีในระดับมหภาค ไม่สามารถบ่งชี้ปัญหาในระดับปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะความแตกต่างในแต่ละองค์ประกอบย่อยของดัชนี ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน Barlund et al. (2017) จึงได้เสนอแนวทางการวัดดัชนี AAI รายบุคคล เพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในรายละเอียด

โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและประยุกต์ใช้ Active Ageing Index (AAI) เพื่อการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Cares: LTCs)” ในที่นี้ ต้องการอาศัยแนวคิดดัชนี AAI ของ UNECE (2019) และของ Barlund et al. (2017) ในการพัฒนาดัชนี AAI ระดับบุคคลของผู้สูงอายุไทย เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าดัชนีตามช่วงอายุของผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะร่างกายต่างกัน และวิเคราะห์ผลของดัชนี AAI ต่อความสามารถในการพึ่งตนเองในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มอายุ ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการส่งเสริมการพัฒนาพหุพลังของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยติดเตียงของผู้สูงอายุ ขยายขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมมากกว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพียงอย่างเดียว

งานศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการศึกษาวิจัย จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักประชากรจำแนกตามระดับการพึ่งพิงของตัวอย่าง โดยที่ ADL1 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (Total dependency) ADL2 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง (Medium dependency) และ ADL3 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (None or slight dependency) พบว่า ขณะที่ผู้สูงอายุไทยโดยเฉลี่ยแล้วเป็นผู้สูงอายุวัยต้นมีอายุเฉลี่ยที่ 63 ปี ภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (ADL1) มีอายุเฉลี่ยที่ 78.51 ปี ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (ADL3) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 63 ปี ทั้งนี้ เพราะสมรรถนะร่างกายของคนเราโดยทั่วไปมักเสื่อมถอยตามอายุนั่นเอง นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้นยังพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อหัวของครัวเรือนมีแนวโน้ม

ลดลง เมื่อผู้สูงอายุในครัวเรือนมีระดับการพึ่งพิงมากขึ้น อาจเป็นเพราะสมาชิกครัวเรือนต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากขึ้น จึงเหลือเวลาในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ลดลง การป้องกันภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ ไม่เพียงต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง แต่อาจมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ครัวเรือนด้วย ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ แม้ว่าภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุที่มีคะแนนพหุผลัดในระดัสูง (high AAI score) โดยเปรียบเทียบแล้วจะมีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนพหุผลัดในระดับที่ต่ำกว่า และผู้ที่มีคะแนนพหุผลัดในระดัสูงก็มีแนวโน้มที่จะรักษาระดับคะแนน ADL ของตนเองไว้ในระดัสูงไว้ได้นาน การส่งเสริมการพัฒนาพหุผลัดของผู้สูงอายุจึงอาจเป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นานขึ้น ช่วยชะลอภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุออกไปให้นานที่สุด

จากการวิเคราะห์ตัวอย่างทั้งหมด (Whole sample) จำนวน 54,355 คน ที่มีอายุระหว่าง 50-89 ปี ด้วยแบบจำลอง Ordered logistic regression พบว่า อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม มีผลให้ระดับการพึ่งพิงสูงขึ้น (ค่า ADL หรือ Yi ลดลง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดัร้อยละ 1 และพบว่า องค์ประกอบของดัชนีพหุผลัดในเกือบทุกด้านส่งผลบวกต่อคะแนน ADL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีงานทำ (Employment) และการมีความสุข (Mental wellbeing) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการค่อนข้างสูง ทั้งนี้ เพราะการทำงานน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจได้ ขณะที่อารมณ์ที่แจ่มใสเบิกบานเป็นยารักษาโรคที่ดี นอกจากนี้ ยังพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำทุกสัปดาห์ (Physical exercise) สุขภาพที่แข็งแรง (Healthy life) ตลอดจนการดูแลเด็กหรือลูกหลานในบ้าน (Care to children, grandchildren) และการดูแลผู้ป่วยหรือผู้พิการในครัวเรือน (Care to infirmed and disabled) ต่างเป็นปัจจัยหนุนเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงได้มีส่วนช่วยดูแลคนในครัวเรือน หรือทำงานจิตอาสาช่วยเหลือเพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้องที่เจ็บป่วย จะส่งผลดีทางอ้อมต่อความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุด้วย

เมื่อเปรียบเทียบผลการประมาณของตัวอย่างทั้งหมด กับผลการประมาณการตัวอย่างตามช่วงอายุ โดยแบ่งตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (Before elderly) คือผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Youngest-old elderly) ที่มีอายุ 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-old elderly) ที่มีอายุ 70-79 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Oldest-old elderly) ที่มีอายุ 80-89 ปี ตามลำดับ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มมีคะแนน ADL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือมีแนวโน้มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น และสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) สามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สะท้อนถึงความสำคัญที่ผู้สูงอายุวัยปลายต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา และไม่ควรถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง แม้อาจไม่ได้เจ็บป่วยติดเตียงก็ตาม

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุมีส่วนสนับสนุนความสามารถในการพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุในทุกช่วงวัยในทิศทางเดียวกัน ทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (50-59 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80-89 ปี) ตามลำดับ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นมาตรการที่จะป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยติดเตียง ช่วยลดภาระของระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Cares) ช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี สร้างคุณค่าแก่ตนเองและสังคม และพลังส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน การศึกษาพบว่า การทำงาน (Employment) การดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการภายในบ้าน (Care to infirmed and disabled) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง (Physical exercise) และการมีความสุข (Mental wellbeing) เป็นปัจจัยสำคัญสี่ประการที่ช่วยให้ตัวอย่างในทุกกลุ่มอายุมีระดับการพึ่งพิงตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุไทย จึงควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนปัจจัยทั้งสี่ประการดังกล่าว

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ (Active ageing) ของผู้สูงอายุไทย

- 1) ส่งเสริมการทำนันทนาการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีความต้องการทำงาน ควรได้รับโอกาสในการทำงานให้เหมาะสมกับสมรรถนะของตนเอง ทั้งทางร่างกาย ความรู้ และทักษะในการทำงาน โดยควร เข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) เพื่อการพัฒนาทักษะอาชีพที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงเงินทุนในกรณีประกอบธุรกิจส่วนตัว
- 2) สร้างเสริมสุขภาพร่างกายที่ดี ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำและมีโภชนาการที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกาย เข้าถึงการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี และ เข้าถึงการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยภายในบ้านเพื่อ ป้องกันการหกล้ม ควร กระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการเล่นเกมที่ต้องใช้สมองในการคิดวิเคราะห์ เป็นการออกกำลังกายสมอง และช่วยรักษาความสามารถในการจดจำ (cognitive skill) ของผู้สูงอายุ
- 3) ปรับปรุงสวนสาธารณะและระบบขนส่งมวลชน ให้เอื้อต่อการเดินทางของผู้สูงอายุ เพื่อการไปทำงาน การเดินทางไปทำธุระนอกบ้านด้วยตนเอง และการไปออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ โดยสวนสาธารณะควรมีทางเดินเท้า และอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุด้วย
- 4) ส่งเสริมการดูแลสมาชิกในครัวเรือนที่เปราะบาง หรือการทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สร้างคุณค่าและคุณประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น

- 5) ส่งเสริมให้มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เข้าร่วมงานรื่นเริงประจำปีของชุมชน และหรือกิจกรรมสังคมอื่นๆ ตามความสนใจ ตลอดจนมีโอกาสไปท่องเที่ยว และทำงานอดิเรกที่สนใจ ทั้งนี้ การสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย ที่กล่าวไว้ในข้อ 2) และการส่งเสริมให้มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบานในที่นี้ เป็นพื้นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกวัยไม่เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น
- 6) เรียนรู้และเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีดิจิทัล ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการทำธุรกรรมทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต และเรียนรู้การใช้แอปพลิเคชันต่างๆ บนมือถือ เพื่อป้องกันการถูกหลอกลวง การติดต่อกับลูกหลานที่อยู่ห่างไกล การเข้าถึงข่าวสารข้อมูล การเรียนรู้ตลอดชีวิตผ่านสื่อออนไลน์ ตลอดจนการทำธุรกรรมออนไลน์ต่าง ๆ