



อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

FOOD AND NUTRITION FOR HEALTHY AGING



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สกุลตรา คำชู



อาหารและโภชนาการ เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

Food and Nutrition for Healthy Aging

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สกุลตรา คำชู



สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์

วังบูรพา : 860-862 ถนนมหาไชย แขวงวังบูรพาภิรมย์ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200

โทร. 0-2221-0742, 0-2221-6567 แฟกซ์ 0-2225-3300

ปิ่นเกล้า : 1/35-39 ถนนบรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทร. 0-2434-8814-5 แฟกซ์ 0-2424-0152



อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

Food and Nutrition for Healthy Aging

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สกุลตรา คำชู

ราคา 420 บาท

จัดทำเป็นฉบับ E-Book ครั้งที่ 1 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

หนังสือเล่มนี้สงวนลิขสิทธิ์ตาม พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ พุทธศักราช 2558

ห้ามผู้ใดพิมพ์ซ้ำ ลอกเลียน ส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้

ไม่ว่าในรูปแบบใดๆ นอกจากจะได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สกุลตรา คำชู.

อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Food and Nutrition for Healthy Aging).

--กรุงเทพฯ : ไอเดียสโตร, 2569.

520 หน้า.

1. ผู้สูงอายุ--โภชนาการ. I. ชื่อเรื่อง.

641.5627

ISBN (e-book) 978-616-538-382-0

ผู้จัดพิมพ์และจัดจำหน่าย สำนักพิมพ์ไอเดียสโตร

บรรณาธิการบริหาร : ประสาร สันติวัฒนา บรรณาธิการ : ภูสิตี พลายนภ กอบบรรณาธิการ : สนธยา ราษีทอง อติมา เพ็ชรศรี
พิสูจน์อักษร : จิระภรณ์ ศักดิ์แก้ว ฝ่ายศิลปกรรม : กองสุพันธ์ ขวาเปาะ ปัญญา ผูกสินธ์ ประยง อ่อนแสง เอกพันธ์ ขวาเปาะ
รูปเล่มและอาร์ตเวิร์ค : ชัยวัฒน์ แก้วภู เรียงพิมพ์ : ณศวรรณ พลสมศรี ออกแบบปก : ชีรพล ศรีสวัสดิ์ ประสานงานการผลิต :
ปิยะวัลย์ พันธุ์แจ่ม ภัฏญา วงศ์ภาคำ อรณา คงสุวรรณ

★ สำนักพิมพ์ไอเดียสโตรขอเรียนเชิญครู-อาจารย์และบุคคลทั่วไปทุกท่านที่สนใจในงานเรียบเรียง การเขียนเอกสารประกอบการสอน เอกสารคำสอน ตำรา หนังสือ รายงานการพัฒนา นวัตกรรม งานประดิษฐ์ รวมทั้งผลงานทางวิชาการทุกสาขา และมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจผลงานถูกต้องตามหลักวิชาการให้อีกด้วย ทั้งนี้ให้ส่งสำเนาต้นฉบับ ประวัติ สถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ สามารถติดต่อได้สะดวกมาในนาม บรรณาธิการ สำนักพิมพ์ไอเดียสโตร 1/35-39 ถนนบรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 ★

❖ ในกรณีที่ท่านต้องการซื้อเป็นจำนวนมาก เพื่อใช้ในการสอน การฝึกอบรม และส่งเสริมการขาย เป็นต้น กรุณาติดต่อสอบถามราคาพิเศษได้ที่ สำนักพิมพ์ไอเดียสโตรทุกสาขา : สาขาปิ่นเกล้า โทร. 0-2434-8814-5; สาขาวังบูรพา โทร. 0-2221-0742, 0-2221-6567 ❖

โอ. เอส. พรินต์ติ้ง เฮาส์

113/13 ซอยวัดสุวรรณคีรี ถนนบรมราชชนนี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทร. 0-2433-3653, 0-2434-6850-1

หนังสือ “อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” “Food and Nutrition for Healthy Aging” เล่มนี้ จัดทำขึ้นภายใต้บริบทของสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งส่งผลให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านอาหารและโภชนาการ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีในวัยสูงอายุ

เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้มุ่งนำเสนอองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งหลักการทางโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ แนวทางการจัดอาหารและสารอาหารที่เหมาะสม การปรับเนื้อสัมผัสอาหารสำหรับผู้ที่มีปัญหาการเคี้ยวกลืน ตลอดจนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านและการพัฒนาเมนูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้จากศาสตร์ด้านโภชนาการ ชีวเคมี วิทยาศาสตร์อาหาร และการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้เขียนได้รวบรวมและเรียบเรียงเนื้อหาจากเอกสารวิชาการ งานวิจัย และบทความทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีความน่าเชื่อถือ พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัย มีกรณีศึกษา : แนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากนี้ เนื้อหาทั้ง 9 บท ยังผ่านการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาอาหาร โภชนาการ และสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ

นอกจากนี้ ผู้เขียนได้นำผลงานวิจัยเรื่องการพัฒนาน้ำพริกแกงชนิดไม่เผ็ดจากพริกหวานมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบและพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความเหมาะสมในการบริโภค ลดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร และยังคงเอกลักษณ์ด้านกลิ่น รส และลักษณะเฉพาะของอาหารไทยไว้ได้อย่างสมดุล แนวทางดังกล่าวสะท้อนการเชื่อมโยงองค์ความรู้เชิงวิจัยสู่การประยุกต์ใช้จริงในระดับชุมชน และเป็นตัวอย่างของการพัฒนาอาหารเพื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทสังคมผู้สูงอายุ

หนังสือเล่มนี้จึงเหมาะสำหรับนักศึกษา นักวิจัย นักพัฒนาอาหาร บุคลากรด้านสาธารณสุข ตลอดจนผู้สนใจทั่วไปที่ต้องการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านมิติด้านอาหารและโภชนาการ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นแหล่งความรู้ที่มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการเรียนการสอน การวิจัย และการพัฒนานวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สกุลตรา คำชู

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทย : สถานการณ์และแนวโน้ม	1
สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในประเทศไทย	1
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	5
การแบ่งช่วงวัยในผู้สูงอายุ	16
ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทย	19
ความรู้ทางโภชนาการในผู้สูงอายุ	24
กรณีศึกษา	31
สรุปท้ายบท	34
คำถามทบทวน	36
เอกสารอ้างอิง	37
บทที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	41
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	41
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	42
สาเหตุและความสัมพันธ์ด้านสุขภาพ : โรคที่เกิดกับผู้สูงอายุ	44
โภชนบำบัด	53
ปัญหาสุขภาพต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	55
ภาวะโภชนาการ	57
การคัดกรอง การประเมิน และการรักษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	60
กรณีศึกษา	65
สรุปท้ายบท	68
คำถามทบทวน	70
เอกสารอ้างอิง	71
บทที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการอาหารของผู้สูงอายุ	73
พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการอาหารของผู้สูงอายุ	73
ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ	74
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ	77
ภาวะพลัมพลิงของผู้สูงอายุ	82
แนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ	95
การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นกลไกในการสร้าง “สังคมผู้สูงอายุที่มีพลัมพลิง”	96

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุ	110
การสร้างเสริมภาวะพลพลังให้กับผู้สูงอายุในทุกระดับ	112
การพัฒนาพฤติกรรมและความต้องการอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	118
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	120
อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีฤทธิ์ช่วยชะลอวัย สุขภาพดี อายุยืนยาว	124
กรณีศึกษา : แนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ	126
สรุปท้ายบท	128
คำถามทบทวน	130
เอกสารอ้างอิง	131
บทที่ 4 หลักการคัดเลือกและการเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	135
หลักการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	136
หลักการจัดเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	136
ความต้องการพลังงานและสารอาหารในผู้สูงอายุ	137
อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมดุลได้สัดส่วนและน้ำหนักที่ปกติคงที่	139
อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่กินอาหารป้องกันภาวะสมองและกระดูกเสื่อม	140
อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่กระตุ้นความอยาก	143
อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่บำบัดโรค	145
โรคสำคัญในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการ	145
อาหารบำบัดโรคสำหรับผู้สูงอายุ	148
ภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหารบำบัดโรค	151
ปัญหาจากพยาธิสภาพและยาที่ได้รับ	153
ภาวะโภชนาการต่อบุคลิกภาพและการยอมรับของสังคม	154
กรณีศึกษา	155
สรุปท้ายบท	157
คำถามทบทวน	158
เอกสารอ้างอิง	159
บทที่ 5 แนวทางการจัดอาหารและสารอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	163
การพัฒนารูปแบบการจัดอาหารที่ควรบริโภคเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	164
ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ	165
หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	172
แนวทางการจัดและดัดแปลงอาหารโภชนบำบัดเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	173
กรณีศึกษา	179

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สรุปท้ายบท	184
คำถามทบทวน	185
เอกสารอ้างอิง	186
บทที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพและการจัดการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	189
การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	191
องค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	194
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	196
แนวคิดคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	208
ความสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	213
ประโยชน์การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	213
หลักการสำคัญและแนวทางการจัดอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ	214
ประโยชน์และความสำคัญในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	217
อาหารและตำรับอาหารที่มีการเพิ่มเส้นใยอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	220
อาหารสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันสำหรับผู้สูงอายุ	222
เทคนิคและหลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคี้ยว	223
หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคี้ยว	225
ตำรับอาหารผู้สูงอายุมีปัญหาการเคี้ยว	229
ความต้องการอาหารและสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	243
อาหารลดไขมันสำหรับผู้สูงอายุ	246
อาหารลดน้ำตาล-ลดเกลือสำหรับผู้สูงอายุ	249
กรณีศึกษา	252
สรุปท้ายบท	253
คำถามทบทวน	254
เอกสารอ้างอิง	255
บทที่ 7 การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	261
ความหมายของการพึ่งพาตนเอง	261
มิติของการพึ่งพาตัวเองของประชากรผู้สูงอายุไทย	263
ระดับการพึ่งพาตนเอง	266
การประยุกต์งานปัญญาประดิษฐ์	271
ความหมายของการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในมิติอาหาร	277
ความสำคัญของอาหารต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	280
บริบทด้านอาหารกับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในชนบท	280

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวทางการพึ่งพาตนเองด้านอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	282
อาหารกับศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	284
สรุปท้ายบท	285
คำถามทบทวน	287
เอกสารอ้างอิง	288
บทที่ 8 การดัดแปลงและพัฒนาอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	291
ทฤษฎีเกี่ยวกับอาหารและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี	292
แนวคิดเกี่ยวกับธงโภชนาการ	294
ตัวอย่างการพัฒนาตำรับอาหารกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	310
แนวคิดพัฒนาอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	311
รายการอาหารเพื่อสุขภาพและชุดอาหารเพื่อสุขภาพ	354
การพัฒนาผลิตภัณฑ์นวัตกรรมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	359
สมบัติการเป็นสารโพรไบโอติกของผลไม้ไทย	365
สรุปท้ายบท	376
คำถามทบทวน	377
เอกสารอ้างอิง	378
บทที่ 9 การประยุกต์องค์ความรู้สู่การพัฒนาอาหารผู้สูงอายุในระดับชุมชน	381
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุตามชุมชนในประเทศไทย	382
ความต้องการของผู้สูงอายุ	382
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน	384
คุณค่าทางโภชนาการตำรับอาหารท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ	386
คุณค่าของอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	387
คุณค่าทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม	388
ความพึงพอใจในตำรับอาหารของผู้สูงอายุ	388
ตำรับอาหารอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	389
แหล่งอาหารในชุมชน	397
ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	397
การพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุจากโภชนาการสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง	400
การประยุกต์งานวิจัย : พริกแกงชนิดไม่เผ็ดจากพริกหวานสีแดง	401
การพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ	404
สรุปท้ายบท	467

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
คำถามทบทวน	468
เอกสารอ้างอิง	469
บรรณานุกรม	471
ดัชนี	491
Index	493
ประวัติผู้เขียน	497

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
5.1 พลังงานอาหารในผู้สูงอายุ	170
5.2 สัดส่วนสารอาหาร (ร้อยละของพลังงานทั้งหมด) ในผู้สูงอายุ	170
5.3 ปริมาณสารอาหารแนะนำต่อวันในผู้สูงอายุ	170
5.4 ปริมาณแร่ธาตุและวิตามินที่สำคัญ (สรุปจากภาพ)	171
5.5 ปริมาณอาหารที่แนะนำตามธงโภชนาการ	171
6.1 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ	204
6.2 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านชีวิตครอบครัวและการอยู่ในชุมชน	206
6.3 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ	207
8.1 เกณฑ์โภชนาการ (พลังงานและสารอาหารต่อ 1 หน่วยบริโภค)	302
8.2 เกณฑ์รับรองมาตรฐานเมนูสุขภาพ	303

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well Elder) กลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์ที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมสามารถช่วยเหลือครอบครัวและผู้อื่น	6
1.2 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound Elder) กลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคม	7
1.3 ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) มีโรคประจำตัวหลายโรค (Comorbidity/ Multimorbid) ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ เจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อน	7
1.4 ข้อต่อกระดูกสันหลังยุบทำให้เกิดหลังค่อม	18
1.5 ระยะช่องปาก	22
1.6 ระยะคอหอย	22
1.7 ระยะหลอดอาหาร	23
1.8 ตัวอย่างอาหารผู้สูงอายุหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ให้สารอาหาร “โปรตีน” เช่น ปลา กุ้ง อกไก่ ให้สารอาหารโปรตีนสูงให้ไขมันที่ดี	26
1.9 ตัวอย่างอาหารผู้สูงอายุหมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตและใยอาหารสูง จัดให้รับประทานคู่กับอกไก่อบไอน้ำและผักกวางตุ้งต้มสุก	27
1.10 ลักษณะอาหารผู้สูงอายุหมู่ที่ 3 ได้แก่ แร่ธาตุ พืชผักบางกรอบ ผักใบเขียวและผักที่มีผลสีต่าง ๆ ให้สารอาหาร “เกลือแร่และแร่ธาตุต่าง ๆ” ในรูปแบบสลัดอกไก่นุ่มและน้ำสลัด	27
1.11 ตัวอย่างอาหารผู้สูงอายุหมู่ที่ 4 ได้แก่ วิตามิน ผลไม้จากธรรมชาติชนิดต่าง ๆ ให้สารอาหาร “วิตามิน” เช่น แดงโม แอปเปิล แก้วมังกร	28
1.12 ตัวอย่างอาหารผู้สูงอายุหมู่ที่ 5 ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก ใช้ประกอบอาหาร เช่น ใช้ทอดปลา ผัดข้าว ผัดพริกแกง	29
2.1 เปรียบเทียบโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดและชนิดเลือดออก	45
2.2 ข้อเสื่อม	46
2.3 โรคกระดูกพรุน	48
2.4 การบริหารกล้ามเนื้อเข้า	48
2.5 โรคนิ้วในไต/ ท่อไตและโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ	49
2.6 โรคตาที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เช่น โรคตาแห้ง โรคต้อกระจก โรคต้อหิน	50
2.7 จอประสาทตาเสื่อม (Aged-Related Macular Degeneration-AMD)	51
2.8 โรคเบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy)	51
2.9 สาเหตุของการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ ความซึมเศร้า ความเหงา การตัดขาดจากสังคม การสูญเสีย ความทรงจำและมีผลทำให้ไม่ย่อยอาหาร	55

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
2.10 ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการที่ดี (Good Nutritional Status) ผู้ที่มีภาวะโภชนาการที่ดีส่วนใหญ่จะมีร่างกายที่สมส่วน	58
2.11 ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน (Over-nutrition) ในผู้สูงอายุ	58
2.13 แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA ®)	64
3.1 การปรับตัวให้มีความสุขให้วัยสูงอายุ “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ”	77
3.2 กิจกรรมอาสาสมัคร (Voluntary Activities) ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดสินค้าในชุมชนตนเอง น้ำพริกเผาจากพริกบางช้าง	88
3.3 ตัวอย่างการพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัยของผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ	102
3.4 ตัวอย่างอุปกรณ์พาหนะเพื่อการเดินทางของผู้สูงอายุโดยที่ชุมชนสามารถใช้ทรัพยากรและทักษะซึ่งเป็นเจ้าของร่วมกันเพื่อสวัสดิการของผู้สูงอายุและเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ	106
3.5 ตัวอย่างการให้ผู้สูงอายุใช้คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต (Tablet) หรือโทรศัพท์แบบโต้ตอบข้อความได้ (Smart Phone) จะช่วยส่งเสริมการพึ่งตนเองในผู้สูงอายุ	108
3.6 ตัวอย่างน้ำพริกแกงเขียวหวานและน้ำพริกแกงแดงชนิดไม่เผ็ดแบบสดและแบบแห้ง	112
4.1 ตัวอย่างอาหาร ได้แก่ 1) ข้าวสวย 2) ไข่เจียว 3) ต้มข้าวไก่ใส่กะหล่ำปลี 4) ผักดองกะหล่ำปลีเห็ดและแครอท 5) พุดดิ้งวุ้นนมสด สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมดุลได้สัดส่วนและน้ำหนักที่ปกติ	140
4.2 ตัวอย่างอาหารทางการแพทย์และอาหารเสริมสูตรสารอาหารครบถ้วน	149
4.3 ตัวอย่างการให้อาหารทางเดินอาหาร (Enteral Nutrition : EN)	151
4.4 การให้อาหารทางสายผู้ป่วย ได้แก่ การจัดท่านอนและอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง	152
6.1 กรุงเทพมหานคร : วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ	209
6.2 สื่อรณรงค์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่สื่อสารแนวคิดเรื่อง การกินอาหารอย่างชาญฉลาด (Smart Eating) ผ่าน “โรงอาหารสุขภาพดี” ในบริบทของประเทศไทย	215
6.3 พามะจานาและซอสเพรสโต	221
6.4 เมนูอาหารฝึกกลืน 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 : Slightly Thick (ข้นเล็กน้อย) ระดับที่ 2 : Mildly Thick (ข้นปานกลาง) ระดับที่ 3 : Moderately Thick / Liquidised (ข้นมาก-ปั่นเหลว) ระดับที่ 4 : Extremely Thick / Puréed (บดละเอียดข้นมาก) ระดับที่ 5 : Minced & Moist (สับละเอียดและชุ่ม)	225
6.5 ตัวอย่างอาหารข้นหนืด ได้แก่ ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ต้มข้าวไก่เหี่ยวเร่ ตำรับไทยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก	228
6.6 ซุปฟักทอง	229
6.7 ไข่ตุ๋นทรงเครื่อง	231

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
6.8 พักต้นสามสหาย	233
6.9 แกงจืดเต้าหู้ไข่-หมูสับ	235
6.10 ข้าวต้มปลานิล	236
6.11 บวดฟักทองนมสด	238
6.12 วุ้นนมสด	240
6.13 น้ำใบบัวบก	241
6.14 น้ำชিং	243
6.15 ลักษณะตัวอย่างขนมหวานเนื้อสัมผัสอ่อนเคี้ยวง่ายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ขนม สังขยาฟักทอง	246
6.16 พานาคอตต้าสตอร์วเบอร์รี่	248
7.1 อุปกรณ์ตัวช่วยสำหรับผู้สูงอายุ	270
8.1 ปริมาณอาหารตามธงโภชนาการในกลุ่มข้าว-แป้ง 1 ทัพพี	295
8.2 ปริมาณอาหารตามธงโภชนาการในกลุ่มเนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว	296
8.3 ปริมาณอาหารตามธงโภชนาการในกลุ่มนมและผลิตภัณฑ์	298
8.4 ปริมาณอาหารตามธงโภชนาการในกลุ่มผัก 1 ทัพพี	299
8.5 ปริมาณอาหารตามธงโภชนาการในกลุ่มผลไม้ 1 ส่วน	300
8.6 ปริมาณอาหารตามธงโภชนาการในกลุ่มน้ำตาล น้ำมัน เกลือและเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม	301
8.7 ตัวอย่างการดัดอาหารสำหรับคนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน	310
8.8 แกงขี้เหล็กพริกแกงไม่เผ็ดจากพริกหวาน	313
8.9 ปั่นปูนา	315
8.8 ต้มจืดเนื้อวัว	319
8.9 ต้มข้าวไก่สูตรทดแทนกะทิ (ด้วยนมพว่องมันเนย)	321
8.10 ซุปฟักทอง	324
8.11 ไข่ตุ๋นฟักทอง	326
8.12 แกงจืดมะระสอได้	327
8.13 ไข่ตุ๋นผักสามสี	328
8.14 ต้มจืดผักกาดขาวไข่น้ำ	330
8.15 ข้าวผัดกระเทียมกะเพรา	332
8.16 เต้าหู้ขาวผัดขิง	334
8.17 ผัดผักบุ้ง	335
8.18 ราดหน้าทะเลเส้นใหญ่	337
8.19 บวบยัดไส้กุ้ง-หมูนึ่ง	340

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
8.20 เต้าหู้ทรงเครื่อง	342
8.21 ห่อหมกปลาช่อน	345
8.22 น้ำพริกมะขามสดผัด	347
8.23 หลนเต้าเจี้ยว	350
8.23 ข้าวยาปักซี่ใต้	351
8.24 ยำปลาทุ	353
8.25 มะเขือม่วง	370
8.26 มะเขือเทศ	370
8.27 มอซซาเรลลาสดในน้ำ	370
8.28 โหระพาฝรั่ง	371
8.29 โหระพาไทย	371
8.30 ออกไก่	372
8.31 พริกชี้หนู	372
8.32 หอมแดง	373
8.33 ผักชี	373
8.33 มันฝรั่ง	374
8.34 กะเพรา	374
8.34 พริกทอง	375
8.35 แครอท	375
8.36 มะขามฝักอ่อน มะขามฝักแก่	376
9.1 ตัวอย่างลักษณะสำหรับอาหารคาวท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้าวสวยหุงด้วยน้ำ ดอกอัญชัญ แกงส้มปลาใส่ผักสายบัว ต้มผักไก่ น้ำพริกมะขามเปียกใส่ปลาย่างและผัก สดปลุกในท้องถิ่นและหน่อไม้ต้ม	392
9.2 ตัวอย่างอาหารประเภทเครื่องจิ้ม เช่น น้ำพริกปลาเค็มพร้อมผักสดสมุนไพร ช่วยให้ ผู้สูงอายุรับประทานแล้วเจริญอาหารรับประทานอาหารได้มากขึ้น	393
9.3 ตัวอย่างกระบวนการเตรียมพริกหวานสีแดงตั้งแต่พริกสดก่อนการอบแห้ง พริกหวาน อบแห้ง ทั้งผล พริกหวานหั่นอบแห้ง และลักษณะของพริกแกงชนิดไม่เผ็ดที่พัฒนาจาก พริกหวาน	402
9.4 การสาธิตการพัฒนาพริกแกงหรือเครื่องแกงชนิดไม่เผ็ด โดยใช้พริกหวานเป็นวัตถุดิบ หลัก เพื่อปรับลดความเผ็ดร้อนและเพิ่มความเหมาะสมต่อการบริโภคของผู้สูงอายุ โดย อาศัยวัตถุดิบท้องถิ่นและกระบวนการปรุงตามภูมิปัญญาชุมชน ภายใต้แนวคิดการ ประยุกต์งานวิจัยสู่การพัฒนาตำรับอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบท	402

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
9.5 ตัวอย่างพริกแกงเขียวหวานและพริกแกงแดงชนิดไม่เผ็ดสำเร็จรูปพร้อมปรุง ซึ่งเป็นผลงานการพัฒนาตำรับอาหารของผู้เขียน โดยมุ่งเน้นการปรับสูตรให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านรสชาติ ความปลอดภัย และคุณค่าทางโภชนาการ	403
9.6 ตัวอย่างเมนูแกงเขียวหวานไก่และแกงเผ็ดปลากทราย ปรุงโดยใช้พริกแกง และพริกแกงหรือเครื่องแกงเผ็ดชนิดไม่เผ็ดที่พัฒนาจากพริกหวาน เพื่อปรับลดความเผ็ดร้อนและเพิ่มความเหมาะสมต่อการบริโภคของผู้สูงอายุ	403
9.7 แกงขนุนอ่อน	405
9.8 แกงบอนกะทิปลาแห้ง	407
9.9 แกงผักรวม	408
9.10 แกงผำ	410
9.11 ต้มปลานิล	412
9.12 ข้าวหีดยาว	414
9.13 ข้าวหอยตาก	416
9.14 อ่อมผัก	418
9.15 อ่อมปลาดุก	419
9.16 อ่อมไก่	421
9.17 เอาะปลา	423
9.18 เอาะกบ	425
9.19 ปลาดุกปิ้ง	427
9.20 ป๋ามไข่	428
9.21 ซุปมะเขือ	430
9.22 ซุปผักรวม	432
9.23 ลาบปลาดุกย่าง	434
9.24 ก้อยลิ้นฟ้า	435
9.25 หมกปลาชิว	437
9.26 หมกหยวกกล้วย	439
9.27 หมกปลาช่อน	440
9.28 หมกไข่ปลา	442
9.29 หมกเห็ด	444
9.30 หมกปลีกกล้วย	446
9.31 อั่วพริกหยวก	448

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
9.32 ปลาหนังแจ่ว	449
9.33 แจ่วกุ่ม	451
9.34 แจ่วเห็ด	453
9.35 ป่นปลาทุ	455
9.36 ข้าวต้มหัวหงอก	457
9.37 ขนมหมก (ขนมเทียน)	458
9.38 ข้าวต้มข้าวโพด	460
9.39 บวดฟักทองน้ำกะทิ	462
9.40 ต้มถั่วแดง	463
9.41 ขนมสาकुวิลาศ	466

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทย : สถานการณ์และแนวโน้ม

Nutritional Status of Older Adults in Thailand : Current Situation and Trends

สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Aged Society) และมีแนวโน้มเปลี่ยนผ่านสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged Society) ในอนาคตอันใกล้ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การลดลงของอัตราการเกิด และความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะประเด็นด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญต่อการดำรงชีวิต สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเป็นหัวข้อสำคัญที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพโดยรวม เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหาร การย่อย การดูดซึม และการใช้ประโยชน์จากสารอาหาร เช่น ความอยากอาหารลดลง ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ รวมถึงโรคเรื้อรังที่พบร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ ทั้งในรูปแบบของการขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลักโภชนาการได้รับความสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิตามิน แร่ธาตุ และไฟโตนิวเทรียน ซึ่งเป็นสารอาหารสำคัญที่พบในอาหารเพื่อสุขภาพ มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ได้แก่ บีตา-แคโรทีน (Beta-carotene) ช่วยทำให้สุขภาพดีในระยะยาวและช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดความเสื่อมของสังขารและโรคภัยไข้เจ็บบางชนิด วิตามิน (Vitamin) สามารถปรับสมดุลในร่างกายเพื่อช่วยในการนอนหลับและลดความเครียด รักษาสมดุลของระบบทางเดินอาหาร เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากและช่วยรักษาผิวพรรณ ทั้งยังเสริมสร้างให้กระดูก ฟัน และเล็บให้แข็งแรง นอกจากนี้ยังป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจและระบบปัสสาวะ ผิวและผมแข็งแรง ไลโคปีน (Lycopene) เป็นสารต้านอนุมูลอิสระชนิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการต่อต้านอนุมูลอิสระสูงมากและช่วยชะลอความเสื่อมของเซลล์ได้ บำรุงผิวพรรณ ผิวดูสุขภาพดีสดใส ซึ่งจะช่วยให้สุขภาพให้แข็งแรงยิ่งขึ้นแม้จะอายุมากขึ้นหรือสูงอายุแล้วก็ตาม นอกจากนี้ ไลโคปีนสามารถป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้หลายชนิดเช่นกัน อย่างเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ไชมันอุดตันในเส้นเลือดและโรคเส้นเลือดตีบในสมองและโอกาสความจำเสื่อมลดลงได้ เป็นต้น ซีลีเนียม (Selenium) เป็นแร่ธาตุที่มีความสำคัญต่อร่างกายน้อยแต่ร่างกายขาดไม่ได้ ด้วยซีลีเนียมมีสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่มีฤทธิ์ต้านริ้วรอยแห่งวัย ช่วยชะลอความเสื่อมอันเนื่องมาจากวัยที่เพิ่มมากขึ้น ป้องกันไม่ให้ส่วนประกอบต่าง ๆ ในร่างกาย

ถูกทำลายและจะมีประสิทธิภาพเมื่อทำหน้าที่ร่วมกับวิตามินอี และช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ ทั้งมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งในหลอดอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการทำงานของตับในการขับสารพิษประเภทโลหะหนักออกจากร่างกาย รวมทั้งมีส่วนช่วยในเรื่องของระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยบรรเทาโรคแห่งความเสื่อม โรคต่อกระดูก และโรคมะเร็งได้ด้วย (สกุลตรา คำชู, 2561) ดังนั้น การสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสารอาหารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดีและพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ในบริบทของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยประสบปัญหาทั้งภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและกระทบต่อความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย วางแผนส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

บทนี้จึงมุ่งนำเสนอภาพรวมของสถานการณ์ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทย ทั้งในด้านโครงสร้างประชากร ปัญหาภาวะโภชนาการที่สำคัญ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ตลอดจนแนวโน้มและทิศทางการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจเนื้อหาในบทถัดไปเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” ไม่ได้มีนิยามที่แน่นอน องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้ระบุความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ไว้ว่า คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรมีประชากรสูงอายุถึง 1 ใน 5 และจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ทำให้มีอายุเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นของเพศชายและเพศหญิงเป็น 71.3 ปี และ 78.2 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ ในด้านอัตราการเกิดของประชากรกลับมีอัตราการเกิดที่ลดลง ซึ่งเป็นผลจากการรณรงค์การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีบุตรน้อยลง ส่งผลให้จำนวนบุตรเฉลี่ยต่อสตรีหนึ่งคนตลอดวัยเจริญพันธุ์ลดลง จนคาดว่าอัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวมมีแนวโน้มลดลงจนติดลบในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2568-2573 เป็นต้น ไปทำให้มีประชากรที่มาทดแทนคนวัยแรงงาน ไม่ทันต่อความต้องการของประเทศ ตลอดจนประชากรวัยสูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มของการที่จะขยายอายุการทำงานให้กับผู้สูงอายุให้ยาวนานขึ้น จากเดิมเกษียณอายุที่ 60 ปี ให้เพิ่มเป็น 65 ปี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถทำงานเพื่อมีรายได้และพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด

แม้ผู้สูงอายุในบางมุมมองจะถูกมองว่าเป็นผู้พึ่งพิง หรือเป็นภาระต่อรัฐ ครอบครัว และระบบสวัสดิการ เนื่องจากการเกษียณอายุและความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมสู่ความเป็นเมือง ครอบครัวเดี่ยว และค่านิยมที่เน้นเศรษฐกิจ ทำให้คุณค่าของผู้สูงอายุในสังคมไทยลดลง และคนรุ่นใหม่มีแนวโน้มมองผู้สูงอายุในเชิงลบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไทยยังคงมีบทบาทสำคัญในฐานะ ศูนย์รวมจิตใจของครอบครัว ผู้นำชุมชน และผู้มีคุณค่าทางสังคม อีกทั้งยังมีความพยายามในการปรับตัว สร้างอัตลักษณ์ใหม่ และรักษาศักดิ์ศรีของตนเอง เช่น การทำงานมีบทบาททางเศรษฐกิจ และมีอำนาจในการกำหนดวิถีชีวิตของตนเองและครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุ

ไม่ใช่เพียงผู้รับ แต่ยังเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อสังคม จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่กำหนดเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยบางรายอาศัยอยู่ลำพังตลอดเวลา หรืออยู่กับครอบครัวแต่ต้องอยู่ลำพังในบางช่วงเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

Siritarungsri *et al.* (2015) พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านบริการสุขภาพ บริการสาธารณะ ข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ การช่วยเหลือจากชุมชน และการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว รวมถึงต้องการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและการเยี่ยมเยียนที่บ้าน ผลกระทบของการอยู่ลำพังมีทั้งด้านบวกและลบ โดยด้านบวก คือ ผู้สูงอายุรู้สึก ภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระผู้อื่น ส่วนด้านลบ คือ ต้องดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ และค่าใช้จ่าย ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทาง จิตใจ ร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในผู้ที่ขาดการเตรียมความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร มโนรัตน์ (2556) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมักรู้สึกว้าเหว่ ขาดความมั่นใจ แยกตัวจากสังคม และเสี่ยงต่ออุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรได้รับการเตรียมความพร้อมและการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างเหมาะสม

ปัญหาของผู้สูงอายุไทย

1. ด้านสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพเพราะเป็นวัยที่กำลังถดถอย ถูกโรคภัยเบียดเบียนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและด้อยการศึกษาด้วยแล้ว จะขาดความรู้ในการป้องกันและการรักษาสุขภาพอนามัยตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะเกิดต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตจนเข้าสู่วัยสูงอายุ การให้บริการและสวัสดิการต่าง ๆ โดยเฉพาะในเรื่องการรักษาพยาบาลประกอบกับความจำกัดของทรัพยากรทำให้การบริการต่าง ๆ ยังดำเนินการอยู่ในวงแคบไม่พอเพียงที่จะเอื้อให้ได้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับวัย

2. ด้านการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยเรียนหนังสือมีสัดส่วน 1 ใน 4 ทั้งนี้ เป็นเพราะในอดีตระบบการศึกษายังให้บริการไม่ทั่วถึง ทำให้ส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างน้อย คือจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 69.5 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด

3. ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน ประเทศไทยเป็นสังคมเกษตรกรรมมาแต่ดั้งเดิม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เมื่อมีอายุมาก ร่างกายไม่อำนวยต้องหยุดทำงาน และทำให้ต้องประสบปัญหาการขาดรายได้ เนื่องจากไม่มีหลักประกันในชีวิต ประกอบกับอาชีพเกษตรกรรมมักมีรายได้ต่ำจึงไม่สามารถเก็บออมไว้ใช้ในยามชราได้

4. ด้านสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ มีผลให้รูปแบบโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ก่อให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และการปรับตัวไม่ทันกับสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ ความเครียด ค่านิยมการแสดงออกที่วัยอื่น ๆ จะพึงมีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ทำให้ต้องพยายามยอมรับในสภาพต่าง ๆ อันจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ

5. ด้านสวัสดิการสังคม การให้บริการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุยังมีขอบเขตและรูปแบบที่จำกัด ไม่เพียงพอ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและปริมาณปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ซึ่งผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ทันสถานการณ์

ต่าง ๆ ส่งผลให้ขาดคนดูแล ถูกทอดทิ้ง ขาดความอบอุ่นและความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ขาดสังคม ขาดที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งผู้ที่ประสบปัญหาดังกล่าวนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งประสบปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติทางอารมณ์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี จะช่วยให้เกิดความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและมีความสุขในสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ การเกษียณอายุ ถือเป็นช่วงวิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานประจำ เช่น ข้าราชการ เนื่องจากต้องเผชิญทั้งการเสื่อมถอยของสุขภาพตามวัย และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและรายได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดผลกระทบและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563 : 2-4)

สำหรับอัตลักษณ์ใหม่ที่เรียกได้ว่า “พละพลึง” (Active Aging) หรือ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” หรือ “วุฒิวยของผู้สูงอายุ” ซึ่ง “พละพลึง” คือ กระบวนการที่สร้างโอกาสที่เหมาะสมด้านสุขภาพ ที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Health) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในยามสูงอายุ โดยบุคคลตระหนักถึงศักยภาพทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ ตลอดช่วงชีวิตและการมีส่วนร่วมในสังคม ขณะเดียวกันสังคมก็จัดระบบการปกป้องคุ้มครอง การสร้างความมั่นคงและการดูแลที่พอเพียงในยามที่ผู้สูงอายุต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) กล่าวถึงผู้สูงอายุว่า “เป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรให้คงคุณค่าไว้นานที่สุด” ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพและสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตหรือมีความกระตือรือร้น (Active Ageing) มีความสำคัญมากในสังคมไทย ที่กำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สถานการณ์การมีผู้สูงอายุที่เป็น Active Ageing จะช่วยสะท้อนศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยส่งเสริมบทบาทของชุมชนและสังคมในการสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้นิยาม “Active Aging” ไว้ว่าเป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมและความมั่นคงด้านสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ดีมีสุขเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งจากนิยามดังกล่าวประกอบด้วยสามเสาหลัก ประกอบด้วย สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ยังคงมีความกระตือรือร้น (Active Ageing) ต้องมีคุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและทุพพลภาพต่ำ 2) ร่างกายมีความฟิต 3) มีความจำดี 4) มีอารมณ์แจ่มใสสามารถจัดการความเครียดได้ และ 5) มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อความกระตือรือร้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพและสังคม รวมทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนั้น องค์การสหประชาชาติภาคพื้นยุโรป (United Nations Economic Commission for Europe : UNECE) ได้พัฒนา Active Ageing Index เป็นเครื่องมือสำหรับติดตามสถานการณ์ของประเทศสมาชิก โดยมองใน 3 มิติหลัก (Domain) ประกอบด้วย การจ้างงาน (Employment) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ (Participation in Society) และการมีอิสระพึ่งพาตนเองได้ มีสุขภาวะที่ดี

และมีความมั่นคงในการอยู่อาศัย (Independent, Healthy and Secure Living) และมี 1 มิติเสริม ได้แก่ ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุเป็น Active Ageing (Capacity and Enabling Environment for Active Ageing) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้พัฒนาดัชนี Active Ageing สำหรับประเทศไทย ภายใต้ชื่อ ดัชนีพหุพลัง โดยเป็นดัชนีองค์ประกอบ (Composite Index) ที่มาจากดัชนีย่อย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคงและด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีภาวะพหุพลัง โดยในแต่ละด้านจะประกอบด้วย ตัวชี้วัดรวมกันทั้งสิ้น 16 ตัวชี้วัด แบ่งเป็นด้านสุขภาพ 6 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย ด้านการมีส่วนร่วม 4 ตัวชี้วัด ด้านความมั่นคง 4 ตัวชี้วัด และด้านสภาพแวดล้อม 2 ตัวชี้วัด โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรและการมีการใช้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุและการสื่อสารของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประเทศไทยได้พัฒนาดัชนี ภาวะพหุพลัง (Active Ageing) ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการประเมินในระดับบุคคลมากขึ้น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาและสื่อสารเชิงนโยบายได้ชัดเจนกว่าดัชนีองค์ประกอบระดับพื้นที่ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยใช้เวลาเพียง 22 ปี ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ซึ่งเร็วกว่าหลายประเทศ ทำให้มีเวลาจำกัดในการเตรียมความพร้อม ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้ม อาศัยอยู่ลำพังเพิ่มขึ้น และอาศัยอยู่กับบุตรหลานลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้นทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

ดังนั้น แนวคิดภาวะพหุพลัง (Active Ageing) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง มีคุณค่าในตนเอง ลดการพึ่งพิง และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่เข้าสู่วัยชราหรือเป็นผู้ที่มีอายุมาก ที่มีลักษณะทางร่างกายปรากฏเห็นได้ชัด คือ ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก และมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เชื่องช้า สำหรับคำว่าชรา นั้นราชบัณฑิตยสถานได้ให้ความหมายว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม ซึ่งคำว่า “ชรา” จึงไม่เป็นที่นิยม เพราะเป็นคำที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหดหู่ใจ ท้อแท้และความถดถอย สิ้นหวัง ซึ่งต่อมาได้มีการปรับใช้เป็นผู้สูงอายุ โดยเมื่อพิจารณาถึงเส้นแบ่งช่วงวัย พบว่า องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดถึงความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี สำหรับประเทศไทยได้กำหนดอายุของผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี

นักทฤษฎี นักวิชาการ นักวิจัย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้นานัปการที่แตกต่างกันมีดังต่อไปนี้

Harman (2003) ได้ให้ความหมายของ คำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นวัยเสื่อมทางด้านร่างกายจิตใจ และหน้าที่การงานทางสังคม โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์สากลซึ่งมีความหมายโดยนัยนี้สอดคล้องกับทัศนะ United Nations (2010) ที่ได้

ให้ความหมายของ คำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับ World Health Organization (2020) ได้ให้ความหมายของ คำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในขณะที่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2563) ได้ให้ความหมายของ คำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย นอกจากนี้ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2560) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ดี (Well Elder) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

1. ด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living : IADL) ได้เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรังหรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค แต่ควบคุมได้

2. ด้านสังคม กลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์ที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว ผู้อื่น สังคมได้อาจมีปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อนด้วยหรือไม่ก็ได้เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องพัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวชุมชนและสังคมอย่างสูงสุด



ภาพที่ 1.1 ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ดี (Well Elder) กลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์ที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมสามารถช่วยเหลือครอบครัวและผู้อื่น
ที่มา : ผู้เขียน (2567)

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound Elder) เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน แต่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม ต้องการความช่วยเหลือบางด้าน เช่น การเดิน การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย โดยมักมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (Multimorbidity) ที่ควบคุมได้ยากหรือมีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงมีกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) เช่น การทรงตัวไม่ดี เคลื่อนไหวลำบาก ภาวะซึมเศร้า หลงลืม หรือสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีส่วนร่วมทางสังคมลดลง เนื่องจากข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ หรือภาวะในครอบครัว จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมศักยภาพในการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคมให้มากที่สุด



ภาพที่ 1.2 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound Elder) กลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคม

ที่มา : ผู้เขียน (2567)

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดอย่างมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (Multimorbidity) มีภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะเปราะบางทางสุขภาพสูง เช่น ภาวะกลืนลำบาก แผลกดทับ การติดเชื้อ หรือภาวะทุพโภชนาการ

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมได้ด้วยตนเอง จึงต้องพึ่งพาครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพและสังคมอย่างใกล้ชิด บางรายอาจประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดผู้ดูแล หรือเข้าไม่ถึงสิทธิและบริการที่จำเป็น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจ

ดังนั้น เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คือ การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพเดิม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยอาศัยการดูแลแบบองค์รวมจากครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพ และหน่วยงานสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร



ภาพที่ 1.3 ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) มีโรคประจำตัวหลายโรค (Comorbidity/ Multimorbid) ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ เจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อน
ที่มา : ผู้เขียน (2567)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถแบ่งตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มช่วยตนเองได้ดี (Well Elder) สามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ
2. กลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) ยังช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน แต่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และมักมีโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อน

3. กลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน มีโรคเรื้อรังหลายโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะเปราะบางทางสุขภาพ และในบางกรณีอาจอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life)

ทฤษฎีผู้สูงอายุ (Theories of Ageing)

Lapointe and Hekimi (2010 : 1-8) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีผู้สูงอายุ คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของคนซึ่งโดยทั่วไปสามารถแบ่งทฤษฎีออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ทฤษฎีทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ 2) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาในผู้สูงอายุ และ 3) ทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ เป็นต้น อันเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของคนซึ่ง มีอยู่ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะเป็นไปในทางเจริญเติบโตเมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วเข้าสู่ระยะที่ 2 หลังอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมโทรม และไม่ปรากฏความเจริญงอกงาม จากการเปลี่ยนแปลงที่ได้กล่าวมานั้น สามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทฤษฎีทางด้านชีวภาพ ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และทฤษฎีทางด้านสังคม อธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ สารโปรตีนเส้นใยเพิ่มขึ้นและจับตัวกันมากขึ้น ทำให้คอลลาเจนไฟเบอร์ หดตัวขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบมีผลให้เซลล์ตายลง ความแก่ของผู้สูงอายุเกิดจากนิวเคลียสของเซลล์มีการถ่ายทอดดีเอ็นเอ (DNA) หรือสารพันธุกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้เซลล์ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิมและกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมและร่างกายสร้างภูมิคุ้มมาต่อต้านเป็นผลให้เซลล์เกิดการเสื่อมสลายและทำหน้าที่ไม่ได้ Rattan (2006 : 1232) ได้กล่าวถึงทฤษฎีทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุหมายถึง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ แบ่งเป็น

3 ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีวัยวาระ ทฤษฎีสรีรวิทยา ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ หรือสารพันธุกรรม เมื่ออายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกันตามปกติลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่าง ๆ เช่น ในกระดูกต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลือง ตับ และม้ามเสื่อมสภาพ และสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วย ซึ่งโรคที่พบได้บ่อย คือ มะเร็ง ทั้งนี้ Kelly (2011 : 342-343) กล่าวเสริมไว้ว่า ผู้สูงอายุ ยังมีกระบวนการออกซิเดชันของออกซิเจนที่ไม่สมบูรณ์ด้วยเช่นกัน กระบวนการเผาผลาญสารอาหารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระซึ่งสามารถทำลายผนังเซลล์ เช่น มลภาวะเป็นพิษ รังสี อาหาร บุหรี่ เป็นต้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุเกิดจากการปรับตัวด้านความคิด ความเข้าใจ แรงจูงใจ และประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา โดย Stuart-Hamilton (2012 : 120) ระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานชีวิตมั่นคง อบอุ่น และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี มักมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์หรือการปรับตัว มักเผชิญความทุกข์และปัญหาทางจิตใจ ตามแนวคิดพัฒนาการทางจิตสังคม ระยะวัยกลางคนเป็นช่วงแห่งการสร้างความสำเร็จและความภาคภูมิใจ ส่วนวัยสูงอายุเป็นช่วงของการทบทวนชีวิต โดย Hong and Kang (2011 : 1-8) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ยอมรับทั้งความสำเร็จและความผิดหวังได้ จะเกิดความพึงพอใจและความสงบในชีวิต แต่ผู้ที่ยึดติดกับอดีตหรือยอมรับความเปลี่ยนแปลงไม่ได้ อาจเกิดความเศร้า สิ้นหวัง หรือวิตกกังวลต่อความตาย

ดังนั้น การมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว ยอมรับความเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท และการยอมรับธรรมชาติของชีวิต

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางสังคมวิทยาอธิบายพฤติกรรมและบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไว้หลายแนวคิด ได้แก่ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของ Turner *et al.* (2011 : 258) ที่มองว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและมีความสุขมากขึ้นเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ซึ่งช่วยให้รู้สึกมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ในทางตรงกันข้าม ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ของ Charles and Carstensen (2010 : 385) อธิบายว่า เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุและสังคมจะค่อย ๆ ลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากการเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ขณะที่ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ของ Nussbaum *et al.* (2013 : 126) เห็นว่าการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในวัยสูงอายุขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตเดิม และปัจจัยด้านแรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และความยืดหยุ่นในการปรับตัว นอกจากนี้ ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ของ Oliveira *et al.* (2017) ระบุว่า ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ให้เหมาะสมกับวัย เช่น การเกษียณ การสูญเสียคู่สมรส หรือการลดบทบาทในครอบครัวและสังคม

ดังนั้น การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว การคงไว้ซึ่งบทบาทที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมทางสังคมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่า ทฤษฎีผู้สูงอายุ หมายถึง ทฤษฎีที่กล่าวถึงความสูงอายุดังกล่าวแตกต่างกันไปทฤษฎีทางชีววิทยาอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ ว่าการที่เป็นผู้สูงอายุพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลงและเสื่อมถอย ทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายถึงการเป็นผู้สูงอายุ

ถึงการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจโดยพิจารณาจากความจำการเรียนรู้ สถิติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาอธิบายถึง แนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยพิจารณาความสามารถผู้สูงอายุในการคงบทบาทและสถานภาพทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุและปัญหาทั้งหมดข้างต้น มาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน อารมณ์ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพทางสังคมลดลงโดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุหากไม่มีวิธีป้องกันและการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ในท้ายสุดปัญหาหลักสำคัญมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและภาวะเศรษฐกิจ ที่ก่อปัญหามากมายนั้นย่อมส่งผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยท้าทายในสังคมสูงวัย ดังต่อไปนี้

1. มิติทางสังคม จากจำนวนเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วมากในขณะที่จำนวนบุตรและประชากรในวัยแรงงานที่จะมาเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลง เกิดการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ส่งผลให้จำนวนบุตรที่มีชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรเพิ่มขึ้น เกิดการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ที่เป็นโสดและหย่าร้าง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรลดลง สัดส่วนของผู้ที่อยู่คนเดียวและอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น การย้ายถิ่นของบุตรมีมากและเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทเกิดการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่น กล่าวคือสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับหลานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้หญิงมีภาระหนักขึ้นต้องดูแลทั้งผู้สูงอายุและเด็ก บุตรขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรืออยู่ในภาวะทุพพลภาพสัมพันธภาพของผู้ดูแลและปัญหาการใช้ความรุนแรงกับผู้สูงอายุ

2. มิติด้านเศรษฐกิจ แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุมาจาก 2 แหล่ง ได้แก่ 1) จากการทำงาน และ 2) จากบุตร โดยแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ อายุยิ่งมากรายได้จากการทำงานก็ลดลง รายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรแทน เพราะยังคงเป็นแหล่งรายได้หลักของของประชากรสูงอายุเมื่อประชากรวัยแรงงานมีจำนวนน้อยลง สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือภาษีที่จะนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุก็จะลดลงตามไปด้วย ในอดีตกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อความยากจนคือกลุ่มเด็กแต่เริ่มมีแนวโน้มพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะอายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูช้ากว่ากลุ่มคนวัยอื่น

3. มิติด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง โรคความดันเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพศผู้หญิงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็ยิ่งเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามไปด้วย

ทฤษฎีการปรับตัว

Hutcheon (2012) ได้ตั้งทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) ที่พัฒนาขึ้นโดย Roy (1984) ที่มีแรงบันดาลใจจาก Dorothy และทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน (Helson's Adaptation Level Theory) ซึ่งขณะนั้นศึกษาระดับปริญญาโททางการแพทย์พร้อมกับความสนใจในพฤติกรรม การปรับตัวของเด็กในการปฏิบัติงาน และยังมีพื้นฐานแนวคิดจาก ที่กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคลเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของสิ่งเร้าและระดับการปรับตัวของบุคคล สอดคล้องกับพื้นฐานแนวคิดจากทฤษฎีระบบของเบอร์ทาแลนฟี (Von Bertalanffy, 1968)

กระบวนการทัศนทางการพยาบาลเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาล ตามแนวคิดของรอยมีดังต่อไปนี้ บุคคลตามแนวคิดของ Roy (1984) หมายถึง คนหรือมนุษย์ที่เป็นผู้รับบริการเป็นสิ่งมีชีวิตที่ประกอบด้วย ทางด้านชีวะ ด้านจิต ด้านสังคม (Bio Psychosocial) และมีระบบการปรับตัวเป็นองค์รวม มีลักษณะเป็นระบบเปิด ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การปรับตัวของบุคคลกระทำเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ

ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Roy (1984) หมายถึง สภาวะและกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความมั่นคงสมบูรณ์ ภาวะสุขภาพเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การมีสุขภาพดี ตามแนวคิดของ Roy หมายถึง การที่บุคคลมีการปรับตัวได้ดี ส่วนการเจ็บป่วยจึงเป็นผลจากการปรับตัวไม่ดี ซึ่งการที่บุคคลมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ระดับความรุนแรงของสิ่งเร้ากับระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1984)

1. บุคคลเป็นระบบการปรับตัว (Human as Adaptive System) บุคคลเป็นระบบเปิดมีหน่วยย่อยทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2. พฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive Mode) เป็นพฤติกรรมเพื่อบอกผลลัพธ์ของการปรับตัวของบุคคลมี 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.1 ด้านการปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological Mode) เป็นวิธีการตอบสนองด้านร่างกายต่อสิ่งเร้าโดยสะท้อนให้เห็นการทำงานระดับเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ การปรับตัวด้านสรีระเป็นการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน

2.2 ด้านการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในเรื่องเกี่ยวกับด้านรูปร่างหน้าตา ความสามารถหรือความเชื่อเปลี่ยนแปลงได้ตามบทบาท เวลาและสถานการณ์ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

2.3 ด้านการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) การปรับตัวด้านนี้เป็นการตอบสนองด้านสังคมของบุคคลเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บุคคลมีบทบาทในสังคมแตกต่างกันออกไปและในบุคคลเดียวอาจต้องมีหลายบทบาท ซึ่งการปรับตัวด้านบทบาทมี 3 ด้าน

2.4 ด้านการปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งระหว่างกัน (Interdependence) เป็นการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่มีความต้องการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ความรักการได้รับความรัก ความหวังใยจากบุคคลอื่นการให้ความเคารพและเห็นคุณค่าของบุคคลอื่นรวมทั้งการยอมรับและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรัก การปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งระหว่างกันก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอึดอึ้งใจ

3. สิ่งเร้า (Stimuli) Roy ให้ความหมายของสิ่งเร้าว่า เป็นทุกสถานการณ์หรือทุกภาวะการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคลและมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล สิ่งเร้าเป็นทั้งภายในและภายนอกซึ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว