

การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย

เชษฐ รัชดาพรรณากิจกุล^{***} ครินญา เฟื่องสุก^{***}

“ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” คงไม่มีใครกล้าที่จะปฏิเสธคำกล่าวนี้นี้ เพราะสุขภาพร่างกายของคนเราเป็นสิ่งสำคัญที่เรา จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้ร่างกายของเราแข็งแรงเพื่อที่พร้อมจะเผชิญปัญหาในทุกๆด้าน และดำเนินชีวิตไปอย่างปกติสุข แต่ก็คงไม่มีใครปฏิเสธอีกเช่นกันว่าคนเราทุกคนเกิดมามีอุปสรรคกับปัญหาสุขภาพกันทั้งสิ้น จะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันจัดการ และดำเนินการให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังและยั่งยืนในสังคมไทยสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเพื่อรองรับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่ประเทศไทยต้องเผชิญอีกไม่กี่ปีนับจากนี้

ประเด็นสำคัญแนวทางการจัดการของหน่วยงานทุกภาคส่วนของรัฐนั้น ต้องสอดคล้องและรองรับกับสภาวะความต้องการและปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังเช่น ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการหกล้มเป็นอย่างมาก หลายคนอาจมองการหกล้มเป็นเรื่องธรรมดา เพราะใครๆก็หกล้ม

ได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุไทยแล้วไม่ใช่เรื่องเล่นๆ เพราะคนไทยมีปัญหาเรื่องโรคกระดูกพรุนค่อนข้างสูง การหกล้มแต่ละทีมีโอกาสทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่ายๆ นำมาซึ่งโรคแทรกซ้อนต่างๆมากมาย และสามารถนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ผลการวิจัยชี้ว่า การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเราต้องให้ความสำคัญกับเรื่องการฝึกการทรงตัวของผู้สูงอายุให้มากขึ้น ที่ผ่านมาระดับความสำคัญเรื่องความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นหลัก ซึ่งนั้นไม่น่าจะเพียงพอต่อการป้องกันปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ การฝึกการทรงตัวที่ได้ผลดีมากที่สุดคือการฝึกร่วมกับจังหวะดนตรี ทั้งการเต้นรำ เต้นแอโรบิก ซึ่งช่วยได้ทั้งเรื่องการทรงตัว สุขภาพกายและจิต รวมทั้งการเข้าสังคม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557) ดังตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น ทำให้เกิดคำถามย้อนถึงวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุของสังคมไทยว่า “ทำอะไรให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางสุขภาพ”

* หัวหน้าศูนย์กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยนักวิจัย ศูนย์กฎหมายการแพทย์ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และวิทยาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานการณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทย

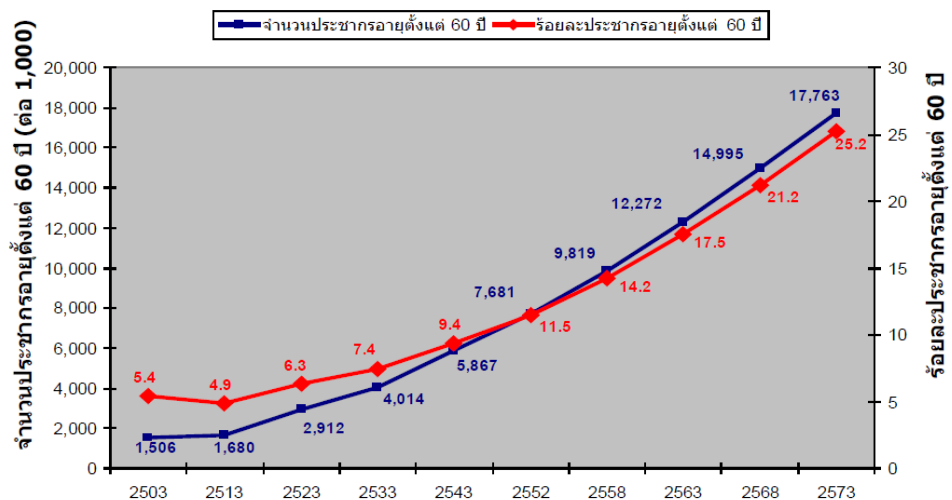
ในอนาคตอีกประมาณ 10 ปีสังคมไทยได้ถูกคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) กล่าวคือสังคมใดจะถูกเรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงอายุ” หรือ “สังคมผู้สูงอายุ” นั้นเป็นการพิจารณาจากสัดส่วนจำนวนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 10 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558)ตามสถิติของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มขึ้นปีละ 5 แสนคน กล่าวคือในปี พ.ศ. 2568 จำนวนประชากร 5 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน (จากการคาดการณ์คือมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ 14 ล้านคน) ดังเช่นที่แสดงในแผนภูมิที่ 1 จะเห็นว่าประเทศไทยมีสถิติการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุมาโดยตลอด รวมทั้งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ดังแผนภูมิพยากรณ์ที่ได้ถูกคาดการณ์ถึงปี พ.ศ.2573 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ม.ป.ป.) เมื่อมีการตระหนักคิดว่าสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วมีความเสียหายหรือมีผลกระทบอย่างไรบ้าง คำตอบที่ชัดเจนคือ จะกลายเป็นสังคมที่ไม่มีการผลิตอีกต่อไป ไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุไม่มีความสำคัญต่อสังคม แต่ผู้สูงอายุคือผู้ที่ไม่สามารถเป็นแรงงาน และเป็นผู้ผลิตให้กับสังคมได้อีกต่อไป ประเด็นเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุหรือวัยย่างเข้าสู่ผู้สูงอายุ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์อีกต่อไป ซึ่งสภาวะเหล่านี้ย่อม

ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมาอย่างมากมาย ทั้งทางกายและใจ และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุนั้นจะกลายเป็นผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างดีเพราะส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าคนที่มีอายุในช่วงวัยอื่นๆ ดังนั้นประเด็นการเตรียมความพร้อมของสังคมไทยในการมุ่งสู่สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่หลายฝ่ายควรให้ความสำคัญ ทั้งนี้สังคมผู้สูงอายุนอกจากเป็นสังคมที่มีวัยแรงงานลดลงแล้ว ยังเป็นเรื่องของงบประมาณที่ภาครัฐต้องคำนึงถึงเพื่อใช้เป็นงบประมาณที่ต้องใช้จ่ายเพื่อด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วยงบประมาณที่มากเป็นพิเศษเนื่องจากปัญหาที่น่าเป็นห่วงคือผู้สูงอายุส่วนมากมักจะมีสุขภาพไม่ดี ไม่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะเกิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และที่รุนแรงคือผู้ป่วยบางรายนั้นนอกจากจะสุขภาพไม่ดีแล้วยังมีสภาพเป็นคนผิวนอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่าที่ควร ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา แต่ในความเป็นจริงคือจะมีผู้ดูแลครอบครัวที่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงได้ตลอดเวลา(แนวหน้า, 2558) ซึ่งสิ่งที่กำลังจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในสังคมไทยนั้นเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับปัจเจกถึงระดับรัฐต้องมีการเตรียมความพร้อมและการ จัดการในทุกๆ ด้านที่ดีเพื่อรองรับสมาชิกส่วนใหญ่ของประเทศให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความมั่นคงในชีวิตตามมาตรฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแบบแผนการเจ็บป่วยต่างจากวัยอื่น การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวความเสื่อมถอยของกำลังร่างกายทำให้ศักยภาพในการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่มีรายได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การต้องลดบทบาทในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดความสุขและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต ประกอบกับสภาพสังคมไทยปัจจุบันที่ความพร้อมในการดูแล

ผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่วนหนึ่งถูกรับรองทอดทิ้ง หากไม่มีการเตรียมพร้อมในด้านการดูแลคุ้มครองผู้สูงอายุแล้ว สถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุ จะกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาเพื่อหากลไกการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาวะของกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสุขภาพเพื่อลดทอนปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อปัญหาอื่นๆ อีกหลายด้าน

แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2503-2573



ที่มา: ข้อมูลปี พ.ศ. 2503-2543 สำนักทะเบียนราษฎรของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี พ.ศ. 2543-2573 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง)
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ที่มา : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (ม.ป.ป.)

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง (เช่น มะเร็ง ไต เป็นต้น)

ความมั่นคงทางสุขภาพ หมายถึง การมีสุขภาพสมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกายทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงการมีความมั่นคงทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

แนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย

แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์

ความมั่นคงของมนุษย์เป็นแนวคิดขององค์การสหประชาชาติที่ใช้หลัก “เสรีภาพจากความต้องการพื้นฐาน” (freedom from want) และ “เสรีภาพจากความหวาดกลัว” (freedom from fear) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับแนวคิด “ความมั่นคงของมนุษย์” โดยยึดหลักพื้นฐานศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และได้มีการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชน การจัดบริการให้เกิดความเสมอภาค เป็นธรรมแก่ประชาชน การลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความมั่นคง

ของมนุษย์” หมายถึงการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปลอดภัยและอิสระและมั่นใจได้ว่าโอกาสที่เขาได้รับอยู่ในปัจจุบันจะไม่สูญเสียไปในวันข้างหน้า ความมั่นคงของมนุษย์เป็นเรื่องที่มีขอบเขตกว้างขวาง ดังที่โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติได้ระบุองค์ประกอบไว้ 7 มิติ ได้แก่ ความมั่นคงทางอาหาร ความมั่นคงทางสุขภาพ ความมั่นคงส่วนบุคคล ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงทางชุมชน และความมั่นคงทางการเมือง กล่าวโดยสรุปตามแนวคิดของ UNDP ความมั่นคงของมนุษย์มี 2 มิติหลัก คือ 1. ปลอดภัยจากภัยคุกคามที่เรื้อรัง เช่น ความหิวโหย โรคภัยต่างๆ และภาวะความกดดัน 2. การคุ้มครองจากการคุกคามอันฉับพลันในการดำเนินชีวิตปกติประจำวันไม่ว่าจะเป็นการทำงานหรือในชุมชน

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ให้ความหมายของ “ความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security)” ว่าหมายถึง การที่ประชาชนได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย การสนองตอบต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ประกอบด้วย ความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 12 มิติได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัย 2) สุขภาพ 3) อาหาร 4) การศึกษา 5) การมีงานและมีรายได้ 6) ครอบครัว 7) ชุมชนและการ

สนับสนุนทางสังคม 8) ศาสนาและวัฒนธรรม 9) ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 10) สิทธิและความเป็นธรรม 11) การเมือง 12) สิ่งแวดล้อมทรัพยากร/พลังงาน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์สันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2556)

จะเห็นว่านิยามของคำว่า “ความมั่นคงของมนุษย์” ไม่ว่าจะเป็นการให้นิยามหรือตัวชี้วัดของหน่วยงานใดก็ตามล้วนมีมิติด้านความมั่นคงทางสุขภาพอยู่ด้วยเสมอ ซึ่งถือว่าเป็นมิติที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามปกติสุข ดังคำกล่าวที่เรามักได้ยินอยู่เสมอคือ “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” การป้องกัน และส่งเสริมภาวะสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการนำมาสู่ความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนชาวไทย

แนวคิดความมั่นคงทางสุขภาพ

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความมั่นคงของสุขภาพ” หมายถึงการมีสุขภาพดีปลอดจากโรคภัยต่างๆ และความเจ็บไข้ได้ป่วยอื่นๆ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลทุกๆ คน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงสุขภาพ

1. สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกายทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

2. สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ รวมถึงความเป็นอยู่ทางกายภาพ เช่น เศรษฐกิจดี เศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น

3. สุขภาวะทางจิต หมายถึง การที่มีจิตใจดีมีความสุข มีความสบายใจ มีความเมตตา กรุณา ไม่เข้าไปสู่สถานการณ์ตึงเครียด มีความกดดันทางอารมณ์ เป็นต้น

4. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ทั้งคนในครอบครัว ชุมชน และรวมทั้งกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีระดับที่ใหญ่ขึ้นไป

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การทำความดี จิตใจที่ดี มีเมตตา กรุณา การมีน้ำใจเอื้อเฟื้อ ไม่เห็นแก่ตัว ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสันติสุข

จากที่กล่าวมาในตอนต้นแล้วว่าความมั่นคงทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความมั่นคงของมนุษย์ทั้งการให้ความหมายของ UNDP และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นั้น สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการกล่าวถึงการองค์ประกอบทั้งหมด 9 องค์ประกอบไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 คือความมั่นคงทางอารมณ์ เศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมการเข้าถึง

และได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ
ทางการเมือง เกี่ยวกับความยุติธรรม เกี่ยวกับการ
วิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้รวมถึงเทคโนโลยี
ด้านสุขภาพ และองค์ประกอบสุดท้ายคือ ความเชื่อ
ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม (ธนัช กนกเทศ,
2553) แต่การจัดการให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทาง
สุขภาพนั้นเป็นเรื่องไม่ได้ทำได้ง่ายเลย หน่วยงาน
ต่างๆ ให้ความสนใจและตระหนักถึงกันอย่าง
ต่อเนื่อง ดังเมื่อปลายปี พ.ศ. 2558 นั้นกระทรวง
สาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและภาค
ประชาสังคม จัดทำและพัฒนากรอบยุทธศาสตร์
สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2562 เป็นฉบับแรกของ
ประเทศไทย สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้คน
ไทย สอดคล้องนโยบายด้านสุขภาพของประชาคม
โลก เตรียมนำเสนอเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี
พิจารณากระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับ กระทรวง
การต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวง
เกษตรและสหกรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
และองค์กรภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันจัดทำ
กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2562 ซึ่ง
เป็นฉบับแรกของไทยและอาจเป็นฉบับแรกของ
ประเทศกำลังพัฒนาด้วย โดยมีเป้าหมายคือการ
สร้างสุขภาวะที่ดีให้กับคนไทยและการสร้างความ
มั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคาม เพื่อ
ส่งเสริมการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมไทยให้มีความยั่งยืน รวมทั้งเป็นการพัฒนา
กลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้ง
ภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขโดย
ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่

1. การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ
 2. การส่งเสริมระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง
ยุติธรรมและเป็นธรรม
 3. ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบ
ของไทยในประชาคมโลก
 4. การส่งเสริมความสอดคล้องระหว่าง
นโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่าง
ประเทศ
 5. การส่งเสริมขีดความสามารถของ
บุคลากรและองค์กรในด้านการสาธารณสุขระหว่าง
ประเทศและการพัฒนากลไกการประสานงาน
(สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)
- ซึ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นจะเป็นกรอบ
ในการขับเคลื่อนการทำงานระหว่างภาคส่วน เพื่อ
เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยและ
ส่งเสริมภาพลักษณ์ของประเทศในเวทีโลกดังนี้
เห็นว่าประเทศไทยก็มีการตระหนักต่อเรื่องดังกล่าว
เป็นอย่างดี ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะ
อีกไม่กี่ปี ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคม
ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หากปัจจุบันเราไม่มีการตื่นตัว
ต่อเรื่องดังกล่าวนี้เกรงว่าต่อไปในอนาคตจะเป็น
เรื่องที่ยากต่อการแก้ไขปัญหา

การดำเนินการอย่างต่อเนื่องเรื่อง
ความมั่นคงทางสุขภาพแสดงให้เห็นว่าที่ผ่านมา
ผลการดำเนินต่างๆ ของด้านนี้ยังไม่สามารถบรรลุ
วัตถุประสงค์ได้ เนื่องจากเป็นเรื่องใหญ่ที่เกี่ยวข้อง
กับหลายภาคส่วนที่ต้องมีการบูรณาการการทำงาน
ร่วมกัน ประเทศไทยต้องมีการจัดการถึงเรื่องนี้อย่าง
จริงจังและเข้มแข็งเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

แนวคิดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้มีการกำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยมีวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคมที่สมควรได้รับการดูแลให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัวอบอุ่น มีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับการสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสาร นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีความมั่นคงในชีวิตด้านมิติดินทำกิน มีที่อยู่อาศัยมั่นคง อาหารพอเพียง สุขภาพกายและจิตดี ครอบครัวดี ชุมชนเข้มแข็ง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีเสรีภาพในการกระทำสิ่งที่ไม่กระทบทางลบต่อผู้อื่น ปลอดภัย มีความพอใจในตนเองและเข้าถึงธรรมะ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ป.)

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของผู้สูงอายุคงหนีไม่พ้นภาวะการเจ็บป่วยทางใจมากกว่าการป่วยทางกาย ดังคำที่ว่า “**จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว**” ซึ่งเมื่อเกิดภาวะไม่ปกติแก่จิตใจขึ้นย่อมส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพร่างกาย หรือในทางกลับกันหากร่างกายเจ็บป่วยแล้วจิตใจป่วยตามไปด้วยย่อมทำให้อาการเจ็บป่วยเหล่านั้นยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นโดยเฉพาะในวัยที่ลดทอนคุณค่าของตนเองอย่างผู้สูงอายุซึ่งเมื่อเป็นเช่นนี้ไม่ว่าทางหน่วยงานต่างๆ หรือรัฐ จะมีการเตรียมความพร้อมในเชิงนโยบายสาธารณะไว้รองรับการบริการทางสาธารณสุขไว้มากเพียงใดก็คงเป็นการเยียวยาหรือการแก้ปัญหาที่ปลายทาง เป็นขั้นตอนในส่วนของ

การรักษาดูแล แต่คงไม่มีประโยชน์หากไม่มีการดำเนินการไม่มีประโยชน์หากไม่มีการดำเนินการในส่วนของการป้องกัน และส่งเสริม ซึ่งไม่ใช่เพียงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพกายเท่านั้น สุขภาพจิตใจก็สำคัญเป็นอย่างยิ่งเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้เขียนเล็งเห็นว่าการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบเพื่อนำมาสู่การจัดการความมั่นคงทางสุขภาพด้านอื่นต่อไป ซึ่งในที่นี้ผู้เขียนมีความคิดเห็นว่าแนวคิดความมั่นคงทางสุขภาพนี้มีส่วนที่คาบเกี่ยวและคล้ายคลึงกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002)

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active ageing)

ซึ่งถูกปรับเปลี่ยนมาจากแนวคิด “ความจำเป็นพื้นฐาน” (need-based) โดย WHO ได้ให้คำนิยามของ active ageing ว่า “Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.” (WHO, 2002) ซึ่งมีความหมายว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดีการมีส่วนร่วมในสังคมและการมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต อันนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยคำว่า “active” หมายถึง การมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณและกิจการด้านพลเรือน (spiritual and civic affair)

นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมด้านกายภาพหรือการที่ยังสามารถทำงานในสังคมได้ แม้ผู้สูงอายุจะเกษียณจากงานประจำแล้ว ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการก็ยังสามารถมีส่วนร่วมในครอบครัว เพื่อน ชุมชนตลอดจนประเทศชาติได้ (WHO, 2002) กล่าวคือการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) จะต้องมีความเป็นตัวตนที่อิสระ (autonomy) มีความภาคภูมิใจในตนเอง (dignity) พยายามที่จะพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดอย่างมีอิสระ (independence) และการมีกิจกรรม (activity) ซึ่งหมายถึงการพยายามที่จะคงกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจวัฒนธรรมจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active ageing) มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ สุขภาพการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิตรวมทั้งได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing)

สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด เพราะถ้ามีสุขภาพดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลักของการดำรงความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเองได้ อันเป็นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในประเด็นทางสุขภาพทั้งหมด 6 ประการ (WHO, 2002) คือ ชีววิทยาและพันธุกรรมเพศ ปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรมสุขภาพวัฒนธรรม และระบบบริการสังคมผู้เขียนคิดว่าปัจจัยหนึ่งที่มี

ความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพคือปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพของตัวผู้สูงอายุเอง

ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological factors) กระบวนการทางความคิดและกระบวนการทางอารมณ์ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น สติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย อันถือเป็นจุดแข็งของการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ แม้ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยทางร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะถูกทดแทนด้วยความฉลาด รอบคอบและมีประสบการณ์เพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีการเสื่อมถอยของความสามารถทางการคิดอันมักเกิดจากการหยุดใช้ความคิด การเจ็บป่วยและอาจสืบเนื่องจากปัจจัยทางจิตวิทยาอื่นๆ เช่น ขาดแรงกระตุ้น มีความคาดหวังต่ำ ขาดความมั่นใจในตนเองความโดดเดี่ยวและการแยกตัวรวมทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในการเลือกที่จะกระทำ (WHO, 2002) ปัจจัยทางจิตวิทยาเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับลักษณะการเผชิญปัญหาว่าบุคคลจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างไร ผู้ที่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยชราจะมีการปรับตัวดีขึ้นหลังอายุ 60 ปี มีความยืดหยุ่นไปตามอายุและมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาไม่ได้แตกต่างจากเมื่อตอนที่อายุน้อยกว่านี้ (WHO, 2002)

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการส่งผลต่อภาวะสุขภาพตลอดชีวิต ปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีผลต่อกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ(active ageing) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจกรรมทางกายประเภทต่างๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอการเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดระยะเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ยังคงความกระตือรือร้นย่อมมีสุขภาพจิตที่ดี มีการติดต่อกับสังคมและช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระพึ่งพาตนเองได้ยาวนานมากขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยา (WHO, 2002)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องรู้จักการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะในความเป็นจริงการดูแลรักษาความเจ็บป่วย หรือดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ขึ้นอยู่กับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการดูแลสุขภาพของบุคคลให้ประสบผลสำเร็จจะต้องส่งเสริมสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ และในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมของบุคคลมีความสำคัญมากต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีของบุคคล จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงมีความสำคัญกับบุคคลตลอดระยะเวลาภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหา

สุขภาพส่วนใหญ่จะอยู่ที่ตัวบุคคลเป็นหลัก เมื่อทราบถึงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลก็จะสามารถทำให้การแก้ไขปัญหสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นแก่บุคคลได้

พฤติกรรมมนุษย์ว่าเป็นพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยแสดงองค์ประกอบและเป้าหมายของพฤติกรรมไว้อย่างชัดเจนว่า หมายถึงคุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวังแรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งครอบคลุมความรู้สึภาวะ อารมณ์และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจนเป็นที่สังเกตได้ การกระทำและ ลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพและการกระทำให้สุขภาพกลับภาวะเดิม และการส่งเสริม สุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเอง ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และในชุมชน การพัฒนาและขยายแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองไปสู่ชุมชนจะเป็นวิธีที่เป็นไปได้มากที่สุด และเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันอีกทั้งประชาชนเองก็มีคุณสมบัติที่ โน้มเอียงไปในทางที่จะให้การดูแลตนเอง และช่วยเหลือกันเองในหมู่พวกเดียวกันอยู่แล้ว การพัฒนาแนวคิดและการดูแลตนเองให้กับประชาชนจึงสามารถจัดทำได้ 5 รูปแบบคือ 1) รูปแบบธรรมชาติ (Naturalistic Model) คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รู้จักการรักษาพยาบาลอย่างง่ายที่สามารถทำกันเองในครอบครัวและใน

ชุมชนนั้นสอนให้ประชาชนรู้จักสาเหตุของอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองให้ปราศจากความเจ็บป่วยนั้นๆ อย่างเหมาะสมกับภาวะความเป็นอยู่ตามธรรมชาติและแบบแผนพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่²⁾ รูปแบบเข้าข้างตนเอง (Egoistic Model) มนุษย์มีลักษณะที่ชอบเข้าข้างตนเองตลอดเวลาถือตนเองเป็นใหญ่และมีความต้องการที่จะดูแลตนเองถ้าสังคมอาศัยมูลเหตุจูงใจเชิงจิตวิทยาให้เกิดประโยชน์โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการสุขภาพจะช่วยให้มนุษย์รู้จักการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตัวเองได้อย่างถูกต้อง 3) รูปแบบอุดมคติ (Ideological Model) สังคมจะต้องวางรากฐานความรู้ด้านสุขภาพอนามัยถูกต้องให้กับประชาชนและต้องให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของประชาชนตลอดจนส่งเสริมกลุ่มการช่วยเหลือกันเองให้พัฒนามากขึ้นเพราะกลุ่มเหล่านี้จะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ผิดๆ ได้ 4) รูปแบบการมีชีวิต (Existential Model) ปัจจุบันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชนและประชาชนพึ่งพาบริการทางการแพทย์เกินความจำเป็นเช่นการใช้บริการทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้และบริการทางการแพทย์ที่มีราคาแพงจึงควรมีการสร้างกฎเกณฑ์บางอย่างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงกฎเกณฑ์ที่สร้างขึ้นก็คือแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง 5) รูปแบบการแลกเปลี่ยน (Exchange Model) การพัฒนาการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นในลักษณะของการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองสิ่งที่ต้องการเมื่อใดที่ประชาชนรู้สึกว่าการ

สุขภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้กระบวนการแลกเปลี่ยนจะเกิดขึ้นทันทีเพื่อให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดในการตอบสนองด้านสุขภาพนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างถูกต้องจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ (เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์, 2543)

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลที่ดีในทุกๆ ด้าน เป็นวัยที่มีคุณค่าได้ผ่านการสร้างประโยชน์ที่มากมายให้กับสังคมสำหรับการจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องมีการพิจารณาทั้ง 2 ฝ่าย คือ

- ฝ่ายผู้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในที่นี้หมายถึงหน่วยงานทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ เพื่อพิจารณาถึงการจัดการในด้านต่างๆ ที่นำมารองรับบริการแก่ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิ และสวัสดิการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ เช่น ชุมชนหรือหน่วยบริการที่มีความเกี่ยวข้องจะมีกระบวนการจัดการต่อการส่งเสริม ป้องกันโรคต่อผู้สูงอายุอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด มีกลไกในการจัดการส่วนนี้อย่างไร มีหน่วยงานใดบ้างเป็นผู้รับผิดชอบ และมีการบูรณาการทำงานร่วมกันอย่างไร

- ฝ่ายของตัวผู้สูงอายุเอง ควรมีการศึกษาด้วยการใช้แนวคิดเรื่องการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพว่าจะมีมุมมองความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

จากผู้สูงอายุโดยตรง มีความต้องการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างไร มีแนวคิดต่อพฤติกรรมการรักษาสุขภาพอย่างไรบ้าง เพื่อให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและเป็นผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะที่ดี มีความมั่นคงทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่มีความสอดคล้องกันของทั้ง 2 ฝ่ายต่อการพัฒนาไปสู่การจัดการทางสุขภาพให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นเป้าประสงค์หลักประการหนึ่งที่องค์กรต่างๆ ของภาครัฐให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้มา

โดยตลอด รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในช่วงวัยของการก้าวสู่วัยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางเพื่อการลดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันส่วนใหญ่ถึงแม้จะมีการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอยู่แล้ว แต่อาจจะยังไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความต้องการหรือเกิดปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันยังคงพบว่าผู้สูงอายุยังมีปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย

บรรณานุกรม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์สันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. (2556). **ยุทธศาสตร์ความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2556-2566**.

ธนัช กนกเทศ. (2553). ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ : องค์กรความรู้ที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, 40(2).
แนวหน้าออนไลน์. (2558). **ไทยกำลังกลายเป็นสังคมคนชรา**. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2559, สืบค้นจาก <http://www.naewna.com/politic/columnist/18209>

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). สังคมสูงอายุ กับ สังคมผู้สูงอายุ. **จดหมายข่าวประชากรและการพัฒนา**, 35 (4).

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (ม.ป.ป.). **วิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพช่วยเพิ่มคุณค่าการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างไร**

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์. (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรมจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). **การหกล้มในผู้สูงอายุ. โลกวันนี้วันสุข (ฉบับวันที่ 5 - 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2557) : 46**

สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ข่าวเพื่อสื่อมวลชน : สธ. จัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลก สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย**. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2559. สืบค้นจาก

http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=76489.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2(2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1**. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2559, สืบค้นจาก <http://www.cabinet.soc.go.th>

World Health Organization. (2002). **Active ageing: A Policy Framework.**, เมื่อ 24 มีนาคม 2559, สืบค้นจาก

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf