

ผู้สูงอายุไทย ในสังคมสูงวัย:

ความท้าทายทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และภาวะพึ่งพิง



เศรษฐกิจ



สังคม



สุขภาพ



ภาวะพึ่งพิง

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเริงฤดี ปธานวนิช

โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล





ภาระ vs. พลัง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย 30 ปี พ.ศ. 2538-2568



8.1%

2538

10.6%

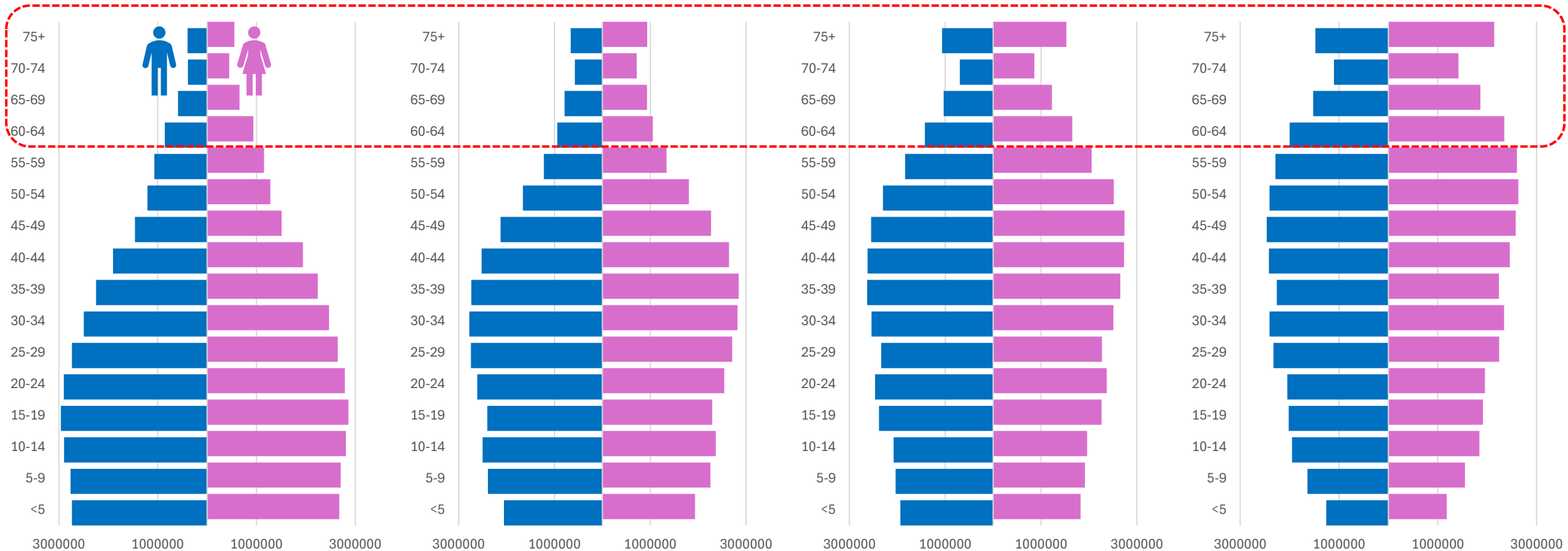
2548

14.6%

2558

21.4%

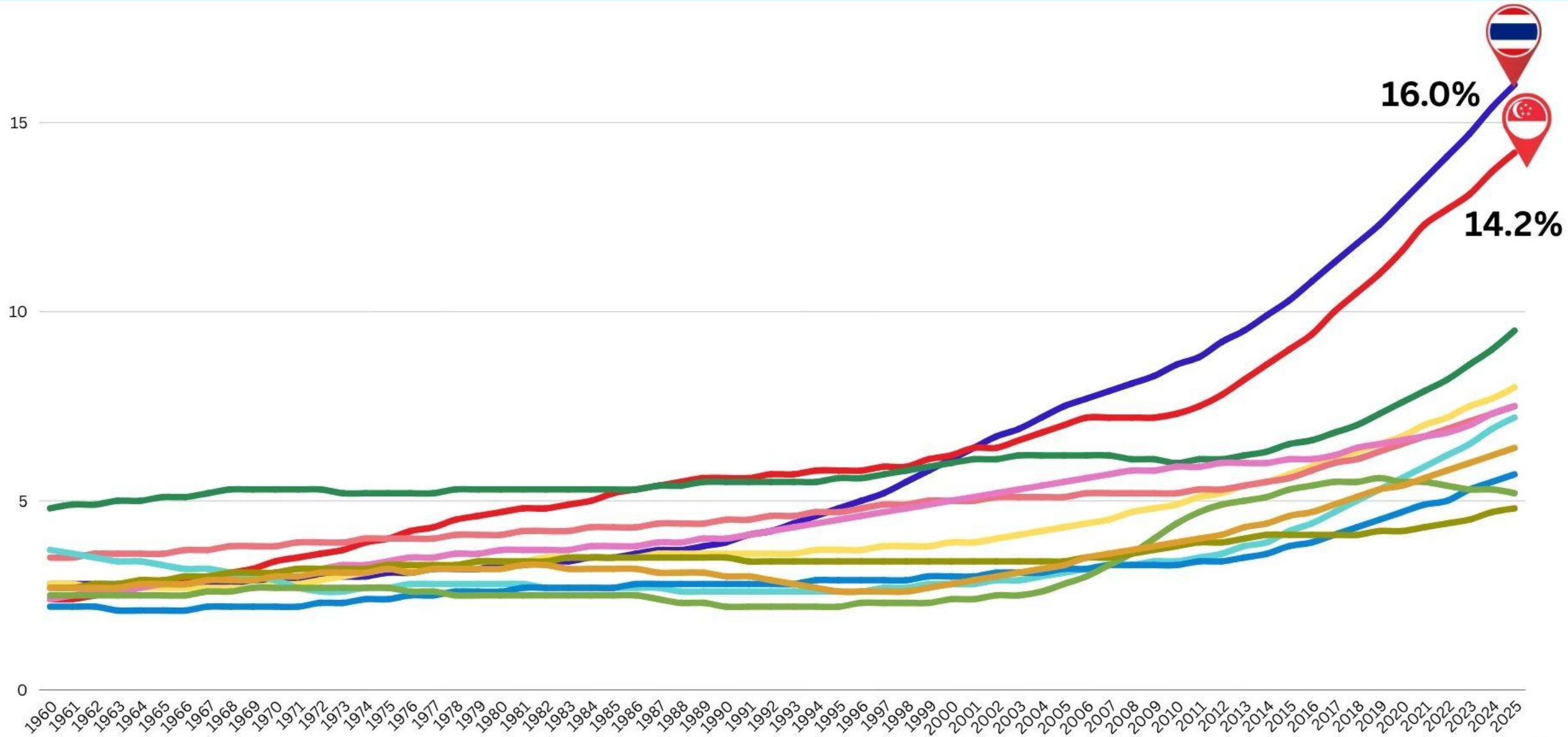
(14 ล้านคน) 2568



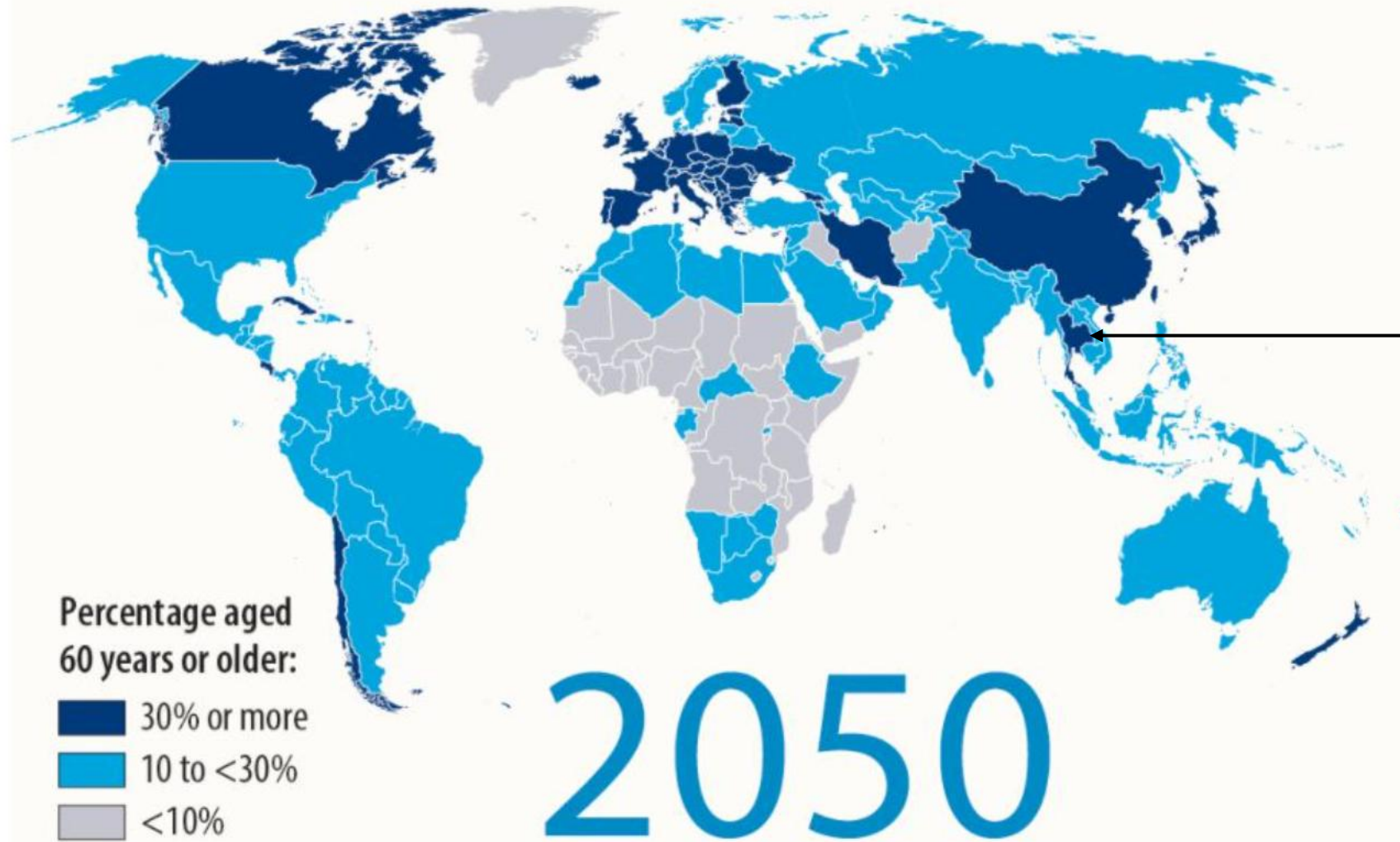
แหล่งข้อมูล: ข้อมูลประชากรกลางปี กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

% of Residents Age 65 and Older in Southeast Asia 1960-2025

Data source: World Bank



Populations are getting older

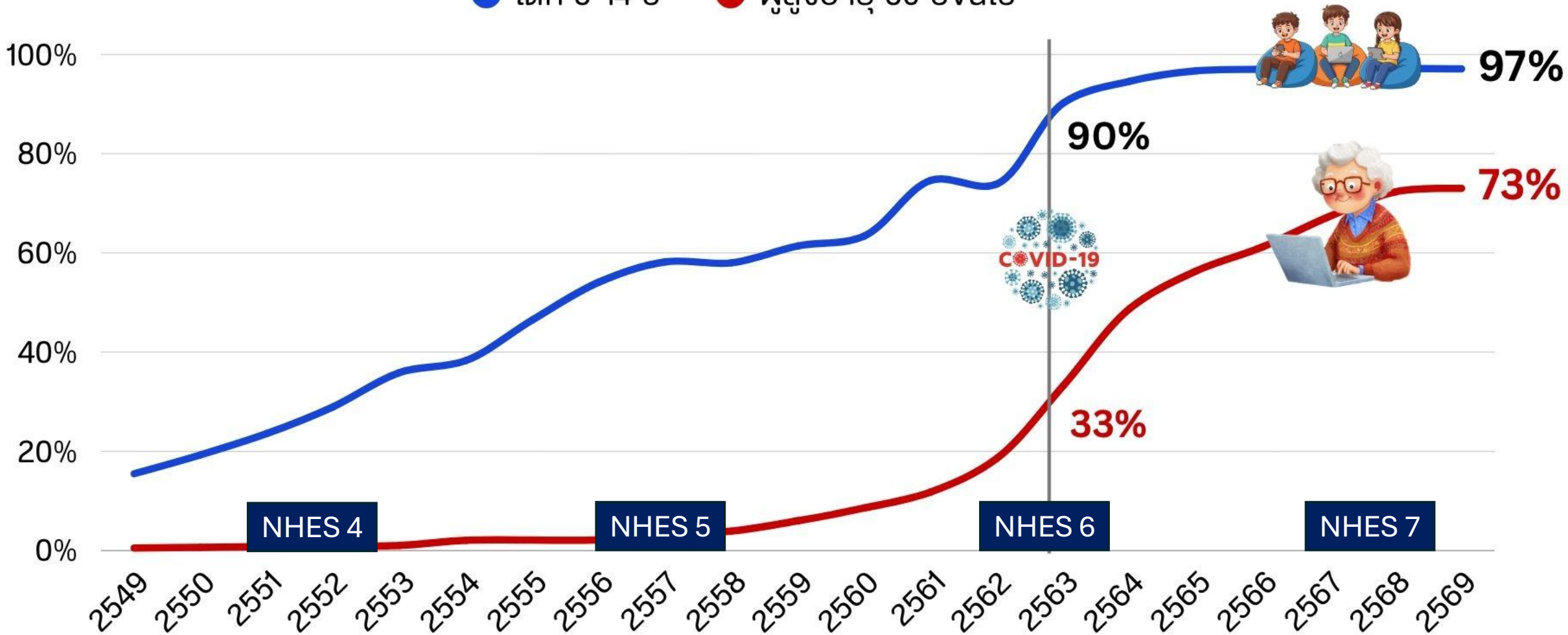


Thailand

แนวโน้มการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เทียบกับเด็ก 6-14 ปี

สำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

● เด็ก 6-14 ปี ● ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป





ผู้เชี่ยวชาญประเด็นผู้สูงอายุในการสำรวจ

- รศ.พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ผศ.พญ.ชโลบล เฉลิมศรี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ
ตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568

(ผู้สูงอายุ)

- กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป
จำนวน 8,843 คน
- 20 จังหวัด + กทม.
- สุ่มตัวอย่างโดยวิธี systematic
sampling method ดำเนินการโดย
สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนัก
บริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

<https://thai-nhes.com/>

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES): ฐานข้อมูลระดับชาติที่ไม่อาจทดแทนได้ด้วยข้อมูลอื่น



สรุปภาพรวมความสำคัญและจุดเด่นของการสำรวจสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งสถานะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

ภาพรวมและกลไกสำคัญ



เป็นการสำรวจระดับชาติเดียวในไทยที่มีการเก็บข้อมูลทั้ง
การสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจเลือด
กลุ่มตัวอย่าง 32,400 คนทุกกลุ่มวัย



มาตรฐานระดับโลก:
ดำเนินการมาแล้ว 7 ครั้ง
สำรวจทุก 5 ปี

(พ.ศ. 2534-2568)
สร้างงานวิจัยระดับนานาชาติ 100+ ชิ้น
ใช้ต้นแบบการสำรวจสากล
(NHANES, KNHANES, CHNS)

ตั้งแต่การสำรวจครั้งที่ 4 ดำเนินการโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล และเครือข่ายมหาวิทยาลัยภูมิภาค

ข้อจำกัดข้อมูลการรักษาปกติ (Hospital Data)

ครอบคลุมเฉพาะผู้ที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาล

ขาดข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง

มองไม่เห็น ภูเขาน้ำแข็ง
ส่วนที่จมน้ำ
(ผู้ป่วยที่ไม่รู้ตัว)

ข้อมูลสำรวจทั่วไป

ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย
ทั้งที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงบริการ

เก็บข้อมูลพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยง
และโภชนาการ

ไม่มีการตรวจร่างกาย
และตรวจเลือด

จุดแข็งของฐานข้อมูล NHES

ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย
ทั้งที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงบริการ

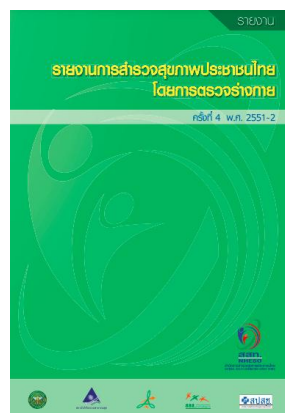
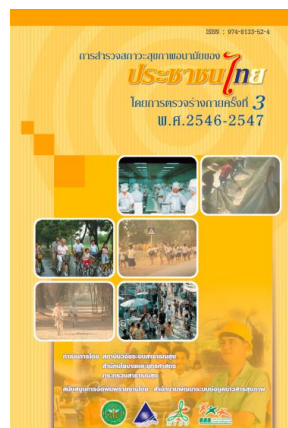
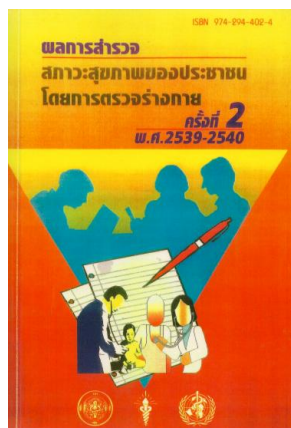
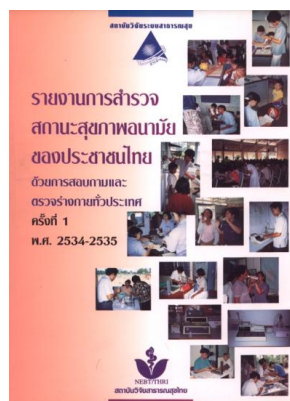
เก็บข้อมูลพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยง
และโภชนาการเชิงลึก

มีการตรวจร่างกาย และตรวจเลือด
ประเมินความชุกโรค NCDs ได้แม่นยำ
ครอบคลุมทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว

NHES เริ่มสำรวจครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2534 และดำเนินการสำรวจต่อเนื่องทุก ๆ 5 ปี



สแกนเพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติม
เกี่ยวกับ NHES
<https://thai-nhes.com/>



ครั้งที่ 1
พ.ศ. 2534-2535

ครั้งที่ 2
พ.ศ. 2539-2540

ครั้งที่ 3
พ.ศ. 2546-2547

ครั้งที่ 4
พ.ศ. 2551-2552

ครั้งที่ 5
พ.ศ. 2557

ครั้งที่ 6
พ.ศ. 2562-2563

ครั้งที่ 7
พ.ศ. 2567-2568

เป้าหมาย/สำรวจจริง
23,884/22,217 คน
(93%)

เป้าหมาย/สำรวจจริง
20,040/16,182 คน
(81%)

เป้าหมาย/สำรวจจริง
42,120/39,290 คน
(93%)

เป้าหมาย/สำรวจจริง
31,700/29,485 คน
(93%)

เป้าหมาย/สำรวจจริง
32,400/29,977 คน
(93%)

เป้าหมาย/สำรวจจริง
32,400/29,884 คน
(92%)

เป้าหมาย
32,400/30,057 คน
(93%)

ทุกกลุ่มวัย

ทุกกลุ่มวัย

15 ปีขึ้นไป

ทุกกลุ่มวัย

ทุกกลุ่มวัย

ทุกกลุ่มวัย

ทุกกลุ่มวัย

เครือข่ายสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (พ.ศ.2567-2568)

ภาคเหนือ

ศ.เกียรติคุณ นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.เชียงใหม่

ภาคกลาง

ผศ.ดร.มนทกานต์ เชื้อมชิด
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคใต้

ผศ.ดร.นริมาลัย นิละไพจิตร
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พญ.เสาวนันท บำเรอราช
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ส่วนกลาง

ศ.เกียรติคุณ นพ.วิชัย เอกพลากร และ รศ.พญ.เริงฤดี ปธานวนิช
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี

ภาคใต้

รศ.ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



10



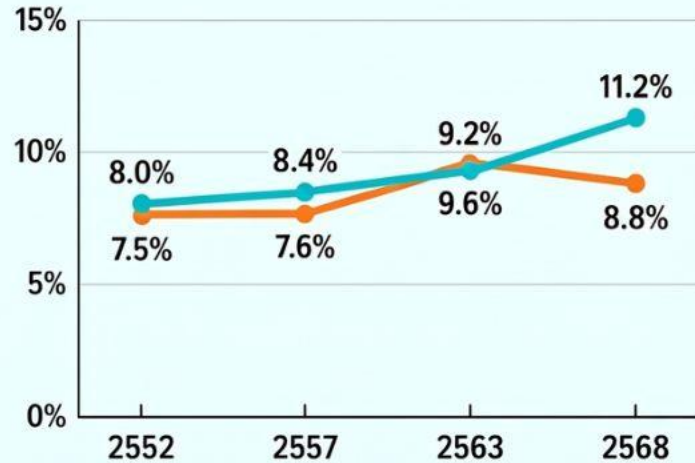
สรุปเทรนด์การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย: ความต่างระหว่างเมืองและชนบท (พ.ศ. 2552 - 2568)

การเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตในรอบ 16 ปี

NHES 4-7

การอยู่คนเดียว (Living Alone)

■ เขตเมือง (Urban) ■ เขตชนบท (Rural)



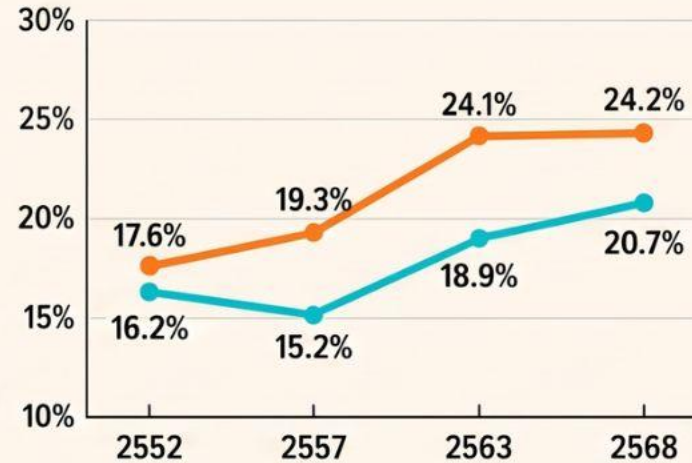
11.2%

ผู้สูงอายุในเมืองมีแนวโน้ม 'อยู่คนเดียว' สูงกว่า ชนบทอย่างชัดเจน

ในปี 2568 สัดส่วนผู้สูงอายุในเมืองที่กมเดี่ยวพุ่งสูงถึง 11.2% ซึ่งสูงกว่าโนเขตชนบทที่อยู่ 8.8% และมีอัตราการเติบโตที่ต่อเนื่องกว่า

การอยู่กับคู่สมรส (Living with Spouse)

■ เขตเมือง (Urban) ■ เขตชนบท (Rural)



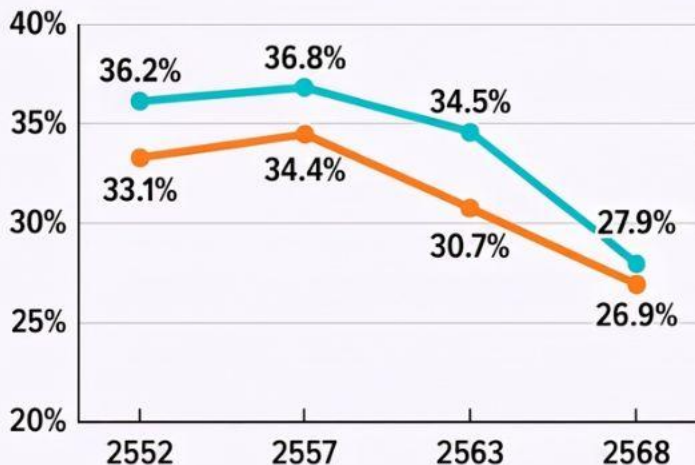
24.2%

เขตชนบทก้าวสู่สังคม 'สูงวัยคู่' มากขึ้น

การอยู่กับคู่สมรสในชนบทพุ่งจาก 17.6% เป็น 24.2% แสดงให้เห็นว่าคู่สามีภรรยาผู้สูงอายุต้องดูแลกันเองมากขึ้นในพื้นที่ห่างไกล

การอยู่กับบุตร (Living with Children)

■ เขตเมือง (Urban) ■ เขตชนบท (Rural)



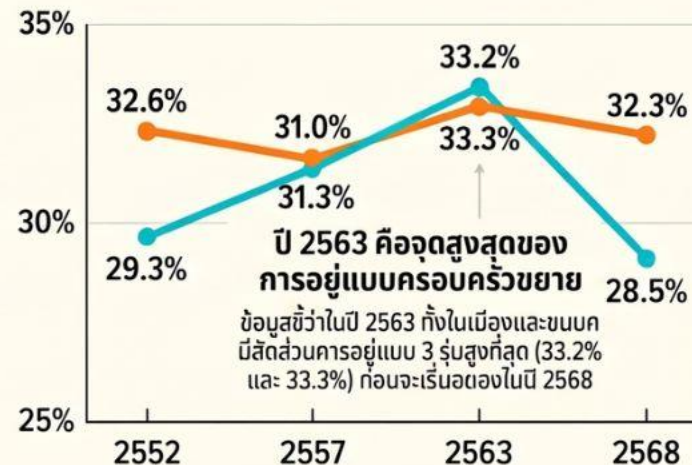
~27%

การอยู่กับบุตรลดลงอย่างน่าตกใจในทั้งสองพื้นที่

สัดส่วนการอยู่กับบุตรลดลงจากประมาณ 1 ใน 3 ในปี 2552 เหลือเพียงประมาณ 27% ในปี 2568 ละก่อนถึงกาเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม

การอยู่กับครอบครัว 3 รุ่น (Living in 3-Generation Family)

■ เขตเมือง (Urban) ■ เขตชนบท (Rural)



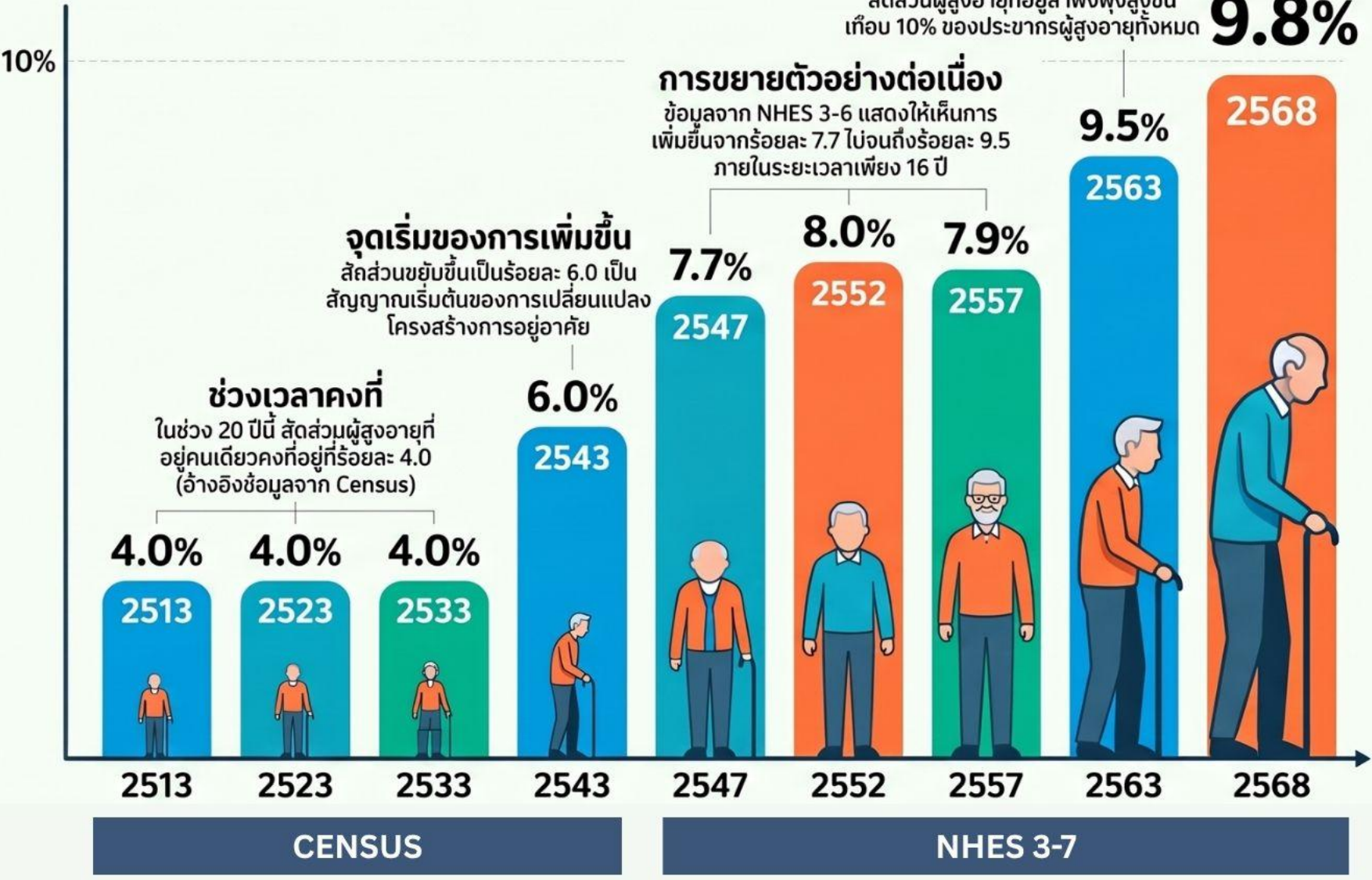
32.3%

'ครอบครัว 3 รุ่น' ยังคงเป็นฐานหลักของเขตชนบท

แม้ในเมืองจะมีความผันผวน แต่ในเขตชนบท สัดส่วนการอยู่แบบ 3 รุ่นยังคงรักษาความเข้มแข็งไว้ได้ 32.3% ในปี 2568 ซึ่งสูงกว่าเขตเมือง

แนวโน้มผู้สูงอายุไทยที่อยู่ตามลำพัง: การเปลี่ยนแปลงตลอด 5 ทศวรรษ (พ.ศ. 2513 - 2568)

ร้อยละของผู้สูงอายุไทยที่อยู่ตามลำพัง (อายุ 60 ปีขึ้นไป)



เจาะลึกสถิติผู้สูงอายุ
1.4 ล้านคนที่อยู่คนเดียว

1.4 ล้านคน
ปี 2568

ความแตกต่างทางเพศ:
หญิงมากกว่าชาย 2.5 เท่า

ผู้หญิง 1 ล้านคน **ผู้ชาย 4 แสนคน**

ในจำนวน 1.4 ล้านคน เป็นผู้หญิงถึง 1 ล้านคน ในขณะที่เป็นผู้ชายเพียง 4 แสนคน

จำแนกตามกลุ่มอายุ

60-69 ปี (7 แสนคน) 70-79 ปี (5 แสนคน) 80 ปีขึ้นไป (2 แสนคน)

Gen X Baby Boomer Silent Generation



ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทย: แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงวัยที่มีคุณภาพ

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยที่มีต้นทางทางความรู้สูงขึ้น

แนวโน้มการยกระดับการศึกษา

(พ.ศ. 2552 - 2568)

■ สัดส่วนผู้จบมัธยมหรือสูงกว่า เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า



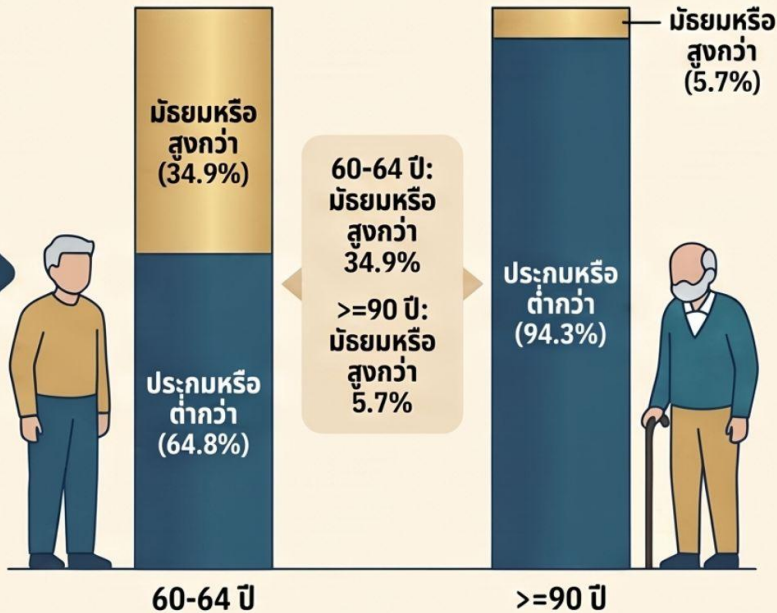
■ กลุ่มผู้จบประถมหรือต่ำกว่า มีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง

แสดงถึงการเปลี่ยนผ่านสู่คนรุ่นที่มีการศึกษาสูงขึ้น

เจาะลึกระดับการศึกษาตามช่วงอายุ

(ข้อมูลปี พ.ศ. 2568)

ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี) มีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น



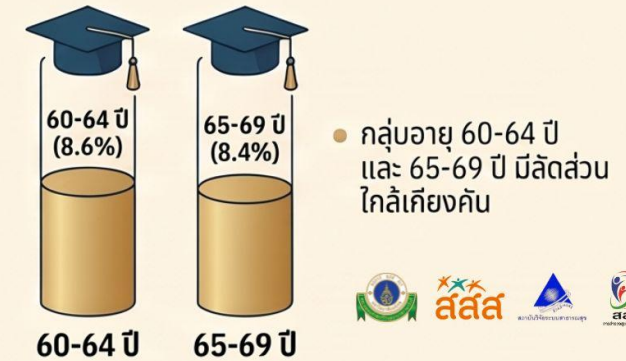
► ยิ่งอายุมากขึ้น สัดส่วนการศึกษาระดับประถมมีเพียงสูงขึ้น 85-89 ปี และ >=90 ปี มากกว่า 92% จบประถมหรือต่ำกว่า

ช่วงอายุ (ปี)	ประถมฯ (%)	มัธยมฯ (%)
60-64	64.8	34.9
65-69	71.5	28.2
70-74	81.1	18.8
75-79	82.4	17.6
80-84	87.5	12.4
85-89	92.3	7.7
>=90	94.3	5.7

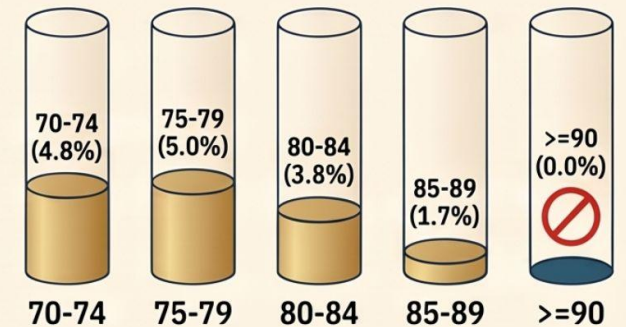
สถิติการจบปริญญาตรีในกลุ่มผู้สูงอายุ

(ปี พ.ศ. 2568)

8.6% ของผู้สูงอายุใหม่ จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า



● กลุ่มอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน



■ ช่องว่างทางการศึกษาระหว่างช่วงอายุ

ในขณะที่กลุ่มอายุ 60-64 ปีมีผู้จบปริญญาตรีเกือบ 9% แต่ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป กลับไม่มีผู้จบปริญญาตรีเลย

ทิศทางใหม่ของวัยเกษียณ: แนวโน้มการทำงานของผู้สูงอายุไทย (2547-2568)

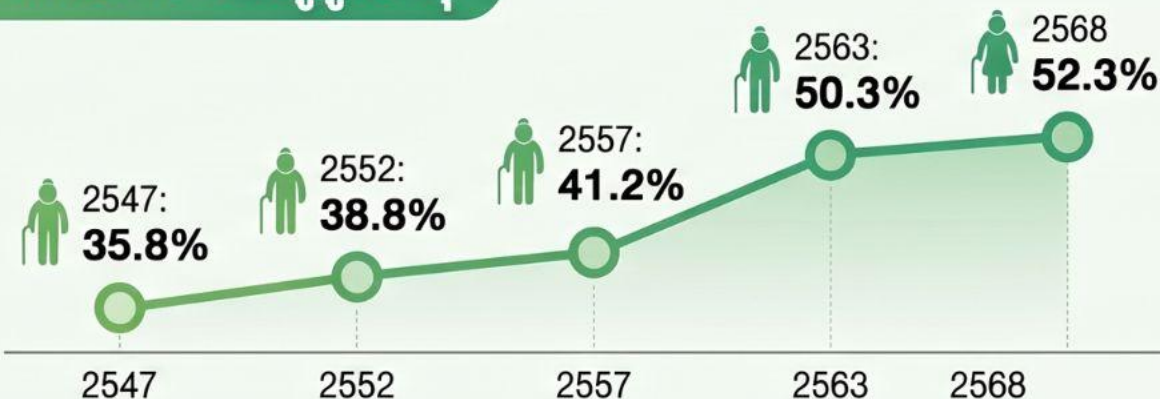
NHES 3-7

ภาพรวมการเติบโตของการทำงานในผู้สูงอายุ



สัดส่วนการทำงานภาพรวม
พุ่งสูงขึ้น 1.5 เท่า

จากปี พ.ศ. 2547 ที่มีสัดส่วนการทำงาน
เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนคาดการณ์ว่าจะถึง
ในปี พ.ศ. 2568



การเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิง

เพศหญิงมีอัตราการเติบโตของการทำงานสูงกว่าเพศชาย



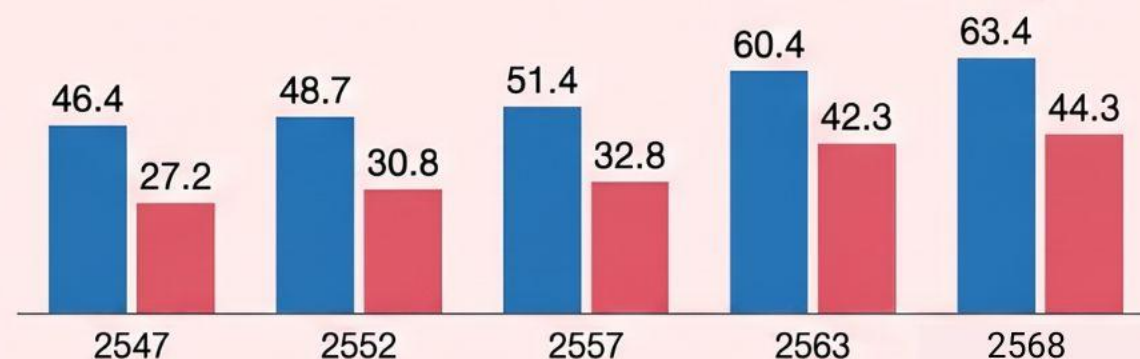
เพศชายเพิ่มขึ้น
1.4 เท่า



เพศหญิงเพิ่มขึ้น
1.6 เท่า

ช่องว่างระหว่างเพศยังคงมีอยู่แต่ลดน้อยลง

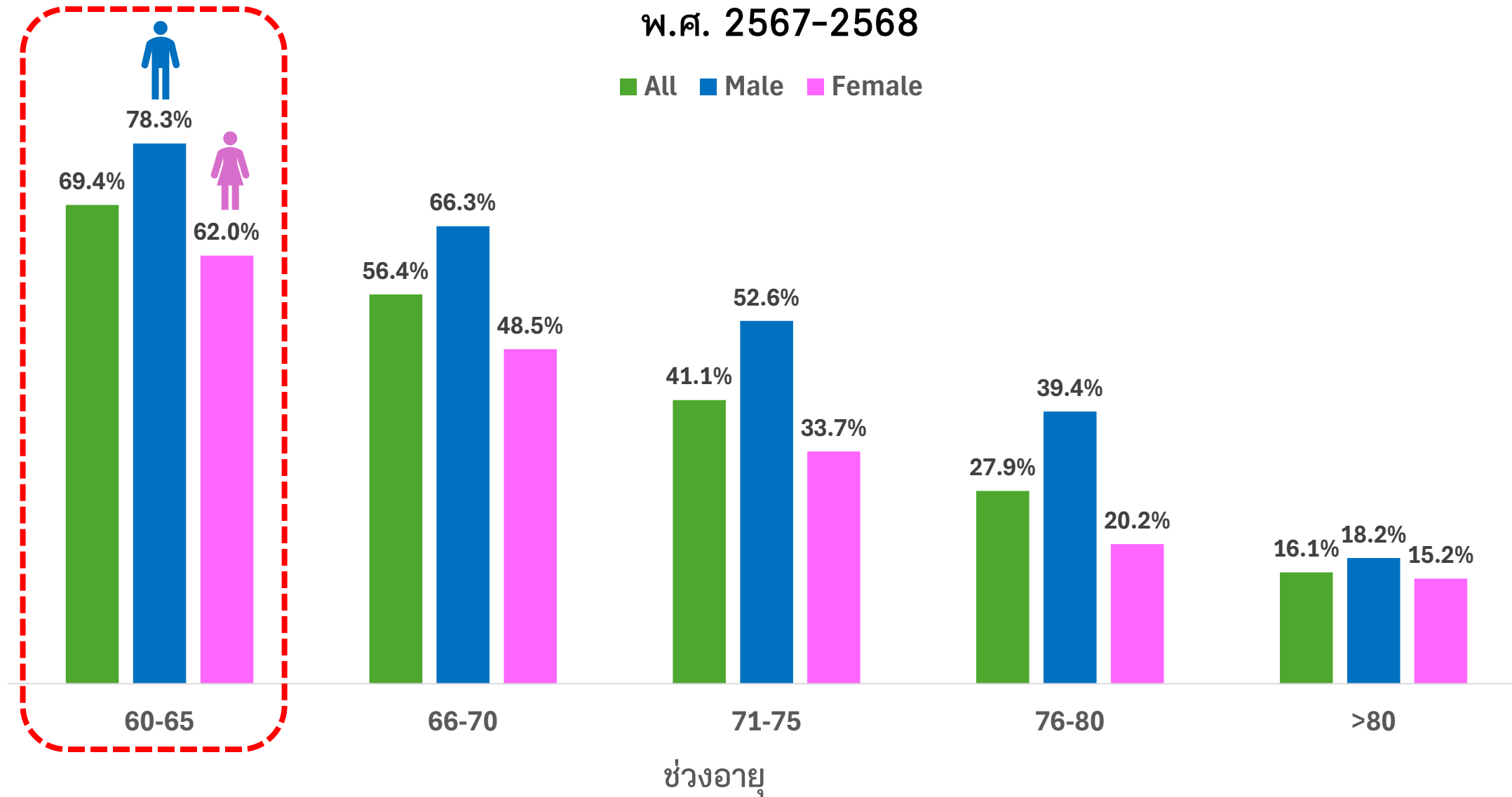
แม้เพศชายจะมีสัดส่วนคนทำงานสูงกว่า 60% ในปัจจุบัน
แต่สัดส่วนของเพศหญิงก็เติบโตขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจนเกิน 40% ในปีล่าสุด



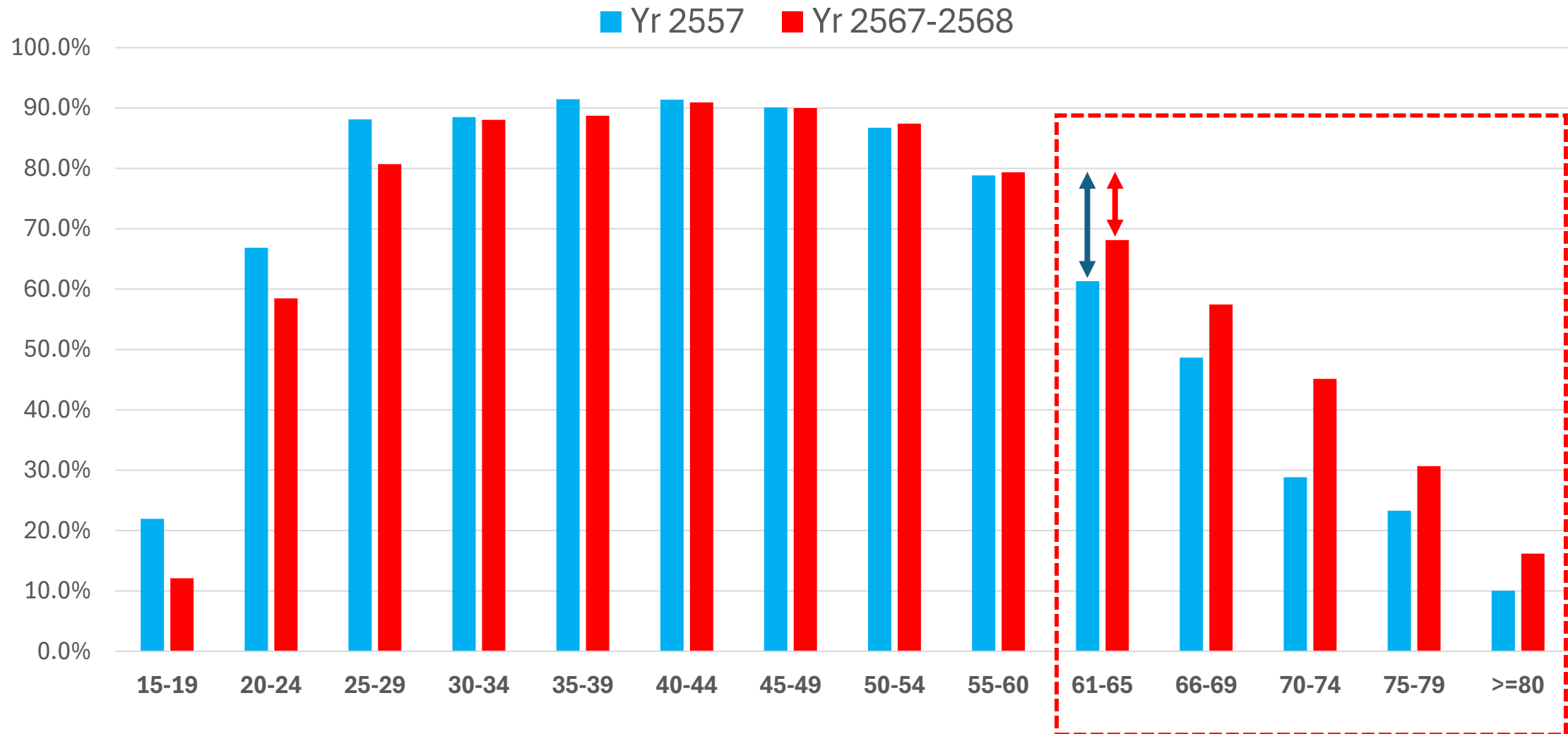
สัดส่วนการทำงานของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) ตามช่วงอายุ

พ.ศ. 2567-2568

■ All ■ Male ■ Female

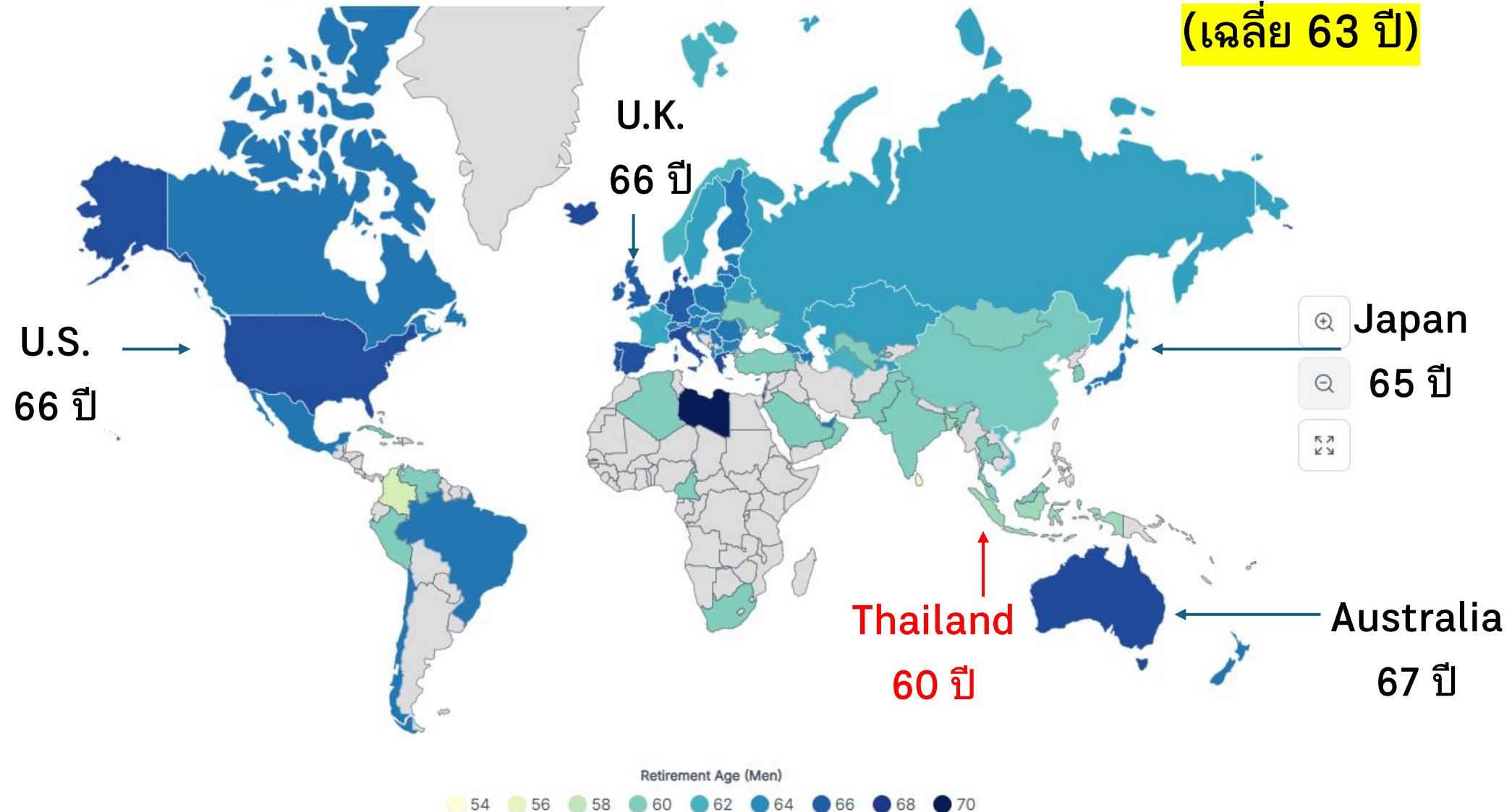


เปรียบเทียบการทำงานของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) ตามช่วงอายุ



Retirement Age by Country 2026

70% ของประเทศต่าง ๆ อายุเกษียณ >60 ปี
(เฉลี่ย 63 ปี)



เปิดแหล่งรายได้ผู้สูงอายุไทย: ใครคือที่พึ่งหลักในวัยเกษียณ?

(พ.ศ. 2567-2568)

56.8%

**ได้รับเงินสนับสนุน
จากลูกหลาน**

ครอบครัวยังคงเป็นเสาหลักสำคัญ
แม้จะมีสัดส่วนน้อยกว่าสวัสดิการจากภาครัฐ
แต่ก็ยังเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง



63.5%

พึ่งพาเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เป็นแหล่งรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับ
มากที่สุด สะท้อนถึงบทบาท
สำคัญของรัฐในการเป็นตาข่าย
รองรับทางสังคมพื้นฐาน



47.9%

**ยังคงต้อง 'ทำงาน'
เพื่อเลี้ยงชีพ**

เกือบ 1 ใน 2 ของผู้สูงอายุไทยอายุ
60 ปีขึ้นไป ยังคงต้องประกอบอาชีพ
เพื่อให้มีรายได้หมุนเวียน



แหล่งรายได้เสริมและสวัสดิการอื่นๆ

จุดเปราะบางด้านการออมและบำนาญ



25.4%

ได้รับเงินสงเคราะห์

เงินช่วยเหลือช่วยเหลือเยียวจาก
ภาคส่วนต่างๆ เป็นแหล่งรายได้
ลำดับที่ 4 ของผู้สูงอายุ



**คู่สมรส
(10.6%)**



**พี่น้องและญาติ
(6.8%)**

การช่วยเหลือกันภายในคู่ชีวิตมีสัดส่วนสูง
กว่าการพึ่งพาเครือญาติอย่างพี่น้อง (4.1%)
และญาติอื่นๆ (2.7%) รวมกัน



**มีเพียง
9.2%**

**ที่มีเงินบำเหน็จ
บำนาญ**

สะท้อนว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าไม่ถึง
ระบบสวัสดิการข้าราชการหรือระบบ
บำนาญที่เป็นทางการ

6.1%

**เท่านั้นที่มีรายได้จาก
เงินออมและดอกเบี้ย**

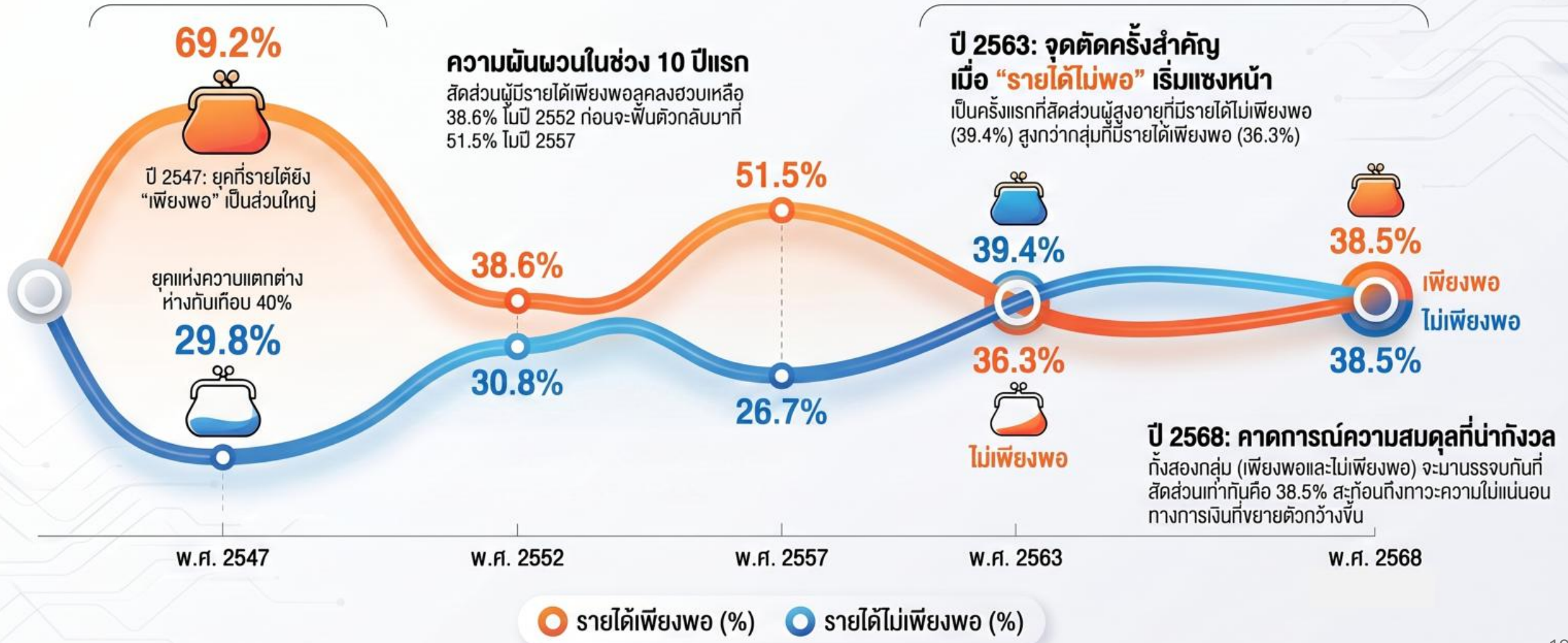
ชี้ให้เห็นถึงปัญหาการออมเพื่อการ
เกษียณที่ยังอยู่ในระดับต่ำมากใน
กลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทย

ส่องเทรนด์ “ความพอเพียงของรายได้” ของผู้สูงอายุไทย (พ.ศ. 2547-2568)

NHES 3-7

ยุคแห่งความแตกต่าง
(พ.ศ. 2547 - 2557)

สัญญาณเตือนและจุดบรรจบ
(พ.ศ. 2563 - 2568)



6 ประเด็นสำคัญ: ทิศทางและการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุไทย

โครงการสำรวจคุณภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย คณะแพทยศาสตร์รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล <https://thai-nhes.com/>



สัดส่วนผู้สูงอายุ ในสังคมไทยเพิ่มขึ้น

จำนวนประชากรสูงวัยขยายตัวสูงขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับช่วงอายุอื่นๆ
ในโครงสร้างประชากรไทย



รูปแบบครอบครัวเล็กลงและแยกตัว

ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสมากขึ้น
ในขณะที่สัดส่วนการอยู่อาศัยร่วมกับบุตรหลานลดน้อยลง

ศักยภาพและการเข้าถึงเทคโนโลยี (Skills & Technology)



ระดับการศึกษาสูงขึ้น

กลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบันมีระดับการศึกษา
เฉลี่ยที่สูงขึ้นกว่าคนรุ่นก่อนหน้า



ก้าวทันโลกดิจิทัล

มีอัตราการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและ
เทคโนโลยีสารสนเทศที่เพิ่มขึ้นอย่าง
ต่อเนื่องในกลุ่มประชากรสูงวัย

สถานะทางเศรษฐกิจและการทำงาน (Economy & Employment)



การทำงานใน วัยสูงอายุเพิ่มขึ้น

พบสัดส่วนผู้สูงอายุที่ยังคงเข้าสู่ตลาด
แรงงานหรือทำงานอยู่ในระดับที่สูงขึ้น



ความท้าทายด้านความเพียงพอของรายได้

รายได้มีความเพียงพอลดลง โดยยังต้องพึ่งพาสามแหล่งหลัก
คือ เบี้ยผู้สูงอายุ เงินจากบุตรหลาน และรายได้จากการทำงาน

การฟังฟังในกิจวัตรประจำวัน

Basic ADLs

(Activities of Daily Living)

ก. กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (การดูแลตนเอง) (ADL)

- 1) กินอาหาร (0, 1, 2)
 - 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (0, 1)
 - 3) ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง (0, 1, 2, 3)
 - 4) ใช้ห้องน้ำ/ส้วม (0, 1, 2)
 - 5) เดินไปเดินมาภายในตัวบ้าน (0, 1, 2, 3)
 - 6) สวมใส่เสื้อผ้า (0, 1, 2)
 - 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (0, 1, 2)
 - 8) อาบน้ำ (0, 1)
 - 9) กลั้นอุจจาระ (0, 1, 2)
 - 10) กลั้นปัสสาวะ (0, 1, 2)
- รวมคะแนน เต็ม 20 คะแนน

ข. กิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร (IADL)

- 1) ใช้เงิน นับเงิน ทอนเงิน
- 2) จัดยากินเอง
- 3) งานบ้านอย่างเบา (กวาดบ้าน/เก็บของ/ทำครัว)
- 4) งานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน/ตักน้ำ/ยกของ)
- 5) ตัดเล็บเท้า
- 6) เตรียมหรือประกอบอาหารด้วยตนเอง
- 7) การใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าภายในบ้าน
- 8) เดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง
- 9) หิ้วของหนัก
- 10) เดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร
- 11) ออกนอกบ้านโดยขับรถเอง/ขึ้นรถโดยสารสาธารณะ
- 12) พูดคุยสื่อสารกับคนในครอบครัว
- 13) การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านกรณีจำเป็น
- 14) ใช้โทรศัพท์กดเบอร์เอง รับเอง



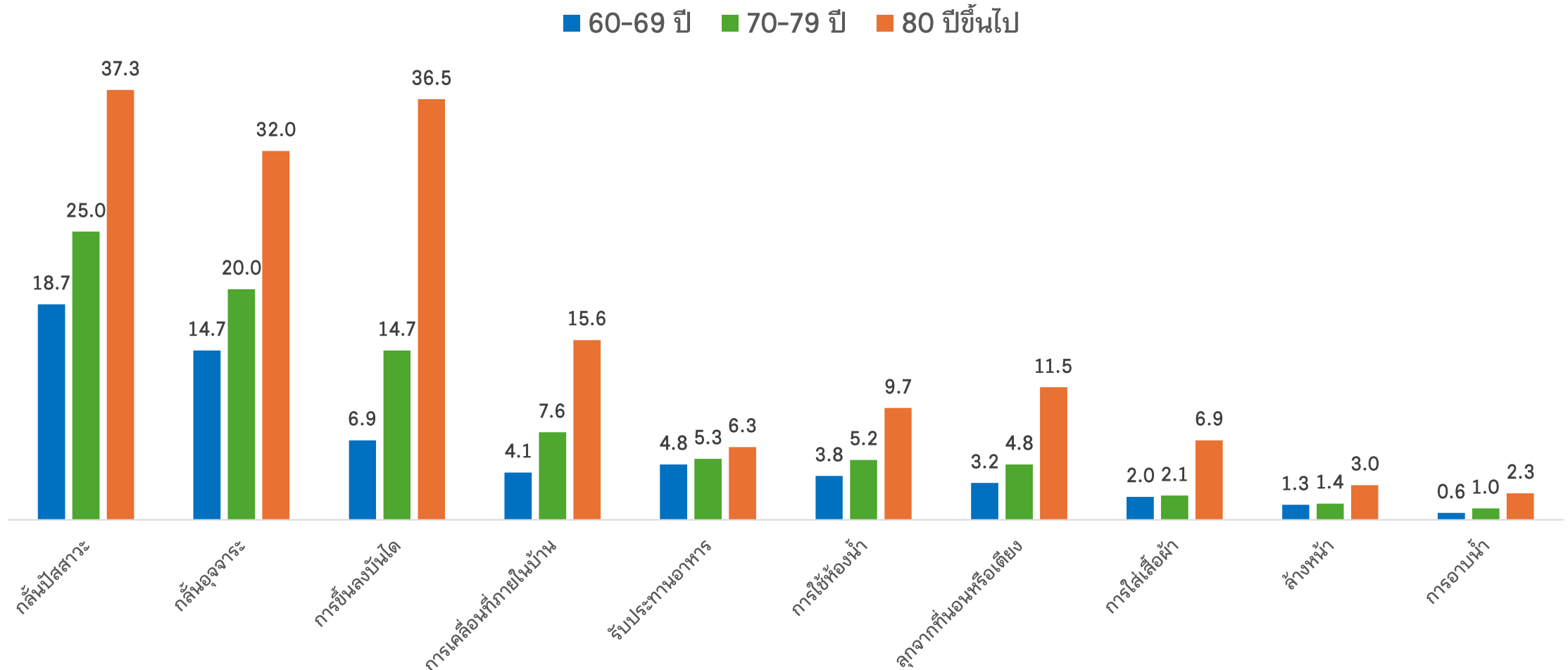
IADLs

(Instrumental Activities of
Daily Living)

การพึงพิงในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป)

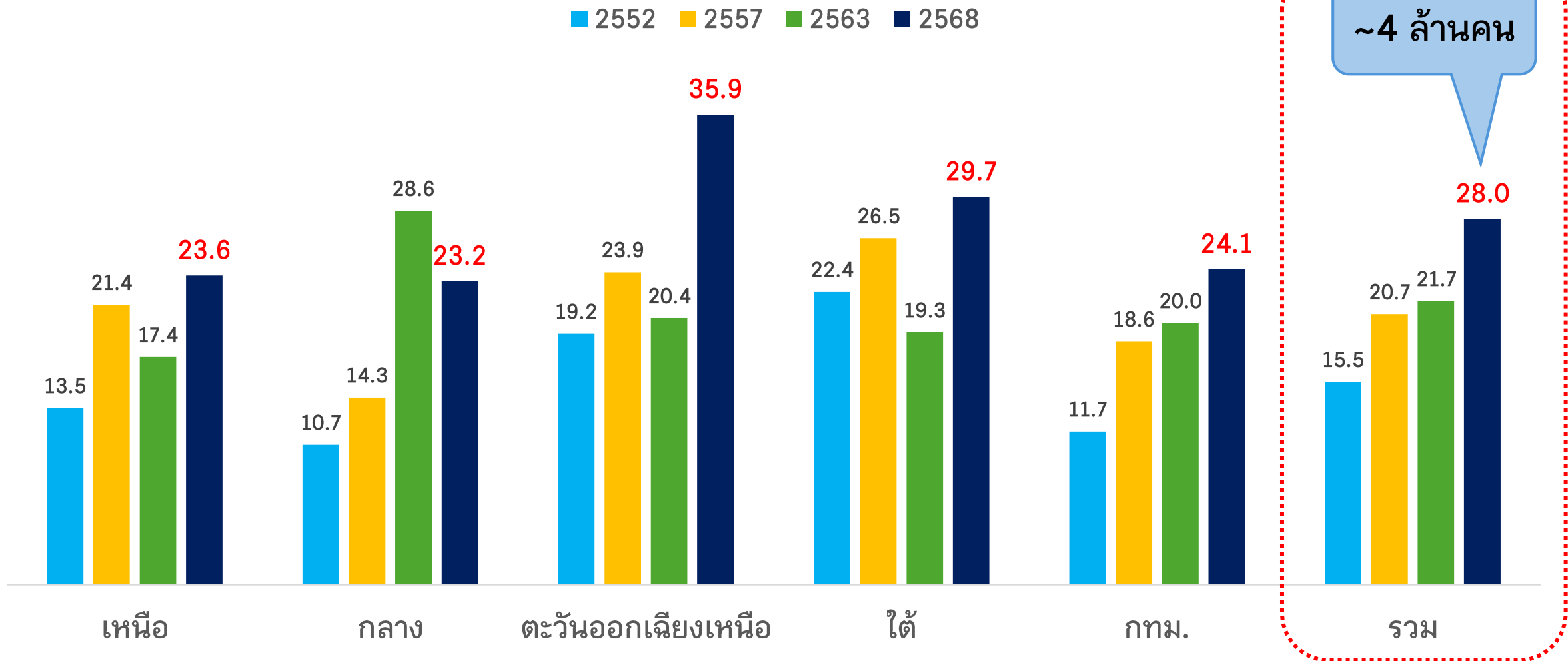
ตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2567-2568

Basic ADLs



แนวโน้มการพึ่งพิง ในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน* ของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป)

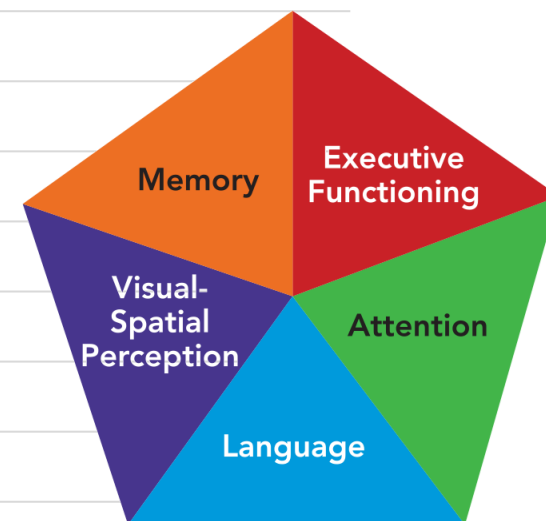
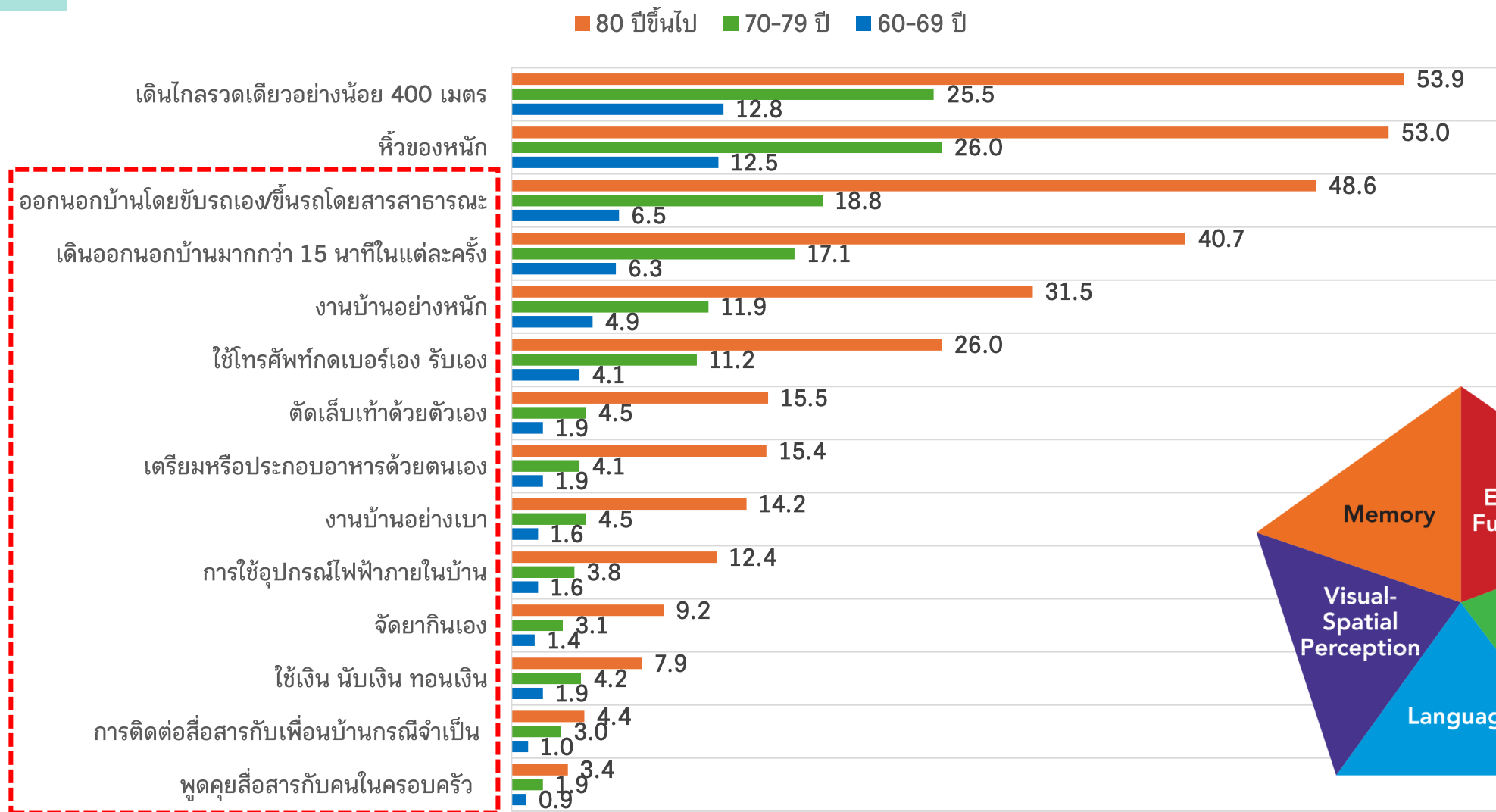
*ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เองตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป หรือไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระอย่างใดอย่างหนึ่ง



การพึงพิงในกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการทำงาน เดินทาง สื่อสารของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป)

ตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2567-2568

IADLs

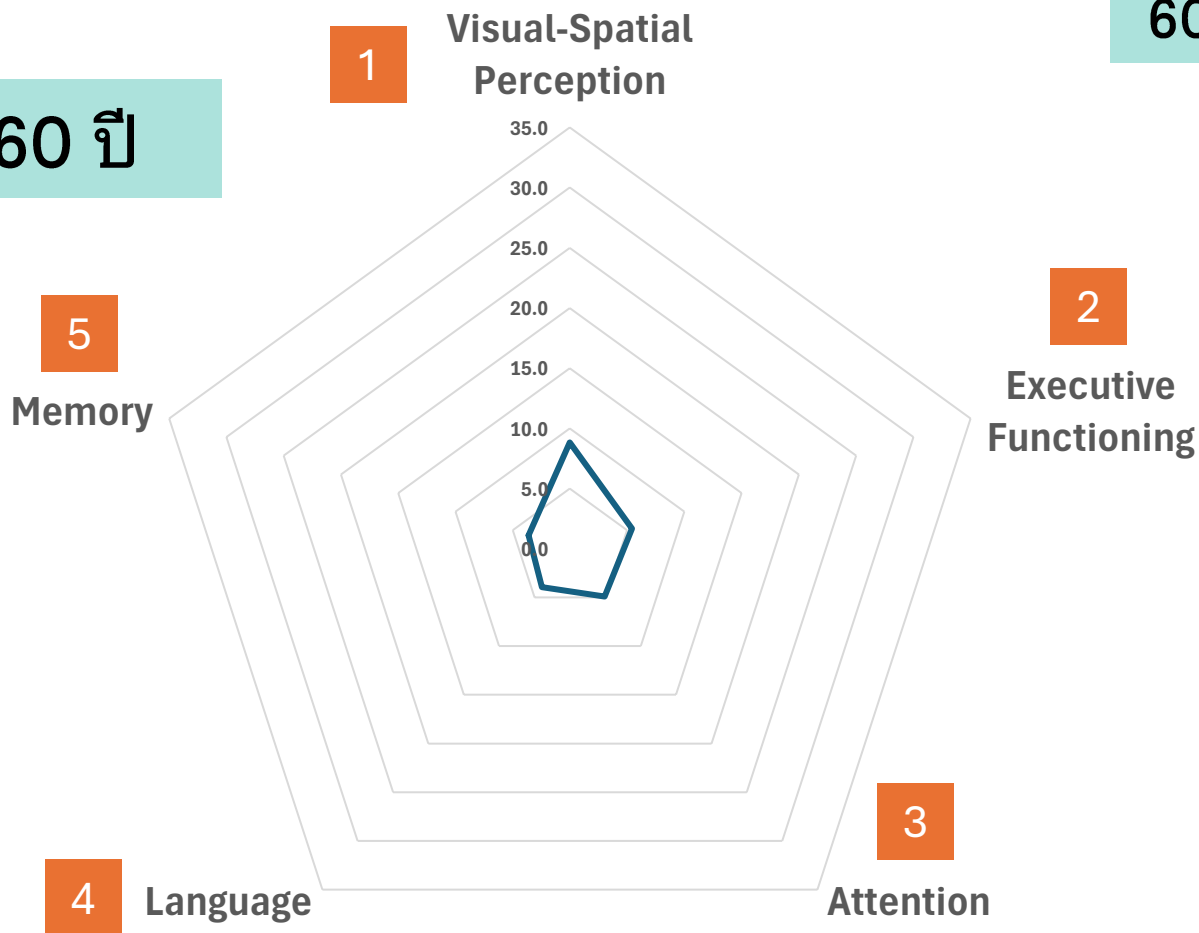


การฟังฟังในกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการทำงาน เดินทาง สื่อสารของผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป)

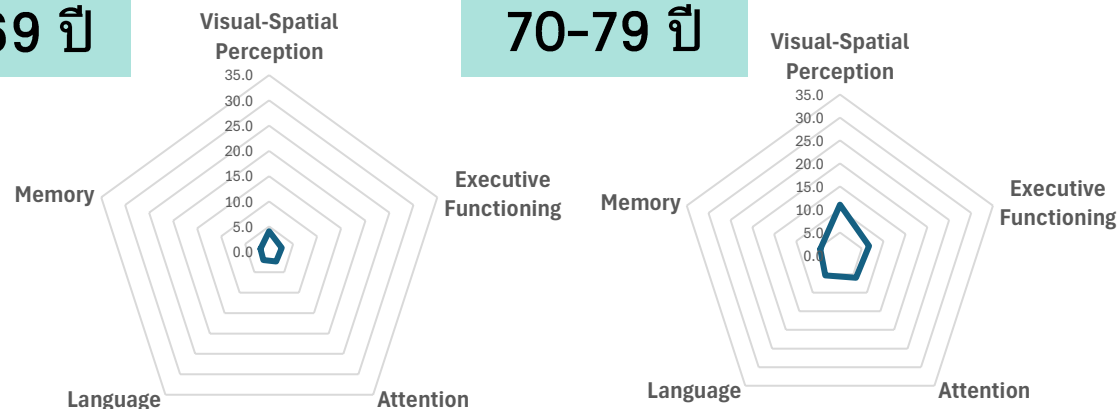
ตามกลุ่มอายุ และ Cognitive domains พ.ศ. 2567-2568

IADLs

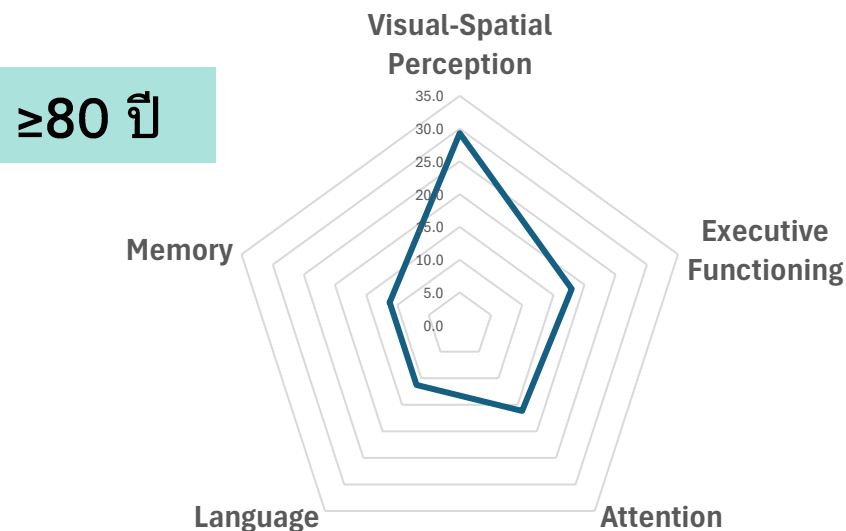
≥60 ปี



60-69 ปี



70-79 ปี



≥80 ปี

คำนวณจากคะแนนเฉลี่ยของแต่ละ domain

Memory: จัดยากินเอง, ใช้เงิน, เตรียมอาหาร, ใช้โทรศัพท์, พูดคุยสื่อสาร, ติดต่อเพื่อนบ้าน, ใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า; Executive function: ใช้เงิน, จัดยา, ใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า, งานบ้านเบา, งานบ้านหนัก, เตรียมอาหาร, ขับรถขึ้นรถโดยสาร, ติดต่อเพื่อนบ้าน; Visual-spatial: ขับรถขึ้นรถโดยสาร, ใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า, ตัดเล็บเท้า, เดินออกนอกบ้าน; Attention: ใช้เงิน, จัดยา, เตรียมอาหาร, ใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า, พูดคุยสื่อสาร, เดินทาง; Language: พูดคุยกับคนในครอบครัว, ติดต่อเพื่อนบ้าน, ใช้โทรศัพท์

รายงานความพึงพาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทยจำแนกตามภูมิภาค

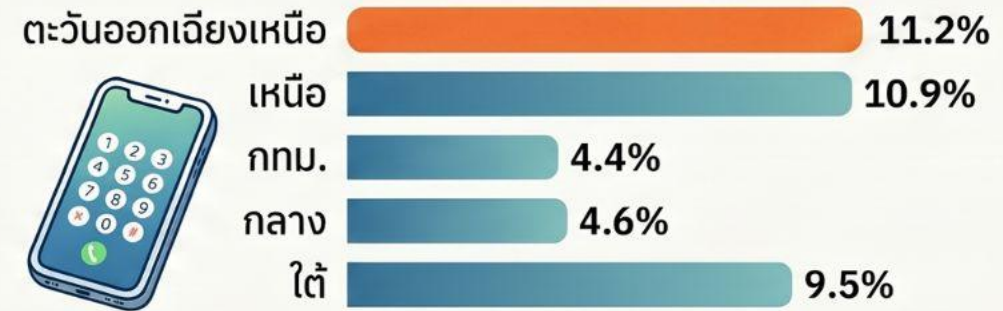
ข้อมูลชุดนี้แสดงสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เผชิญข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวัน (IADLs) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความพึงพาผู้อื่นสูงที่สุดในทุกด้าน



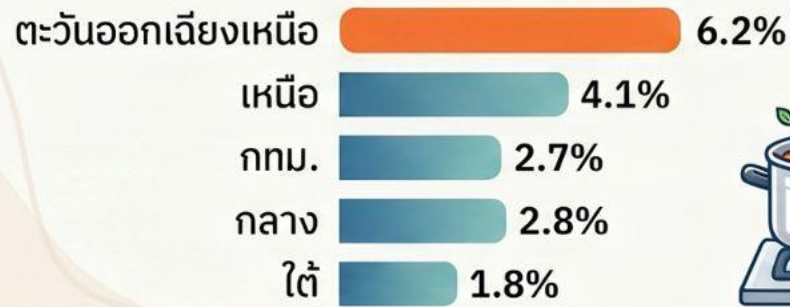
การจัดยากินเอง



การใช้โทรศัพท์กดเบอร์เอง



การเตรียมหรือประกอบอาหารเอง



การเดินทางออกนอกบ้านเอง

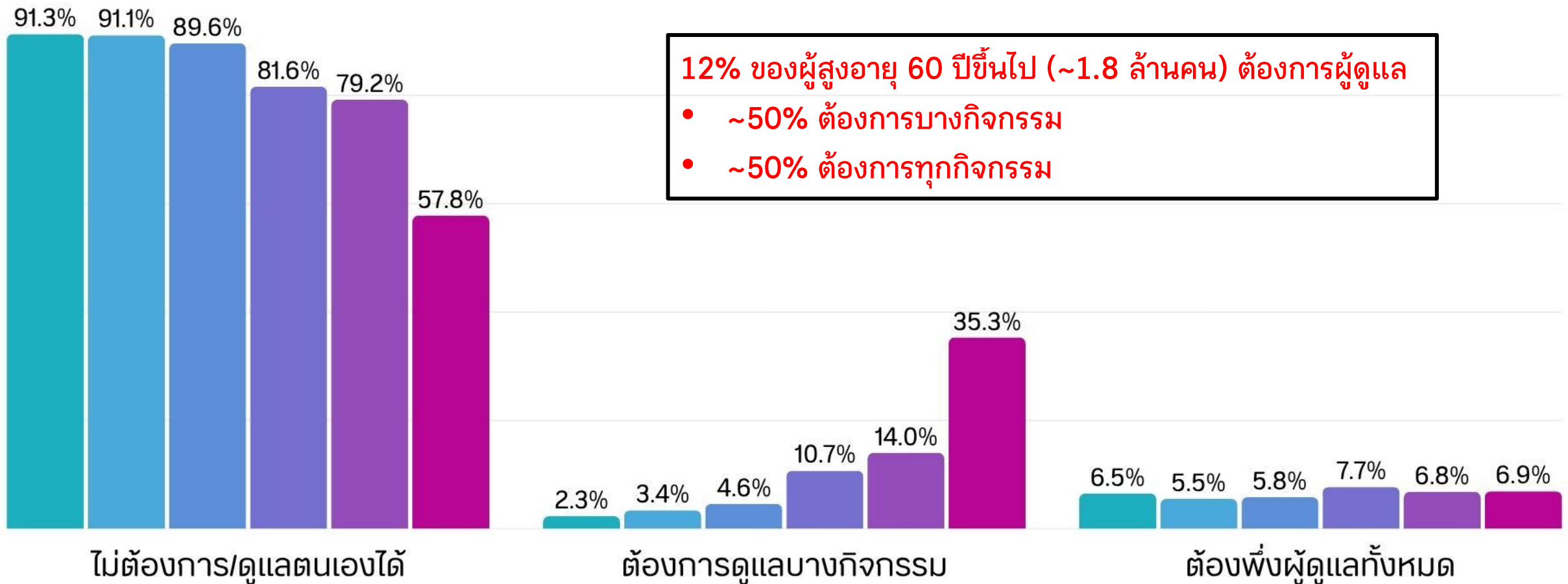


กิจกรรม 'การเดินทางออกนอกบ้าน' เป็นอุปสรรคที่ใหญ่ที่สุดของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ความต้องการผู้ดูแล (Caregiver) ของผู้สูงอายุไทยตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2567-2568



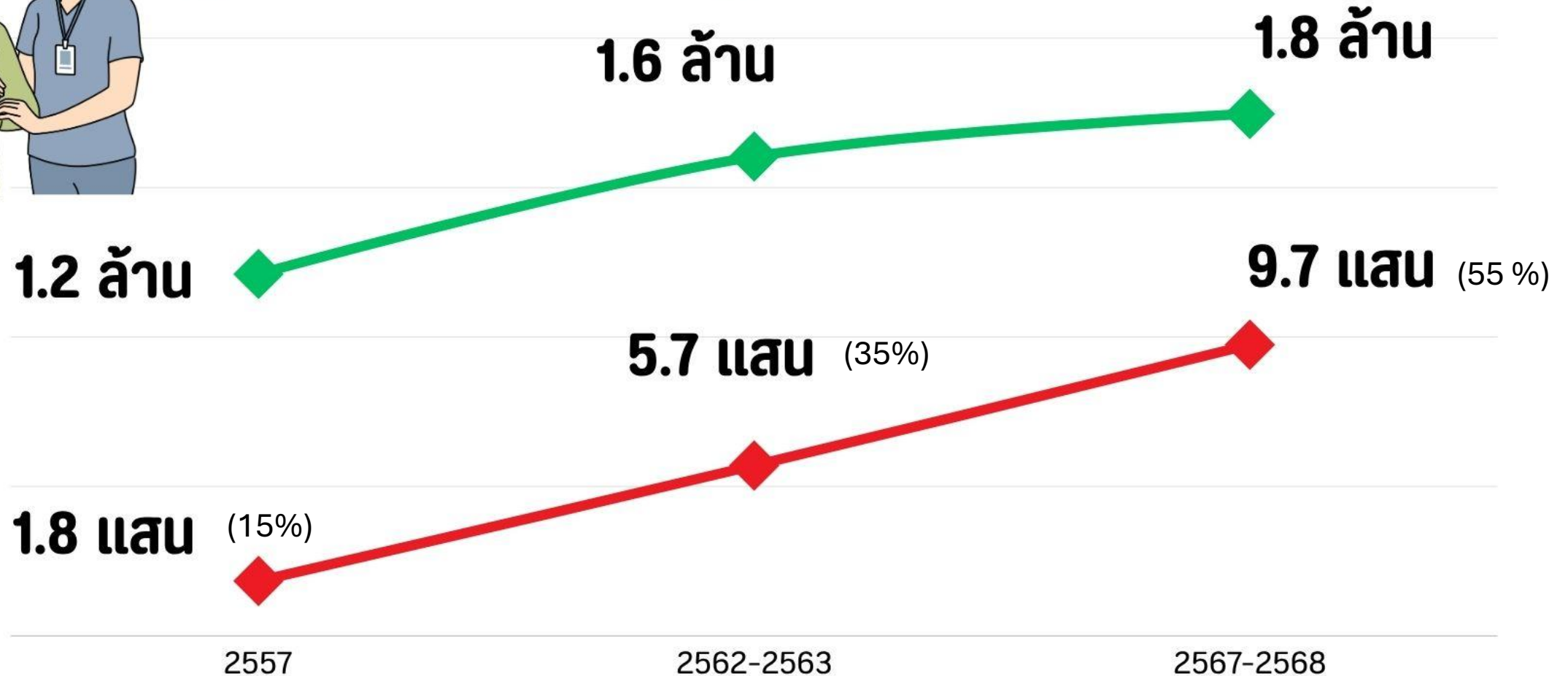
60-64 yr 65-69 yr 70-74 yr 75-79 yr 80-84 yr >=85



แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ต้องการผู้ดูแล พ.ศ. 2557-2568



● จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล ● จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล แต่ไม่มี

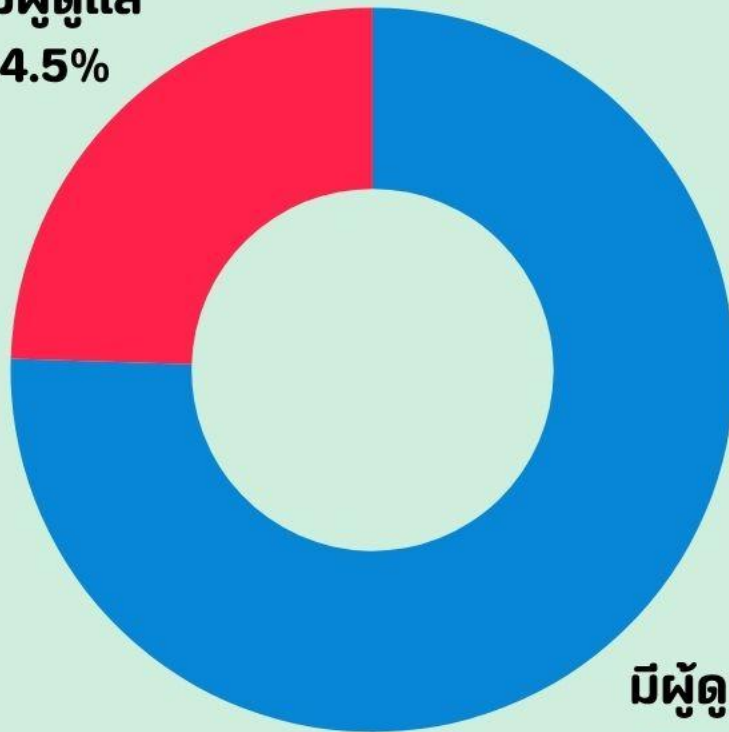


สัดส่วนของผู้สูงอายุไทย 60 ปีขึ้นไปที่มีผู้ดูแล ตามระดับความต้องการดูแล พ.ศ. 2567-2568



ต้องการดูแลบางกิจกรรม

ไม่มีผู้ดูแล
24.5%

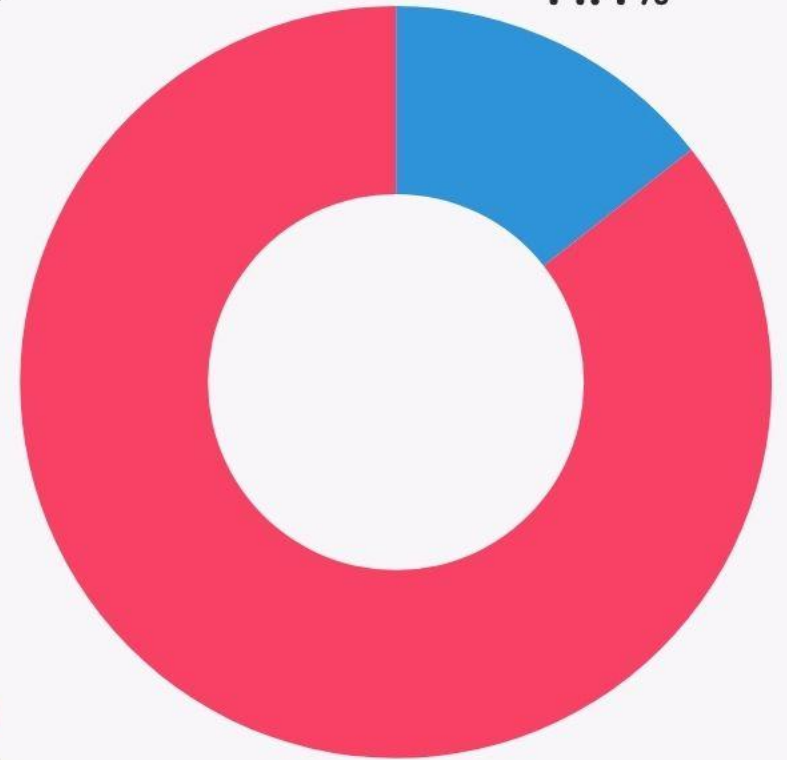


มีผู้ดูแล
75.5%



ต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมด

มีผู้ดูแล
14.4%



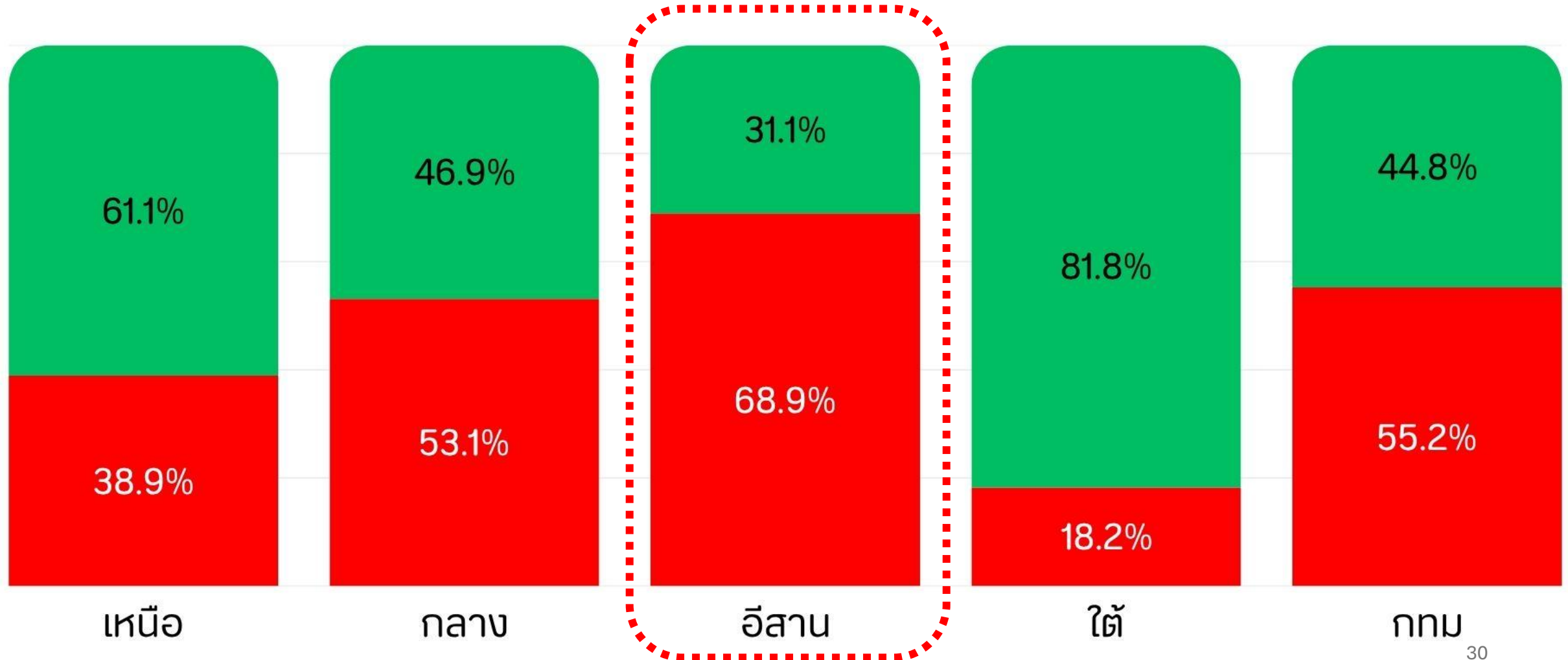
ไม่มีผู้ดูแล
85.6%



สัดส่วนของผู้สูงอายุไทย 60 ปีขึ้นไปที่มีผู้ดูแลตามความต้องการ รายภาค พ.ศ. 2567-2568



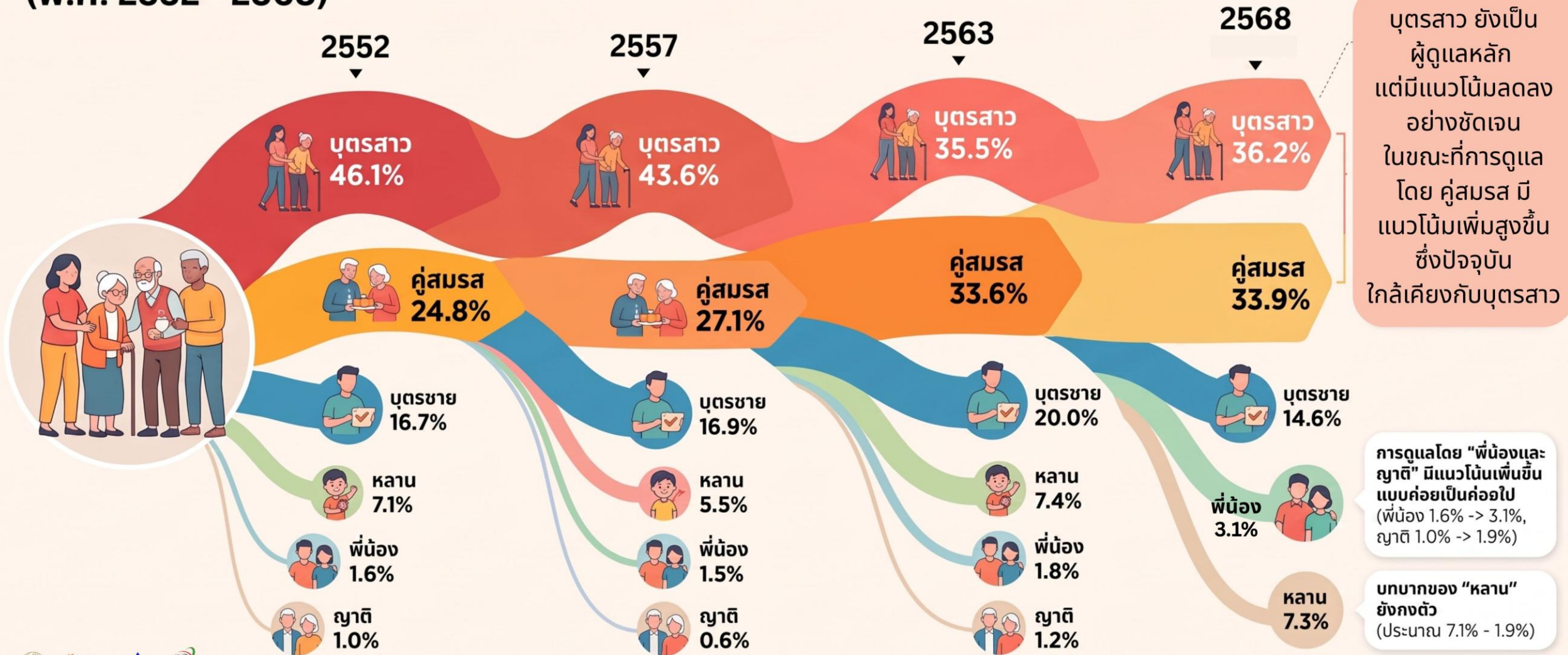
● ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี ● ต้องการและมีผู้ดูแล



ใครดูแลผู้สูงอายุไทย?

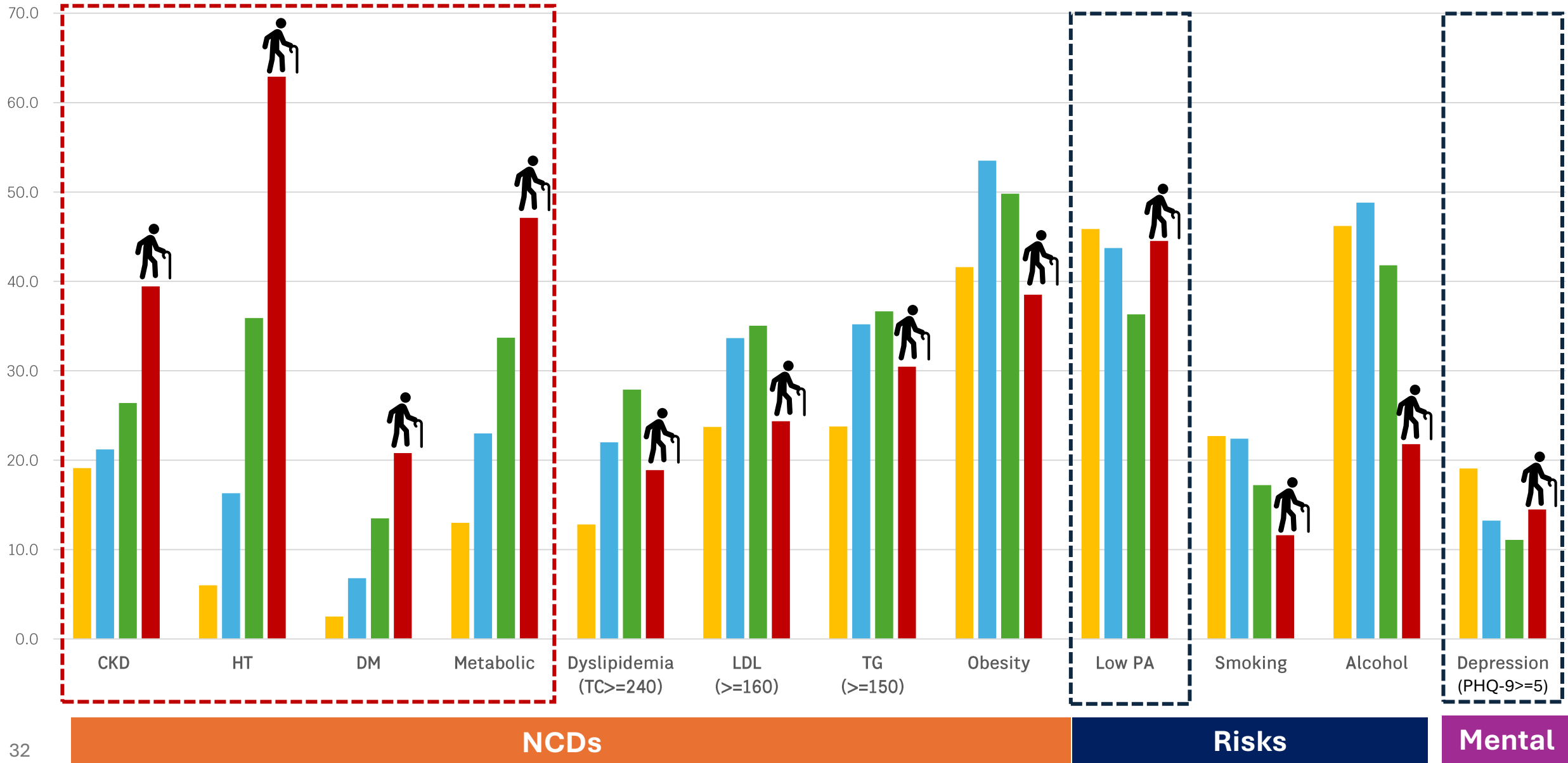
เจาะเทรนด์การเปลี่ยนแปลงในรอบ 16 ปี
(พ.ศ. 2552 - 2568)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการดูแลผู้สูงอายุไทยในรอบ 16 ปี
แสดงให้เห็นบทบาทที่ลดลงของบุตรสาว ขณะที่การดูแลกันเอง
ระหว่างคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนการปรับเปลี่ยนรูปแบบ
การอยู่อาศัยและการพึ่งพาในครอบครัวยุคปัจจุบัน

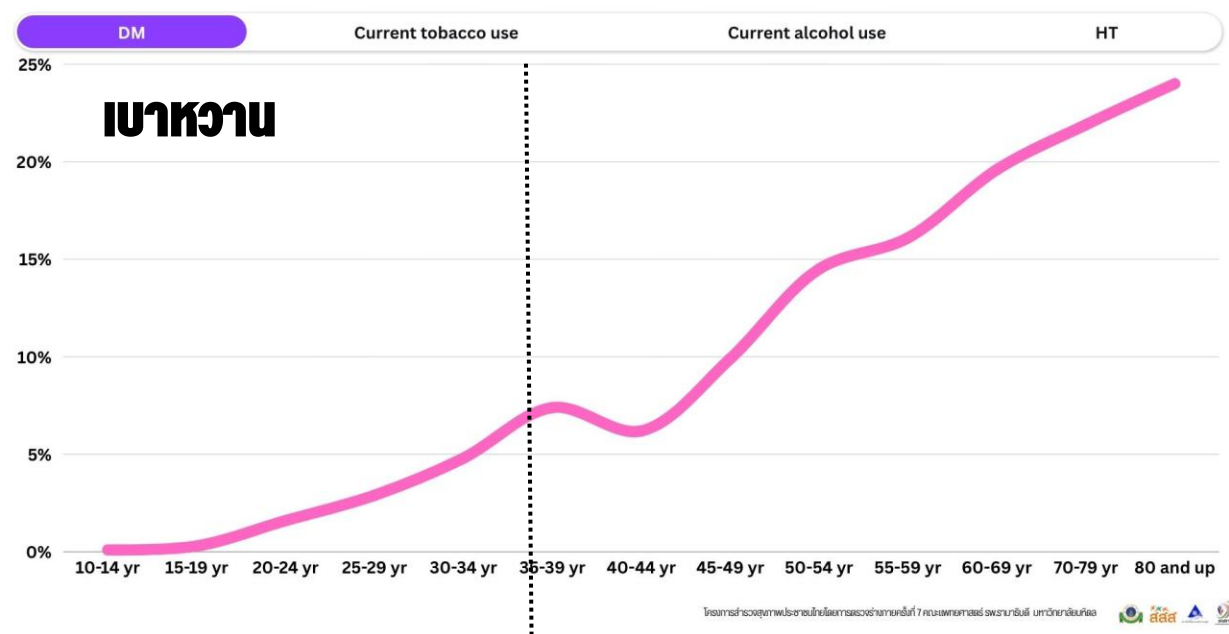




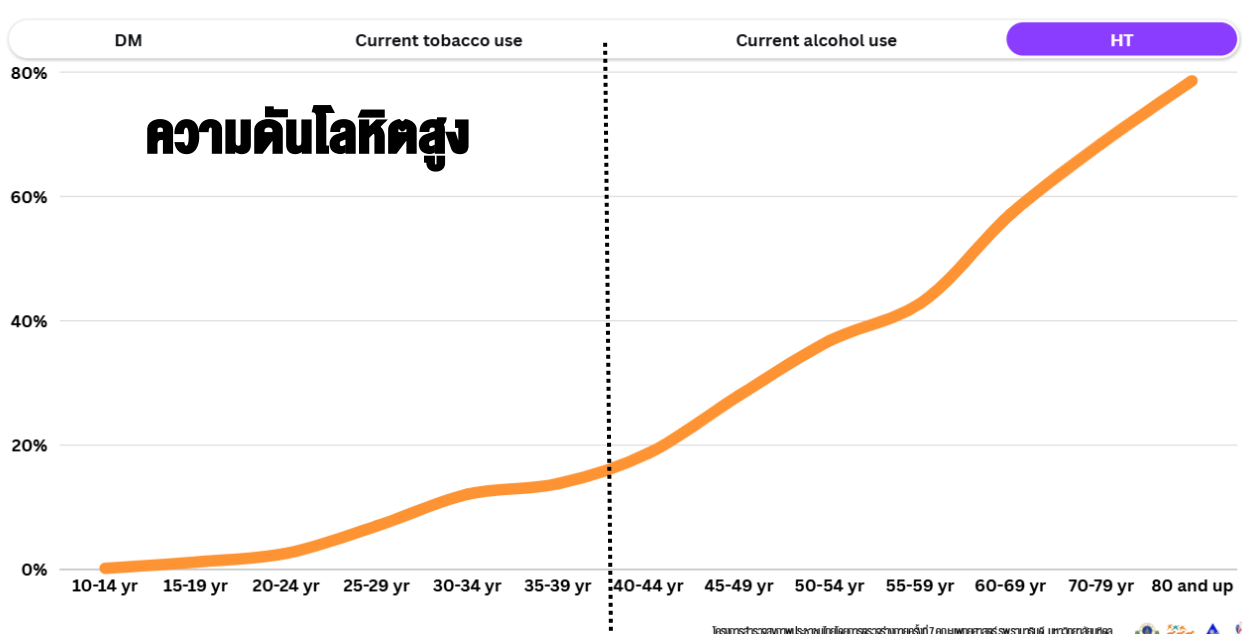
15-34 yr 35-44 yr 45-59 yr 60 yr and up



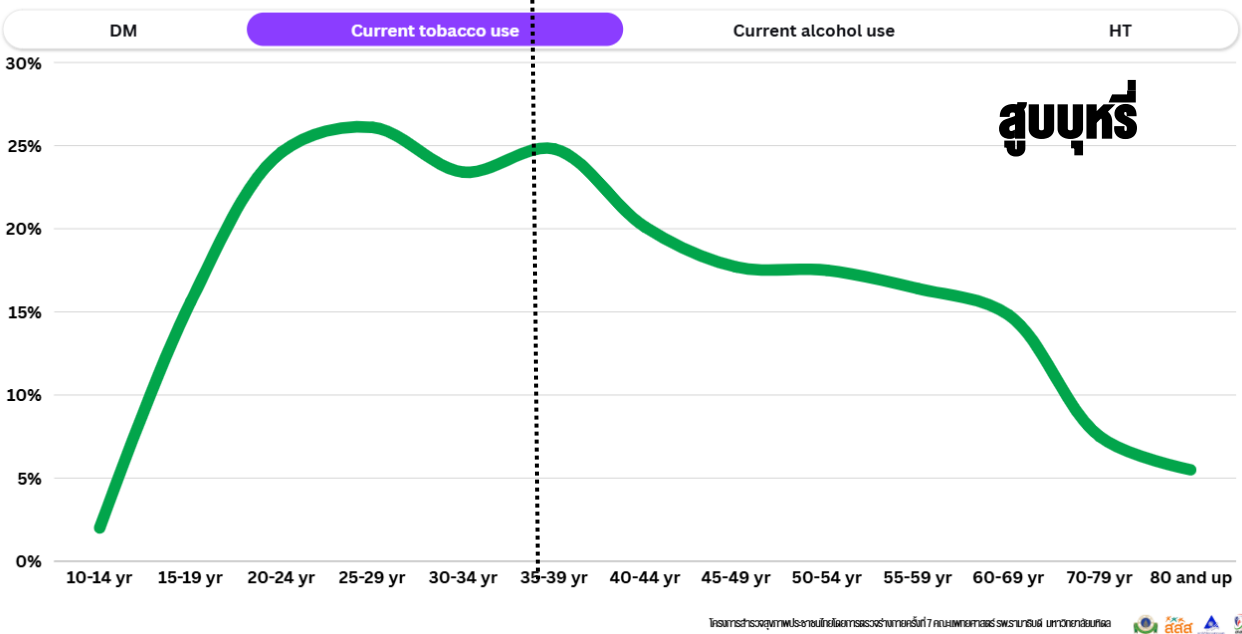
อัตราการใช้ยาสูบ บุหรี่ ดื่มสุรา เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามกลุ่มอายุ (พ.ศ. 2567-2568)



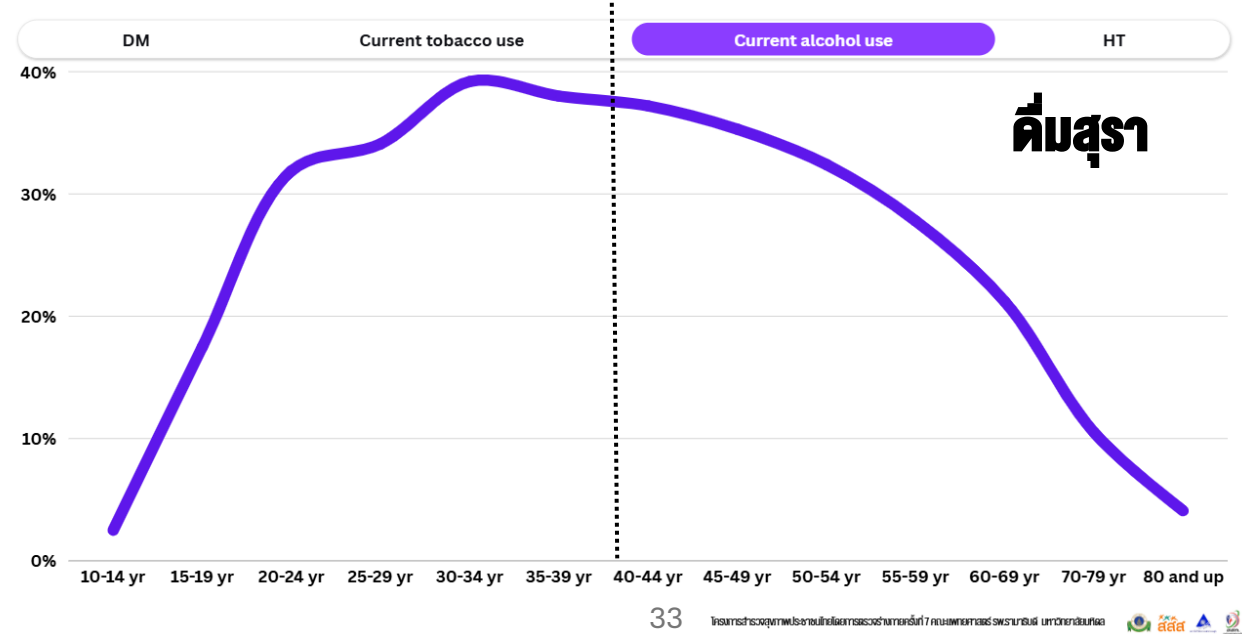
อัตราการใช้ยาสูบ บุหรี่ ดื่มสุรา เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามกลุ่มอายุ (พ.ศ. 2567-2568)



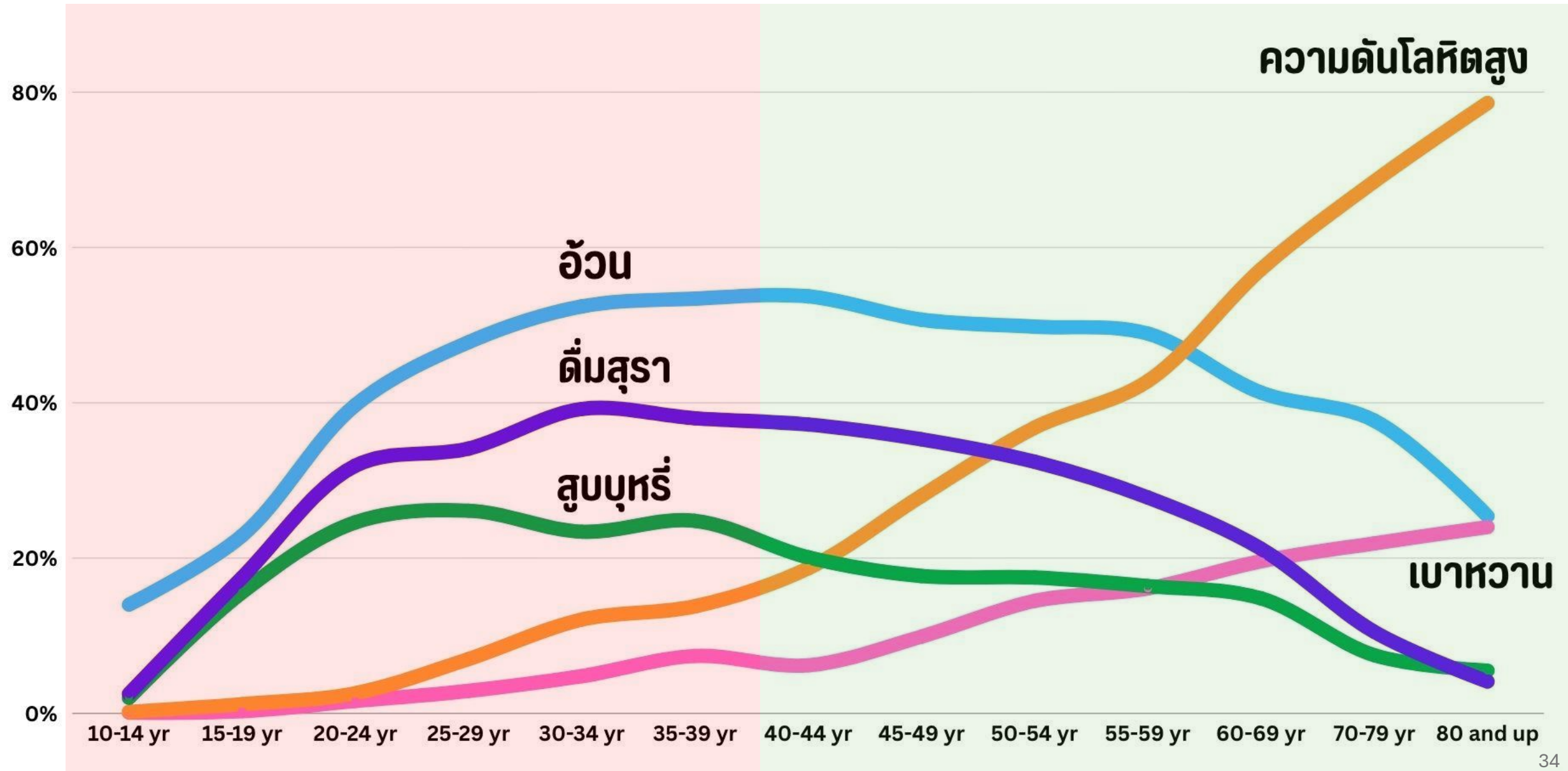
อัตราการใช้ยาสูบ บุหรี่ ดื่มสุรา เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามกลุ่มอายุ (พ.ศ. 2567-2568)



อัตราการใช้ยาสูบ บุหรี่ ดื่มสุรา เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามกลุ่มอายุ (พ.ศ. 2567-2568)

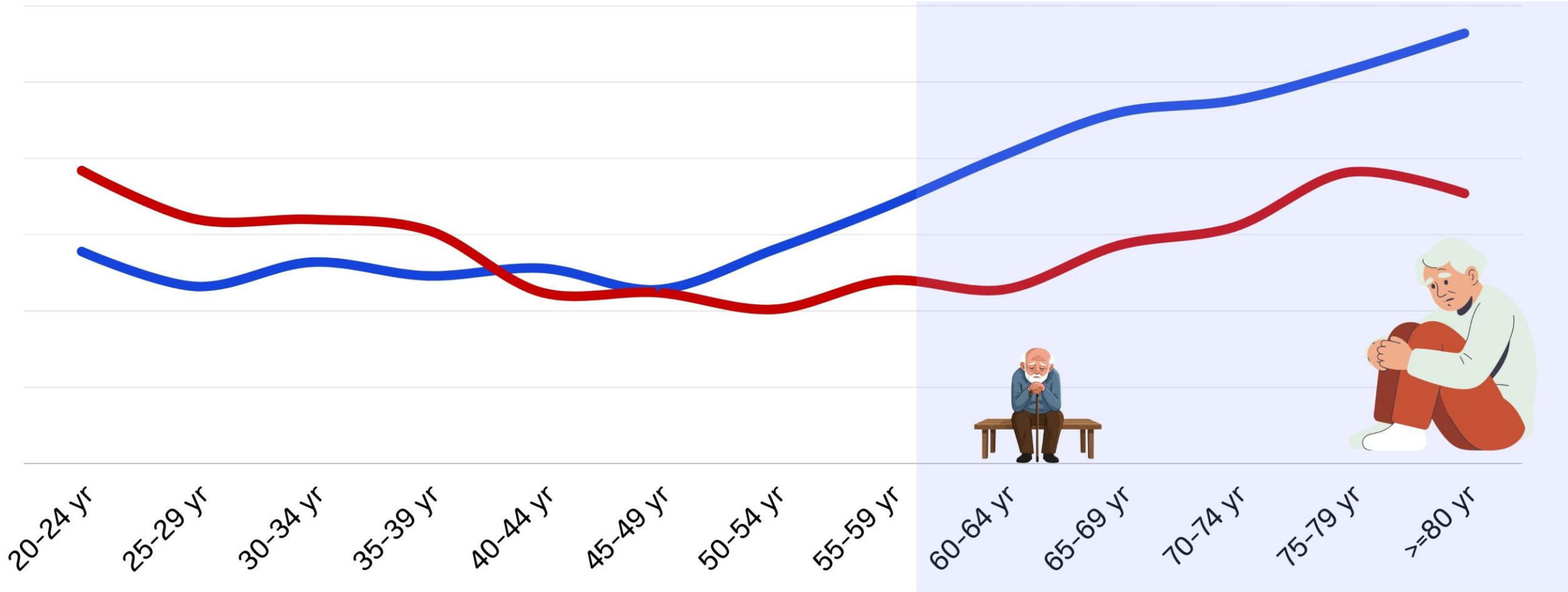


อัตราการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามกลุ่มอายุ (พ.ศ. 2567-2568)

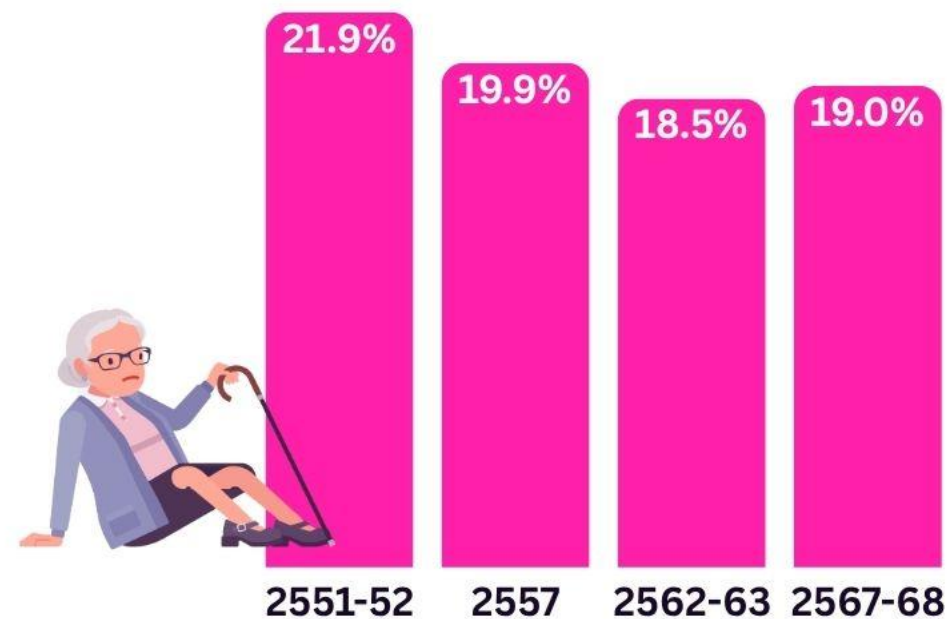
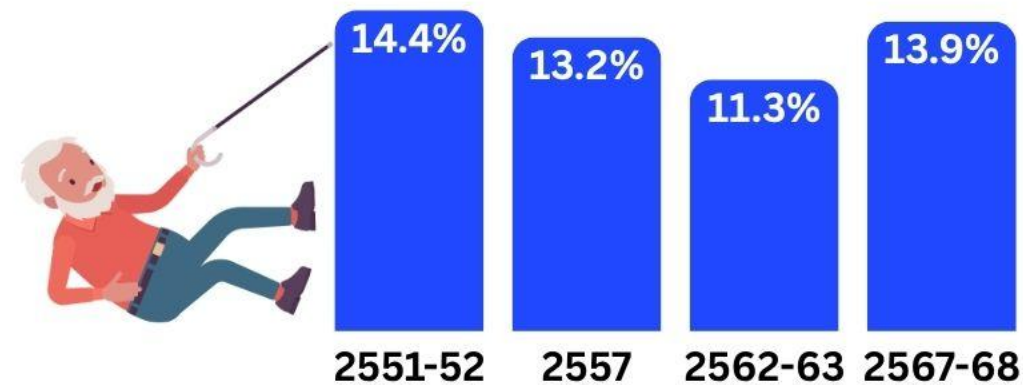
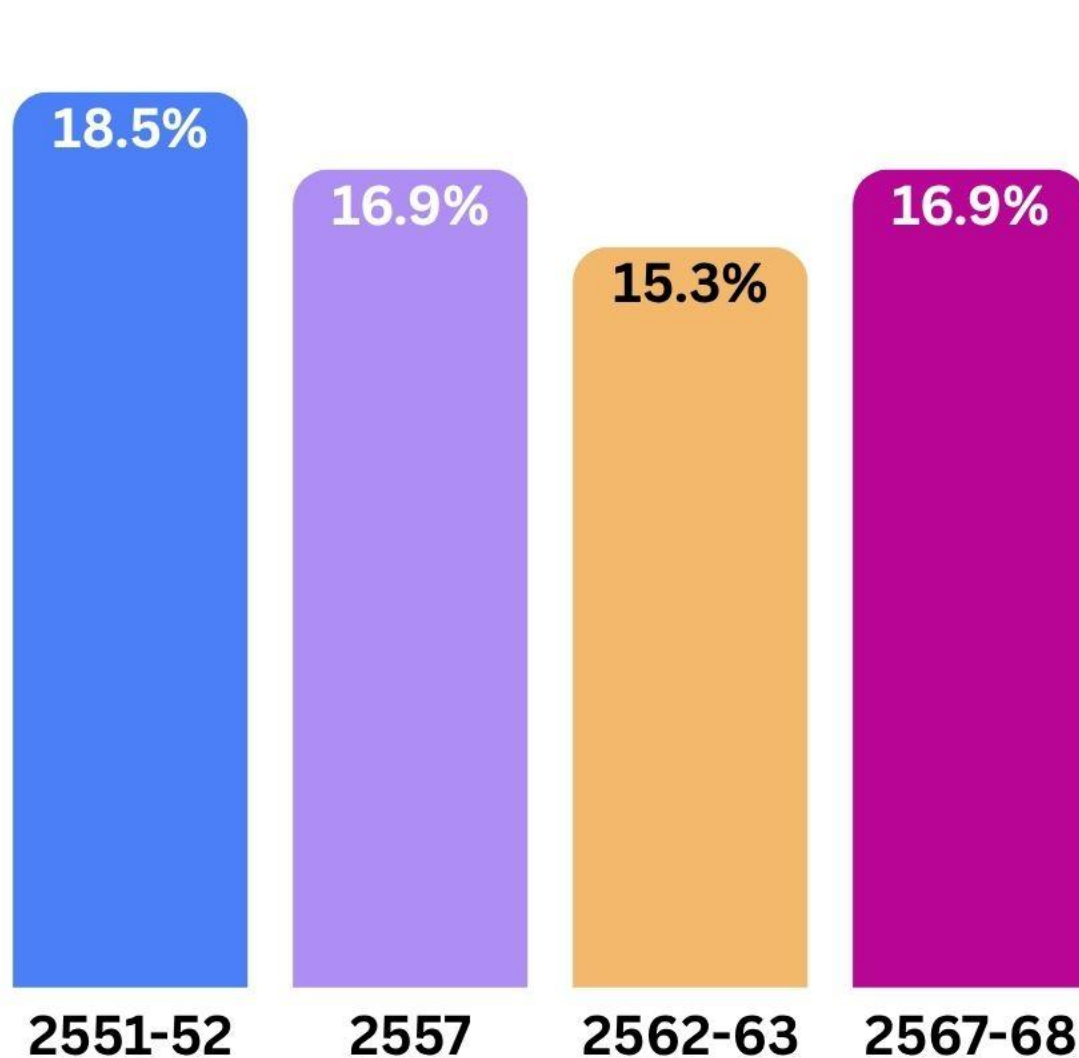


แนวโน้มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 5) ตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2562-63 vs. 2567-68

● 2562-63 ● 2567-68



แนวโน้มการผลิตทดกลับของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป



ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)

สถานการณ์ สุขภาพผู้สูงอายุ รายภาค



ภาค	เหนือ	กลาง	อีสาน	ใต้	กทม
ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	4	5	1	2	3
พลัดตกหกล้ม	3	4	1	5	2
รายได้ไม่เพียงพอ	2	4	1	5	3
ส้วมนั่งยอง	3	4	1	2	5
ต่อกระเจกไม่ได้รับการรักษา	1	2	4	5	3
ได้รับบริการทันตกรรม (ใส่ฟันทดแทน)	2	3	1	4	5
ต้องการผู้ดูแล แต่ไม่มี	4	2	1	5	3

เสียงสูงที่สุด	1	2	3	4	5	เสียงต่ำที่สุด
----------------	---	---	---	---	---	----------------

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)

สถานการณ์ สุขภาพผู้สูงอายุ รายภาค



ภาค	เหนือ	กลาง	อีสาน	ใต้	กทม
สุขบุหรื	3	5	1	2	4
ดื่มสุรา	1	4	2	5	3
กินเค็ม	2	1	4	5	3
กิจกรรมทางกายต่ำ	3	1	5	2	4
อ้วน	5	1	4	2	3
เสี่ยงซึมเศร้า (PHQ-9 $\geq$ 5)	1	3	4	5	2

เสี่ยงสูงที่สุด	1	2	3	4	5	เสี่ยงต่ำที่สุด
-----------------	---	---	---	---	---	-----------------

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)

สถานการณ์ สุขภาพผู้สูงอายุ รายภาค



ภาค	เหนือ	กลาง	อีสาน	ใต้	กทม
เบาหวาน	4	3	2	5	1
ความดันโลหิตสูง	1	3	2	5	4
ไขมันสูง	4	3	5	1	2
โลหิตจาง	3	2	1	4	5
ไตวายเรื้อรัง	2	4	1	5	3
ภาวะเมตาบอลิก	5	2	1	3	4

เสี่ยงสูงสุด	1	2	3	4	5	เสี่ยงต่ำที่สุด
--------------	---	---	---	---	---	-----------------

สุขภาพวัยเก๋า: ทำงานต่อ vs. หยุดพัก ใครแข็งแกร่งกว่ากัน?



เปรียบเทียบสุขภาพผู้สูงอายุไทย (60 ปี+) ระหว่างกลุ่มที่ยังคงทำงานและกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน (อ้างอิงจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568)

ผู้สูงอายุที่ยังทำงาน

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน

โรคเรื้อรังและพยาธิสภาพทางกาย (Chronic Diseases & Physical Conditions)

โรคเบาหวาน (Diabetes)



17.6%

ความชุกต่ำกว่า



24.1%

ความชุกสูงกว่า

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)



59.0%

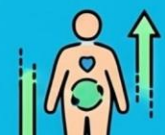
พบน้อยกว่า



67.2%

พบมากกว่า

ภาวะเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome)



41.5%

ภาวะผิดปกติทางเมตาบอลิกน้อยกว่า



53.4%

ภาวะผิดปกติทางเมตาบอลิกมากกว่า

ผู้สูงอายุที่ยังทำงาน

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน

ภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal Obesity)



43.9%

ปัญหาอ้วนลงพุงน้อยกว่า



52.1%

ปัญหาอ้วนลงพุงมากกว่า

การขาดกิจกรรมทางกาย (Physical Inactivity)



35.5%

กิจกรรมทางกายเพียงพอมากกว่า



54.4%

กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (มากกว่าเกือบ 20%)

สุขภาพจิต (Mental Health)

ความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (Depression Risk)



12.3%

เสี่ยงซึมเศร้าต่ำกว่า (PHQ-A ≥ 5)



16.9%

เสี่ยงซึมเศร้าสูงกว่า

พลัดตกหกล้ม (Fall)



14.8%



19.2%

ผู้สูงอายุที่ยังทำงานมีสุขภาพดีกว่าไม่ได้ทำงาน

พลังแห่งการเข้าสังคม: สุขภาพที่ต่างกันของผู้สูงอายุไทย

เพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนของคุณภาพชีวิตและสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสังคม (Socially Active Elderly)



สุขภาพจิตดีกว่าอย่างเห็นได้ชัด:
ภาวะซึมเศร้า (PHQ-A ≥ 5)
เพียง **12.6%**



อัตราโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงต่ำกว่า



โรคเบาหวาน:
19.8%



โรคความดันโลหิตสูง:
62.4%



ขยับร่างกายมากกว่า...สุขภาพดีกว่า:
กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ
40.3%



ข้อสังเกตด้านพฤติกรรมเสี่ยง
(Risk Factors Observation):
การเข้าสังคมกับการดื่มสุรา:
กลุ่มที่เข้าสังคม: **17.9%**



อัตราการพลัดตกหกล้มใกล้เคียงกัน

ร่วมกิจกรรม:
16.7%



ไม่เข้าร่วมกิจกรรม:
17.6%



ผู้สูงอายุที่ไม่เคยร่วมกิจกรรม (Isolated Elderly)



ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
(PHQ-A ≥ 5)
สูงถึง **20.6%**



อัตราโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูงสูงกว่า



โรคเบาหวาน:
23.7%



โรคความดันโลหิตสูง:
64.6%



กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ
สูงถึง **58.3%**



กลุ่มที่ไม่เข้าสังคม:
10.3%

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- เปลี่ยนมุมมอง ก้าวข้ามคำว่า “สูงอายุ” (ลด aging stigma) ปรับเปลี่ยนผู้สูงอายุ จาก 60 ปี เป็น 65 ปีขึ้นไป
 - การจ้างงาน/การเกษียณอายุ
 - สวัสดิการต่าง ๆ
- ส่งเสริมการมีพื้นที่กิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุ -> ส่งผลดีต่อสุขภาพ
- จัดการพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่วัยรุ่น-วัยทำงาน -> ลดภาระโรคเมื่อสูงอายุ
- ให้ความสำคัญกับนโยบายเชิงป้องกัน (เสริมพลัง) มากกว่า นโยบายแบกภาระ

‘ทิศทางผู้สูงอายุไทย: ผลสำรวจสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย’

โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 (2567-2568)

คณะแพทยศาสตร์ SW.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานการณ์ปัจจุบันของสังคมสูงวัยไทย



เพิ่มขึ้น 3 เท่า ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา

สะท้อนถึงการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว



การศึกษาและเทคโนโลยีคือโอกาสใหม่



ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้น
และเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากขึ้น



เครื่องมือสำคัญในการเข้าถึง
ข้อมูลสุขภาพและบริการภาครัฐ

รูปแบบการอยู่อาศัยที่เปลี่ยนไป



แนวโน้มการอยู่คนเดียวหรือ
อยู่เฉพาะกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น



ในขณะที่สัดส่วนการอยู่ร่วม
กับลูกหลานลดลง

สุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยงต่ำ แต่โรคเรื้อรัง (NCDs) สูง



แม้ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรม
เสี่ยง (เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่)
ต่ำกว่าวัยทำงาน แต่กลับ
มีความชุกของโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังที่สูงกว่ามาก



การทำงานและกิจกรรมทางสังคมคือ "ยาดี"



ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือร่วมกิจกรรม
สังคมมีสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น

ความชุกของโรคเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง
และไขมันในเลือดในระดับที่ต่ำกว่า

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ตามผลการสำรวจ)

ส่งเสริมการจ้างงานและขยายอายุเกษียณ



สร้างพื้นที่และกิจกรรมทางสังคมในชุมชน



ปฏิรูประบบรายได้และสวัสดิการ



ยกระดับการดูแลโรค NCDs เชิงรุก



เพื่อสร้างรายได้และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี

สนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อลดความเสี่ยงสุขภาพ

สร้างหลักประกันที่มั่นคงรองรับวัยเกษียณ

พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อติดตามสุขภาพควบคุม NCDs

THANK YOU



รายงาน
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)



รายงาน
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)
สุขภาพเด็ก



รายงาน
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568)
การบริโภคอาหาร



<https://thai-nhes.com/>