



## Men's Health : Experience from Thailand

**Krisada Ratana-olarn, M.D.\***

---

### Abstract

As of 2006, Thailand has already stepped into the aging society and the aging population is increasing rapidly. However, the only increase of life expectancy is not enough. Need to strive for a healthier life expectancy to maintain productivity and independent living, free of disability and reduce health service cost is more desirable.

The striking difference in life expectancy and susceptibility to certain diseases between men and women is rather well known. Women are more likely to seek health care than men and have gynecologists as specialized physicians for their medical care. Recently, men's health issues are gaining more concerns.

In Thailand, Department of Health, Ministry of Public Health, as the main organization responsible to promote health, has developed various policies to support the aging men's health since 1998. The national health promotion plan indicated in the 9<sup>th</sup> National Economic and Social Plan (2002-2006) has emphasized on development of knowledge and technology concerning aging men's health. The impact assessment, development of health care patterns, strategies and standard implementation in clinics are also included.

The "golden-aged men" clinics (for 40-59 years old men) were firstly started in some medical schools in 1999. The clinics were mainly ran by gynecologists and general practitioners. Recently, many clinics are switched to men's health center for more elderly men and are mainly organized by urologists. However, holistic approach and interdisciplinary collaboration between specialists are not apparently seen but are possible in the near future.

---

\* Division of Urology, Department of Surgery, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand.

## สุขภาพเพศชาย : ประสบการณ์จากประเทศไทย\*\*

กฤษฎา รัตนโอฬาร พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

ถึงวันนี้อาจจะกล่าวได้ว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว และมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆอย่างไรก็ดีอายุคาดหวังที่ยาวนานอย่างเดียวยังไม่เพียงพอการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดจนไม่มีภาระต่อการรักษาพยาบาลมากเกินไปย่อมเป็นสิ่งพึงประสงค์มากกว่า

ความแตกต่างกันของอายุคาดหวังและเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยจากโรคบางประเภท ระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน ผู้หญิงจะเอาใจใส่เรื่องสุขภาพมากกว่าผู้ชายและมีแพทย์ที่ให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องสุขภาพกับผู้หญิงมาช้านานแล้วขณะที่เริ่มมีการพูดถึงเรื่องสุขภาพของผู้ชายและการให้การดูแลผู้ชายสูงวัยเป็นการเฉพาะเมื่อไม่นานมานี้เอง

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มตระหนักถึงปัญหาสุขภาพชายวัยทอง และเริ่มต้นมีแผนแม่บทเกี่ยวกับชายวัยทอง (อายุ 40-59 ปี) เมื่อปี พ.ศ. 2541 ต่อมาจึงได้มีการกำหนดแนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพชายวัยทองในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 โดยเน้นการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการประเมินผลกระทบและการพัฒนารูปแบบแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพและมาตรฐานดำเนินงานในคลินิก

คลินิกชายวัยทองได้เริ่มเป็นครั้งแรกในสถาบันทางการแพทย์ของไทยในปี พ.ศ. 2542 และส่วนใหญ่ดำเนินการโดยสูติ-นรีแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป ในช่วงไม่กี่ปีนี้คลินิกชายวัยทองหลายแห่งได้เปลี่ยนรูปมาเป็นคลินิกสุขภาพเพศชาย ดำเนินการโดยศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ชายสูงวัยแบบองค์รวมและดำเนินการโดยบุคลากรทางสาธารณสุขสหสาขายังไม่ปรากฏเป็นที่ชัดเจน แต่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นได้ในเร็วๆ นี้

\* หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

\*\* บรรยายในการประชุม "The First Japan-ASEAN Men's Health & Aging Conference, 16<sup>th</sup> -18<sup>th</sup> June 2006, Kuala Lumpur, Malaysia.

ปัจจุบันประชากรสูงอายุของโลกมีเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นไปเรื่อยๆ อัตราการตายที่ลดลงมาจากวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ก้าวหน้า รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันอัตราการเกิดก็ลดลงเช่นเดียวกันซึ่งจะส่งผลต่อจำนวนบุคคลวัยทำงานในอนาคต เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงสูงอายุโดยเฉพาะในช่วงท้ายๆ ของชีวิตมักจะเต็มไปด้วยความเจ็บป่วยทันทูทุกข์ทรมาณ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือต้องพึ่งพาบริการทางสังคมและการสาธารณสุขอย่างมหาศาล จึงอาจส่งผลกระทบต่อประเทศต่างๆ ได้ กล่าวคือบุคคลวัยทำงานที่ลดลงจะต้องทำงานเพื่อเลี้ยงดูคนสูงอายุที่มากขึ้น

เมื่อคนมีอายุมากขึ้นสภาวะต่างๆ ก็เริ่มเสื่อมถอยไปทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ความสามารถในการทำงานและสร้างผลผลิตได้น้อยลง บุคคลในวัยนี้จะมีโอกาสเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บได้มากขึ้น ดังนั้นอายุคาดหวัง (life expectancy) ที่ยาวนานจึงไม่เพียงพอแต่ควรจะมีชีวิตที่ยืนยาวพร้อมกับมีสุขภาพที่ดีและมีช่วงของการเจ็บไข้ได้ป่วยทันทูทุกข์ทรมาณ และต้องพึ่งพาผู้อื่นที่สิ้นที่สุดจะดีกว่า (Health expectancies : disability-free life expectancy, healthy life expectancy, active life expectancy) การมีชีวิตที่ยืนยาวพร้อมกับมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ถ้าบุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดี หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ฯลฯ การเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยการลด ชะลอ หรือป้องกันการไร้ความสามารถ (disability) จะเพิ่มช่วงเวลาชีวิตที่มีคุณค่า และยังประโยชน์ต่อสังคมของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังจะช่วยลดอัตราการพึ่งพาผู้อื่น ตลอดจนการ

สูญเสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลลงได้อีกมหาศาลด้วย

## สถานการณ์ของชายสูงอายุในประเทศไทย

ตามที่ยกการอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า ถ้าอัตราส่วนของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปไม่เกินกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรถือว่าประเทศหรือสังคมนั้นเป็นสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าขณะนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว[1] (ตารางที่ 1) อายุคาดหวังของคนไทยในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) คือ 68.6 ปี ในขณะที่อายุคาดหวังในปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) จะเป็น 75.3 ปี และอัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จาก 9.7 ในปี ค.ศ. 2000 จะเป็น 19.9 ในปี ค.ศ. 2025 ซึ่งจะเห็นว่าประชากรสูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทีเดียว อายุคาดหวังที่ปราศจากความพิการเจ็บป่วย (disability-free life expectancy) โดยเฉลี่ยจะอยู่ประมาณ 60.2 ปี ซึ่งจัดเป็นลำดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN)[2] (ตารางที่ 2)

### ตารางที่ 1 สถิติของผู้สูงอายุในประเทศไทย

• จำนวนของประชากรทั้งประเทศ	64,261,000 คน
○ ชาย	31,815,000 คน
○ หญิง	32,446,000 คน
• ประชากรสูงอายุ	
○ อายุ 60-79 ปี	6,274,000 คน
○ อายุ 80 ปีขึ้นไป	755,000 คน
○ ประชากรสูงอายุทั้งหมด	7,029,000 คน

### ตารางที่ 2 Disability-free life expectancy ของบางประเทศในกลุ่ม ASEAN

ประเทศ	Life expectancy เมื่อแรกเกิด (ปี)	Disability-free Life expectancy เมื่อแรกเกิด (ปี)	Disability (ปี)
สิงคโปร์	78	69.3	8.7
บรูไน	77.2	64.4	12.8
มาเลเซีย	68.8	61.4	7.4
ไทย	68.2	60.2	8.0
ฟิลิปปินส์	66.7	58.9	7.8

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ถึงแม้ประชากรไทยจะมีอายุเพิ่มมากขึ้น แต่อายุคาดหวังของผู้ชายยังต่ำกว่าผู้หญิงโดยตลอด (ตารางที่ 3) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรในประเทศต่างๆ เป็นส่วนใหญ่[3]

**ตารางที่ 3** อายุคาดหวังของประชากรไทย

พ.ศ.	ชาย (ปี)	หญิง (ปี)
2519	58	64
2539	68	72
2549	69	76
2559	71	78

โดยทั่วไปผู้ชายจะมีอัตราการป่วยและการตายสูงกว่าผู้หญิง[4] ซึ่งอาจจะมีส่วนหนึ่งมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่มีส่วนทำลายสุขภาพได้มากกว่า อาทิ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ทานอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกายและความเครียด เป็นต้น ผู้ชายส่วนใหญ่ก็พบแพทย์น้อยกว่าและช้ากว่าผู้หญิง การมาพบแพทย์จะมาเพื่อการรักษามากกว่าการป้องกัน ผู้หญิงได้รับการเอาใจใส่และการแนะนำดูแลปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมาช้านานแล้วส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการที่ผู้หญิงต้องมาปรึกษาหารือกับแพทย์อยู่เป็นประจำ อาทิ เรื่องการตั้งครรภ์ และการคลอด การคุมกำเนิด การตรวจภายในประจำปีหรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดประจำเดือน ฯลฯ การที่พบแพทย์บ่อยกว่าจึงทำให้สามารถตรวจพบปัญหาทางสุขภาพต่างๆ ได้ตั้งแต่โรคอยู่ในระยะเริ่มต้น ดังนั้นบัดนี้จึงถึงเวลาแล้วที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ต้องหันมาให้ความสนใจปัญหาสุขภาพของชายไทยให้มากขึ้น เพื่อผลักดันให้ชายไทยสูงอายุที่กำลังมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นชายสูงอายุที่ยังคงมีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีอยู่เป็นเวลานานๆ เป็นชายสูงอายุที่ยังมีคุณค่าและยังสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้นานเท่านานจนตรานับร้อยอายุขัย

### กลยุทธ์ในการจัดการปัญหาสุขภาพเพศชาย

กลยุทธ์สำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพเพศชายคือ การทำให้ผู้ชายก้าวไปสู่ความเป็นผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพดีอยู่เป็นเวลานานๆ เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการป้องกันโรคที่

ป้องกันได้และประวิงหรือลดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรคที่หลีกเลี่ยงไม่ได้[5] การก้าวไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีนอกเหนือจากเป็นเรื่องพฤติกรรมส่วนบุคคลแล้วหน่วยงานภาครัฐทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนองค์กรประชาชนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง น่าจะมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเรื่องสุขภาพเพศชายเป็นอย่างมาก ที่สำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งคือ มีแพทย์ที่ให้ความสนใจปัญหานี้และให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนการตรวจรักษาด้วย ซึ่งในขณะนี้ประเทศไทยยังขาดแพทย์กลุ่มนี้อยู่อีกมาก

สุขภาพเพศชายเริ่มเป็นประเด็นที่มีผู้ให้ความสนใจและมีกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อไม่นานนี้เอง ในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีภารกิจหลักในด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และเน้นการดำเนินงานสุขภาพตามกลุ่มอายุได้ทำหน้าที่เป็นแกนให้การสนับสนุนสุขภาพชายวัยทองมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541[6] ตามความหมายของกระทรวงสาธารณสุข ชายวัยทองหมายถึงผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งจัดเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของชาติ และเป็นช่วงวัยที่จะก้าวไปเป็นผู้สูงอายุ การส่งเสริม หรือสร้างเสริมสุขภาพประชากรผู้ชายวัยทองจึงเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ชายวัยทองและสังคม ต่อมาทางกระทรวงฯ ได้กำหนดแนวทางสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพชายวัยทองในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 โดยเน้นการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพและการประเมินผลกระทบ การพัฒนารูปแบบแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และมาตรฐานการดำเนินงานในคลินิกเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของชายวัยทองและเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพพึ่งพาตนเองได้ ในการนี้กรมอนามัยได้กำหนดแผน และเป้าหมายการดำเนินงานดังนี้

1. สนับสนุนให้สถานบริการต่างๆ จัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง[7] (ตารางที่ 4)
2. แผนพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพื่อสร้างเสริมจิตสำนึกชายวัยทองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม
3. แผนการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพชายวัยทอง ตลอดจนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง

**ตารางที่ 4** เป้าหมายการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง

สถานที่	เป้าหมายการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง					
	2544	2545	2546	2547	2548	2549
ศส.	50%	100%	-	-	ติดตาม ประเมินผล	ปรับปรุง
รพศ.	50%	100%	-	-	ติดตาม ประเมินผล	ปรับปรุง
รพท.	ศึกษารูปแบบ	50%	100%	-	-	ติดตาม ประเมินผล
รพช.	-	ศึกษารูปแบบ	25%	50%	100%	-
สอ.	-	-	-	ศึกษารูปแบบ	10%	25%

ศส. = ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต (หรือศูนย์อนามัยเขต)

รพศ. = โรงพยาบาลศูนย์

รพท. = โรงพยาบาลทั่วไป

รพช. = โรงพยาบาลชุมชน

สอ. = สำนักงานอนามัย

ในขณะที่เดียวกันได้เริ่มมีสถาบันทางการแพทย์ต่างๆ อาทิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลของกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ ได้เปิดบริการคลินิกวัยทองกันอย่างแพร่หลาย มีการประชุมทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องวัยทองอยู่หลายครั้ง อาทิ การประชุม Aging Male จัดโดยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การประชุมนานาชาติในประเทศไทย ได้แก่ การประชุม Asia Pacific Society for the Study on Aging Male (APSSAM) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประชุมอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนอีกหลายครั้ง ในระดับสมาคมวิชาชีพเช่น สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ราชวิทยาลัยสูติ-นรีเวชวิทยา ฯลฯ ก็เริ่มให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพเพศชายเช่นเดียวกัน

## การดำเนินการทางคลินิกสุขภาพเพศชายในประเทศไทย

อาจจะกล่าวได้ว่า การดำเนินการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพศชาย มีจุดเริ่มต้นมาจากคลินิกชายวัยทองเมื่อหลายปีที่ผ่านมา คลินิกชายวัยทองแห่งแรกของประเทศไทย ดำเนินการโดยศาสตราจารย์เกียรติคุณหะทัย เทพพิสัย ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกภาควิชาสูติ-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อปี พ.ศ. 2542 ต่อมาอีก 8 เดือนโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าก็ได้เปิดคลินิกชาย

วัยทองขึ้น[8] ผู้รับบริการเป็นผู้ชายอายุระหว่าง 40-60 ปี แต่ก็มีผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่านี้ด้วย ต่อมาก็มียุทธศาสตร์คลินิกวัยทองเปิดกันอีกหลายแห่งในสถานบริการทางการแพทย์ต่างๆ คลินิกชายวัยทองมีวัตถุประสงค์ทั้งเพื่อประเมินตรวจหาพฤติกรรมความเสี่ยงและโรคต่างๆ ที่แอบแฝงอยู่ การวางแผนป้องกันโรค การตรวจรักษาโรคที่พบตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ตลอดจนส่งไปพบแพทย์เฉพาะโรค ถ้าเกินความสามารถในการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ที่ตรวจเบื้องต้นในคลินิก

ปัญหาของคลินิกชายวัยทองคือ ยังไม่มีแพทย์ที่จะให้การดูแลรักษาเป็นการเฉพาะเหมือนหญิงวัยทองที่มีสูตินรีแพทย์เป็นผู้รักษาหลัก เป็นเรื่องน่าแปลกที่การดูแลชายวัยทองในประเทศไทย (หรือแม้แต่ในอีกหลายๆ ประเทศ) ในระยะเริ่มต้นดำเนินการโดยสูติ-นรีแพทย์ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะสูติ-นรีแพทย์มีความชำนาญในการดูแลเรื่องผู้หญิงวัยทองมาช้านานแล้ว จึงพร้อมที่จะให้การดูแลคู่ของฝ่ายหญิงไปพร้อมๆ กัน หรือมองเห็นความสำคัญของปัญหาที่ไม่เคยมีแพทย์ทางสาขาใดให้ความสำคัญมาก่อนก็ได้

ในปัจจุบันแนวโน้มของคลินิกชายวัยทองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง วงการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มตระหนักถึงเรื่องผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะเรื่องของชายสูงอายุที่ถูกกลืนมาช้านาน เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ชายจะพบแพทย์น้อยกว่าผู้หญิง ทั้งๆ ที่อาจจะมียุทธศาสตร์ไข้เจ็บชุกช่อน

อยู่มากกว่า บ่อยๆ ครั้งที่ผู้ชายสูงอายุมาพบแพทย์เพื่อตรวจเช็คร่างกายจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบปัสสาวะเป็นสิ่งจูงใจให้มาพบแพทย์อาทิ lower urinary tract symptoms (LUTS) หรือความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาของการแข็งตัวขององคชาต (erectile dysfunction) ซึ่งเมื่อพบคัดลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะแล้วก็ยังตรวจพบโรคอื่นๆ ร่วมด้วยอีกหลายอย่างอาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง dyslipi-demia เป็นต้น[9] การมีيارรักษาเนื้องอกต่อมลูกหมาก (benign prostatic hyperplasia) ยารักษาความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาตที่ใช้ได้ผลดี ตลอดจนความตื่นตัวในการสืบค้นหามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้น ฯลฯ ก็ยังทำให้ชายสูงอายุมาพบคัดลยแพทย์ระบบปัสสาวะมากขึ้น

วัยทองของผู้ชายไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับวัยทองของผู้หญิงหรือมีนัยยะเดียวกันได้เนื่องจากมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางด้านฮอร์โมนเพศที่ต่างกัน[10] ดังนั้นการใช้คำว่าชายวัยทองหรือคลินิกชายวัยทองอาจจะทำให้เข้าใจผิดได้ในความเห็นของผู้เขียนการใช้คำว่าคลินิกสุขภาพเพศชาย (Men's health clinic) เพื่อดูแลชายสูงอายุหรือเตรียมตัวจะก้าวเข้าไปสู่ความเป็นผู้สูงอายุจะสื่อความหมาย

มากกว่า

ขณะนี้ในประเทศไทยมีคลินิกสุขภาพเพศชายอยู่หลายแห่งอาทิ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่เปิดมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ที่โรงพยาบาลรามธิบดีได้ยุติคลินิกชายวัยทองและเปลี่ยนเป็นคลินิกสุขภาพเพศชายเมื่อปี พ.ศ. 2547 ดำเนินการโดยคัดลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ในโรงพยาบาลบางแห่งก็มีคลินิกสุขภาพเพศชายดำเนินการโดยแพทย์ทั่วไปมีการกล่าวสนับสนุนว่าคัดลยแพทย์ระบบปัสสาวะน่าจะมีความสำคัญในการดำเนินการคลินิกสุขภาพเพศชาย[5,9] เหมือนสูติ-นรีแพทย์ดูแลทางฝ่ายหญิง ปัญหาที่มีอยู่แล้วยังมีคัดลยแพทย์ระบบปัสสาวะไม่มากนักที่สนใจงานทางด้านนี้ ประกอบกับยังขาดแคลนผู้ที่มีลักษณะเป็น “medical urologists” เนื่องจากระบบการฝึกอบรมที่ไม่เอื้ออำนวย การมีแพทย์สหสาขา และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้คำแนะนำตลอดจนการดูแลรักษาแบบองค์รวมในคลินิกสุขภาพเพศชายจะเป็นทางออกที่ดีถึงแม้ในทางปฏิบัติยังจะเป็นไปได้ยากแต่ก็มีความเป็นไปได้ถ้าหน่วยงานต่างๆ เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางด้านผู้ชายที่ถูกกล่เลยมานานแล้ว

## เอกสารอ้างอิง

1. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล (**Mahidol Population Gazette**) ปีที่ 14 มกราคม 2548.
2. United Nations. World Population Prospects, the 1998 Revision. New York: **United Nations**, 1999.
3. Lunenfeld B. Aging male. **The Aging Male** 1998; 1: 1-7.
4. Kalache A, Lunenfeld B. Health and the aging male. **The Aging Male** 2000; 3: 1-36.
5. Lunenfeld B, Gooren L. Aging men-challenges ahead. In: Lunenfeld B, Gooren L, eds. Textbook of Men's Health. Boca Raton, London, New York, Washington DC : The Parthenon Publishing Group, 2002: 3-14.
6. ภัคดี โพธิศิริ. Health Policies Issues for the Aging Male in Thailand. ใน : สายันท์ สวัสดิ์ศรี, บัณฑิต จันทะยานี, บัณฑิต กาญจนพยัคฆ์, ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร, ชาตวิฑูมิ คำชู, อยุทธิณี สิงห์โกวินท์, พูนเกียรติ เรืองโกคา (บรรณาธิการ). **Aging Male II** “Problems Practice Promotion Prevention Postpone Productivity” กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์, 2545: 4-12.
7. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการหลักประกันถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารเพื่อประกอบการชี้แจงงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2546.
8. สายันท์ สวัสดิ์ศรี, บัณฑิต จันทะยานี, ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร. แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ชายวัยทองในประเทศไทย. ใน : สายันท์ สวัสดิ์ศรี, บัณฑิต จันทะยานี, บัณฑิต กาญจนพยัคฆ์, ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร, ชาตวิฑูมิ คำชู, อยุทธิณี สิงห์โกวินท์, พูนเกียรติ เรืองโกคา (บรรณาธิการ). **Aging Male II** “Problems Practice, Promotion Prevention Postpone Productivity” กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์ 2545:28-34.
9. Kirby RS, Kirby M. The urologist as an advocate of men's health : 10 suggested steps towards helping patients achieve better overall health. **Urol** 2005; 66(Suppl.): 52-56.
10. Morales A, Heaton JPW, Carson III, CC. Andropause : A misnomer for a true clinical entity. **J Urol** 2000; 163: 705-12.