

RESEARCH BRIEF

//

การเข้าถึงระบบบริการทางสังคม

ของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม

//



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กุมภาพันธ์ 2565



มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม



ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

ในยุคเด็กไทยเกิดน้อย แรงงานลดลง ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น สังคมไทยได้เปลี่ยนโครงสร้างประชากรจาก “สังคมเยาว์วัย” มาเป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” ที่เกิดในปี 2506-2526 เปรียบเป็นคลื่นสีนามิที่กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่ฝั่งผู้สูงอายุ ในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรรุ่นเกิดล้านก็จะกลายเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด

สัดส่วนประชากรสูงวัยที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้เปลี่ยนโฉมหน้าของสังคมไทย ที่อนาคตจะเต็มไปด้วยผู้สูงอายุ ทำให้เกิดคำถามว่า เราจะเตรียมความพร้อมอย่างไรเมื่อการเปลี่ยนแปลงนั้นมาถึง

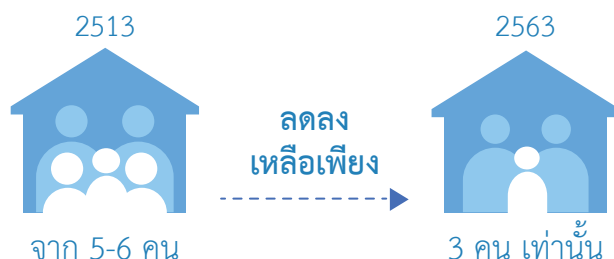
ในปี
2565

ประเทศไทยได้เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว (complete aged society)

ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 
มีจำนวน **12.9** ล้านคน หรือคิดเป็น

ร้อยละ 20
ของประชากรทั้งหมด

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน



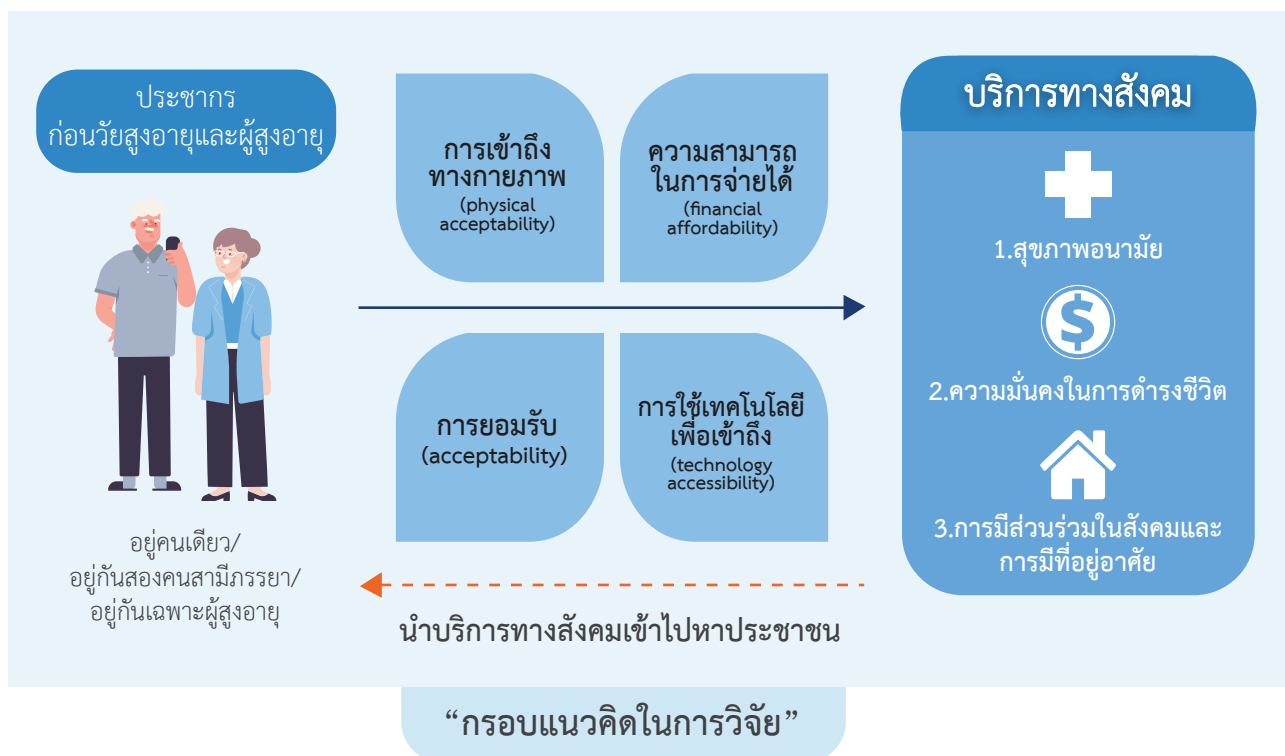
โครงสร้างครัวเรือนที่เปลี่ยนแปลงไปนำไปสู่รูปแบบการอยู่อาศัยที่มีความหลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในอนาคตคาดว่าครัวเรือนไทยมากกว่าครึ่งจะเต็มไปด้วยประชากรสูงอายุ การจัดบริการทางสังคมน่าจะเป็นเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สูงวัยอย่างมีพลังและยังประโยชน์ เราจะทำอย่างไรเพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะประชากรสูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม ทั้งทางด้านสุขภาพ ความมั่นคงในการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคมและที่อยู่อาศัย เพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย



วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์การเข้าถึงบริการทางสังคมในด้านสุขภาพอนามัย ด้านความมั่นคงในการดำรงชีวิต และด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและที่อยู่อาศัย พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดบริการทางสังคมที่เหมาะสมตามความต้องการ โดยเน้นศึกษาประชากรก่อนวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุ ที่อาศัยในครัวเรือนคนเดียว ครัวเรือนสามีภรรยา และครัวเรือนเฉพาะผู้สูงอายุ



“ การนำบริการทางสังคม มุ่งเข้าหาผู้สูงอายุ ตามความต้องการในที่อยู่อาศัย เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำและไร้รอยต่อ ”

บริการ ทางสังคม 3 ด้าน

สุขภาพอนามัย

การบริการทางการแพทย์
และสาธารณสุขเพื่อการ
รักษาพยาบาล การส่งเสริม
สุขภาพทั่วไป
และการป้องกันโรค



ความมั่นคง ในการดำรงชีวิต

การบริการเพื่อส่งเสริม
ความมั่นคงทางด้านจิตใจ
การสนับสนุนการสร้างอาชีพ
การมีรายได้ การให้บริการ
ขนส่งสาธารณะ และการ
จัดให้มีผู้ดูแลหรือการ
มีระบบการดูแลช่วยเหลือ



การมีส่วนร่วมในสังคม และการมีที่อยู่อาศัย

การบริการเพื่อส่งเสริม
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
เช่น การรวมกลุ่มทำกิจกรรม
การเข้าร่วมในชมรมต่างๆ
รวมถึงการจัดบริการที่อยู่อาศัย
ที่เหมาะสมตามความต้องการ



การเข้าถึงบริการทางสังคม

การเข้าถึงทางกายภาพ (physical accessibility)

ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึง
การเดินทางระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการ
ระบบการขนส่งคมนาคม การมีผู้พาไปรับบริการ ความรู้
ความเข้าใจและการรับรู้ในสิทธิของผู้รับบริการที่มีต่อการ
รับบริการรวมถึงความพร้อมในบริการ เช่น วันเวลาทำการ
ระบบนัดหมายขั้นตอนการขอรับบริการ การมี
สิ่งอำนวยความสะดวก

ความสามารถในการจ่ายได้ (financial affordability)

ความสามารถของผู้รับบริการในการจ่ายค่าบริการ
ซึ่งไม่เพียงแต่คำนึงถึงราคาของบริการเท่านั้น
แต่ยังรวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าเสียโอกาสด้วย
(เช่น ค่าเดินทางไปและกลับ การลางานมาเพื่อรับบริการ)

การเข้าถึง บริการ ทางสังคม

การยอมรับ (acceptability)

การยอมรับในการบริการ การมีประสิทธิภาพ
มีคุณธรรม และความพึงพอใจในบริการ

การใช้เทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึง (technology accessibility)

การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมและสื่อสังคมออนไลน์เพื่อ
สนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ ทั้งในด้าน
สุขภาพและสังคม เช่น การนัดหมาย การรับคำปรึกษา
การตรวจรักษา telehealth tele-medicine
การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารและการรวมกลุ่ม ซึ่งอาจ
เป็นการให้บริการแบบเคลื่อนที่ไปยังผู้รับบริการที่มี
ความต้องการหรือการให้บริการในรูปแบบออนไลน์ออฟไลน์

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพอนามัย
หมายถึง ประชากรที่เคຍป่วยและจำเป็นต้องการรับ
ตรวจรักษาแต่ไม่ได้ไปรับการรักษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ

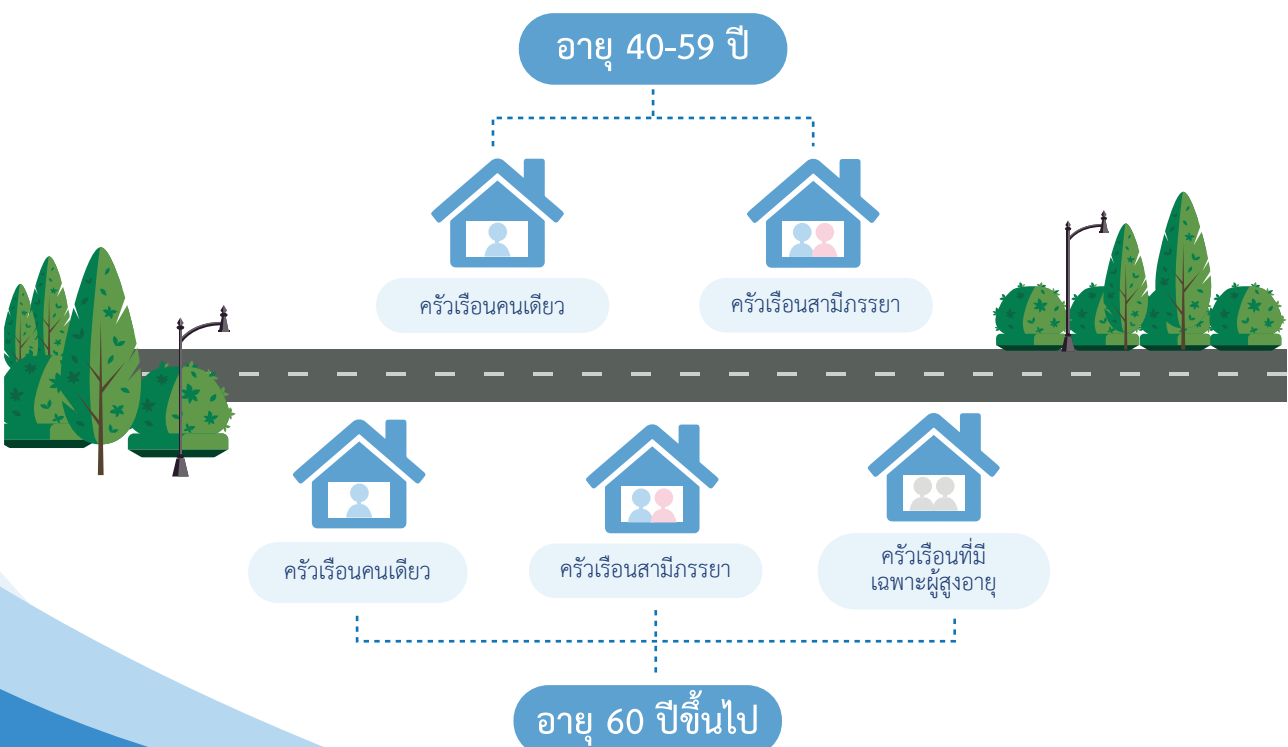
การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจต่างๆ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อนำเสนอสถานการณ์การเข้าถึงบริการทางสังคมในแต่ละด้าน รวมถึงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (binary logistic regression) ประกอบด้วย



การวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยวิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group) เพื่อตอบคำถามประเด็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางสังคมและแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมตามความต้องการ

เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ระดับการพัฒนาของจังหวัดจากผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัวประชากร (Gross Provincial Product GPP per capita) โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 3 จังหวัด ในจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มที่มีระดับการพัฒนามากที่สุด 10 อันดับแรก 1 จังหวัด การพัฒนาปานกลาง 1 จังหวัด และจังหวัดที่มีระดับการพัฒนาน้อยที่สุด 10 อันดับสุดท้าย 1 จังหวัด



รูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนไทย

จุดเปลี่ยนของวันเวลากว่า 3 ทศวรรษ ในช่วงปี 2533-2563 ครัวเรือนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องกว่า 5 เท่า หรือเพิ่มสูงขึ้นกว่าร้อยละ 13 ต่อปี ทั้งนี้สัดส่วนครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งสะท้อนในเรื่อง การมีผู้ดูแลและการบริการทางสังคมแบบไร้รอยต่อในอนาคต

ครัวเรือนผู้สูงอายุ

หมายถึง ครัวเรือนที่มีสมาชิกทุกคนมีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ด้วยกัน

ไม่ใช่ครัวเรือนผู้สูงอายุ

หมายถึง ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน หรือไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือน



(ร้อยละ)

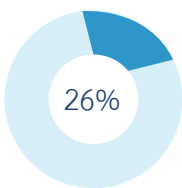
รูปแบบการอยู่อาศัย	2533	2543	2553	2563
ครัวเรือนผู้สูงอายุ	3.4	7.0	9.9	16.1
ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียว	1.3	2.9	4.3	7.3
ผู้สูงอายุอยู่กับสามี/ภรรยาเท่านั้น	1.3	2.4	3.5	5.9
ผู้สูงอายุอยู่ในรุ่นเดียวกัน	0.0	0.1	0.2	0.5
ผู้สูงอายุอยู่กับบุตรสูงอายุเท่านั้น	0.8	1.6	1.8	2.1
ผู้สูงอายุต่างรุ่นอยู่ด้วยกัน	0.0	0.0	0.1	0.2
ผู้สูงอายุอยู่กับคนอื่น	0.0	0.0	0.0	0.0
ไม่ใช่ครัวเรือนผู้สูงอายุ (หรือครัวเรือนทั่วไป)	96.6	92.9	90.1	83.9
ผู้สูงอายุอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน	22.4	24.9	26.8	29.1
ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือน	74.2	68.0	63.3	54.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

การเข้าถึงบริการทางสังคม

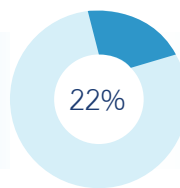
1. ด้านสุขภาพอนามัย

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชากร เป็นตัวแปรสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีพลัง จากการวิเคราะห์การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2562 พบว่า ประชากรก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ (กลุ่มละ) ประมาณร้อยละ 2 เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ สาเหตุหลักมาจากความไม่พึงพอใจในการบริการ ที่น่าสนใจคือ ประชากรก่อนวัยสูงอายุประมาณ 1 ใน 4 ไม่มีเวลาไปรับบริการ ในขณะที่ประชากรสูงอายุประมาณ 1 ใน 5 ไม่มีผู้พาไปรับบริการ

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีระบบบริการส่งยาผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุได้สะท้อนปัญหาการได้รับยาไม่ครบและมีบริการนี้ในบางพื้นที่เท่านั้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีความต้องการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจประเมินอาการมากกว่าการรื้อยาที่บ้าน



ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว
ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา



ของผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีภรรยาเท่านั้น
ไม่มีเวลาไปรับการรักษา

สาเหตุของการ เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ	(ร้อยละ)	
	ก่อนวัยสูงอายุ (40-59ปี)	ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)
ไม่พึงพอใจในการบริการ	45.8	31.4
ไม่มีเวลา	26.1	8.8
ไม่มีผู้พาไป	4.7	19.9

ปัญหาความ ไม่พึงพอใจการบริการ

- ความยุ่งยากของระบบใบส่งตัว
- ความเชื่อมั่นในคุณภาพของการรักษา
- การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ให้บริการ
- การรอคิวเป็นเวลานาน

ที่มา : วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562



2. ด้านความมั่นคงในการดำรงชีวิต

ความมั่นคงด้านจิตใจ และการดูแล

การอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่ว่าจะเป็นประชากรในวัยก่อนสูงอายุ หรือผู้สูงอายุ มีผลต่อภาวะจิตใจในเรื่องความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เมื่อไม่มีใครอาศัยอยู่ด้วย ยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งมีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้ามากขึ้น

ปี 2562

ประชากรอาศัยอยู่คนเดียว
ที่มีความรู้สึกกังวล ซึมเศร้า

- อายุ 50-59 ปี

14.5%

- อายุ 80 ปีขึ้นไป

30.8%

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

ระดับความเร่งด่วนในการให้การดูแลจำแนกตามรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

มาก		อยู่คนเดียวจริงๆ แบบไร้ญาติขาดมิตร	➔	ผู้ที่อยู่ตามลำพังคนเดียวต้องการบริการด้านความมั่นคงทางจิตใจ และการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญ
ปานกลาง		อยู่คนเดียวแบบมีลูก/ญาติ/ห่างไกล	➔	
น้อย		อยู่คนเดียวแบบมีลูก/ญาติในหมู่บ้าน	➔	
ระดับการดูแล				

ความมั่นคงด้านรายได้

สาเหตุที่ประชากรก่อนวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงสวัสดิการที่ส่งเสริมการดำรงชีวิตด้านรายได้ที่รัฐมีการดำเนินการแล้ว เช่น



คนละครึ่ง



เราไม่ทิ้งกัน



เราชนะ



บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ



ไม่มีสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ในการลงทะเบียน



ความยุ่งยากในการเปิดบัญชีธนาคารการยืนยันตัวตนและลงทะเบียนผ่าน application ในการลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิ



ไม่มีทักษะในการใช้งานสมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันเพื่อเข้าถึงรัฐสวัสดิการ



ไม่รู้ว่าจะตัวเองมีสิทธิได้





3. ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต้องมีการปรับและเปลี่ยนวิถีของกิจกรรมภายใต้สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 และจำกัดการรวมตัวของคนจำนวนมาก ประชากรก่อนวัยสูงอายุยังมีสัดส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มในชุมชนน้อยกว่าผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมที่มีเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ทั้งนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนสาเหตุมาจากปัญหาทางสุขภาพ การเดินทางไม่สะดวก และไม่มีคนพาไปในบางโอกาส

“การเข้าร่วมกิจกรรมและกลุ่มในชุมชน เป็นอีกช่องทางในการรับรู้ข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนบริการที่กำลังมีการดำเนินการ”

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม



68.2%

ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม /ชมรมผู้สูงอายุ



87.4%

ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่ม เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน



35.7%

ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

ที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุวางแผนการอยู่อาศัยในอนาคตว่าจะยังคงอยู่ในบ้านเดิม ไม่ย้ายไปไหนเพราะมีความเคยชิน ในที่อยู่เดิมแม้ว่าจะต้องอยู่ตามลำพังคนเดียวก็ตาม และมองว่ามีผู้ดูแลด้านสุขภาพในชุมชนและมีสถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ๆ ที่คิดว่าพึ่งพาอาศัยได้ในอนาคต

การสูงวัยในที่เดิม
(Aging in place)



การอยู่อาศัยในที่อยู่ของรัฐ

การใช้เทคโนโลยี เพื่อเข้าถึงบริการทางสังคม



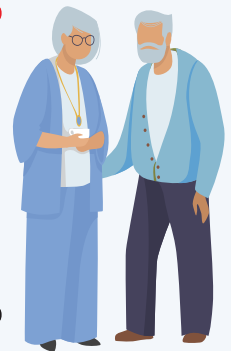
ประชากร
ก่อนวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์ในการใช้อินเทอร์เน็ต

ผู้สูงอายุ



22.4%	ค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การบาดเจ็บ โรค และโภชนาการ	19.8%
3.7%	นัดหมายทางด้านสุขภาพผ่านเว็บไซต์ เช่น นัดพบแพทย์	3.2%
94.6%	การรับข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสาร และการรวมกลุ่มใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ก	86.8%



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจการมีใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2563

ปฏิเสธไม่ได้ว่าเทคโนโลยีและการสื่อสารที่พัฒนาอย่างรวดเร็วในปัจจุบันมีอิทธิพลและเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต แต่การเข้าถึงเทคโนโลยีและการสื่อสารนี้มีความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการรวมกลุ่ม ทั้งนี้ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและประชากรก่อนวัยสูงอายุเข้าถึงได้ อันจะช่วยสนับสนุนให้เข้าถึงบริการทางสังคมได้เหมือนกับประชากรกลุ่มอื่นๆ



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าไม่ถึง บริการสุขภาพอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ประชากร ก่อนวัยสูงอายุ



ผู้สูงอายุ



ประชากรก่อนวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีโอกาสการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าประชากรที่อาศัยอยู่กับคนอื่น



ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าผู้สูงอายุในรูปแบบการอยู่อาศัยอื่น



ประชากรก่อนวัยสูงอายุในกรุงเทพฯ เข้าไม่ถึงน้อยกว่าภาคอื่นๆ



ประชากรอายุ 70-79 ปี มีโอกาสการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าประชากรอายุ 60-69 ปี ประมาณ 1.7 เท่า



ประชากรก่อนวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ประมาณ 1.4 เท่า



ผู้สูงอายุที่มีงานทำมีโอกาสการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ม้งานทำประมาณ 1.5 เท่า



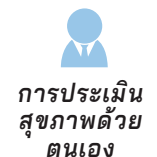
ประชากรก่อนวัยสูงอายุที่มีการประเมินสุขภาพไม่ดีมีโอกาการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าประชากรที่มีการประเมินสุขภาพดีประมาณ 2.3 เท่า



ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมากที่สุด ฐานะปานกลาง และฐานะรวย มีโอกาการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะรวยมากที่สุด



ประชากรก่อนวัยสูงอายุที่มีความกังวลหรือซึมเศร้ามีโอกาการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าประชากรที่ไม่มีความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้าประมาณ 2.9 เท่า



ผู้สูงอายุที่มีการประเมินสุขภาพไม่ดีมีโอกาการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการประเมินสุขภาพดี ประมาณ 1.9 เท่า

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุพบว่า การอยู่ลำพังคนเดียว การประเมินสุขภาพตัวเองว่าไม่ดี และความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้า เป็นสามปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพของประชากรทั้งสองกลุ่ม



ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้ามีโอกาการเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้าประมาณ 2.7 เท่า

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.



การจัดบริการทางสังคมจะต้องย้อนกลับมาเริ่มที่ครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งจะต้องทำความเข้าใจกับชุมชนและหน่วยงานในท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างไรร้อยต่อ ทั้งในด้านการดูแลการมีทรัพยากรสาธารณะที่สามารถอำนวยความสะดวกและทั่วถึงทุกครัวเรือน

2.



การสนับสนุนให้มีบริการทางสังคมสำหรับประชากรในทุกมิติ ควรพิจารณารูปแบบการอยู่อาศัย ร่วมกับสถานะทางสุขภาพ และการมีผู้ดูแล โดยชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการทางสังคมหรือการดูแลโดยชุมชน เพื่อให้เกิดเป็น “บริการของชุมชน” (community services)

3.



จัดให้มีบริการทางสังคมทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เข้าไปหาประชากรในที่อยู่อาศัยได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว หรืออยู่กันเฉพาะผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมให้มีอาสาสมัครในชุมชนในฐานะผู้ช่วยเหลือ (helper) ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการพาไปรับบริการ

4.



ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (health literacy) และความรู้เท่าทันทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT literacy) เพื่อพัฒนาทักษะและมีความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing)

5.



สนับสนุนให้มีวิสาหกิจชุมชนในรูปแบบธุรกิจเพื่อสังคมสูงวัย (social enterprise) เพื่อให้บริการรับ-ส่ง การช่วยเหลือดูแลสำหรับผู้ที่มีความต้องการบริการทางสังคม

6.



การให้ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานจัดบริการควรมีช่องทางที่หลากหลาย พร้อมทั้งสนับสนุนการมีสัญญาณ wifi ประจำชุมชนหรืออินเทอร์เน็ตรายเดือนเพื่อเป็นทางเลือกในการเข้าถึงบริการทางสังคมและการรับรู้ข้อมูล

คณะวิจัย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.ศุทธิดา ชวนวัน
น.ส.กาญจนา เทียนลาย
นายวิชาญ ชูรัตน์
นายปณณวัฒน์ เลื่อนกลิ่น
นายสิทธิชาติ สมตา

ที่ปรึกษาโครงการ
หัวหน้าโครงการ
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย



ติดต่อข้อมูลเพิ่มเติม sutthida.chu@mahidol.ac.th